



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências Sociais e Humanas

Affection, self-esteem, and resilient coping as predictors of health in old age

Inês Isabel Xavier Soares

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Psicologia Clínica e da Saúde
(2º ciclo de estudos)

Orientador: Professora Doutora Rosa Marina Lopes Brás Martins Afonso
Orientador: Professor Doutor Henrique Pereira

Covilhã, junho de 2015

Agradecimentos

Aos meus pais. Sobretudo a eles, que tanto me ensinaram sobre a vida, o amor e a superação. Agradeço sobretudo por me mostrarem quão simples a vida se torna quando se vive com amor, hoje sei que nada afeta o seu poder, e mesmo estando distante, ao longo destes 5 anos, senti todos os dias essa magia que só vocês são capazes de brotar. Gostava que soubessem o quão grata me sinto por me terem transmitido valores que se tornaram guias ao meu caminho, e seja ele qual for, acreditem sempre que tudo o que fizer é por vocês.

Ao Luís. Pelo apoio incondicional, pela presença, pelo companheirismo, pela amizade e pelo amor, por me acalmar quando nem eu mesma me suportava, por completar comigo este percurso e por me mostrar que tudo se consegue quando se luta incessantemente pelos nossos sonhos. Tenho um enorme orgulho em ti, obrigada por todos estes anos.

À Carolina. Por ser a minha irmã, de coração. Por me mostrar que a amizade transcende todas as barreiras e por compreender a minha distância. Pela genuinidade e simplicidade em tudo o que faz e por acreditar em mim.

À Joana. Por ter aparecido na minha vida ao longo desta caminhada e por se ter tornado indispensável mesmo a quilómetros de distância.

Aos meus avós, fontes de inspiração e motivadores do meu percurso.

Ao meu irmão, que me obrigou a colocá-lo nos agradecimentos, mostrando o quão diferente e insubstituível pode ser uma relação entre irmãos.

À Catarina e ao Tiago. A ela, pela maravilhosa ajuda que me deu. A eles pela excelente companhia nos estudos de fim-de-semana.

À Dr.^a Isabel Malaca. Por ser mais, ultrapassando a função de supervisora de estágio e tornando-se num apoio incontestável para o término deste ciclo. Pela disponibilidade, pela atenção, pela confiança que depositou em mim e pela força que me deu sempre. Um muito obrigada!

Ao Professor Doutor Henrique Pereira, pela orientação magnífica, pelo valioso apoio concedido e por toda a disponibilidade, força e permanente encorajamento.

À Professora Doutora Rosa Marina Afonso, pela partilha dos seus conhecimentos na área do envelhecimento, que embora nunca lho tenha referido, estimularam o meu interesse e motivaram a presente dissertação.

E sobretudo, à Inês. Por ter sido a minha referência, mostrando-me que o que somos, depende somente daquilo que escolhemos e fazemos na nossa vida. Por me demonstrar que os laços do coração conseguem ser maiores que os de sangue, porque apenas importa o amor. Por ter sido quem despoletou toda a minha curiosidade nesta fase tão bonita da vida e por me fazer apaixonar pela psicologia do envelhecimento. A ti, avó.

E a todos os que se cruzaram no meu caminho, um muito obrigada, por tudo!

Resumo

A presente dissertação, intitulada *Affection, self-esteem, and resilient coping as predictors of health in old age surge* no âmbito do mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, após a verificação da carência de estudos que englobem as variáveis referidas. Para tal, são estipulados os seguintes objetivos: (1) Avaliar, numa amostra de idosos, os níveis de afeto, autoestima, *coping* resiliente e saúde; (2) Avaliar diferenças na comparação entre géneros; (3) Determinar o impacto em função das variáveis psicossociais e sociodemográficas, na saúde geral dos idosos; e (4) Determinar o grau de associação entre as variáveis.

É parte integrante desta dissertação, um artigo, escrito em língua inglesa, submetido a publicação na revista *Clinical Gerontologist*, que representa uma contribuição metodológica para a melhor compreensão das variáveis psicossociais associadas a um envelhecimento mais positivo. A dissertação, por forma a aprofundar teoricamente as variáveis em estudo, apresenta ainda um anexo teórico organizado de maneira a possibilitar ao leitor a consolidação de eventuais aspetos que, dada a sua natureza, não foram desenvolvidos no artigo teórico.

Os resultados obtidos permitem concluir que elevados níveis de afeto positivo, autoestima e *coping* resiliente estão fortemente associados a melhores níveis de saúde geral, e particularmente, a melhores níveis de bem-estar emocional. Por conseguinte, o afeto negativo surge relacionado com piores níveis de saúde, o que demonstra a importância das emoções positivas na saúde dos idosos.

Palavras-chave

Envelhecimento; Saúde; Afeto; Autoestima; *Coping* resiliente..

Abstract

The present dissertation, titled *Affection, self-esteem, and resilient coping as predictors of health in old age* arises in the context of the Masters in Clinical Psychology and Health, after noticing the lack of studies covering such variables. Hence, the following objectives were established: (1) Evaluate, on a group of elderly, the levels of affection, self-esteem, resilient coping and health; (2) Evaluate, comparing differences between genders; (3) Determine the impact in terms of psychosocial and sociodemographic variables, in the overall health of the elderly; and (4) determine the degree of association between the variables.

It is an integral part of this dissertation, an article, written in English, submitted to publication in the journal *Clinical Gerontologist* , which represents a methodological contribution to a greater understanding of the psychosocial variables linked to a more positive aging . In order to theoretically deepen the variables being studied, this dissertation, even presents an organized theoretical attachment in order to enable the reader to consolidate any aspects which, due to their nature, were not developed in the theoretical article.

The achieved results show that high levels of positive affection, self-esteem and resilient coping are strongly connected to a better general health levels, and particularly, to higher levels of emotional well-being. Though, the negative affection is related to worse health status, which demonstrates the importance of positive emotions on the health of the elderly.

Keywords

Aging; Health; Affection; Self-Esteem; Resilient Coping.

Índice

Capítulo1 - Introdução	1
Capítulo 2 - Affection, self-esteem, and resilient coping as predictors of health in old age	3
2.1 Abstract	4
2.2 Keywords	4
2.3 Introduction	5
2.4 Method	7
2.5 Results	10
2.6 Discussion	12
2.7 References	16
Capítulo 3 - Discussão geral	25
Anexo 1: Anexo teórico	29
Anexo 2: Comprovativo de submissão à revista <i>Clinical Gerontologist</i>	51

Capítulo 1

Introdução

O interesse científico pela temática do envelhecimento tem aumentado a par das acentuadas mudanças demográficas evidenciadas nas últimas décadas e da maior preocupação com a saúde mental dos idosos, no entanto, não existem na literatura, contributos portugueses que nos ajudem a entender, com maior profundidade, a importância das variáveis psicossociais no envelhecimento saudável. Neste sentido, constitui-se a presente dissertação, organizada, tal como previsto no regulamento do grau de mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, em formato de artigo científico.

Assim sendo, apresenta-se no capítulo 2, o artigo intitulado *Affection, self-esteem, and resilient coping as predictors of health in old age*, que foi submetido à revista *Clinical Gerontologist*, sendo por isso escrito em língua inglesa. Deste artigo fazem parte uma breve introdução sobre a temática em estudo, a exposição dos resultados obtidos e a discussão dos mesmos, representando a investigação levada a cabo, cujos objetivos foram: (1) Avaliar, numa amostra de idosos, os níveis de afeto, autoestima, *coping* resiliente e saúde; (2) Avaliar diferenças na comparação entre géneros; (3) Determinar o impacto em função das variáveis psicossociais e sociodemográficas, na saúde geral dos idosos; e (4) Determinar o grau de associação entre as variáveis.

No capítulo 3 revisitam-se os contributos empíricos da presente investigação, através da discussão geral, que integra uma síntese reflexiva acerca dos resultados, e exalta a importância desta para o término do 2º ciclo em Psicologia Clínica e da Saúde.

Tal como previsto no referido regulamento, esta dissertação culmina com a anexação de um documento teórico onde são abordadas, de forma mais abrangente e aprofundada, as variáveis psicossociais afeto, autoestima, *coping* resiliente e saúde na velhice.

Capítulo 2

Affection, self-esteem, and resilient coping as predictors of health in old age

This chapter is based on the paper:

Soares, I., Pereira, H., Afonso, R. M., Esgalhado, G., Monteiro, S. & Loureiro, M. (Submitted). Affection, self-esteem, and resilient coping as predictors of health in old age. *Clinical Gerontologist*.

Abstract

There is a lack of studies covering variables such as affection, self-esteem, resilient coping, and health in the elderly. This study aims to bridge this gap, with the objective of studying the association between these variables. Our sample consists of 241 elderly Portuguese participants, aged 65 to 97 years old. Five surveys were used to obtain the results, namely: a socio-demographic questionnaire; PANAS-VRP; RSS; BRCS; and SF-36. The results showed that high levels of positive affect, self-esteem, and resilient coping are strongly associated with better general health levels, and particularly higher levels of emotional well-being. Therefore, negative affect is correlated with worse health status, showing the importance of positive emotions on the health of the elderly. These results highlight the need for further studies covering psychosocial variables and health in the elderly.

Keywords: Aging; Health; Affection; Self-Esteem; Resilient Coping.

Resumen

Hay una falta de estudios que incluyan variables tales como el afecto, la autoestima, el afrontamiento resiliente y la salud en la vejez. Este estudio pretende llenar ese vacío, con el objetivo de estudiar la asociación entre estas variables.

La muestra consta de 241 personas mayores portuguesas desde los 65 a los 97 años de edad. Fueran utilizadas cinco encuestas para obtener los resultados, a saber: un cuestionario socio-demográfico; PANAS-VRP; RSS; BRCS; y SF-36.

Los resultados enseñan que elevados niveles de afecto positivo, autoestima y afrontamiento resiliente están fuertemente asociados a mejores indicadores de salud en general y específicamente a niveles de bienestar superiores. Por lo tanto, los afectos negativos se correlacionan con un peor estado de salud, enseñando la importancia de las emociones positivas en la salud de los ancianos. Estos resultados destacan la necesidad de estudios adicionales que cubran las variables psicosociales y la salud en la vejez.

Palabras-clave: Envejecimiento; Salud; Afecto; Autoestima; Afrontamiento resiliente.

Introduction

The increase in the elderly population has attracted a growing scientific interest, not only in understanding the aging process (Macedo, Oliveira, Günther, Alves & Nobrega, 2008), but also concerning the relevance of the study of demographic change and its consequences (DGS, 2014). Population aging has also spurred research related to anticipating scenarios and finding ways to respond to new challenges, such as the provision of health care and the monitoring of the aging process.

It is of great interest to better understand the relationship between affect and health (Nolla, Queral & Miró, 2014). This relationship is described as one of the factors that ensures satisfactory psycho-emotional and physical development throughout the life cycle, and is considered to be the main component of overcoming life challenges (Diniz & Koller, 2010). Affect results from the interaction of the individual with the environment in which he/she operates, and can be defined as positive or negative, acting, respectively, as a protective element or risk to general health (Sansinenea, Montes, Aguirrezabal & Garaigordobil, 2010; Krijthe, Walter, Newson, Hofman, Hunink & Tiemeier, 2011; Arciniega, 2014; Galinha, Pereira & Esteves, 2014).

Positive Affect (PA) is defined by Pressman and Cohen (2005) as a mental state characterized by feelings of pleasure, happiness, joy, excitement, enthusiasm, inspiration, and determination, reflecting one's pleasant involvement with his/her environment (Watson, Clark & Tellegen, 1988; Libran & Piera, 2008; Galinha *et al.*, 2014). The presence of positive emotions is essential for healthy development (Diniz & Koller, 2010), since it is assumed that the experience of pleasant and positive emotions triggers a general sense of personal and social well-being that will lead to improved levels of health (Libran & Piera, 2008).

The opposite is true when it comes to Negative Affect (NA), which is characterized by a wide range of negative emotions such as fear, sadness, anxiety, hostility, grief, loneliness, numbness, anger, and guilt (Watson *et al.*, 1988; Libran & Piera, 2008; Krijthe *et al.*, 2011; Galinha *et al.*, 2014). NA is therefore a risk factor for health, as it shows a strong predisposition to negative emotions towards experiences that influence cognitive processes, the self, and life satisfaction, which can lead to depressive states in individuals (Campos, Iraurgi, Páez & Velasco, 2004; Alcalá, Camacho & Giner, 2007; Libran & Piera, 2008; Galinha *et al.*, 2014).

Self-esteem is one of the most important psychological aspects in the self-worth of the elderly, having a great influence on their well-being and adaptation to the world around them (Ruibyité, 2007; Arriagada & Salas, 2009). There are several aspects that can affect self-esteem in the elderly, including the loss characteristics of this age group, such as the death of family members or friends, the imposition of widowhood, a decline in health, the absence

of valued social roles, a lack of family support, or deviation from the ideal body image (Gatto, 1996; Baldessim, 1996). According to Vitoreli, Pessini, and Silva (2005), these factors mean that many older people may reject aging itself, developing a low self-esteem and devaluing the stage of life they are in, exposing them to inappropriate situations and health risks.

Thus, as an important indicator of health and well-being, self-esteem is usually defined as an attitude or a positive or negative feeling that someone holds of them self based upon the evaluation of their own characteristics, including feelings of self-satisfaction (Sebastian, Manos, Bueno & Mateos, 2007). This self-assessment can be based on low self-esteem (feelings of incompetence, inadequacy, and the inability to meet challenges), medium self-esteem (oscillation of the individual between feelings of approval and the rejection of self), or high self-esteem (a self-judgment of value, confidence, and competence) (Sbicigo, Bandeira & Dell'Aglio, 2010). It is extremely important that the elderly possess high levels of self-esteem and a positive image of themselves, because this leads to better physical and emotional health, and reduces vulnerability to negative emotions, since the elderly will feel more secure, independent, respected, valued, and happy (Vitoreli *et al.*, 2005; Montaña, 2008).

The literature also stresses the importance of resilience in aging from the perspective of a health promotion construct and in relation to emotional well-being (Sinclair & Wallston, 2004; Tugade, Fredrickson & Barrett, 2004; Pan & Chan, 2007; Smith & Zautra, 2008; Zautra, Hall & Murray, 2008). The literature emphasizes resilience as a coping mechanism that, according to some authors (Sinclair & Wallston, 2004; Ribeiro & Morais, 2010), is associated with positive adaptations in the face of adversity, generating better general functioning among the elderly.

Although aging has triggered a great number of studies on other related aspects, there is a lack of studies covering variables such as affection, self-esteem, resilient coping, and health in this age group. To fill this gap, we developed this research, which aims to accomplish the following goals. First, we propose to assess levels of affection, self-esteem, resilient coping, and health in a sample of elderly people. Second, we aim to evaluate the differences in these variables between genders. Third, we attempt to determine the impact of psychosocial and socio-demographic variables on the general health of the elderly. Finally, we seek to determine the degree of association between all variables.

Method

Participants

The sample consists of a total two hundred and forty-one (241) elderly Portuguese people. All participants are older than 65, ranging from 65 to 97 years of age (Mean=75, SD=7.87). We used a non-probabilistic sampling method with previously defined criteria of inclusion, such as age and the absence of cognitive deterioration in participants. 52.3% of participants are women and 47.7% men. The majority of the elderly have lower levels of education (38.4%) and 14.6% have attained higher levels of education. In regards to marital status, the sample is divided into two large groups, married (49.2%) and widowed (31.1%). A much smaller percentage of participants are unmarried (5.5%), in a civil union (2.9%), or in an emotionally committed relationship (1.3%). Regarding the type of residence in which participants live, 76.8% live in a house/apartment and 20.1% live in an institution.

Instruments

In this investigation the following assessment tools were administered: a socio-demographic questionnaire; the Short Version of the Portuguese Scale of Positive and Negative Affect (PANAS-VRP; Galinha *et al.*, 2014); the Rosenberg Self-Esteem Scale (RSS); the Brief Resilient Coping Scale (BRCS); and the 36-Item Short Form Health Survey (SF-36).

The socio-demographic questionnaire surveyed items such as age, gender, type of residence, education level, and marital status.

The PA and NA were assessed using the PANAS-VRP. The short version of the Portuguese PANAS consists of a total of 10 items and is divided into two groups of 5 items. It defines PA using the items enthusiastic, inspired, determined, interested, and active, and identifies NA with the items scared, frightened, tormented, nervous, and guilty (Galinha *et al.*, 2014). Watson *et al.* (1988) developed the PANAS to measure the PA and NA, as defined overall dimensions that describe the emotional experience of individuals. Thus, a high PA reflects pleasure and subjective well-being, while a high NA reflects displeasure and subjective distress, including emotions such as fear and nervousness (McDowell, 2006; Galinha *et al.*, 2014). Internal consistency for this instrument was $\alpha=.868$ for PA and $\alpha=.785$ for NA, which signify very good and good reliability scores, respectively (Maroco & Garcia-Marques, 2006).

The evaluation of self-esteem was based on the Portuguese translation and adaptation of the Rosenberg Self-Esteem Scale (1965), which was developed by Pechorro, Maroco,

Poiares and Viera (2011). The RSS is an overall evaluation of self-esteem, defined by Rosenberg (1989) as the positive or negative orientation that an individual possesses of him/herself. It includes self-concept as one of the components, which is conceptualized as all of the thoughts and feelings of an individual in reference to him/herself as an object.

It consists of a total of 10 items, which are divided into positive items (1,3,4,7, and 10) and negative items (2,5,6,8, and 9). The results are related to feelings of acceptance and compliance with him/herself and score self-esteem as low, medium, or high. High self-esteem indicates that individuals consider themselves to be persons of worth and that they are respectful of themselves. In contrast, low self-esteem reflects a devaluation of self, dissatisfaction, and a lack of respect in regards to oneself (Santos & Maia, 2003). This scale is an international reference in the evaluation of self-esteem and is probably the most widely used in psychological research (Santos & Maia, 2003; Santos, 2008; Pechorro *et al.*, 2011). The consistency of the scale is $\alpha=.822$ which indicates a very good reliability score (Maroco & Garcia-Marques, 2006).

The level of resilient coping was assessed by the Brief Resilient Coping Scale (BRCS) (Brook and Mitchell, 2010). This instrument consists of 4 items and evaluates the ability of individuals to cope with stress in an adaptive way (Gurgel, Plentz, Joly & Reppold, 2013). The BRCS scale ranges from 4 to 20. According to the authors, a score below 13 represents low levels of resilient coping and a score that exceeds 17 signifies high resilient coping (Sinclair & Wallston, 2004). The consistency score for this instrument was $\alpha=.777$, which is a good reliability score (Maroco & Garcia-Marques 2006).

For a general assessment of physical and mental health, the SF-36 was used. This instrument, as its name implies, has a total of 36 items, which are divided into eight dimensions: physical functioning ($\alpha=.939$); social limitations due to physical health problems ($\alpha=.956$); social limitations due to emotional problems ($\alpha=.924$); energy/fatigue ($\alpha=.818$); emotional well-being ($\alpha=.900$); social functioning ($\alpha=.697$); pain ($\alpha=.645$); and general health ($\alpha=.808$) (Rand Corporation; Ware & Sherbourne, 1992). The internal consistency of the SF-36 subscales ranges from excellent to reasonable reliability scores, depending on the number of items involved in each subscale (Maroco & Garcia-Marques, 2006). The SF-36 was constructed as a general indicator of health status and can be used in clinical settings, research, and the evaluation of the general population (Ware & Sherbourne, 1992; McDowell, 2006).

The Global Deterioration Scale (GDS) of Reisberg, Ferris, De Leon & Grook (1982) was also utilized. It is widely used, particularly in clinical studies, to observe the degree of cognitive impairment in participants. The GDS measures the intensity of clinical deterioration in 7 stages, and higher values signify a higher degree of deterioration. The GDS is used by our study to ensure that participants do not suffer from any cognitive impairment.

Procedures

Data collection took place between October 2014 and February 2015 through direct and personal contact, as well as the recruitment of answers over the Internet using mailing lists. Both data collection systems took into account the preservation of all ethical principles, which include informed consent, data privacy, and anonymity, in accordance with the ethical standards of the American Psychological Association. The Scientific Committee of the Department of Psychology and Education of the University of Beira Interior (Portugal) also approved this study. We administered the GDS to each participant to ensure that none of the respondents had any cognitive impairment that could compromise the reliability of the results. Finally, the responses were entered into a database, using IBM® SPSS (version 21). We used Student's t-Test to compare the means of psychosocial variables in two different groups, such as age, gender, and type of residence, and ANOVA to compare groups according to education level and marital status. We used linear regression to test the predictions of the independent variables (affection, self-esteem, and resilient coping) in relation to the dependent variable (health).

Results

In order to make the presentation of results clearer, the data are organized in respect to each objective formulated.

1. Assess the levels of Affection, Self-Esteem, Resilient Coping, and Health

In the PA scale the average total score in this sample is 16.14 (SD=4.27), while the average NA score is 8.88 (SD=3.61). These results point to a low NA in the sample and a PA near the average, but still within the range of positive values. Regarding self-esteem the average total score was 31.3 (SD=4.55). Given that this scale varies between 10 and 40, this indicates a high level of reported self-esteem in the sample. As for the resilient coping variable, the scale had a mean total score of 13.58 (SD=3.73), indicating median scores within the range of positive values. Finally, in regards the dimensions of physical and mental health the sample yielded the following mean scores: 22.88 (SD=6.21) for “physical functioning”; 14.67 (SD=4.79) for “social limitations due to physical health”; 12.3 (SD=3.22) for “social limitations due to emotional problems”; 10.55 (SD=3.55) for “energy/fatigue”; 11.8 (SD=4.68) for “emotional well-being”; 3.63 (SD=1.76) for “social functioning”; 4.89 (SD=2.24) for the “pain” scale; and 16.86 (SD=4.51) for “general health”. These results show that participants exhibit both physical and social functionality, with few social limitations due to physical or emotional problems, as well as low levels of fatigue and pain. It is also salient to note that there are high levels of emotional well-being and positive levels of general health.

2. Evaluate the differences between genders

To evaluate the differences between men and women in levels of affection, self-esteem, resilient coping, and health, we verified statistically significant differences ($p < .05$) using Student's t-test. As demonstrated by Table 1, men show higher levels of self-esteem, resilient coping, and PA, demonstrating a greater level of overall health when compared to women, who have higher levels of pain and fatigue.

3. The impact on overall health as a result of NA, self-esteem, resilient coping, and socio-demographic variables

Table 2 shows the results of the psycho-social impact of demographic variables on the overall health of the participants. We found that the results are statistically significant in all dimensions. The results show that having higher levels of PA, low NA, high self-esteem, and

high resilient coping are predictors of higher levels of overall health, The results indicate that groups with higher levels of general health are younger elderly people, men, elderly people who live in their own house, those with more education, participants who are in a relationship (married or civil union), or who are divorced.

4. Determine the degree of association between the variables

As can be seen in Table 3, in this study we aim to explore whether psychosocial variables (PA, NA, self-esteem, and resilient coping) are associated with dimensions of health (physical functioning, social limitations due to physical problems, social limitations due to emotional problems, energy/fatigue, emotional well-being, social functioning, body pain, and general health). Our results confirm that psychosocial variables are strongly correlated with the dimensions of general health.

Based on Hemphill (2003) proposal on correlation coefficients, it is important to emphasize that, except for the correlation between the PA and the scale of social functionality (-.293), all other variables are strongly correlated, presenting scores above of .30. Thus, the elderly in this study who have higher levels of PA, show more self-esteem and resilient coping, less fatigue and more energy, fewer limitations due to emotional, social, and physical problems, lower levels of pain, increased physical and social functioning, and high levels of emotional well-being. Concerning NA, a correlation between higher levels of NA and lower levels of overall health is seen.

Discussion

The purpose of this study is to understand whether psychosocial variables, such as affection, self-esteem, and resilient coping are associated with health in old age. In addition, we want to understand how socio-demographic variables such as gender, age, type of residence, education, and marital status, relate to these variables.

We found lower levels of NA in the sample and average levels of PA. These results are considered positive, since, according to Zanon, Bastianello, Pacico, and Hutz (2013), PA plays an important role in the perception of happiness by forming a protective factor of psychopathology, which is strongly associated with better overall health indices (Pressman & Cohen, 2005; Nolla *et al.*, 2014), self-esteem (Hewitt, 2009), and overcoming adversity (De La Fuente, 2009).

In their studies, several authors (Matud, 2004; Chaim, Izzo & Sera, 2009) mention that old age is associated with a rejection of the self, marked by constant self-deprecation and decreased self-esteem, contradicting the results obtained in this study, which indicate high levels of self-esteem among the sample. Again, self-esteem is clearly related to mental and physical health (Lopez, García & Dresch, 2006), and leads to increased security, independence, happiness, and improved self-concept (Vitoreli *et al.*, 2005).

Respondents exhibit average levels of resilient coping, as expected for the study population, since, according to Baltes, Lindenberg & Staudinger (2006), old age is a stage characterized by resilience. The ability to face and overcome difficulties adaptively results in higher levels of satisfaction with life, health, self-esteem, PA, and social involvement (Ong, Bergeman & Boker, 2009; Reich, Zautra & Hall, 2010; Saavedra & Varas, 2013; Smith & Hollinger-Smith, 2015).

As stated by Ferrucci, Giallauria, and Guralnik (2008), the results in terms of health, defined by the WHO (2002) as the physical, mental, and social well-being of individuals, would classify the sample as functional, both physically and socially, with few social limitations due to physical or emotional problems. The sample also demonstrates low levels of fatigue and pain, in addition to possessing high levels of emotional well-being, which is strongly associated with healthy and active aging, and contributes to the prevention of mental illness (Sprange *et al.*, 2013). Thus, the sample shows generally positive levels of health.

It is important to highlight the strong correlations among all variables in the study. This indicates that PA, self-esteem, and resilient coping are strongly associated with better general health levels, and particularly higher levels of emotional well-being. Therefore, NA

appears to be associated with worse health status, showing the importance of positive emotions on the health of the elderly.

The results described in the literature (Pressman & Cohen, 2005; López *et al.*, 2006; Ong *et al.*, 2009; Reich *et al.*, 2010; Saavedra & Varas, 2013; Nolla *et al.*, 2014; Smith & Hollinger-Smith, 2015) corroborate the information obtained in the present study, in which there was a strong, positive and statistically significant association between affect, self-esteem, resilient coping, and health in old age.

With regard to socio-demographic variables, the differences between gender and psychosocial variables show that, men typically have higher levels of general health, PA, self-esteem and resilient coping in comparison with the results obtained from women, which suggest greater levels of NA. The influence of social, cultural, and historical factors could be possible justifications for the results obtained. In Portugal, men have traditionally been seen as responsible for economically supporting their families. The traditional role of women was focused on family care and home chores, specifically fulfilling the functions of mother and homemaker, but, at the same time, "making it more acceptable for women to seek medical help" (Jones, 1994, p.254). On the other hand, according to old social traditions, heavy work was suited for men who experienced riskier situations and expressed less concern for their health status (Cabral, Silva & Mendes, 2002; Cupertino, Rosa & Ribeiro, 2007). The experience of a more carefree lifestyle, as opposed to the multiplicity of tasks performed by women, could be a possible justification for the fact that men possess more positive affect, tranquility, and energy (Simon & Nath, 2004), than women, who are characterized as showing more negative affect (Nolen-Hoeksema & Jackson, 2001; Martínez, Delgado & Navarro, 2011), as a result of anxiety and sadness.

In this study, men also present higher levels of self-esteem than women. Vitoreli *et al.* (2005) also obtained similar results. These data confirm the existing socio-demographic profile of the Portuguese population, in which women report worse health status than men (Cabral & Silva, 2009; Eurostat, 2011). One possible explanation could be the higher proportion of older women in comparison to men (Perista & Perista, 2012a). This feminization of aging (Monge, 2006; INE, 2012; Saavedra & Varas, 2013) shows that the longevity of women is strongly associated with higher levels of morbidity (Cabral *et al.*, 2002; Eurostat, 2011). Thus, it can be said that gender is a strong indicator of how people age (WHO, 2002; Jacob & Fernandes, 2011).

In analyzing age and general health, younger elderly participants in this study have better general health levels, which confirms the deterioration of health associated with aging (Cabral *et al.*, 2002; Cabral & Silva, 2009). However, aging does not necessarily mean decline or loss of faculties and/or functions (Schmidt & Wosiack, 2007; Arciniega, 2014). Hence, chronological age is not the sole criterion for the study of the aging process, although it is undoubtedly related (Paúl, 2005).

With regard to the other variables of the study, an increase in age is negatively associated with PA, self-esteem, and resilient coping, which corroborates the data in the literature about PA and self-esteem (Gatto, 1996; Baldessim, 1996; Matud, 2004; Chaim *et al.*, 2009), but contradicts the results of Baltes *et al.* (2006).

Regarding the type of residence in which participants live, the majority (76.8%) of the sample live in a house/apartment. This group shows notably higher levels of PA, self-esteem, resilient coping, and overall health, contrasting with the high levels of NA in the elderly who live in institutions. These results can be explained by the continued existence of social support networks and family support for the elderly living in their homes (Santos, Santos, Santos & Duarte, 2013), which allows them to maintain personal control and autonomy for longer. This contrasts with elderly participants who are institutionalized and are often subject to greater social isolation. This leads to the development of sharp declines in levels of function, cognition, and immunity, which are key components not only in health, but also in regards to life expectancy (Arranz, Giménez-Llort, Castro, Baeza & De La Fuente, 2009). Thus, the physical environment in which the elderly live can act as a regulator of emotions and influence quality of life (Macedo *et al.*, 2008).

Many studies also highlight education as a variable linked to better levels of PA, self-esteem, resilient coping, and health. The results corroborate the literature (Fontaine, 2000; Cabral *et al.*, 2002; Cabral & Silva, 2009; Cortés, Méndez & Ramirez, 2013), which points to a natural influence of education on health and how the elderly experience adverse situations, therefore demonstrating a link with an increased life expectancy.

The existence of an affective/emotional relationship, such as a marriage or a civil union, is shown to be associated with better health, PA, self-esteem, and resilient coping (Laurentino, Barboza, Chaves, Besutti, Bervian & Portella, 2006), in contrast to the results seen in elderly widows and widowers. However, elderly participants who are divorced also present these results. On one hand, being in a committed relationship can be a major source of emotional support, while on the other hand, divorced participants also show higher levels of health, possibly as a result of the relief that comes from breaking an unhealthy emotional cycle. In contrast, widowhood seems to be associated with loss of emotional and social support, which conditions the health of the participants. Thus, it can be said that marital status is not a good predictor of health given the potential variability of triggered emotions and possible implications.

This study is not without its limitations. One caveat is the heterogeneity and multidimensionality among the elderly, which is higher than that of other age groups (Paúl, 2005). It is important to avoid stereotypes about the non-variability of behavior in the elderly (Hummert, 1990), and note that, as in any other stage of the life cycle, each person is different and the results obtained cannot be generalized. In addition, the convenience sampling further prevents the generalization of our results. This can be considered one

limitation in studies on aging, in addition to the possibility that the responses of elderly participants are conditioned by factors of social desirability. On one hand, the extensive length of the questionnaire that underpins this study could have negatively influenced the answers given by respondents, possibly due to exhaustion. On the other hand, the amount of time and the interest shown by the researchers towards the elderly may have triggered feelings of value and social utility, which may, in turn, trigger feelings of well-being.

The results of this study reinforce the importance of working to promote PA, self-esteem, and resilient coping, demonstrating their benefits in increasing health and emotional well-being in old age. Consequently, this reduces the need for healthcare and social services, promotes more active aging, and guides the involvement and participation of the elderly in their community in a more independent, confident, and happy manner (Perista & Perista, 2012b;. Sprange *et al.*, 2013; Smith & Hollinger-Smith, 2015).

While the previous research has not encompassed the variables involved in this study, our research facilitates increased understanding of the degree of association among the variables studied, which is a contribution to the scientific knowledge and a possible guide for future interventions for health and mental health professionals working with the elderly. Thus, although it is not possible to contrast the results with other studies, they can still be considered an asset to the study of psychology and aging.

References

- Alcalá, V., Camacho, M. & Giner, J. (2007). Afectos y depresión en la tercera edad. *Psicothema*, 19(1), 49-56.
- Arciniega, J.D. (2014). Resiliencia y envejecimiento. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 4(2), 67-77.
- Arranz, L., Giménez-Llort, L., Castro, N., Baeza, I. & DeLaFuente, M. (2009). El aislamiento social durante la vejez empeora el deterioro cognitivo, conductual e inmunitario. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 44(3), 137-142.
- Arriagada, J.B. & Salas, M.C. (2009). Bienestar psicológico de los adultos mayores, su relación con la autoestima y la autoeficacia: Contribución de enfermería. *Ciencia y enfermería*, 15(1), 25-31.
- Baldessim, A. (1996). O idoso: viver e morrer com dignidade. In M.P. Netto (Org.), *Gerontologia (491-498)*. São Paulo: Atheneu.
- Baltes, P.B., Lindenberger, U. & Staudinger, U.M. (2006). Life span theory in developmental psychology. In W. Damon & R.M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology: Vol1, Theoretical models of human development (6ed., 569-664)*. New York: Wiley.
- Cabral, M.V. & Silva, P.A. (2009). *O estado da saúde em Portugal: acesso, avaliação e atitudes da população portuguesa em relação ao sistema de saúde: evolução entre 2001 e 2008 e comparações regionais*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.
- Cabral, M.V. (coord.), Silva, P.A. & Mendes, H. (2002). *Saúde e doença em Portugal: inquérito aos comportamentos e atitudes da população portuguesa perante o sistema nacional de saúde*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.
- Campos, M., Iraurgi, J., Páez, D. & Velasco, C. (2004). Afrontamiento y regulación emocional de hechos estresantes: Un meta-análisis de 13 estudios. *Boletín de Psicología*, 82, 25-44.
- Chaim, J., Izzo, H. & Sera, C.T. (2009). Cuidar em saúde: Satisfação com imagem corporal e autoestima de idosos. *O mundo da saúde*, 33(2), 175-181.
- Cortés, J.M., Méndez, M.G. & Ramírez, A.T. (2013). Factores que intervienen en el potencial resiliente. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 30(2), 17-29.
- Cupertino, A.P., Rosa, F.H. & Ribeiro, P.C. (2007). Definição de envelhecimento saudável na perspectiva de indivíduos idosos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20(1), 81-86.

- De La Fuente, M. (2009). Teorías del envejecimiento. In G.V. Moreiras & E.A. Aperte (coord.), *Retos de la nutrición en el siglo XXI ante el envejecimiento poblacional* (29-48). Madrid: IM&C.
- DGS (2014). *Portugal idade maior em números, 2014: A saúde da população portuguesa com 65 ou mais anos de idade*. Lisboa: DGS.
- Diniz, E. & Koller, S.H. (2010). O afeto como um processo de desenvolvimento ecológico. *Educar*, 36, 65-76.
- EUROSTAT (2011). *Active ageing and solidarity between generations: a statistical portrait of the European Union 2012*. Luxemburgo: Comissão Europeia.
- Ferrucci, L., Giallauria, F. & Guralnik, J.M. (2008). Epidemiology of aging. *Radiologic Clinics of North America*, 46(4), 643-652.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Galinha, I.C., Pereira, C.R. & Esteves, F. (2014). Versão traduzida da escala portuguesa de afeto positivo e negativo PANAS-VRP: Análise fatorial confirmatória e invariância temporal. *Revista Psicologia*, 28(1), 53-65.
- Gatto, I.B. (1996). Aspectos psicológicos do envelhecimento (109-113). In M.P. Netto (Org.), *Gerontologia*. São Paulo: Atheneu.
- Gurgel, L.G., Plentz, R.D.M., Joly, M.C.R. & Reppold, C.T. (2013). Avaliação da resiliência em adultos e idosos: revisão de instrumentos. *Estudos de Psicologia*, 30(4), 487-496.
- Hemphill, J.F. (2003). Interpreting the magnitudes of correlation coefficients. *American Psychologist*, 58(1), 78-80.
- Hewitt, J.P. (2009). Self-Esteem. In S. J. Lopez (Ed.), *Encyclopedia of positive psychology vol.2* (880-886). Malden: Wiley-Blackwell Publishers.
- Hummert, M.L. (1990). Multiple stereotypes of elderly and young adults: A comparison of structure and evaluations. *Psychology and Aging*, 5(2), 182-193.
- INE (2012). *Destaque de 3 de Fevereiro de 2012*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P.
- Jacob, L. & Fernandes, H. (coords.)(2011). *Ideias para um envelhecimento activo*. Lisboa: Rutis.
- Jones, L. (1994). *The social context of health and health work*. Londres: Macmillan.

- Krijthe, B.P., Walter, S., Newson, R.S., Hofman, A., Hunink, M.G. & Tiemeier, H. (2011). Is positive affect associated with survival? A population-based study of elderly persons. *American Journal of Epidemiology*, 173(11), 1298-1307.
- Laurentino, N.R., Barboza, D., Chaves, G., Besutti, J., Bervian, S.A. & Portella, M.R. (2006). Namoro na terceira idade e o processo de ser saudável na velhice: Recorte ilustrativo de um grupo de mulheres. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 51-63.
- Librán, E.C. & Piera, P.J.F. (2008). Variables cognitivas y afectivas como predictoras de satisfacción en la vida. *Psicothema*, 20(3), 408-412.
- López, M.P.S., García, M.E.A. & Dresch, V. (2006). Ansiedad, autoestima y satisfacción autopercebida como predictores de la salud: diferencias entre hombres y mujeres. *Psicothema*, 18(3), 584-590.
- Macedo, D., Oliveira, C.V., Günther, I.A., Alves, S.M. & Nóbrega, T.S. (2008). O lugar do afeto, o afeto pelo lugar: O que dizem os idosos?. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24(4), 441-449.
- Maroco, J. & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a Fiabilidade do Alfa de Cronbach? Questões Antigas e Soluções Modernas? *Laboratório de Psicologia*, 4(1), 65-90.
- Martínez, B.B., Delgado, J.B. & Navarro, A.B. (2011). Perspectivas sobre envejecimiento y calidad de vida. In F.Q. Olguín, *Atención psicológica de las personas mayores: Investigación y experiencias en psicología del envejecimiento* (53-72). México: Editorial Pax México.
- Matud, M.P. (2004). Autoestima en la mujer: Un análisis de su relevancia en la salud. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 22, 129-140.
- McDowell, I. (2006). *Measuring health: A guide to rating scales and questionnaires* (3ed.). New York: Oxford University Press.
- Monge, M.B. (2006). Género, vejez y salud. *Acta Bioethica*, 12(2), 193-197.
- Montaño, I.L. (2008). Imagen corporal y envejecimiento. *Avances en Psiquiatría Biológica*, 9, 57-73.
- Nolen-Hoeksema, S. & Jackson, B. (2001). Mediators of the gender difference in rumination. *Psychology of Women Quarterly*, 25, 37-47.
- Nolla, M.C., Queral, R. & Miró, J. (2014). Las escalas panas de afecto positivo y negativo: nuevos datos de su uso en personas mayores. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 19(1), 15-21.

- Ong, A.D., Bergeman, C.S. & Boker, S.M. (2009). Resilience comes of age: Defining features in later adulthood. *Journal of Personality*, 77, 1777-1804.
- Pan, J.Y. & Chan, C. (2007). Resilience: A new research area in positive psychology. *Psychologia*, 50(3), 164-176.
- Paúl, C. (2005). A construção de um modelo de envelhecimento humano. In C. Paúl & A.M. Fonseca, *Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados* (21-41). Lisboa: Climepsi Editores.
- Pechorro, P., Maroco, J., Poiares, C. & Vieira, R.X. (2011). Validação da escala de auto-estima de Rosenberg com adolescentes portugueses em contexto forense e escolar. *Arquivos de Medicina*, 25(5), 174-179.
- Perista, H. (coord.) & Perista, P. (2012a). *Género e envelhecimento: Planear o futuro começa agora! Estudo de diagnóstico*. Lisboa: Comissão para a cidadania e a igualdade de género.
- Perista, H. (coord.) & Perista, P. (2012b). *Género e envelhecimento: Planear o futuro começa agora! Recomendações*. Lisboa: Comissão para a cidadania e a igualdade de género.
- Pressman, S.D. & Cohen, S. (2005). Does positive affect influence health? *Psychological Bulletin*, 131(6), 925-971.
- Reich, J.W., Zautra, A.J., & Hall, J.S. (2010). *Handbook of adult resilience*. New York: Guilford Press.
- Reisberg, B., Ferris, S.H., De Leon, M.J. & Grook, T. (1982). The global deterioration scale for assessment of primary degenerative dementia. *The american journal of psychiatry*, 139(9), 1136-1139.
- Ribeiro, J.L.P. & Morais, R. (2010). Adaptação portuguesa da escala breve de coping resiliente. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 11(1), 5-13.
- Rosenberg, M. (1989). *Society and the adolescent self-image*. Middletown: Wesleyan University Press.
- Ruibyté, L. (2007). Relationship between individual attributional style, self-esteem, locus of control and academic achievement of vytautas magnus university students. *Sportas*, 4(67), 71-78.
- Saavedra, E. & Varas, C. (2013). Características resilientes y de calidad de vida en adultos mayores: la importancia de tener redes. In J.H. Ávila-Toscano, *Individuo, comunidad y salud mental: avances en estudios sociales y aplicados a la salud* (105-123). Colombia: Ediciones CUR.

- Sansinenea, E., Montes, L.G., Aguirrezabal, A. & Garaigordobil, M. (2010). Preditores del afecto positivo: El papel de la autonomía percibida y el estilo de afrontamiento. *Ansiedade y Estrés*, 16(1), 71-82.
- Santos, P.J. & Maia, J. (2003). Análise factorial confirmatória e validação preliminar de uma versão portuguesa da escala de auto-estima de Rosenberg. *Psicologia: Teoria, Investigação e prática*, 2, 253-268.
- Santos, P.J. (2008). Validação da Rosenberg Self-esteem scale numa amostra de estudantes do ensino superior. In A.P. Noronha, C. Machado, L. Almeida, M. Gonçalves, S. Martins & V. Ramalho(orgs.), *Avaliação psicológica: Formas e contextos(Vol.XIII)*. Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Santos, R.M., Santos, P.M., Santos, V.L. & Duarte, J.C. (2013). A qualidade de vida do idoso: O caso da Cova da Beira. *Revista Enfermagem Referência*, 3(11), 37-48.
- Sbicigo, J.B., Bandeira, D.R. & Dell'Aglio, D.D. (2010). Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR): validade fatorial e consistência interna. *Psico-USF*, 15(3), 395-403.
- Schmidt, V.R.H. & Wosiack, R.M.R. (2007). Resgatando a auto-estima do idoso mediante a expressão gráfico-plástica e modelagem de máscaras. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 4(2), 31-39.
- Sebastián, J., Manos, D., Bueno, M.J. & Mateos, N. (2007). Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participantes en un programa de intervención psicosocial. *Clínica y Salud*, 18(2), 137-161.
- Simon, R.W. & Nath, L.E. (2004). Gender and emotion in the United States: do men and women differ in self-reports of feelings and expressive behavior? *The American Journal of Sociology*, 109(5), 1137-1177.
- Sinclair, V.G. & Wallston, K.A. (2004). The development and psychometric evaluation of the brief resilient coping scale. *Assessment*, 11(1), 94-101.
- Smith, J.L. & Hollinger-Smith, L. (2015). Savoring, resilience, and psychological well-being in older adults. *Aging & Mental Health*, 19(3), 192-200.
- Smith, B.W., & Zautra, A.J. (2008). Vulnerability and resilience in women with arthritis: Test of a two-factor model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 799-810.
- Sprange, K., Mountain, G.A., Brazier, J., Cook, S.P., Craig, C., Hind, D., Walters, S.J., Windle, G., Woods, R., Keetharuth, A.D., Chater, T. & Horner, K. (2013). Lifestyle matters for maintenance of health and wellbeing in people aged 65 years and over: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials Journal*, 14(302).

- The Rand Corporation (s.d.). Scoring Instructions for MOS 36-Item Short Form Survey Instrument (SF-36). *The Rand Corporation*. Retrieved from http://www.rand.org/health/surveys_tools/mos/mos_core_36item_scoring.html
- Tugade, M.M., Fredrickson, B.L. & Barrett, L.F. (2004). Psychological resilience and positive emotional granularity: Examining the benefits of positive emotions on coping and health. *Journal of Personality*, 72(6), 1161-1190.
- Vitoreli, E., Pessini, S. & Silva, M.J. (2005). A auto-estima de idosos e as doenças crônico-degenerativas. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 102-114.
- Ware, J.E. & Sherbourne, C.D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30(6), 473-483.
- Watson, D., Clark, L.A. & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the panas scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063-1070.
- WHO (2002). *Active aging: a policy framework. A contribution of the WHO to the second united nations world assembly on ageing*. Retrieved from http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_nmh_nph_02.8.pdf
- Zanon, C., Bastianello, M.R., Pacico, J.C. & Hutz, C.S. (2013). Desenvolvimento e validação de uma escala de afetos positivos e negativos. *Psico-USF*, 18(2), 193-202.
- Zautra, A.J., Hall, A.J. & Murray, K.E. (2008). Resilience: A new integrative approach to health and mental health research. *Health Psychology Review*, 2, 41-64.

Table 1 - Results for differences between genders.

	Gender	N	M	t(df)	p
Self-esteem	Male	107	32.13	2.532 (220)	.012
	Female	115	30.60		
Resilient Coping	Male	113	14.12	2.126 (234)	.035
	Female	123	13.09		
Positive Affect	Male	111	16.78	2.267 (232)	.024
	Female	123	15.53		
Negative Affect	Male	114	7.84	-4.244 (235)	.000
	Female	123	9.76		
Physical functioning	Male	99	24.86	4.476 (210)	.000
	Female	113	21.19		
Social limitations due to physical problems	Male	104	15.79	3.288 (220)	.001
	Female	118	13.71		
Social limitations due to emotional problems	Male	105	12.55	2.210 (221)	.028
	Female	118	11.61		
Energy/Fatigue	Male	107	9.75	-3.158 (224)	.002
	Female	119	11.20		
Emotional well-being	Male	110	9.80	-3.963 (231)	.000
	Female	123	12.16		
Social functioning	Male	111	3.38	-2.048 (226)	.042
	Female	117	3.85		
Pain	Male	108	4.28	-3.996 (223)	.000
	Female	117	5.43		
General Health	Male	110	15.76	-3.555 (230)	.000
	Female	122	17.82		

Table 2 - Results for the impact on overall health according to PA, NA, self-esteem, resilient coping, and socio-demographic variables

Positive Affect		236 / 98%	16.14 (4.27)		- .561	< .001
Negative Affect		239 / 99%	8.88 (3.61)		.448	< .001
Self-esteem		224 / 93%	31.3 (4.55)		-.615	< .001
Resilient Coping		238 / 99%	13.58 (3.73)		-.503	< .001
Age	Younger	119 / 49%	15.62 (4.18)		t(231) = -4.466	< .001
	Older	114 / 47%	18.16 (4.48)			
Gender	Male	110 / 46%	15.76 (4.33)		t(230) = -3.555	< .001
	Female	122 / 50.6%	17.82 (4.45)			
Type of residence	House/Apartment	166 / 69%	16.13 (4.37)		t(208) = -4.472	< .001
	Institution	44 / 18%	19.5 (4.75)			
Education	Up to 4 years	82 / 34%	18.52 (3.89)		F (6; 205) = 10.692	< .001
	Up to 6 years	15 / 6%	18.33 (4.15)			
	Up to 9 years	29 / 12%	16.9 (3.27)			
	Up to 12 years	20 / 8%	17.05 (4.71)			
	Undergraduate	30 / 13%	14.17 (3.45)			
	Post-graduate Ph.D.	22 / 9% 14 / 6%	13.09 (3.49) 13.36 (4.39)			
Marital status	Single	13 / 5%	17.69 (4.19)		F (5; 224) = 9.579	< .001
	Married	114 / 47%	15.96 (4.04)			
	Civil Union	6 / 2.48%	12.00 (1.79)			
	Widow	71 / 29%	19.38 (4.64)			
	Emotional commitment	3 / 1%	17.00 (2.00)			
	Divorced/Separated	23 / 10%	14.48 (3.56)			

Table 3 - Correlations between the dimensions of health and psychosocial variables

	Positive Affect	Negative Affect	Self- esteem	Resilient Coping
Physical functioning	.437**	-.306**	.556**	.336**
Social limitations due to physical problems	.465**	-.384**	.563**	.465**
Social limitations due to emotional problems	.407**	-.446**	.481**	.359**
Energy/Fatigue	-.428**	.501**	-.561**	-.533**
Emotional well-being	-.409**	.646**	-.606**	-.491**
Social functioning	-.293**	.391**	-.548**	-.382**
Pain	-.346**	.340**	-.458**	-.306**
General Health	-.561**	.448**	-.615**	-.503**

Capítulo 3

Discussão geral

Os resultados encontrados nesta investigação confirmam que a saúde na velhice resulta da conjugação de diversos fatores, entre os quais se destacam o afeto positivo, a autoestima e o *coping* resiliente. Fazendo um paralelo com a revisão teórica, evidencia-se ainda a importância do estilo de vida enquanto fator relevante para o envelhecimento saudável. A adoção de um estilo de vida ativo, pautado pela prática de atividade física, despoleta na velhice, uma melhor percepção do estado de saúde, bem como a diminuição dos níveis de stress, o que reduz os fatores de risco associados às doenças e promove uma maior longevidade. Importam também as relações sociais e afetivas estabelecidas com outras pessoas, que fomentam níveis superiores de bem estar emocional e promovem a saúde, desenvolvendo a capacidade comunicativa, o sentimento de pertença, a autoestima e os afetos positivos.

Numa analogia entre os resultados obtidos e a literatura consultada, recomenda-se a promoção de um estilo de vida saudável (pautado pela prática de atividade física e integração social e afetiva do idoso) como potenciador da autoestima, dos afetos positivos e de comportamentos resilientes na velhice, diminuindo as emoções negativas associadas a um maior stress, afetos negativos ou estilos de *coping* desadequados.

A presente dissertação tem um carácter inovador, uma vez que não são conhecidas investigações que relacionem o afeto, a autoestima, o *coping* resiliente e a saúde na velhice. No entanto, deve ressaltar-se como limitação o cariz subjetivo das variáveis, destacando a variável saúde que referindo-se à percepção de cada idoso sobre a mesma, pode ser afetada pela desejabilidade social aquando das respostas aos instrumentos. De futuro seria interessante incluir indicadores objetivos da saúde dos idosos (e.g. exame médico), dotando o estudo de medidas mais completas sobre a saúde. Esse acréscimo permitirá comparar qual o impacto das variáveis psicossociais na saúde. Esclarecendo, por exemplo, se a influência do afeto, da autoestima e do *coping* resiliente é diferente consoante se fale em saúde subjetiva ou em saúde objetiva.

Deve ressaltar-se a heterogeneidade e multidimensionalidade do envelhecimento, destacando que, tal como em qualquer outra fase do ciclo vital, cada pessoa é distinta não podendo ser generalizados os resultados obtidos. Acresce a este, o facto de a recolha da amostra ter sido por conveniência, impedindo a representatividade dos resultados. Também o tamanho do questionário que alicerça este estudo, pode considerar-se como uma limitação ao mesmo, uma vez que o facto de ser um pouco extenso pode influenciar negativamente as

respostas dadas pelos inquiridos, devido a um possível cansaço destes, no entanto este ponto é visto também como positivo, uma vez que a disponibilidade de tempo e o interesse demonstrado por alguém desconhecido a um idoso, faz com que este se sinta valorizado e útil socialmente, o que poderá despoletar sensações de bem-estar.

Por outro lado, a dissertação de mestrado apresentada, constitui um elemento indispensável para o culminar do 2º ciclo de formação, sendo um requisito necessário para a atribuição do grau de mestre em Psicologia Clínica e da Saúde. A elaboração do estudo que a engloba, implicou a aquisição de competências facilitadoras da prática profissional, destacadas no Diploma do Psicólogo Europeu, tais como:

- (1) **Estratégia profissional:** Desenvolver trabalho prático orientado e apoiado na literatura científica e no respeito pelos princípios éticos e deontológicos;
- (2) **Investigação e desenvolvimento:** Investigar e desenvolver estudos que demonstrem potencial para responder às necessidades existentes, gerando investigações com interesse científico;
- (3) **Autorreflexão:** Promover uma reflexão crítica sobre a prática do próprio profissional, que englobe as expectativas iniciais, dificuldades e os fatores pessoais que contribuíram para o seu sucesso/insucesso.

Desta forma, realçando a segunda competência, a aquisição de competências metodológicas, tornou-se fundamental neste processo, permitindo a constituição de um projeto de investigação e a recolha e análise estatística dos dados, culminando na elaboração de um documento científico (artigo), considerado como um acréscimo ao conhecimento científico em psicologia, através da exploração do grau de associação existente entre o afeto, a autoestima, o *coping* resiliente e a saúde na velhice. com Esta investigação constitui ainda um documento de suporte no norteammento de futuras intervenções junto de técnicos que trabalham com idosos.

Relativamente à terceira competência apontada, devo destacar o enorme interesse pela temática do envelhecimento suscitada pela convivência com idosos e preocupação com a saúde mental destes e das gerações vindouras. No contacto com idosos é perceptível a acentuada importância que têm os afetos e a necessidade, cada vez mais avultada que estes fazem na sua vida e saúde. As mudanças demográficas evidenciadas nas últimas décadas, são, a par do ritmo frenético que abrange o mercado de trabalho e financeiro, as maiores culpadas por este desfecho, que dada a falta de tempo livre dos filhos-adultos, e muitas vezes também pela falta de saúde destes, superlota instituições, como centros de dia e lares, de pais-idosos.

Torna-se por isso importante perceber de que forma a saúde destes últimos é afetada enquanto são esquecidos em instituições ou nas próprias casas. Na presente investigação, embora os resultados sejam amplamente positivos quanto à amostra geral, os idosos institucionalizados quando comparados com outros idosos, demonstram menores níveis de afeto positivo, autoestima, *coping* resiliente, e claro está, menor saúde, o que pode dever-se aos maiores sentimentos de solidão, menor percepção de utilidade, redução das redes de apoio e suporte familiar, e maior inatividade física.

Estes são os motivos que levaram à elaboração deste estudo, que mais do que uma investigação científica pretende ser um alerta aos familiares e profissionais que trabalham com idosos, ressaltando a extrema importância da escuta ativa, do apoio, da atenção, da presença e da partilha de afetos com os idosos, enquanto promotores de afetos positivos, autoestima e *coping* resiliente, que conseqüentemente despoletam nestes melhores níveis de saúde e bem-estar emocional.

Assim, e atendendo ao rápido envelhecimento populacional é importante manter ou implantar projetos que visem a promoção da saúde e bem-estar psicológico dos idosos. Para isso torna-se necessário que todos os técnicos que trabalham com idosos, deem um maior enfoque, não apenas teórico, mas sobretudo prático, sobre o que é ser velho e todos os fatores que envolvem o processo de envelhecimento. Somente desta forma, e através da vivência e conhecimento das suas individualidades, é possível entender melhor a última fase da vida e, conseqüentemente, melhorar a atuação através da definição de programas e/ou objetivos de prevenção/intervenção mais concretos e adequados.

Finalizando, a presente dissertação contribui para o aumento de estudos nesta área, oferecendo informações relevantes aos técnicos que trabalham com a população idosa, particularmente na área da Psicologia Clínica e da Saúde. Todavia, a investigação sobre a temática abordada não termina aqui, sendo importante que no futuro seja aprofundada com recurso a novas abordagens, ponderando a realização de estudos mais qualitativos ou seguindo uma linha quantitativa que inclua a participação de idosos através de amostras probabilísticas, de forma a encontrar uma maior representatividade dos resultados alcançados.

Anexo 1

Anexo teórico

As últimas décadas têm sido pautadas pelo vertiginoso envelhecimento populacional. Embora este panorama seja visível em todo o mundo, Portugal é claramente um dos países europeus mais envelhecidos, representando os idosos, em 2011, 19% da sua população total, o equivalente a mais de 2 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 65 anos (Censos, 2011). No mesmo ano, o índice de envelhecimento correspondia a 127.8%, duplicando as marcas do ano de 1991 (68.1%), mostrando as acentuadas mudanças a nível demográfico no país que em 1991 tinha mais jovens que idosos e que apresenta, 20 anos depois, uma população fortemente envelhecida (PORDATA, 2015). Estes dados demonstram a rapidez com que estes números se alastram e apontam para uma previsão inevitável: este será um país com cada vez mais idosos, e em que estes serão cada vez mais velhos. A atual esperança média de vida à nascença aponta para os 79 anos (Censos, 2011), contudo estima-se que esta população alcance cada vez níveis mais longevos de envelhecimento (Perista & Perista, 2012; Santos, Santos, Santos & Duarte, 2013; INE, 2014; PORDATA, 2015). Seguindo esta tendência, Portugal tornar-se-á num dos países da União Europeia com maior percentagem de idosos e menor percentagem de população ativa, uma vez que associada à maior longevidade, existe uma diminuição acentuada das taxas de natalidade (DGS, 2014).

O aumento deste segmento populacional tem despertado um crescente interesse científico, não só na compreensão do processo de envelhecimento (Macedo, Oliveira Günther, Alves & Nóbrega, 2008), como na relevância do estudo da evolução demográfica e suas consequências (DGS, 2014), antecipando cenários e encontrando caminhos que respondam a novos desafios como a prestação de cuidados de saúde e o acompanhamento do processo de envelhecimento. A saúde é, sem dúvida, a área mais afetada pela repentina alteração demográfica, sendo que em alguns países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) cerca de 50% dos gastos com a saúde são atribuídos aos idosos, e o seu custo *per capita* é 3 a 5 vezes superior ao de grupos etários (Jacobzone & Oxley, 2002). Portugal é um desses países, sendo que, com o aumento da esperança de vida, que possibilitou que um crescente número de pessoas chegassem à chamada quarta idade (mais de 75 ou 80 anos), aumentou também, de forma exponencial, a população vulnerável a doenças crónicas e degenerativas associadas à velhice (Cabral & Silva, 2009). No entanto, envelhecer não significa, necessariamente, declínio ou perda das faculdades e funções (Schmidt & Wosiack, 2007; Arriagada & Salas, 2009; Arciniega, 2014) não sendo o número de anos vividos determinante da qualidade de vida, experiência psicológica e social, e da saúde desses anos.

Envelhecimento e saúde

O envelhecimento é um processo natural e irreversível (Arciniega, 2014), que ocorre, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002) a partir dos 65 anos, contudo, a própria OMS reconhece que é importante considerar que a idade cronológica não é um marcador preciso para as alterações que acompanham o envelhecimento, uma vez que a saúde dependerá do estilo de vida e comportamentos de cada um (Monge, 2006). Para vários autores (Férrandez-Ballesteros, Fresneda, Martínez & Zamarrón, 1999; Arriagada & Salas, 2009; Smith & Hollinger-Smith, 2015) a chave para um envelhecimento exitoso ou satisfatório radica incontestavelmente na capacidade de adaptação do idoso às mudanças sociais, psicológicas e físicas, reformulando os seus objetivos e desempenhando novos papéis. Esta ideia prende-se com a noção de envelhecimento ativo, cuja finalidade passa por aumentar a expectativa de vida saudável e com qualidade de vida nos idosos (Sousa & Rodríguez-Miranda, 2015).

A noção de que o envelhecimento pode e deve ser uma experiência positiva, surge através do conceito de envelhecimento ativo, desenvolvido pela OMS (2002). Este consiste em viver e envelhecer com a "otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança" (OMS, 2005, p.13), de modo a melhorar a qualidade de vida e bem-estar das pessoas mais velhas. Através deste conceito, a saúde passa a ser vista como o resultado da capacidade de realização de aspirações e de satisfação das necessidades, e não apenas como a ausência de doenças (Moraes, 2012).

Para que seja possível envelhecer saudavelmente, há que promover a saúde, o funcionamento físico e mental, e o compromisso com a vida, tentando manter a autonomia e a independência pessoal (Botelho, 2005), que dependem, por sua vez, da capacidade cognitiva, humor, mobilidade e comunicação do idoso (Moraes, 2012). Assim, o foco da saúde está estritamente relacionado à funcionalidade global do indivíduo, definida por Moraes (2009) como a capacidade de gerir a própria vida ou cuidar de si mesmo, de forma independente e autónoma. Contudo, a saúde deve ser compreendida através de uma perspetiva multidimensional, que abarque, tanto os aspetos que se referem ao físico como os aspetos psicológicos e sociais, que em interação, contribuem para o estado de saúde do indivíduo (Silva, 2005).

A falta de relações afetivas satisfatórias pode levar a uma diminuição da autoestima e consequentemente, a um deterioro do estado de saúde e a atitudes de desvalorização da própria vida (Silva, 2005). De facto, as trocas sociais afetivas - dar e receber afeto e apoio - podem representar experiências importantes para o desenvolvimento do bem-estar psicológico (Liang, Krause & Bennett, 2001), gerando sensação de utilidade e confiança nas próprias capacidades. Neste ponto, a família constitui um elemento fundamental para o bem-estar psicossocial e saúde do idoso, sendo um dos seus sistemas de apoio, capaz de modelar o

funcionamento deste, reduzindo ou exacerbando as suas capacidades (Moraes, 2012). A percepção de utilidade tida pelo idoso, ao desempenhar um papel junto dos outros, pode constituir um objetivo vital, aumentando o controlo na própria vida e os seus níveis de bem-estar emocional, beneficiando a saúde mental (Silva, 2005).

A saúde mental na velhice deve ser entendida tal como o envelhecimento, sendo um processo em que estão envolvidos múltiplos fatores, tais como os físicos, psicológicos e sociais. Este processo engloba componentes negativos - relacionados a emoções negativas, tais como a ansiedade, a depressão e a falta de controlo emocional e comportamental - e componentes positivos - como as emoções positivas, os laços afetivos e o bem-estar psicológico (Silva, 2005).

O constructo contemporâneo de saúde está associado à passagem e transição cultural de uma saúde individual para uma saúde social, envolvida na perspetiva ecológica (Ribeiro, 2005). A perspetiva ecológica de saúde ressalta a importância da interação do indivíduo com o ambiente e o contexto em que este se desenvolve, salientando influência mútua das características físicas e sociais do ambiente sobre a saúde dos indivíduos, e vice-versa (Ribeiro, 2005; Fragelli & Guthrie, 2008; Almeida & Caldas, 2012). Talvez por isto, o envelhecimento saudável ou ativo esteja cada vez mais associado à participação e envolvimento da pessoa idosa na sociedade (Wichmann, Couto, Areosa & Montañés, 2013).

Segundo Rowe e Kahn (1997) o envelhecimento saudável remete para um baixo risco de doenças e de incapacidades funcionais, para uma boa capacidade cognitiva e física, e um envolvimento ativo com a vida. Contudo, embora esta noção seja importante, apresenta uma grande limitação, apontando como secundárias as dimensões socioculturais e coletivas associadas à saúde na velhice (Britton, Shipley, Singh-Manoux & Marmot, 2008).

Ainda que o conceito de envelhecimento bem-sucedido, entendido como a adaptação às condições específicas da velhice e o equilíbrio entre as capacidades do idoso e as exigências do ambiente, tenha surgido no início dos anos 60, o destaque para a importância da saúde, remete para uma adaptação recente a este. No ano de 1998, Brooks (*cit in* Fonseca, 2005) defende que, além do ajustamento psicológico e da atividade social, também a saúde física constitui uma dimensão importante no envelhecimento bem-sucedido. O contributo de Rowe e Kahn (1997) foi também essencial para a reestruturação do conceito, insistindo na necessidade de promoção da saúde como um dos aspetos benéficos para o envelhecimento bem-sucedido, e não apenas a prevenção da doença.

Quanto aos determinantes da saúde na velhice, parece não existir um consenso relativamente a quais os fatores protetores e de risco para um envelhecimento saudável, dada a heterogeneidade do processo de envelhecimento (Fonseca, 2005; Cupertino, Rosa & Ribeiro, 2007).

Uma das principais características apontadas ao envelhecimento saudável é a capacidade de aceitar as mudanças fisiológicas decorrentes da idade, ostentando níveis elevados de bem-estar psicológico (Baltes & Baltes, 1990; Sprange *et al.*, 2013; Wichmann, Couto, Areosa & Montañés, 2013). Para isto, são destacados na literatura vários fatores protetores da saúde nesta fase do ciclo de vida, tais como: uma autopercepção positiva do estado de saúde (Kempen, Ranchor, Sonderen, Jaarsveld & Sanderman, 2006); elevados níveis de autoeficácia e suporte emocional (Greenfield & Marks, 2004; Silva, Lima & Galhardoni, 2010); controlo sobre a vida, envolvimento social e manutenção de uma rede de apoio (Carstensen, Isaacowitz & Charles, 1999; Bowling, Seetai, Morris & Ebrahim, 2007); presença de afetos positivos (Folkman & Moskowitz, 2000; Ostir, Ottenbacher & Markides, 2004; Pressman & Cohen, 2005; Diniz & Koller, 2010; Nolla, Qeral & Miró, 2014); elevada autoestima (Vitoreli, Pessini & Silva, 2005; López, García & Dresch, 2006; Montaña, 2008); e capacidade de resiliência (Lang, Riechmann & Baltes, 2002; Ong, Bergeman & Boker, 2009; Reich, Zautra & Hall, 2010; Saavedra & Varas, 2013; Smith & Hollinger-Smith, 2015).

Os fatores de risco, prendem-se, na maioria das vezes, com a diminuição dos fatores protetores, tais como uma baixa autoestima, baixa resiliência, baixos níveis de afeto positivo ou fraco suporte emocional. Para além destes, um baixo autocontrolo (Kempen, Ranchor, Sonderen, Jaarsveld & Sanderman, 2006) e a presença de afetos negativos (Campos, Iraurgi, Páez & Velasco, 2004; Alcalá, Camacho & Giner, 2007; Librán & Piera, 2008; Krijthe, Walter, Newson, Hofman, Hunink & Tiemeier, 2011; Galinha, Pereira & Esteves, 2014) fazem também parte dos fatores que contribuem para um pior estado de saúde. Existem ainda algumas características na população portuguesa, que parecem estar relacionadas ao empobrecimento da saúde na velhice, entre elas, ser do sexo feminino, ter uma menor escolaridade e pertencer a um estatuto socioeconómico mais baixo (OMS, 2002; Jacob & Fernandes, 2011; Perista & Perista, 2012).

Com base em tudo isto, a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002) define a saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e embora a velhice, comporte notáveis mudanças a todos estes níveis (Hardy, Concato & Gill, 2004; Nygren, Aléx, Jonsén, Gustafson, Norberg & Lundman, 2005; Arciniega, 2014), os idosos conseguem adaptar-se através da utilização de estratégias pessoais e recursos internos e/ou externos, mantendo níveis favoráveis de saúde e bem-estar (Silva, Lima & Galhardoni, 2010). Acredita-se assim que um desenvolvimento emocional positivo seja um importante recurso à resistência psicológica na velhice, ajudando a manter altos níveis de satisfação, bem-estar e saúde (Lyubomirsky, King & Diener, 2005; Ong, Bergeman, Bisconti & Wallace, 2006; Pressman & Cohen, 2005; Martínez, Delgado & Navarro, 2011).

A investigação e exploração da associação entre variáveis psicossociais, de cariz mais emocional, tais como o afeto, a autoestima e o *coping* resiliente, com a saúde na velhice, é

vista como essencial para o entendimento da sua importância no desenvolvimento saudável das pessoas mais velhas, sendo por isso objetivo do presente estudo.

Afeto positivo e afeto negativo

É de grande interesse compreender melhor a relação entre o afeto e a saúde (Nolla, Queral & Miró, 2014), uma vez que este é descrito como um dos fatores que asseguram a continuidade do processo desenvolvimental ao longo do ciclo de vida, sendo considerado como o principal componente de superação da mudança (Diniz & Koller, 2010). O afeto resulta da interação do indivíduo com o meio em que se insere, e pode ser definido como positivo ou negativo, constituindo, respetivamente, um elemento protetor ou atuando como um fator de risco para a saúde geral (Sansinenea, Montes, Aguirrezabal & Garaigordobil, 2010; Krijthe, Walter, Hofman, Hunink & Tiemeier, 2011; Arciniega, 2014; Galinha, Pereira & Esteves, 2014).

O afeto positivo é definido por Pressman e Cohen (2005) como um estado de saúde mental, caracterizado por sensações de prazer, felicidade, alegria, excitação, entusiasmo, inspiração ou determinação, que refletem o envolvimento agradável com o meio envolvente (Watson, Clark & Tellegen, 1988; Librán & Piera, 2008; Galinha, Pereira & Esteves, 2014). Fredrickson (1998) propôs um modelo teórico acerca da influência do afeto positivo no bem-estar físico, psicológico e social das pessoas, no qual defende que a experiência de emoções positivas evita os efeitos negativos das emoções negativas na saúde, gerando espaço para a recuperação em situações de stress, ideia sustentada também por outros autores (Folkman & Moskowitz, 2000; Pressman & Cohen, 2005). A concretização de metas pessoais de forma autónoma, nas quais o indivíduo verifique uma concordância entre as suas capacidades e o alcance dos seus interesses, dá lugar a uma experiência de afeto positivo, independentemente do modo ou da eficácia com que alcançou essa mesma meta. Esta experiência de afeto positivo, gera, por sua vez, estratégias de coping mais adaptativas face a situações stressantes (Sansinenea, Montes, Aguirrezabal & Garaigordobil, 2010).

A presença de afetos positivos é imprescindível para um desenvolvimento saudável (Diniz & Koller, 2010), uma vez que se pressupõe que a vivência de emoções prazerosas e positivas, despoletem uma sensação geral de bem-estar pessoal e social que conduza a melhores níveis de saúde (Librán & Piera, 2008).

O contrário ocorre, quando se fala de afeto negativo, caracterizado por um amplo leque de estados de ânimo negativos, tais como: medo, tristeza, ansiedade, hostilidade, desgosto, solidão, entorpecimento, ira e culpa (Watson, Clark & Tellegen, 1988; Librán & Piera, 2008; Krijthe, Walter, Newson, Hofman, Hunink & Tiemeier, 2011; Galinha, Pereira & Esteves, 2014). O afeto negativo constitui, portanto, um fator de risco para a saúde (Krijthe,

Walter, Newson, Hofman, Hunink & Tiemeier, 2011), apresentando uma forte predisposição para a vivências de emoções negativas que influenciam os processos cognitivos, o autoconceito e a satisfação com a vida, podendo conduzir o indivíduo a estados depressivos (Campos, Iraurgui, Páez & Velasco, 2004; Alcalá, Camacho & Giner, 2007; Librán & Piera, 2008; Galinha, Pereira & Esteves, 2014).

Autoestima

A autoestima é um dos aspetos psicológicos mais importantes na autovalorização dos idosos, tendo uma grande influência no seu bem-estar e adaptação ao mundo que o circunda (Ruibyté, 2007; Arriagada & Salas, 2009). Existem vários aspetos que podem afetar a autoestima nos idosos, entre elas as perdas características desta faixa etária, como a morte de familiares ou amigos, e a imposição da viuvez, o declínio ao nível da saúde, a ausência de papéis sociais valorizados, o afastamento da rede de apoio familiar, ou o desvio da imagem corporal ideal (Gatto, 1996; Baldessim, 1996). Segundo Vitoreli, Pessini e Silva (2005) estes fatores fazem com que muitos idosos rejeitem o próprio envelhecimento, desenvolvendo uma baixa autoestima e desvalorizando a fase da vida em que se encontram, expondo-se a situações inadequadas e de risco para a saúde.

Apresentando-se como um importante indicador de saúde e bem-estar, a autoestima é definida geralmente como uma atitude ou sentimento positivo ou negativo relativamente à pessoa, baseada na avaliação das suas próprias características, e incluindo sentimentos de satisfação consigo mesmo (Sebastián, Manos, Bueno & Mateos, 2007). Esse julgamento de si, pode assentar numa baixa, média ou alta autoestima (Sbicigo, Bandeira & Dell'Aglio, 2010). A baixa autoestima expressa-se pelo sentimento de incompetência, inadequação e incapacidade de enfrentar os desafios. A média autoestima é caracterizada pela oscilação do indivíduo entre o sentimento de aprovação e rejeição de si. A alta autoestima consiste no autojulgamento de valor, confiança e competência.

É de extrema importância que na velhice, existam níveis de autoestima elevados, sendo que uma imagem positiva de si, conduzirá a uma melhor saúde física e emocional, diminuindo a vulnerabilidade ao dano, uma vez que o idoso se sentirá mais seguro, independente, respeitado, valorizado e feliz (Vitoreli, Pessini & Silva, 2005; Montañó, 2008).

Coping resiliente

A literatura reforça ainda a importância da resiliência no envelhecimento considerando-a um constructo promotor de saúde e bem-estar emocional (Sinclair & Wallston, 2004; Tugade, Fredrickson & Barret, 2004; Pan & Chan, 2007; Smith & Zautra, 2008;

Zautra, Hall & Murray, 2008), enfatizando, particularmente, o *coping* resiliente que, de acordo com alguns autores (Sinclair & Wallston, 2004; Ribeiro & Morais, 2010) está associado a uma adaptação positiva face às adversidades, gerando um maior funcionamento saudável global nos idosos.

É evidenciada uma falta de estudos sobre o *coping* resiliente, sobretudo se relacionado com a etapa do envelhecimento, o que obriga a que o presente referencial teórico se foque em temas como o *coping* e a resiliência, que embora se apresentem relacionados com o *coping* resiliente propriamente dito, não partilham do mesmo significado.

A principal característica que distingue o *coping* resiliente do *coping* é a capacidade, do primeiro, para promover uma adaptação positiva apesar do elevado nível de stress (Sinclair & Wallston, 2004). O conceito de *coping* é fundamental para se compreender a capacidade de resiliência de um indivíduo (Richardson, 2002; Tomás, Sancho, Melendez & Mayordomo, 2012), contudo estes dois conceitos não são sinónimos, uma vez que o *coping* ocorre num determinado momento, enquanto que a resiliência ocorre num *continuum* temporal.

A palavra *coping* refere-se ao conjunto de estratégias às quais o indivíduo recorre para fazer frente a uma solicitação externa ou interna avaliada como constrangedora. Tem como objetivo restabelecer o controlo da situação considerada como indutora de stress (Doron & Parot, 2001). O *coping*, que em português costuma ser traduzida para os termos “lidar com”, “adaptar-se”, “fazer face a “ ou mesmo “confronto”, corresponde, segundo a teoria de Lazarus e Folkman (1984), ao conjunto dos esforços cognitivos e comportamentais operados pelo sujeito numa determinada situação.

Este conceito surgiu como consequência de estudos psicológicos, após a conclusão de que o stress não corresponderia a um processo automático de estímulo-resposta, e que o *coping* seria então, um dos fatores envolvidos na mediação do stress (Aldwin, 2000). Relativamente a este conceito, crescem alguns estudos que defendem que o *coping* centrado na emoção está associado a situações de difícil ou impossível controlo, refletindo índices mais elevados de depressão, dor, incapacidade física, menor bem-estar e baixa autoestima. Contrastando com o *coping* ativo, relacionado a uma melhor adaptação psicossocial e elevados níveis de autoestima, o que se reflete numa maior satisfação com a vida (Williams, Wiebe & Smith, 1992; Ribeiro & Rodrigues, 2003).

O *coping* na velhice, pode ser usado para ajustar ou reformular os objetivos e o sentido dado à vida (Ambriz, 2011). Embora alguns estudos defendam que na velhice são utilizadas sobretudo, estratégias de *coping* centradas nas emoções (Ambriz, 2011; Arciniega, 2014), outros demonstram que no caso dos idosos resilientes existe uma maior tendência para a utilização de estratégias centradas no problema, e uma diminuição das estratégias de evitamento (Pesce, Assis, Santos & Oliveira, 2004).

A resiliência é a capacidade de superar com êxito os desafios da vida (Sinclair & Wallston, 2004; Couto, 2010; Gurgel, Plentz, Joly & Reppold, 2013; Smith & Hollinger-Smith, 2015). Por isso, o impacto desta é mais evidente após a vivência de experiências stressantes (Reich, Zautra & Hall, 2010) diferindo de pessoa para pessoa, o que explica porque razão, certos indivíduos, em circunstâncias aparentemente idênticas, lidam com a adversidade de um modo mais adequado do que outros (Sousa & Rodríguez-Miranda, 2015). Este carácter variável da resiliência, faz com que o próprio indivíduo possa agir e lidar de diferentes formas com as situações adversas, ao longo do seu desenvolvimento (Laranjeira, 2007).

A resiliência na velhice pode caracterizar-se como um processo, uma característica positiva da personalidade ou uma capacidade pessoal (Luthar, Cicchetti & Becker, 2000; Ambriz, 2011; Cárdenas-Jiménez & López-Díaz, 2011), pautada por uma integração positiva das mudanças biológicas, sociais e psicológicas, e pela manutenção da própria identidade, revelando níveis positivos de bem-estar emocional e de satisfação com a vida, mesmo após a vivência de adversidades, enfrentando os estigmas sociais existentes sobre o envelhecimento (Laranjeira, 2007; Saavedra & Varas, 2013; Arciniega, 2014).

O paradigma da resiliência na velhice surge na década de 90 (Staudinger, Marsiske & Baltes, 1995), alterando o modelo anterior que associava o envelhecimento a perdas, por outro que destaca a capacidade de resistência dos idosos a situações adversas e perdas (Arciniega, 2014).

Este paradigma defende que os idosos, tal como os restantes grupos etários, são capazes de viver o presente e o futuro com otimismo e sem ressentimentos do passado, continuando ativos e envolvidos na comunidade, mesmo após um acontecimento adverso ou perda (Arciniega, 2014; Butler & Ciarrochi, 2007). Contrariando os modelos precedentes, no atual paradigma, a resiliência apresenta-se como estritamente relacionada com o envelhecimento exitoso e saudável, comprovando a capacidade de adaptação dos idosos às constantes exigências da vida, conseguindo manter o equilíbrio e um adequado nível de bem-estar (Baltes, Lindenberg & Staudinger, 2006; Ambriz, 2011).

A resiliência tem como base dois conceitos chave, a recuperação e a sustentabilidade (Zautra, 2009). A recuperação refere-se à capacidade do indivíduo para se manter funcional após um evento stressante ou traumático, conduzindo-o a novas oportunidades de aprendizagem, o que promove o crescimento pessoal e aumenta as suas aptidões de resistência face a desafios futuros. A esta competência do indivíduo para resistir e persistir mesmo perante as adversidades da vida, dá-se o nome de sustentabilidade.

Estudos recentes (Sousa & Rodríguez-Miranda, 2015) defendem que a resiliência pode ser aprendida, tendo por base os seus elementos estruturantes, tais como: adaptação e

habituação psicológica; sentido de autoeficácia; capacidade de autorregulação comportamental; e, capacidade de reinterpretar experiências negativas. Esta capacidade de adaptação é conseguida através da elasticidade e flexibilidade cognitiva, que pode ser treinada e estimulada de forma a minimizar a avaliação da ameaça, desenvolvendo pensamentos alternativos positivos e focando nos aspetos a alterar, o que irá gerar sentido de autoeficácia e um aumento de autoestima (Quiceno & Vinaccia, 2011). No entanto, Sousa e Rodríguez-Miranda (2015) ressaltam que a investigação científica sobre o conceito de resiliência, ainda não fornece dados sobre as circunstâncias em que esta surge e se desenvolve ao longo da vida.

Segundo Cárdenas-Jiménez e López-Díaz (2011) existem dois grandes fatores associados à resiliência: os individuais e os sociais.

No que respeita aos fatores individuais, a resiliência pode ser potenciada através de alguns recursos pessoais, tais como:

(1) Identidade positiva e sentido de autoeficácia: A autoestima e a confiança nas suas qualidades e capacidades, apresentam-se como fatores centrais nas abordagens sobre a resiliência (Greenfield & Marks, 2004; Tugade, Fredrickson & Barret, 2004; Laranjeira, 2007; Zautra, Hall & Murray, 2008; Ambriz, 2011; Arciniega, 2014; Sousa & Rodríguez-Miranda, 2015).

(2) Controlo pessoal: O controlo sobre a própria vida e a possibilidade de tomada de decisões sobre si, parece ter características importantes para um envelhecimento mais longo e saudável, sendo fulcral para os processos de mudança e adaptação (Tugade, Fredrickson & Barret, 2004; Zautra, Hall & Murray, 2008; Ambriz, 2011; Arciniega, 2014; Sousa & Rodríguez-Miranda, 2015).

(3) Emoções positivas: As emoções positivas têm um alto valor de resiliência própria, diminuindo a atividade automática e fortalecendo os circuitos de recompensa, aumentando as sensações de prazer, bem-estar e satisfação, que geram, por sua vez, resiliência e emoções positivas à sua volta (Carstensen, Isaacowitz & Charles, 1999; Laranjeira, 2007; Ambriz, 2011; Quiceno & Vinaccia, 2011; Arciniega, 2014; Smith & Hollinger-Smith, 2015).

(4) Otimismo vital: O otimismo é, indubitavelmente, um fator psicológico protetor face às dificuldades, assente na ideologia de que a vida merece ser vivida de forma plena e de que o futuro trará resoluções favoráveis às dificuldades que surgem. Esta atitude realça os aspetos positivos e minimiza os negativos, fomentando esforços para alcançar objetivos (Laranjeira, 2007; Ambriz, 2011; Arciniega, 2014).

(5) Estilo de *coping*: O *coping* é o modo como o indivíduo lida com os seus objetivos e ameaças (Ambriz, 2011; Arciniega, 2014).

(6) Espiritualidade: Na velhice a vertente religiosa continua a ser um fator de resiliência importante (Ambriz, 2011; Arciniega, 2014). Tal pode ser explicado pelo possível aumento dos níveis de serotonina aquando das experiências de fé, espirituais ou religiosas (Quiceno & Vinaccia, 2011).

No entanto, ser frágil ou vulnerável do ponto de vista biológico ou funcional, não significa necessariamente, ser pouco resiliente (Couto, 2010), uma vez que se supõe que o desenvolvimento da resiliência mental constitua uma forma de compensação para perdas de capacidade funcional e limitações na saúde física (Lang, Riechmann & Baltes, 2002).

Relativamente aos fatores sociais, recursos como o apoio da família e amigos, os valores culturais e as crenças, o acesso a serviços de saúde e a assistência comunitária, são fundamentais para que os idosos compensem as perdas e retomem os seus níveis de funcionalidade, sendo as interações sociais positivas um dos recursos mais importantes e influentes na promoção da resiliência na velhice (Tugade, Fredrickson & Barret, 2004; Laranjeira, 2007; Zautra, Hall & Murray, 2008; Ambriz, 2011; Cárdenas-Jiménez & López-Díaz, 2011; Quiceno & Vinaccia, 2011). Focando este último fator, alguns contextos, como o familiar e o educativo, podem ser promotores de resiliência (Sousa & Rodríguez-Miranda, 2015). Desta forma, famílias que adotem características e comportamentos resilientes, tornam-se fulcrais para o desenvolvimento da resiliência nos idosos, uma vez que os fatores de origem familiar influenciam e envolvem-se com os fatores individuais.

A resiliência apresenta-se assim como um importante fator protetor para o envelhecimento saudável, estando associada a uma maior longevidade e bem-estar (Tugade, Fredrickson & Barret, 2004; Pan & Chan, 2007; Brix, Schleuber, Füller, Röhrig, Wendt & Staub, 2008; Smith & Zautra, 2008; Zautra, Hall & Murray, 2008; Wagnild, 2009; Zeng & Shen, 2010; Sousa & Rodríguez-Miranda, 2015).

Ainda que se evidencie uma carência de estudos que relacionem todas as variáveis suprarreferidas, a presente revisão teórica exhibe uma variedade de estudos que comprovam a relevância de cada uma delas para o envelhecimento saudável. O que destaca a importância de trabalhar na promoção destas enquanto fatores benéficos para o aumento de bem-estar emocional e saúde na velhice.

Na prática clínica com idosos, a estimulação da autoestima constitui um elemento chave para o desenvolvimento de crenças positivas que têm impacto nos estados emocionais, promovendo comportamentos saudáveis e controlo do *stress*, o que facilita as intervenções dado o aumento da autovalorização, otimismo e autocuidado (Rabelo & Neri, 2005), uma vez que sentir-se feliz, alegre e satisfeito consigo mesmo é fundamental para a promoção da saúde e a prevenção de doenças (Silva, Santos, Squarcini, Souza, Azevedo & Barbosa, 2011).

Além disso, devem ser tidos em consideração a inclusão social da pessoa idosa e o sentimento de pertença a um grupo, que podem funcionar tanto como fatores protetores, como de risco para a manutenção da saúde. A família detém um grande peso relativamente a este aspeto, constituindo-se como uma fonte primária de auxílio e cuidado (Cervený & Berthoud, 2002). O envolvimento da família e de pessoas significativas no dia-a-dia dos idosos contribui para uma vivência saudável e positiva do envelhecimento, fomentando melhores condições de vida. O que, direta ou indiretamente, demonstra que as pontes com o suporte social e familiar são de absoluta importância para o bem-estar dos idosos.

Por outro lado, para o alcance de um maior bem-estar psicológico é imprescindível a prática de atividades físicas e sociais, indiscutivelmente associadas à promoção de um envelhecimento saudável. Segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2010) a atividade física para idosos consiste sobretudo nas atividades recreativas ou de lazer, ocupacionais, jogos, desportos ou exercícios programados no contexto das atividades diárias, familiares e comunitárias. Estas atividades despoletam, através da perceção de uma melhor saúde, o aumento da autoestima e dos afetos positivos, promovendo benefícios relativos à diminuição de dores, maior disposição para as atividades diárias, maior perceção de autoeficácia, prevenção e controlo de stress e maior capacidade de resistência às doenças, proporcionando à pessoa idosa um sentimento positivo de bem-estar físico e psicológico (Rigo & Teixeira, 2005).

São vários os estudos que demonstram a importância da atividade física na melhoria da saúde e da capacidade funcional dos idosos (ACSM, 1998, 2000, 2001; Mazzeo & Tanaka, 2001; Paterson, Jones & Rice, 2007; Paterson & Warburton, 2010; WHO, 2010). De acordo com o *American College of Sports Medicine* (ACSM, 1998), o exercício traz benefícios à saúde, principalmente no que respeita à redução dos fatores de risco associados às doenças cardiovasculares, à diabetes, à osteoporose e outras, que se consubstanciam na melhoria do estado de saúde do idoso e, como tal, no aumento da sua esperança de vida. Estes benefícios traduzem-se em adaptações que melhoram a capacidade funcional dos idosos, com repercussões positivas na qualidade e extensão da sua vida (Spirduso, 2005; Tavares, 2010).

Spirduso (2005) destaca ainda, o cariz social inculcido nas atividades físicas e grupos comunitários, uma vez que o conhecimento e a convivência com pessoas novas fortalecem o sentimento de pertença e utilidade dos idosos, levando a uma maior aceitação de si mesmo e à valorização pessoal, impulsionando a adoção de afetos positivos.

Este é um facto que deve ser tido em conta aquando do estudo das variáveis psicossociais predictoras de saúde na velhice, uma vez que existe uma clara associação entre a prática de atividade física e a melhoria das funções cognitivas e funcionais em idosos (WHO, 2010). Assim, torna-se importante a implementação de programas que envolvam tanto a

vertente psíquica como física, promovendo e facilitando, através do envolvimento e integração social, o aumento de saúde e bem-estar emocional dos idosos.

Concluindo, fica demonstrado que para um envelhecimento mais saudável as variáveis psicossociais estudadas são fundamentais e merecem, no trabalho com a população idosa, ser ativamente reivindicadas como uma prioridade, contribuindo assim para as boas práticas na intervenção psicogerontológica em Portugal.

Bibliografía

- ACSM (1998). Exercise and physical activity for older adults. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 30(6), 992-1008.
- ACSM (2000). Exercise and the older adult. Retirado de <https://www.acsm.org/docs/current-comments/exerciseandtheolderadult.pdf>
- ACSM (2001). The physiology of aging. Retirado de <https://www.acsm.org/docs/current-comments/physiologyofaging.pdf?sfvrsn=4>
- Alcalá, V., Camacho, M. & Giner, J. (2007). Afectos y depresión en la tercera edad. *Psicothema*, 19(1), 49-56.
- Aldwin, C. M. (2000). Stress, coping and development: An integrative perspective. New York: The Guilford Press.
- Almeida, L.M. & Caldas, J.M. (2012). Intimidade e Saúde. *Psicologia ISP*, 23(4), 737-755.
- Ambriz, M. G. J. (2011). La resiliencia, el tesoro de las personas mayores. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 46 (2), 59-60.
- Arciniega, J.D. (2014). Resiliencia y envejecimiento. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 4(2), 67-77.
- Arriagada, J.B. & Salas, M.C. (2009). Bienestar psicológico de los adultos mayores, su relación con la autoestima y la autoeficacia: Contribución de enfermería. *Ciencia y enfermería*, 15(1), 25-31.
- Baldessim, A. (1996). O idoso: viver e morrer com dignidade. In M.P. Netto (Org.), *Gerontologia (491-498)*. São Paulo: Atheneu.
- Baltes, P. & Baltes, M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P. Baltes & M. Baltes (Eds.), *Successful aging: perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Baltes, P. B., Lindenberger, U., & Staudinger, U. M. (2006). Life span theory in developmental psychology. In W. Damon & R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology: Vol. 1. Theoretical models of human development (6th ed., 569-664)*. New York: Wiley.

- Botelho, A. (2005). A funcionalidade dos idosos. In C. Paúl & A. M. Fonseca (coords.), *Envelhecer em Portugal: psicologia, saúde e prestação de cuidados* (p.111-135). Lisboa: Climepsi Editores.
- Bowling, A., Seetai, S., Morris, R. & Ebrahim, S. (2007). Quality of life among older people with poor functioning: the influence of perceived control over life. *Age and Ageing*, 36(3), 310-315.
- Britton, A., Shipley, M., Singh-Manoux, A. & Marmot, M.G. (2008). Successful aging: the contribution of early-life and midlife risk factors. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56(6), 1098-1105.
- Brix, C. Schleuber, C., Füller, J., Röhrig, B., Wendt, T. C. & Staub, B. (2008). The need for psychosocial support and its determinants in a sample of patients undergoing radiooncological treatment of cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 65(6), 541-548.
- Butler, J. & Ciarrochi, J. (2007). Psychological acceptance and quality of life in the elderly. *Quality of Life Research*, 16, 607-615.
- Cabral, M.V. & Silva, P.A. (2009). *O estado da saúde em Portugal: acesso, avaliação e atitudes da população portuguesa em relação ao sistema de saúde: evolução entre 2001 e 2008 e comparações regionais*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.
- Campos, M., Iraurgi, J., Páez, D. & Velasco, C. (2004). Afrontamiento y regulación emocional de hechos estresantes: Un meta-análisis de 13 estudios. *Boletín de Psicología*, 82, 25-44.
- Cárdenas-Jiménez, A. & López-Díaz, A. L. (2011). Resiliencia en la vejez. *Revista de salud pública*, 13 (3), 528-540.
- Carstensen, L. L., Isaacowitz, D. M. & Charles, S. T. (1999). Taking time seriously: a theory of socioemotional selectivity. *American Psychologist*, 54(3), 165-181.
- Cervený, C.M.O. & Berthoud, C.M.E. (2002). *Visitando a família ao longo do ciclo vital*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Couto, F. B. D. (2010). Resiliência e capacidade funcional em idosos. *Revista Kairós*, 51-62.

- Cupertino, A.P., Rosa, F.H. & Ribeiro, P.C. (2007). Definição de envelhecimento saudável na perspectiva de indivíduos idosos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20(1), 81-86.
- DGS (2014). *Portugal idade maior em números, 2014: A saúde da população portuguesa com 65 ou mais anos de idade*. Lisboa: DGS.
- Diniz, E. & Koller, S.H. (2010). O afeto como um processo de desenvolvimento ecológico. *Educar*, 36, 65-76.
- Doron, R. & Parot, F. (2001). *Dicionário de Psicologia*. Lisboa: Climepsi Editores.
- EUROSTAT (2011). *Active ageing and solidarity between generations: a statistical portrait of the European Union 2012*. Luxemburgo: Comissão Europeia.
- Fernández-Ballesteros, R., Fresneda, R. M., Martínez, J. I. & Zamarrón, M. D. (1999). Qué es la psicología de la vejez. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2000). Positive affect and the other side of coping. *American Psychologist*, 55, 647-654.
- Fonseca, A. M. (2005). O envelhecimento bem-sucedido. In C. Paúl & A. M. Fonseca (coords.), *Envelhecer em Portugal: psicologia, saúde e prestação de cuidados* (p.281-311). Lisboa: Climepsi Editores.
- Fragelli, T., & Gunther, I. (2008). A promoção de saúde na perspectiva social ecológica. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 21(2), 151-158.
- Fredrickson, B.L. (1998). What good are positive emotions? *Review of General Psychology*, 2(3), 300-319.
- Galinha, I.C., Pereira, C.R. & Esteves, F. (2014). Versão traduzida da escala portuguesa de afeto positivo e negativo PANAS-VRP: Análise fatorial confirmatória e invariância temporal. *Revista Psicologia*, 28(1), 53-65.
- Gatto, I.B. (1996). Aspectos psicológicos do envelhecimento (109-113). In M.P. Netto (Org.), *Gerontologia*. São Paulo: Atheneu.
- Greenfield, E. A. & Marks, N. F. (2004). Formal volunteering as a protective factor for older adults' psychological well-being. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 59(5), S258-S264.

- Gurgel, L. G., Plentz, R. D. M., Joly, M. C. R. & Reppold, C. T. (2013). Avaliação da resiliência em adultos e idosos: revisão de instrumentos. *Estudos de Psicologia*, 30(4), 487-496.
- Hardy, S. E., Concato, J. & Gill, T. M. (2004) Resilience of community-dwelling older persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52, 257-262.
- INE (2011). Censos de 2011. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I. P. Consultado a 25 de Março de 2015, em http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=censos2011_apresentacao
- INE (2014). Projeções de população residente 2012-2060. Retirado em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=208819970&DESTAQUESmodo=2
- Jacob, L. & Fernandes, H. (coords.)(2011). *Ideias para um envelhecimento activo*. Lisboa: Rutis.
- Jacobzone, S. & Oxley, H. (2002). Ageing and Health Care Costs. *Internationale Politik und Gesellschaft*, 137-156.
- Kempen, G.I.J.M., Ranchor, A.V., Sonderen, E.V., Jaarsveld, C. H.M. & Sanderman, R. (2006). Risk and protective factors of different functional trajectories in older persons: are these the same? *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 61B(2), 95-101.
- Krijthe, B.P., Walter, S., Newson, R.S., Hofman, A., Hunink, M.G. & Tiemeier, H. (2011). Is positive affect associated with survival? A population-based study of elderly persons. *American Journal of Epidemiology*, 173(11), 1298-1307.
- Lang, F. R., Rieckmann, N. & Baltes, M. (2002) Adapting to aging losses: Do resources facilitate strategies of selection, compensation, and optimization in everyday functioning? *Journal of Gerontology*, 57(6), 501-509.
- Laranjeira, C. A. S. (2007). Do vulnerável ser ao resiliente envelhecer: Revisão de literatura. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 23 (3), 327-332.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Liang, J., Krause, N.M. & Bennett, J.M. (2001). Social exchange and well-being: is giving better than receiving? *Psychology and Aging*, 16, 511-523.

- Librán, E.C. & Piera, P.J.F. (2008). Variables cognitivas y afectivas como predictoras de satisfacción en la vida. *Psicothema*, 20(3), 408-412.
- López, M.P.S., García, M.E.A. & Dresch, V. (2006). Ansiedad, autoestima y satisfacción autopercebida como predictores de la salud: diferencias entre hombres y mujeres. *Psicothema*, 18(3), 584-590.
- Luthar, S. S., Cicchetti, D. & Becker, B. (2000). The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71(3), 543-562.
- Lyubomirsky, S., King, L. & Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead o sucess? *Psychological Bulletin*, 131 (6), 803-855.
- Macedo, D., Oliveira, C.V., Günther, I.A., Alves, S.M. & Nóbrega, T.S. (2008). O lugar do afeto, o afeto pelo lugar: O que dizem os idosos?. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24(4), 441-449.
- Martínez, B.B., Delgado, J.B. & Navarro, A.B. (2011). Perspectivas sobre envejecimiento y calidad de vida. In F.Q. Olguín, *Atención psicológica de las personas mayores: Investigación y experiencias en psicología del envejecimiento* (53-72). México: Editorial Pax México.
- Mazzeo, R. & Tanaka, H. (2001). Exercise prescription for the elderly. *Sports Medicine*, 31(11), 809-818.
- Monge, M.B. (2006). Género, vejez y salud. *Acta Bioethica*, 12(2), 193-197.
- Montaño, I.L. (2008). Imagen corporal y envejecimiento. *Avances en Psiquiatría Biológica*, 9, 57-73.
- Moraes, E. N. (2009). Principios básicos de geriatría e gerontología. Belo Horizonte: Coopmed.
- Moraes, E. N. (2012). Atenção à saúde do idoso: Aspectos conceituais. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.
- Nolla, M.C., Queral, R. & Miró, J. (2014). Las escalas panas de afecto positivo y negativo: nuevos datos de su uso en personas mayores. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 19(1), 15-21.

- Nygren, B., Aléx, L. , Jonsén, E., Gustafson, Y., Norberg, A. & Lundman, B. (2005). Resilience, sense of coherence, purpose in life and self-transcendence in relation to perceived physical and mental health among the oldest old. *Aging & Mental Health*, 9(4), 354-362.
- OMS (2002). *Active aging: a policy framework. A contribution of the WHO to the second united nations world assembly on ageing*. Acedido Março 12, 2015, em http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_nmh_nph_02.8.pdf
- OMS (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde.
- Ong, A.D., Bergeman, C.S. & Boker, S.M. (2009). Resilience comes of age: Defining features in later adulthood. *Journal of Personality*, 77, 1777-1804.
- Ong, A.D., Bergeman, C.S., Bisconti, T. L. & Wallace, K.A. (2006). Psychological resilience, positive emotions, and successful adaptation to stress in later life. *Journal of personality and social psychology*, 91(4), 730-749.
- Ostir, G.V., Ottenbacher, K.J. & Markides, K.S. (2004). Onset of frailty in older adults and the protective role of positive affect. *Psychology and Aging*, 19(3), 402-408.
- Pan, J.Y. & Chan, C. (2007). Resilience: A new research area in positive psychology. *Psychologia*, 50(3), 164-176.
- Paterson, D.H. & Warburton, D.E. (2010). Physical activity and functional limitations in older adults: a systematic review related to Canada's Physical Activity Guidelines. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 7(1).
- Paterson, D.H., Jones, G.R. & Rice, C.L. (2007). Ageing and physical activity: evidence to develop exercise recommendations for older adults. *Canadian Journal of Public Health*, 98(2), 69-108.
- Perista, H. (coord.) & Perista, P. (2012). *Género e envelhecimento: Planear o futuro começa agora! Estudo de diagnóstico*. Lisboa: Comissão para a cidadania e a igualdade de género.
- Pesce, R. P., Assis, S. G., Santos, N. & Oliveira, R. V. C. (2004). Risco e proteção: em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20(2), 135-143.

- PORDATA (2015). Base de Dados Portugal Contemporâneo. Consultado a 12 de Abril de 2015, em www.pordata.pt.
- Pressman, S.D. & Cohen, S. (2005). Does positive affect influence health? *Psychological Bulletin*, 131(6), 925-971
- Ribeiro & Morais, 2010
- Quiceno, J. M. & Vinaccia, S. (2011). Resiliencia: una perspectiva desde la enfermedad crónica en población adulta. *Pensamiento Psicológico*, 9 (17), 69-82.
- Rabelo, D.F. & Neri, A.L. (2005). Recursos psicológicos e ajustamento pessoal frente à incapacidade funcional na velhice. *Psicologia em Estudo*, 10(3), 403-12.
- Reich, J.W., Zautra, A.J., & Hall, J.S. (2010). Handbook of adult resilience. New York, NY: Guilford Press.
- Ribeiro, J.L.P. & Morais, R. (2010). Adaptação portuguesa da escala breve de *coping* resiliente. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 11(1), 5-13.
- Ribeiro, J.L.P. & Rodrigues A. (2003). Questões acerca do coping: A propósito do estudo de adaptação do Brief Cope. *Psicologia: Saúde & Doenças*,(1), 3-15.
- Ribeiro, J.L.P. (2005). *Introdução à psicologia da saúde*. Coimbra: Quarteto.
- Richardson, G. E. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of Clinical Psychology*, 58(3), 307-321.
- Rigo, M.L. & Teixeira, D.C. (2005). Efeitos da atividade física na percepção de bem-estar de idosas que residem sozinhas e acompanhadas. *Revista Unopar Científica Ciências Biológicas e da Saúde*, 7(1), 13-20.
- Rowe, J.W. & Kahn, R.L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37(4), 433-440.
- Ruibyté, L. (2007). Relationship between individual attributional style, self-esteem, locus of control and academic achievement of vytautas magnus university students. *Sportas*, 4(67), 71-78.
- Saavedra, E. & Varas, C. (2013). Características resilientes y de calidad de vida en adultos mayores: la importancia de tener redes. In J. H. Ávila-Toscano, *Individuo, comunidad y salud mental: avances en estudios sociales y aplicados a la salud* (105-123). Colombia: Ediciones CUR.

- Sansinenea, E., Montes, L.G., Aguirrezabal, A. & Garaigordobil, M. (2010). Preditores del afecto positivo: El papel de la autonomía percibida y el estilo de afrontamiento. *Ansiedade y Estrés*, 16(1), 71-82.
- Santos, R.M., Santos, P.M., Santos, V.L. & Duarte, J.C. (2013). A qualidade de vida do idoso: O caso da Cova da Beira. *Revista Enfermagem Referência*, 3(11), 37-48.
- Sbicigo, J.B., Bandeira, D.R. & Dell'Aglio, D.D. (2010). Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR): validade fatorial e consistência interna. *Psico-USF*, 15(3), 395-403.
- Schmidt, V.R.H. & Wosiack, R.M.R. (2007). Resgatando a auto-estima do idoso mediante a expressão gráfico-plástica e modelagem de máscaras. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 4(2), 31-39.
- Sebastián, J., Manos, D., Bueno, M.J. & Mateos, N. (2007). Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participantes en un programa de intervención psicosocial. *Clínica y Salud*, 18(2), 137-161
- Silva, H.S., Lima, A.M.M. & Galhardoni, R. (2010). Envelhecimento bem-sucedido e vulnerabilidade em saúde: aproximações e perspectivas. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 14(35), 867-877.
- Silva, L.W., Santos, R.G., Squarcini, C. F., Souza, A.L., Azevedo, M.P. & Barbosa, F. N. (2011). Perfil do estilo de vida e autoestima da pessoa idosa: perspectivas de um programa de treinamento físico. *Revista Temática Kairós Gerontologia*, 14(3), 145-166.
- Silva, M.E. (2005). Saúde mental e idade avançada. In C. Paúl & A. M. Fonseca (coords.), *Envelhecer em Portugal: psicologia, saúde e prestação de cuidados* (p.137-156). Lisboa: Climepsi Editores.
- Sinclair, V.G. & Wallston, K.A. (2004). The development and psychometric evaluation of the brief resilient coping scale. *Assessment*, 11(1), 94-101.
- Smith, B.W., & Zautra, A.J. (2008). Vulnerability and resilience in women with arthritis: Test of a two-factor model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 799-810.
- Smith, J.L. & Hollinger-Smith, L. (2015). Savoring, resilience, and psychological well-being in older adults. *Aging & Mental Health*, 19(3), 192-200.

- Sousa, C. S. & Rodríguez-Miranda, F. P. (2015). Envelhecimento e educação para resiliência no idoso. *Educação & Realidade*, 40 (1), 33-51.
- Spiriduso, W.W. (2005). *Dimensões físicas do envelhecimento*. São Paulo: Manole.
- Sprange, K., Mountain, G.A., Brazier, J., Cook, S.P., Craig, C., Hind, D., Walters, S.J., Windle, G., Woods, R., Keetharuth, A.D., Chater, T. & Horner, K. (2013). Lifestyle matters for maintenance of health and wellbeing in people aged 65 years and over: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials Journal*, 14(302).
- Staudinger, U. M., Marsiske, M. & Baltes, P. B. (1995). Resilience and reserve capacity in later adulthood: Potentials and limits of development across the life span. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental Psychopathology* vol2 (801-847). New York: Wiley.
- Tavares, C. (2010). Idosos. In C. Tavares, F. Raposo & R. Marques, *Prescrição de exercício em health club* (6ªed., p. 191-200). Porto Salvo: A. Manz Produções.
- Tomás, J. M., Sancho, P., Melendez, J. C. & Mayordomo, T. (2012). Resilience and coping as predictors of general well-being in the elderly: A structural equation modeling approach. *Ageing & Mental Health*, 16(3), 317-326.
- Tugade, M.M., Fredrickson, B.L. & Barrett, L.F. (2004). Psychological resilience and positive emotional granularity: Examining the benefits of positive emotions on coping and health. *Journal of Personality*, 72(6), 1161-1190.
- Vitoreli, E., Pessini, S. & Silva, M.J. (2005). A auto-estima de idosos e as doenças crônico-degenerativas. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 102-114.
- Wagnild, G. (2009). A review of the resilience scale. *Journal of Nursing Measurement*, 17(2), 105-113.
- Watson, D., Clark, L.A. & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the panas scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063-1070.
- WHO (2010). Global recommendations on physical activity for health. Retirado de http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979_eng.pdf?ua=1

- Wichmann, F.M.A., Couto, A.N., Areosa, S.V.C. & Montañés, M.C.M. (2013). Grupos de convivência como suporte ao idoso na melhoria da saúde. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 16(4), 821-832.
- Williams, P., Wiebe, D. & Smith, T. (1992). Coping processes as mediators of the relationships between hardiness and health. *Journal Behavior Medical*, (15), 237-255.
- Zautra, A. J. (2009). Resilience: One part recovery, two parts sustainability. *Journal of Personality*, 77, 1935-1943.
- Zautra, A.J., Hall, A.J. & Murray, K.E. (2008). Resilience: A new integrative approach to health and mental health research. *Health Psychology Review*, 2, 41-64.
- Zeng, Y. & Shen, K. (2010). Resilience significantly contributes to exceptional longevity. *Current Gerontology and Geriatrics Research*. Acedido em <http://www.hindawi.com/journals/cggr/2010/525693/>

Anexo 2

Comprovativo de submissão à revista *Clinical Gerontologist*

Clinical Gerontologist



Affection, self-esteem, and resilient coping as predictors of health in old age

Journal:	Clinical Gerontologist
Manuscript ID:	Draft
Manuscript Type:	Original Article
Date Submitted by the Author:	n/a
Complete List of Authors:	Soares, Inês; University of Beira Interior, Pereira, Henrique; University of Beira Interior, Afonso, Rosa Marina; University of Beira Interior, Esqalhado, Graça; University of Beira Interior, Monteiro, Samuel; University of Beira Interior, Loureiro, Manuel; University of Beira Interior,
Keywords:	aging, international aging, emotional assessment < psychological assessment

SCHOLARONE™
Manuscripts

URL: <http://mc.manuscriptcentral.com/wcli> Email: clinicalgerontologist@yahoo.com

Affection, self-esteem, and resilient coping as predictors of health in old age

Inês Soares 1

Henrique Pereira 1

Rosa Marina Afonso 1

Graça Esgalhado 1

Samuel Monteiro 1

Manuel Loureiro 1

1 - University of Beira Interior, Department of Psychology and Education, Faculty of Social and Human Sciences, Estrada do Sineiro, S/N 6200 Covilha - Portugal

Corresponding author: hpereira@ubi.pt

Abstract

There is a lack of studies covering variables such as affection, self-esteem, resilient coping, and health in the elderly. This study aims to bridge this gap, with the objective of studying the association between these variables. Our sample consists of 241 elderly Portuguese participants, aged 65 to 97 years old. Five surveys were used to obtain the results, namely: a socio-demographic questionnaire; PANAS-VRP; RSS; BRCS; and SF-36. The results showed that high levels of positive affect, self-esteem, and resilient coping are strongly associated with better general health levels, and particularly higher levels of emotional well-being. Therefore, negative affect is correlated with worse health status, showing the importance of positive emotions on the health of the elderly. These results highlight the need for further studies covering psychosocial variables and health in the elderly.

Keywords: Aging; Health; Affection; Self-Esteem; Resilient Coping.

URL: <http://mc.manuscriptcentral.com/wcli> Email: clinicalgerontologist@yahoo.com

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

Introduction

The increase in the elderly population has attracted a growing scientific interest, not only in understanding the aging process (Macedo, Oliveira, Günther, Alves & Nobrega, 2008), but also concerning the relevance of the study of demographic change and its consequences (DGS, 2014). Population aging has also spurred research related to anticipating scenarios and finding ways to respond to new challenges, such as the provision of health care and the monitoring of the aging process.

It is of great interest to better understand the relationship between affect and health (Nolla, Queral & Miró, 2014). This relationship is described as one of the factors that ensures satisfactory psycho-emotional and physical development throughout the life cycle, and is considered to be the main component of overcoming life challenges (Diniz & Koller, 2010). Affect results from the interaction of the individual with the environment in which he/she operates, and can be defined as positive or negative, acting, respectively, as a protective element or risk to general health (Sansinenea, Montes, Aguirrezabal & Garaigordobil, 2010; Krijthe, Walter Hofman, Hunink & Tiemeier, 2011; Arciniega, 2014; Chicken, Pereira & Esteves, 2014).

Positive Affect (PA) is defined by Pressman and Cohen (2005) as a mental state characterized by feelings of pleasure, happiness, joy, excitement, enthusiasm, inspiration, and determination, reflecting one's pleasant involvement with his/her environment (Watson, Clark & Tellegen, 1988; Libran & Piera, 2008; Chicken, Pereira & Esteves, 2014). The presence of positive emotions is essential for healthy development (Diniz & Koller, 2010), since it is assumed that the experience of pleasant and positive emotions triggers a general sense of personal and social well-being that will lead to improved levels of health (Libran & Piera, 2008).

The opposite is true when it comes to Negative Affect (NA), which is characterized by a wide range of negative emotions such as fear, sadness, anxiety, hostility, grief, loneliness, numbness, anger, and guilt (Watson, Clark & Tellegen, 1988; Libran & Piera, 2008; Krijthe, Walter,

URL: <http://mc.manuscriptcentral.com/wcli> Email: clinicalgerontologist@yahoo.com

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

Newson, Hofman, Humink & Tiemeier, 2011; Chicken, Pereira & Esteves, 2014). NA is therefore a risk factor for health, as it shows a strong predisposition to negative emotions towards experiences that influence cognitive processes, the self, and life satisfaction, which can lead to depressive states in individuals (Campos, Iraurgi, Velasco & Páez, 2004; Alcalá, Camacho & Giner, 2007; Libran & Píera, 2008; Chicken, Pereira & Esteves, 2014).

Self-esteem is one of the most important psychological aspects in the self-worth of the elderly, having a great influence on their well-being and adaptation to the world around them (Ruibyté, 2007; Arriagada & Salas, 2009). There are several aspects that can affect self-esteem in the elderly, including the loss characteristics of this age group, such as the death of family members or friends, the imposition of widowhood, a decline in health, the absence of valued social roles, a lack of family support, or deviation from the ideal body image (Gatto, 1996; Baldessim, 1996). According to Vitoreli, Pessini, and Silva (2005), these factors mean that many older people may reject aging itself, developing a low self-esteem and devaluing the stage of life they are in, exposing them to inappropriate situations and health risks.

Thus, as an important indicator of health and well-being, self-esteem is usually defined as an attitude or a positive or negative feeling that someone holds of themselves based upon the evaluation of their own characteristics, including feelings of self-satisfaction (Sebastian, Manos, Bueno & Mateos, 2007). This self-assessment can be based on low self-esteem (feelings of incompetence, inadequacy, and the inability to meet challenges), medium self-esteem (oscillation of the individual between feelings of approval and the rejection of self), or high self-esteem (a self-judgment of value, confidence, and competence) (Sbicigo, Flag & Dell'Aglio, 2010). It is extremely important that the elderly possess high levels of self-esteem and a positive image of themselves, because this leads to better physical and emotional health, and reduces vulnerability to negative emotions, since the elderly will feel more secure, independent, respected, valued, and happy (Vitoreli, Pessini & Silva, 2005; Montaña, 2008).

URL: <http://mc.manuscriptcentral.com/wcli> Email: clinicalgerontologist@yahoo.com

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

The literature also stresses the importance of resilience in aging from the perspective of a health promotion construct and in relation to emotional well-being (Sinclair & Wallston, 2004; Tugade, Fredrickson & Barrett, 2004; Pan & Chan, 2007; Smith & Zautra, 2008; Zautra, Hall & Murray, 2008). The literature emphasizes resilience as a coping mechanism that, according to some authors (Sinclair & Wallston, 2004; Ribeiro & Morais, 2010), is associated with positive adaptations in the face of adversity, generating better general functioning among the elderly.

Although aging has triggered a great number of studies on other related aspects, there is a lack of studies covering variables such as affection, self-esteem, resilient coping, and health in this age group. To fill this gap, we developed this research, which aims to accomplish the following goals. First, we propose to assess levels of affection, self-esteem, resilient coping, and health in a sample of elderly people. Second, we aim to evaluate the differences in these variables between genders. Third, we attempt to determine the impact of psychosocial and socio-demographic variables on the general health of the elderly. Finally, we seek to determine the degree of association between all variables.

Method

Participants

The sample consists of a total two hundred and forty-one (241) elderly Portuguese people. All participants are older than 65, ranging from 65 to 97 years of age (Mean = 75, SD = 7.87). We used a non-probabilistic sampling method with previously defined criteria of inclusion, such as age and the absence of cognitive deterioration in participants. 52.3% of participants are women and 47.7% men. The majority of the elderly have lower levels of education (38.4%) and 14.6% have attained higher levels of education. In regards to marital status, the sample is divided into two large groups, married (49.2%) and widowed (31.1%). A much smaller percentage of participants are unmarried (5.5%), in a civil union (2.9%), or in an emotionally committed

URL: <http://mc.manuscriptcentral.com/wcli> Email: clinicalgerontologist@yahoo.com

1
2
3 relationship (1.3%). Regarding the type of residence in which participants live, 76.8% live in a
4 house / apartment and 20.1% live in an institution.
5
6
7
8
9

10 Instruments

11
12
13 In this investigation the following assessment tools were administered: a socio-demographic
14 questionnaire; the Short Version of the Portuguese Scale of Positive and Negative Affect
15 (PANAS-VRP; Galinha, Pereira & Esteves, 2014); the Rosenberg Self-Esteem Scale (RSS); the
16 Brief Resilient Coping Scale (BRCS); and the 36-Item Short Form Health Survey (SF-36).
17
18
19
20
21

22 The socio-demographic questionnaire surveyed items such as age, gender, type of residence,
23 education level, and marital status. The PA and NA were assessed using the PANAS-VRP. The
24 short version of the Portuguese PANAS consists of a total of 10 items and is divided into two
25 groups of 5 items. It defines PA using the items enthusiastic, inspired, determined, interested,
26 and active, and identifies NA with the items scared, frightened, tormented, nervous, and guilty
27 (Galinha et al., 2014). Watson, Clark, and Tellegen (1988) developed the PANAS to measure
28 the PA and NA, as defined overall dimensions that describe the emotional experience of
29 individuals. Thus, a high PA reflects pleasure and subjective well-being, while a high NA
30 reflects displeasure and subjective distress, including emotions such as fear and nervousness
31 (McDowell, 2006; Galinha et al., 2014.). Internal consistency for this instrument was $\alpha = .868$
32 for PA and $\alpha = .785$ for NA, which signify very good and good reliability scores, respectively
33 (Maroco & Garcia-Marques, 2006).
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46

47 The evaluation of self-esteem was based on the Portuguese translation and adaptation of the
48 Rosenberg Self-Esteem Scale (1965), which was developed by Pechorro, Maroco, Poiaras, and
49 Viera (2011). The RSS is an overall evaluation of self-esteem, defined by Rosenberg (1989) as
50 the positive or negative orientation that an individual possesses of him/herself. It includes self-
51 concept as one of the components, which is conceptualized as all of the thoughts and feelings of
52 an individual in reference to him/herself as an object.
53
54
55
56
57
58
59
60

URL: <http://mc.manuscriptcentral.com/wcli> Email: clinicalgerontologist@yahoo.com

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

It consists of a total of 10 items, which are divided into positive items (1, 3, 4, 7, and 10) and negative items (2, 5, 6, 8, and 9). The results are related to feelings of acceptance and compliance with him/herself and score self-esteem as low, medium, or high. High self-esteem indicates that individuals consider themselves to be persons of worth and that they are respectful of themselves. In contrast, low self-esteem reflects a devaluation of self, dissatisfaction, and a lack of respect in regards to oneself (Santos & Maia, 2003). This scale is an international reference in the evaluation of self-esteem and is probably the most widely used in psychological research (Santos & Maia, 2003; Santos, 2008; Pechorro et al, 2011). The consistency of the scale is $\alpha = .822$ which indicates a very good reliability score (Maroco & Garcia-Marques, 2006).

The level of resilient coping was assessed by the Brief Resilient Coping Scale (BRCS) (Brook and Mitchell, 2010). This instrument consists of 4 items and evaluates the ability of individuals to cope with stress in an adaptive way (Gurgel, Plentz, Joly & Reppold, 2013). The BRCS scale ranges from 4 to 20. According to the authors, a score below 13 represents low levels of resilient coping and a score that exceeds 17 signifies high resilient coping (Sinclair & Wallston, 2004). The consistency score for this instrument was $\alpha = .777$, which is a good reliability score (Maroco & Garcia-Marques 2006).

For a general assessment of physical and mental health, the SF-36 was used. This instrument, as its name implies, has a total of 36 items, which are divided into eight dimensions: physical functioning ($\alpha = .939$); social limitations due to physical health problems ($\alpha = .956$); social limitations due to emotional problems ($\alpha = .924$); energy / fatigue ($\alpha = .818$); emotional well-being ($\alpha = .900$); social functioning ($\alpha = .697$); pain ($\alpha = .645$); and general health ($\alpha = .808$) (Rand Corporation; Ware & Sherbourne, 1992). The internal consistency of the SF-36 subscales ranges from excellent to reasonable reliability scores, depending on the number of items involved in each subscale (Maroco & Garcia-Marques, 2006). The SF-36 was constructed as a general indicator of health status and can be used in clinical settings, research, and the evaluation of the general population (Ware & Sherbourne, 1992; McDowell, 2006).

URL: <http://mc.manuscriptcentral.com/wcli> Email: clinicalgerontologist@yahoo.com

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

The Global Deterioration Scale (GDS) of Reisberg, Ferris, De Leon & Grook (1982) was also utilized. It is widely used, particularly in clinical studies, to observe the degree of cognitive impairment in participants. The GDS measures the intensity of clinical deterioration in 7 stages, and higher values signify a higher degree of deterioration. The GDS is used by our study to ensure that participants do not suffer from any cognitive impairment.

Procedures

Data collection took place between October 2014 and February 2015 through direct and personal contact, as well as the recruitment of answers over the Internet using mailing lists. Both data collection systems took into account the preservation of all ethical principles, which include informed consent, data privacy, and anonymity, in accordance with the ethical standards of the American Psychological Association. The Scientific Committee of the Department of Psychology and Education of the University of Beira Interior (Portugal) also approved this study. We administered the GDS to each participant to ensure that none of the respondents had any cognitive impairment that could compromise the reliability of the results. Finally, the responses were entered into a database, using IBM® SPSS (version 21). We used Student's t-Test to compare the means of psychosocial variables in two different groups, such as age, gender, and type of residence, and ANOVA to compare groups according to education level and marital status. We used linear regression to test the predictions of the independent variables (affection, self-esteem, and resilient coping) in relation to the dependent variable (health).

Results

In order to make the presentation of results clearer, the data are organized in respect to each objective formulated.

1. Assess the levels of Affection, Self-Esteem, Resilient Coping, and Health

URL: <http://mc.manuscriptcentral.com/wcli> Email: clinicalgerontologist@yahoo.com

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

In the PA scale the average total score in this sample is 16.14 (SD = 4.27), while the average NA score is 8.88 (SD = 3.61). These results point to a low NA in the sample and a PA near the average, but still within the range of positive values. Regarding self-esteem the average total score was 31.3 (SD = 4.55). Given that this scale varies between 10 and 40, this indicates a high level of reported self-esteem in the sample. As for the resilient coping variable, the scale had a mean total score of 13.58 (SD = 3.73), indicating median scores within the range of positive values. Finally, in regards the dimensions of physical and mental health the sample yielded the following mean scores: 22.88 (SD = 6.21) for "physical functioning"; 14.67 (SD = 4.79) for "social limitations due to physical health"; 12.3 (SD = 3.22) for "social limitations due to emotional problems"; 10.55 (SD = 3.55) for "energy/fatigue"; 11.8 (SD = 4.68) for "emotional well-being"; 3.63 (SD = 1.76) for "social functioning"; 4.89 (SD = 2.24) for the "pain" scale; and 16.86 (SD = 4.51) for "general health". These results show that participants exhibit both physical and social functionality, with few social limitations due to physical or emotional problems, as well as low levels of fatigue and pain. It is also salient to note that there are high levels of emotional well-being and positive levels of general health.

2. Evaluate the differences between genders

To evaluate the differences between men and women in levels of affection, self-esteem, resilient coping, and health, we verified statistically significant differences ($p < .05$) using Student's t-test. As demonstrated by Table 1, men show higher levels of self-esteem, resilient coping, and PA, demonstrating a greater level of overall health when compared to women, who have higher levels of pain and fatigue.

3. The impact on overall health as a result of NA, self-esteem, resilient coping, and socio-demographic variables

Table 2 shows the results of the psycho-social impact of demographic variables on the overall health of the participants. We found that the results are statistically significant in all dimensions. The results show that having higher levels of PA, low NA, high self-esteem, and high resilient

URL: <http://mc.manuscriptcentral.com/wcli> Email: clinicalgerontologist@yahoo.com

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

coping are predictors of higher levels of overall health. The results indicate that groups with higher levels of general health are younger elderly people, men, elderly people who live in their own house, those with more education, participants who are in a relationship (married or civil union), or who are divorced.

4. Determine the degree of association between the variables

As can be seen in Table 3, in this study we aim to explore whether psychosocial variables (PA, NA, self-esteem, and resilient coping) are associated with dimensions of health (physical functioning, social limitations due to physical problems, social limitations due to emotional problems, energy/fatigue, emotional well-being, social functioning, body pain, and general health). Our results confirm that psychosocial variables are strongly correlated with the dimensions of general health.

Based on Hemphill's (2003) proposal on correlation coefficients, it is important to emphasize that, except for the correlation between the PA and the scale of social functionality (-.293), all other variables are strongly correlated, presenting scores above of .30. Thus, the elderly in this study who have higher levels of PA, show more self-esteem and resilient coping, less fatigue and more energy, fewer limitations due to emotional, social, and physical problems, lower levels of pain, increased physical and social functioning, and high levels of emotional well-being. Concerning NA, a correlation between higher levels of NA and lower levels of overall health is seen.

Discussion

The purpose of this study is to understand whether psychosocial variables, such as affection, self-esteem, and resilient coping are associated with health in old age. In addition, we want to understand how socio-demographic variables such as gender, age, type of residence, education, and marital status, relate to these variables.

URL: <http://mc.manuscriptcentral.com/wcli> Email: clinicalgerontologist@yahoo.com

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

We found lower levels of NA in the sample and average levels of PA. These results are considered positive, since, according to Zanon, Bastianello, Pacico, and Hutz (2013), PA plays an important role in the perception of happiness by forming a protective factor of psychopathology, which is strongly associated with better overall health indices (Pressman & Cohen, 2005; Nolla et al., 2014), self-esteem (Hewitt, 2009), and overcoming adversity (de La Fuente, 2009).

In their studies, several authors (Marud, 2004; Chaim, Izzo & Sera, 2009) mention that old age is associated with a rejection of the self, marked by constant self-deprecation and decreased self-esteem, contradicting the results obtained in this study, which indicate high levels of self-esteem among the sample. Again, self-esteem is clearly related to mental and physical health (Lopez et al., 2006), and leads to increased security, independence, happiness, and improved self-concept (Vitoreli, Pessini & Silva, 2005).

Respondents exhibit average levels of resilient coping, as expected for the study population, since, according to Baltes, Staudinger & Lindenberg (2006), old age is a stage characterized by resilience. The ability to face and overcome difficulties adaptively results in higher levels of satisfaction with life, health, self-esteem, PA, and social involvement (Ong et al., 2009; Reich et al., 2010; & Sticks Saavedra, 2013; Smith & Hollinger-Smith, 2015).

As stated by Ferrucci, Giallauria, and Guralnik (2008), the results in terms of health, defined by the WHO (2002) as the physical, mental, and social well-being of individuals, would classify the sample as functional, both physically and socially, with few social limitations due to physical or emotional problems. The sample also demonstrates low levels of fatigue and pain, in addition to possessing high levels of emotional well-being, which is strongly associated with healthy and active aging, and contributes to the prevention of mental illness (Sprange et al., 2013). Thus, the sample shows generally positive levels of health.

URL: <http://mc.manuscriptcentral.com/wcli> Email: clinicalgerontologist@yahoo.com

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

It is important to highlight the strong correlations among all variables in the study. This indicates that PA, self-esteem, and resilient coping are strongly associated with better general health levels, and particularly higher levels of emotional well-being. Therefore, NA appears to be associated with worse health status, showing the importance of positive emotions on the health of the elderly.

The results described in the literature (Pressman & Cohen, 2005; López Garcia & Dresch, 2006; Ong, Bergeman & Boker, 2009; Reich, Zautra & Hall, 2010; Saavedra & Sticks, 2013; Nolla, Queral & Miró, 2014; Smith & Hollinger-Smith, 2015) corroborate the information obtained in the present study, in which there was a strong, positive and statistically significant association between affect, self-esteem, resilient coping, and health in old age.

With regard to socio-demographic variables, the differences between gender and psychosocial variables show that, men typically have higher levels of general health, PA, self-esteem and resilient coping in comparison with the results obtained from women, which suggest greater levels of NA. The influence of social, cultural, and historical factors could be possible justifications for the results obtained. In Portugal, men have traditionally been seen as responsible for economically supporting their families. The traditional role of women was focused on family care and home chores, specifically fulfilling the functions of mother and homemaker, but, at the same time, "making it more acceptable for women to seek medical help" (Jones, 1994, p.254). On the other hand, according to old social traditions, heavy work was suited for men who experienced riskier situations and expressed less concern for their health status (Cabral, Silva & Mendes, 2002; Cupertino, Pink & Ribeiro, 2007). The experience of a more carefree lifestyle, as opposed to the multiplicity of tasks performed by women, could be a possible justification for the fact that men possess more positive affect, tranquility, and energy (Simon and Nath, 2004), than women, who are characterized as showing more negative affect (Nolen-Hoeksema & Jackson, 2001; Martínez, Delgado & Navarro, 2011), as a result of anxiety and sadness.

URL: <http://mc.manuscriptcentral.com/wcli> Email: clinicalgerontologist@yahoo.com

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

In this study, men also present higher levels of self-esteem than women. Vitoreli, Pessini, and Silva (2005) also obtained similar results. These data confirm the existing socio-demographic profile of the Portuguese population, in which women report worse health status than men (Cabral & Silva, 2009; Eurostat, 2011). One possible explanation could be the higher proportion of older women in comparison to men (Perista & Perista, 2012a). This feminization of aging (Monk, 2006; INE, 2012; Saavedra & Sticks, 2013) shows that the longevity of women is strongly associated with higher levels of morbidity (Cabral et al. 2002; Eurostat, 2011). Thus, it can be said that gender is a strong indicator of how people age (WHO, 2002; Jacob & Fernandes, 2011).

In analyzing age and general health, younger elderly participants in this study have better general health levels, which confirms the deterioration of health associated with aging (Cabral et al. 2002; Cabral & Silva, 2009). However, aging does not necessarily mean decline or loss of faculties and/or functions (Schmidt & Wosiack, 2007; Arciniega, 2014). Hence, chronological age is not the sole criterion for the study of the aging process, although it is undoubtedly related (Paúl, 2005).

With regard to the other variables of the study, an increase in age is negatively associated with PA, self-esteem, and resilient coping, which corroborates the data in the literature about PA and self-esteem (Gatto, 1996; Baldessim, 1996; Marud., 2004; Chaim et al, 2009), but contradicts the results of Baltes, Staudinger, and Lindenberg (2006).

Regarding the type of residence in which participants live, the majority (76.8%) of the sample live in a house/apartment. This group shows notably higher levels of PA, self-esteem, resilient coping, and overall health, contrasting with the high levels of NA in the elderly who live in institutions. These results can be explained by the continued existence of social support networks and family support for the elderly living in their homes (Santos, Santos, Santos & Duarte, 2013), which allows them to maintain personal control and autonomy for longer. This contrasts with elderly participants who are institutionalized and are often subject to greater

URL: <http://mc.manuscriptcentral.com/wcli> Email: clinicalgerontologist@yahoo.com

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

social isolation. This leads to the development of sharp declines in levels of function, cognition, and immunity, which are key components not only in health, but also in regards to life expectancy (Arranz, Giménez-Llort, Castro, Baeza & De La Fuente, 2009). Thus, the physical environment in which the elderly live can act as a regulator of emotions and influence quality of life (Macedo, Oliveira, Günther, Alves & Nobrega, 2008).

Many studies also highlight education as a variable linked to better levels of PA, self-esteem, resilient coping, and health. The results corroborate the literature (Fontaine, 2000; Cabral et al, 2002; Cabral & Silva, 2009; Cortés, Méndez & Ramírez, 2013), which points to a natural influence of education on health and how the elderly experience adverse situations, therefore demonstrating a link with an increased life expectancy.

The existence of an affective/emotional relationship, such as a marriage or a civil union, is shown to be associated with better health, PA, self-esteem, and resilient coping (Laurentino, Barboza, Keys, Besutti, Bervian & Portella, 2006), in contrast to the results seen in elderly widows and widowers. However, elderly participants who are divorced also present these results. On one hand, being in a committed relationship can be a major source of emotional support, while on the other hand, divorced participants also show higher levels of health, possibly as a result of the relief that comes from breaking an unhealthy emotional cycle. In contrast, widowhood seems to be associated with loss of emotional and social support, which conditions the health of the participants. Thus, it can be said that marital status is not a good predictor of health given the potential variability of triggered emotions and possible implications.

This study is not without its limitations. One caveat is the heterogeneity and multidimensionality among the elderly (Shock, 1985), which is higher than that of other age groups (Paül, 2005). It is important to avoid stereotypes about the non-variability of behavior in the elderly (Hummert, 1990), and note that, as in any other stage of the life cycle, each person is different and the results obtained cannot be generalized. In addition, the convenience sampling

URL: <http://mc.manuscriptcentral.com/wcli> Email: clinicalgerontologist@yahoo.com

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

further prevents the generalization of our results. This can be considered one limitation in studies on aging, in addition to the possibility that the responses of elderly participants are conditioned by factors of social desirability. On one hand, the extensive length of the questionnaire that underpins this study could have negatively influenced the answers given by respondents, possibly due to exhaustion. On the other hand, the amount of time and the interest shown by the researchers towards the elderly may have triggered feelings of value and social utility, which may, in turn, trigger feelings of well-being.

The results of this study reinforce the importance of working to promote PA, self-esteem, and resilient coping, demonstrating their benefits in increasing health and emotional well-being in old age. Consequently, this reduces the need for healthcare and social services, promotes more active aging, and guides the involvement and participation of the elderly in their community in a more independent, confident, and happy manner (Perista & Perista, 2012b; Sprange et al, 2013; Smith & Hollinger-Smith, 2015).

While the previous research has not encompassed the variables involved in this study, our research facilitates increased understanding of the degree of association among the variables studied, which is a contribution to the scientific knowledge and a possible guide for future interventions for health and mental health professionals working with the elderly. Thus, although it is not possible to contrast the results with other studies, they can still be considered an asset to the study of psychology and aging.

URL: <http://mc.manuscriptcentral.com/wcli> Email: clinicalgerontologist@yahoo.com

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

References

- Alcalá, V., Camacho, M. & Giner, J. (2007). Afectos y depresión en la tercera edad. *Psicothema*, 19(1), 49-56.
- Arciniega, J.D. (2014). Resiliencia y envejecimiento. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 4(2), 67-77.
- Arranz, L., Giménez-Llort, L., Castro, N., Baeza, I. & Fuente, M. (2009). El aislamiento social durante la vejez empeora el deterioro cognitivo, conductual e inmunitario. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 44(3), 137-142.
- Arriagada, J.B. & Salas, M.C. (2009). Bienestar psicológico de los adultos mayores, su relación con la autoestima y la autoeficacia: Contribución de enfermería. *Ciencia y enfermería*, 15(1), 25-31.
- Baldessim, A. (1996). O idoso: viver e morrer com dignidade. In M.P. Netto (Org.), *Gerontologia (491-496)*. São Paulo: Atheneu.
- Baltes, P.B., Lindenberger, U. & Staudinger, U.M. (2006). Life span theory in developmental psychology. In W. Damon & R.M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology: Vol1, Theoretical models of human development* (6ed., 569-664). New York: Wiley.
- Cabral, M.V. & Silva, P.A. (2009). *O estado da saúde em Portugal: acesso, avaliação e atitudes da população portuguesa em relação ao sistema de saúde: evolução entre 2001 e 2008 e comparações regionais*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.
- Cabral, M.V. (coord.), Silva, P.A. & Mendes, H. (2002). *Saúde e doença em Portugal: inquérito aos comportamentos e atitudes da população portuguesa perante o sistema nacional de saúde*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.
- Campos, M., Iraurgi, J., Pérez, D. & Velasco, C. (2004). Afrontamiento y regulación emocional de hechos estresantes: Un meta-análisis de 13 estudios. *Boletín de Psicología*, 82, 25-44.
- Chaim, J., Izzo, H. & Sera, C.T. (2009). Cuidar em saúde: Satisfação com imagem corporal e autoestima de idosos. *O mundo da saúde*, 33(2), 175-181.
- Cortés, J.M., Méndez, M.G. & Ramírez, A.T. (2013). Factores que intervienen en el potencial resiliente. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 30(2), 17-29.
- Cupertino, A.P., Rosa, F.H. & Ribeiro, P.C. (2007). Definição de envelhecimento saudável na perspectiva de indivíduos idosos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20(1), 81-86.
- De La Fuente, M. (2009). Teorías del envejecimiento. In G.V. Moreiras & E.A. Aperte (coord.), *Retos de la nutrición en el siglo XXI ante el envejecimiento poblacional (29-48)*. Madrid: IM&C.
- DGS (2014). *Portugal idade maior em números, 2014: A saúde da população portuguesa com 65 ou mais anos de idade*. Lisboa: DGS.
- Diniz, E. & Koller, S.H. (2010). O afeto como um processo de desenvolvimento ecológico. *Educar*, 36, 65-76.
- EUROSTAT (2011). *Active ageing and solidarity between generations: a statistical portrait of the European Union 2012*. Luxemburgo: Comissão Europeia.
- Ferrucci, L., Giallauria, F. & Guralnik, J.M. (2008). Epidemiology of aging. *Radiologic Clinics of North America*, 46(4), 643-652.

URL: <http://mc.manuscriptcentral.com/wcli> Email: clinicalgerontologist@yahoo.com

- 1
2
3 Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- 4
5 Fredrickson, B.L. (1998). What good are positive emotions? *Review of General Psychology*, 2(3), 300-
6 319.
- 7
8 Galinha, I.C., Pereira, C.R. & Esteves, F. (2014). Versão traduzida da escala portuguesa de afeto
9 positivo e negativo PANAS-VRP: Análise fatorial confirmatória e invariância temporal. *Revista*
10 *Psicologia*, 28(1), 53-65.
- 11
12 Gatto, I.B. (1996). Aspectos psicológicos do envelhecimento (109-113). In M.P. Netto (Org.),
13 *Gerontologia*. São Paulo: Atheneu.
- 14
15 Gurgel, L.G., Plentz, R.D.M., Joly, M.C.R. & Reppold, C.T. (2013). Avaliação da resiliência em adultos
16 e idosos: revisão de instrumentos. *Estudos de Psicologia*, 30(4), 487-496.
- 17
18 Hemphill, J.F. (2003). Interpreting the magnitudes of correlation coefficients. *American Psychologist*,
19 58(1), 78-80.
- 20
21 Hewitt, J.P. (2009). Self-Esteem. In S. J. Lopez (Ed.), *Encyclopedia of positive psychology vol.2* (880-
22 886). Malden: Wiley-Blackwell Publishers.
- 23
24 Hummert, M.L. (1990). Multiple stereotypes of elderly and young adults: A comparison of structure and
25 evaluations. *Psychology and Aging*, 5(2), 182-193.
- 26
27 INE (2012). *Destaque de 3 de Fevereiro de 2012*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P.
- 28
29 Jacob, L. & Fernandes, H. (coords.) (2011). *Ideias para um envelhecimento activo*. Lisboa: Ruitis.
- 30
31 Jones, L. (1994). *The social context of health and health work*. Londres: Macmillan.
- 32
33 Krijthe, B.P., Walter, S., Newson, R.S., Hofman, A., Hunink, M.G. & Tiemeier, H. (2011). Is positive
34 affect associated with survival? A population-based study of elderly persons. *American Journal*
35 *of Epidemiology*, 173(11), 1298-1307.
- 36
37 Laurentino, N.R., Barboza, D., Chaves, G., Besutti, J., Bervian, S.A. & Portella, M.R. (2006). Namoro
38 na terceira idade e o processo de ser saudável na velhice: Recorte ilustrativo de um grupo de
39 mulheres. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 51-63.
- 40
41 Librán, E.C. & Piera, P.J.F. (2008). Variables cognitivas y afectivas como predictoras de satisfacción en
42 la vida. *Psicothema*, 20(3), 408-412.
- 43
44 López, M.P.S., García, M.E.A. & Dresch, V. (2006). Ansiedad, autoestima y satisfacción autopercebida
45 como predictores de la salud: diferencias entre hombres y mujeres. *Psicothema*, 18(3), 584-590.
- 46
47 Macedo, D., Oliveira, C.V., Günther, I.A., Alves, S.M. & Nóbrega, T.S. (2008). O lugar do afeto, o
48 afeto pelo lugar: O que dizem os idosos?. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24(4), 441-449.
- 49
50 Maroco, J. & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a Fiabilidade do Alfa de Cronbach? Questões Antigas e
51 Soluções Modernas? *Laboratório de Psicologia*, 4(1), 65-90.
- 52
53 Martínez, B.B., Delgado, J.B. & Navarro, A.B. (2011). Perspectivas sobre envejecimiento y calidad de
54 vida. In F.Q. Olguin, *Atención psicológica de las personas mayores: Investigación y*
55 *experiencias en psicología del envejecimiento* (53-72). México: Editorial Pax México.
- 56
57 Matud, M.P. (2004). Autoestima en la mujer: Un análisis de su relevancia en la salud. *Avances en*
58 *Psicología Latinoamericana*, 22, 129-140.
- 59
60 McDowell, I. (2006). *Measuring health: A guide to rating scales and questionnaires (3ed.)*. New York:
Oxford University Press.

URL: <http://mc.manuscriptcentral.com/wcli> Email: clinicalgerontologist@yahoo.com

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

- Monge, M.B. (2006). Género, vejez y salud. *Acta Bioethica*, 12(2), 193-197.
- Montaño, I.L. (2008). Imagen corporal y envejecimiento. *Avances en Psiquiatría Biológica*, 9, 57-73.
- Nolen-Hoeksema, S. & Jackson, B. (2001). Mediators of the gender difference in rumination. *Psychology of Women Quarterly*, 25, 37-47.
- Nolla, M.C., Queral, R. & Miró, J. (2014). Las escalas panas de afecto positivo y negativo: nuevos datos de su uso en personas mayores. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 19(1), 15-21.
- OMS (2002). *Active aging: a policy framework. A contribution of the WHO to the second united nations world assembly on ageing*. Acedido Março 12, 2015, em http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_nmh_nph_02.8.pdf
- Ong, A.D., Bergeman, C.S. & Boker, S.M. (2009). Resilience comes of age: Defining features in later adulthood. *Journal of Personality*, 77, 1777-1804.
- Paúl, C. (2005). A construção de um modelo de envelhecimento humano. In C. Paúl & A.M. Fonseca, *Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados* (21-41). Lisboa: Climepsi Editores.
- Pechorro, P., Marôco, J., Poiães, C. & Vieira, R.X. (2011). Validação da escala de auto-estima de Rosenberg com adolescentes portugueses em contexto forense e escolar. *Arquivos de Medicina*, 25(5), 174-179.
- Perista, H. (coord.) & Perista, P. (2012a). *Género e envelhecimento: Planear o futuro começa agora! Estudo de diagnóstico*. Lisboa: Comissão para a cidadania e a igualdade de género.
- Perista, H. (coord.) & Perista, P. (2012b). *Género e envelhecimento: Planear o futuro começa agora! Recomendações*. Lisboa: Comissão para a cidadania e a igualdade de género.
- Pressman, S.D. & Cohen, S. (2005). Does positive affect influence health? *Psychological Bulletin*, 131(6), 925-971.
- Reich, J.W., Zautra, A.J., & Hall, J.S. (2010). *Handbook of adult resilience*. New York: Guilford Press.
- Ribeiro, J.L.P. & Morais, R. (2010). Adaptação portuguesa da escala breve de coping resiliente. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 11(1), 5-13.
- Rosenberg, M. (1989). *Society and the adolescent self-image*. Middletown: Wesleyan University Press.
- Ruubytė, L. (2007). Relationship between individual attributional style, self-esteem, locus of control and academic achievement of vytautas magnus university students. *Sportas*, 4(67), 71-78.
- Saavedra, E. & Varas, C. (2013). Características resilientes y de calidad de vida en adultos mayores: la importancia de tener redes. In J.H. Ávila-Toscano, *Individuo, comunidad y salud mental: avances en estudios sociales y aplicados a la salud* (105-123). Colombia: Ediciones CUR.
- Sansinenea, E., Montes, L.G., Aguirrezabal, A. & Garaigordobil, M. (2010). Preditores del afecto positivo: El papel de la autonomía percibida y el estilo de afrontamiento. *Ansiedad y Estrés*, 16(1), 71-82.
- Santos, P.J. & Maia, J. (2003). Análise factorial confirmatória e validação preliminar de uma versão portuguesa da escala de auto-estima de Rosenberg. *Psicologia: Teoria, Investigação e prática*, 2, 253-268.
- Santos, P.J. (2008). Validação da Rosenberg Self-esteem scale numa amostra de estudantes do ensino superior. In A.P. Noronha, C. Machado, L. Almeida, M. Gonçalves, S. Martins & V.

URL: <http://mc.manuscriptcentral.com/wcli> Email: clinicalgerontologist@yahoo.com

- Ramalho(orgs.), *Avaliação psicológica: Formas e contextos(Vol.XIII)*. Braga: Psiquilibrios Edições.
- Santos, R.M., Santos, P.M., Santos, V.L. & Duarte, J.C. (2013). A qualidade de vida do idoso: O caso da Cova da Beira. *Revista Enfermagem Referência*, 3(11), 37-48.
- Sbício, J.B., Bandeira, D.R. & Dell'Aglio, D.D. (2010). Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR): validade fatorial e consistência interna. *Psico-USF*, 15(3), 395-403.
- Schmidt, V.R.H. & Wosiack, R.M.R. (2007). Resgatando a auto-estima do idoso mediante a expressão gráfico-plástica e modelagem de máscaras. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 4(2), 31-39.
- Sebastián, J., Manos, D., Bueno, M.J. & Mateos, N. (2007). Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participantes en un programa de intervención psicosocial. *Clinica y Salud*, 18(2), 137-161.
- Simon, R.W. & Nath, L.E. (2004). Gender and emotion in the United States: do men and women differ in self-reports of feelings and expressive behavior? *The American Journal of Sociology*, 109(5), 1137-1177.
- Sinclair, V.G. & Wallston, K.A. (2004). The development and psychometric evaluation of the brief resilient coping scale. *Assessment*, 11(1), 94-101.
- Smith, J.L. & Hollinger-Smith, L. (2015). Savoring, resilience, and psychological well-being in older adults. *Aging & Mental Health*, 19(3), 192-200.
- Sprange, K., Mountain, G.A., Brazier, J., Cook, S.P., Craig, C., Hind, D., Walters, S.J., Windle, G., Woods, R., Keetharuth, A.D., Chater, T. & Horner, K. (2013). Lifestyle matters for maintenance of health and wellbeing in people aged 65 years and over: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials Journal*, 14(302).
- The Rand Corporation (s.d.). Scoring Instructions for MOS 36-Item Short Form Survey Instrument (SF-36). *The Rand Corporation*. Acedido Março 8, 2015, em http://www.rand.org/health/surveys_tools/mos/mos_core_36item_scoring.html
- Vitoreli, E., Pessini, S. & Silva, M.J. (2005). A auto-estima de idosos e as doenças crônico-degenerativas. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 102-114.
- Ware, J.E. & Sherbourne, C.D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30(6), 473-483.
- Watson, D., Clark, L.A. & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the panas scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063-1070.
- Zanon, C., Bastianello, M.R., Pacico, J.C. & Hutz, C.S. (2013). Desenvolvimento e validação de uma escala de afetos positivos e negativos. *Psico-USF*, 18(2), 193-202.

Table 1 - Results for differences between genders.

	Gender	N	M	t(df)	p
Self-esteem	Male	107	32.13	2.532 (220)	.012
	Female	115	30.60		
Resilient Coping	Male	113	14.12	2.126 (234)	.035
	Female	123	13.09		
Positive Affect	Male	111	16.78	2.267 (232)	.024
	Female	123	15.53		
Negative Affect	Male	114	7.84	-4.244 (235)	.000
	Female	123	9.76		
Physical functioning	Male	99	24.86	4.476 (210)	.000
	Female	113	21.19		
Social limitations due to physical problems	Male	104	15.79	3.288 (220)	.001
	Female	118	13.71		
Social limitations due to emotional problems	Male	105	12.55	2.210 (221)	.028
	Female	118	11.61		
Energy/Fatigue	Male	107	9.75	-3.158 (224)	.002
	Female	119	11.20		
Emotional well-being	Male	110	9.80	-3.963 (231)	.000
	Female	123	12.16		
Social functioning	Male	111	3.38	-2.048 (226)	.042
	Female	117	3.85		
Pain	Male	108	4.28	-3.996 (223)	.000
	Female	117	5.43		
General Health	Male	110	15.76	-3.555 (230)	.000
	Female	122	17.82		

URL: <http://mc.manuscriptcentral.com/wcli> Email: clinicalgerontologist@yahoo.com

Table 2 - Results for the impact on overall health according to PA, NA, self-esteem, resilient coping, and socio-demographic variables.

Positive Affect		236 / 98%	16.14 (4.27)	-.561	< .001
Negative Affect		239 / 99%	8.88 (3.61)	.448	< .001
Self-esteem		224 / 93%	31.3 (4.55)	-.615	< .001
Resilient Coping		238 / 99%	13.58 (3.73)	-.503	< .001
Age	Younger	119 / 49%	15.62 (4.18)	t(231) = -4.466	< .001
	Older	114 / 47%	18.16 (4.48)		
Gender	Male	110 / 46%	15.76 (4.33)	t(230) = -3.555	< .001
	Female	122 / 50.6%	17.82 (4.45)		
Type of residence	House/Apartment	166 / 69%	16.13 (4.37)	t(208) = -4.472	< .001
	Institution	44 / 18%	19.5 (4.75)		
Education	Up to 4 years	82 / 34%	18.52 (3.89)	F (6, 205) = 10.692	< .001
	Up to 6 years	15 / 6%	18.33 (4.15)		
	Up to 9 years	29 / 12%	16.9 (3.27)		
	Up to 12 years	20 / 8%	17.05 (4.71)		
	Undergraduate	30 / 13%	14.17 (3.45)		
	Post-graduate	22 / 9%	13.09 (3.49)		
Marital status	Ph.D.	14 / 6%	13.36 (4.39)	F (5, 224) = 9.579	< .001
	Single	13 / 5%	17.69 (4.19)		
	Married	114 / 47%	15.96 (4.04)		
	Civil Union	6 / 2.48%	12.00 (1.79)		
	Widow	71 / 29%	19.38 (4.64)		
	Emotional commitment	3 / 1%	17.00 (2.00)		
	Divorced/Separated	23 / 10%	14.48 (3.56)		

Table 3 - Correlations between the dimensions of health and psychosocial variables

	Positive Affect	Negative Affect	Self-esteem	Resilient Coping
Physical functioning	.437**	-.306**	.556**	.336**
Social limitations due to physical problems	.465**	-.384**	.563**	.465**
Social limitations due to emotional problems	.407**	-.446**	.481**	.359**
Energy/Fatigue	-.428**	.501**	-.561**	-.533**
Emotional well-being	-.409**	.646**	-.606**	-.491**
Social functioning	-.293**	.391**	-.548**	-.382**
Pain	-.346**	.340**	-.458**	-.306**
General Health	-.561**	.448**	-.615**	-.503**

(** p<.001)

URL: <http://mc.manuscriptcentral.com/wcli> Email: clinicalgerontologist@yahoo.com