

# Control percibido y bienestar subjetivo: un análisis de la literatura gerontológica

"El hombre es un proceso, y es precisamente el proceso de sus actos"  
(Antonio Gramsci)

Miguel A. García  
Martín  
María I. Hombrados  
Mendieta

Departamento de  
Psicología Social  
Facultad de Psicología  
de la Universidad  
de Málaga

## Resumen

En el presente trabajo se lleva a cabo una revisión de las publicaciones científicas que han abordado el tema del control percibido en las personas mayores, así como la repercusión del mismo sobre el bienestar subjetivo de este colectivo. Para ello, inicialmente se hace una delimitación del concepto de control percibido y los constructos teóricos con los que se vincula, tales como: indefensión, autoeficacia, sentido de coherencia o control secundario. Seguidamente se analiza la relación que se ha encontrado en la literatura gerontológica entre el control percibido experimentado por las personas mayores y su bienestar subjetivo. Esta relación encuentra un notable apoyo en los numerosos textos correspondientes a las tres últimas décadas. El análisis se acompaña asimismo de una revisión de los trabajos que han abordado los cambios que se producen en el control percibido a lo largo de la vida, haciendo especial hincapié en los que acontecen durante el envejecimiento. Con este último punto se intenta aclarar la cuestión, extensamente debatida en Gerontología, de la hipotética disminución en la percepción de control en las personas mayores. Para finalizar, se discuten las implicaciones que de esta revisión se derivan de cara a la intervención sobre este colectivo.

**Palabras clave:** Envejecimiento. Calidad de vida. Bienestar subjetivo. Control percibido. Diferencias de edad.

## Summary

In this article a revision of scientific publications which focus on the perceived control in elderly people is discussed. Also the influence of this variable on the subjective well-being in these persons is noted. Initially, perceived control and other related theoretic concepts are defined as for instance: helplessness, self-efficacy, sense of coherence and secondary control. Following this, the relationship experienced by the elderly concerning their perceived control and their subjective well being is analysed. This relationship is supported by numerous reports throughout out the last three decades. Along with this analysis, a revision of studies of the changes in perceived control along the life span is assessed, especially focusing on the stages of elderly life. With which, concentrates on the hypothetical decrease in perceived control, one of the frequent topics of discussion in

gerontology. Finally suggestions are also implied in this revision about intervention in this area.

**Key words:** Aging. Quality of life. Subjective well-being. Perceived control. Age differences.

## Introducción

Durante las pasadas tres décadas, la literatura gerontológica ha experimentado un importante cambio en la visión de declive que se ha reflejado en gran parte de los modelos de envejecimiento propuestos. Los estudios iniciales orientados a la valoración de los déficits que aparecían en el decurso vital, se han visto acompañados de otros cuyo objetivo ha sido la identificación de aquellas variables que pueden contribuir a una adecuada calidad de vida en las personas mayores. El Encuentro de la *Sociedad Gerontológica Americana* celebrado en 1986 muestra ese cambio. Su lema se podría traducir como "Indicadores de Envejecimiento Exitoso" (*"Markers of Successful Aging"*). Dentro de esta línea positiva, una de las variables que ha recibido más atención en la identificación de los factores que contribuyen a un mayor bienestar personal y calidad de vida entre los mayores ha sido, sin duda, la capacidad de control del sujeto y su percepción subjetiva<sup>1</sup>.

Una revisión de la literatura nos muestra el gran número de estudios que se han orientado a profundizar en la relación entre estos conceptos<sup>2-7</sup>. Este interés sobre el lugar del control no ha sido exclusivo del área psicogerontológica, sino que ha alcanzado a otras ramas de la disciplina. Baste decir que en 1966, año en el que Rotter acuñó este término, su artículo fue el más citado en el *Current Contents*, concretamente, aparecía referenciado 1345 veces. Abordado inicialmente como variable de personalidad, posteriormente ha dado lugar a otra serie de conceptos (autoeficacia, control percibido, autorregulación, dominio *-mastery-*, apoderamien-

Correspondencia:  
Miguel Ángel García Martín  
Dpto. de Psicología Social  
Facultad de Psicología  
Universidad de Málaga  
Campus de Teatinos s/n  
29071 Málaga  
E-Mail: magarcia@uma.es

to *-empowerment-*, etc.) que han ampliado la perspectiva de análisis.

Por este motivo, este artículo, en el que se examina la relación que se establece entre el proceso de envejecimiento y la percepción de control, comenzará por una delimitación de esta variable. En la que se analizará, dentro de una red nomológica, su proximidad a otros conceptos con los que guarda una estrecha vinculación. Seguirá un análisis de la relación observada entre la percepción de control y el bienestar subjetivo de las personas mayores. Posteriormente se expondrá una revisión de las investigaciones que se han llevado a cabo sobre los cambios que la percepción de control puede manifestar a lo largo del curso vital, y su aplicación a los procesos adaptativos durante el envejecimiento. La repercusión que distintas intervenciones tienen sobre la percepción de control será el objeto que ocupará la última parte de la exposición, donde se abordarán una serie de recomendaciones acerca de la aplicación práctica de las conclusiones que se extraen de este texto.

## Percepción de control y constructos relacionados

*"El constructo lugar de control, como uno de los componentes de la teoría del aprendizaje social que explica el comportamiento, representa la ubicación de las expectativas generalizadas de reforzamiento. El lugar de control general puede ser o interno ("la persona percibe que el evento es contingente con sus propias características relativamente estables o permanentes")..., o externo ("la persona percibe el refuerzo que sigue a sus acciones pero sólo como un resultado de la suerte, la casualidad, el destino, sometido al control de otros, o como impredecible"<sup>8</sup> (p. 1).*

La internalidad versus externalidad representa la dimensión a lo largo de la cual se sitúan los juicios de cada persona acerca de su capacidad de control. Tras la aparición del concepto lugar de control, han ido surgiendo posteriormente toda una serie de constructos estrechamente vinculados a él. A continuación se expone una breve revisión de éstos:

### Atribución de causalidad

Rotter y sus colegas propusieron un esquema de clasificación unidimensional de percepción de causalidad interno-externo. No obstante, estos autores hablan en términos de "lugar de control" y no de "lugar de

causalidad". Desde esta perspectiva atribucional, se distinguen otras dos grandes dimensiones junto con la de interno-externo, a saber: estable-inestable, en referencia a la permanencia o variación temporal de los elementos causales; y controlable-incontrolable, en alusión a la percepción por parte del sujeto de la posibilidad de modificar éstos<sup>9-10</sup>.

### Control secundario (Secondary control)<sup>11</sup>

Concepto que trata de completar la dimensión anterior. Según sus creadores, a diferencia del control primario, éste no se focaliza en la manipulación activa del ambiente. En lugar de esto, la actuación del sujeto se centra en sí mismo, concretamente en reducir el impacto que tiene sobre su persona un acontecimiento que no se encuentra bajo su control interno. Algunas de las formas que puede adoptar este tipo de control son: control anticipatorio, control ilusorio, o por ejemplo, reinterpretación del significado de suceso. Mediante esta última, en un proceso similar al de la racionalización freudiana, la persona puede reinterpretar como resultados deseables o incluso buscados, acontecimientos con los que no contaba en un principio.

### Indefensión (Helplessness)

Seligman<sup>12</sup> recoge bajo este término el patrón de debilitamiento motivacional, cognitivo y emocional que se produce en la persona cuando percibe que, ante un determinado acontecimiento, haga lo que haga, siempre ocurrirá de la misma manera, es decir, que su respuesta es independiente del resultado obtenido. Esta percepción de incontrolabilidad produce en el sujeto: una tendencia a disminuir la iniciación de respuestas para controlar ese resultado (descenso de la motivación); una dificultad para aprender que sus respuestas son eficaces para controlar determinados resultados (déficit cognitivo); y una intensa ansiedad seguida de depresión (debilitamiento emocional).

### Autoeficacia

Concepto introducido por Bandura<sup>13</sup>. Dentro de la teoría que lleva el mismo nombre, representa la autopercepción que tiene el sujeto acerca de su capacidad para obtener un objetivo propuesto:

*"La autoeficacia percibida se define como los juicios que las personas hacen acerca de sus capacidades para organizar o ejecutar cursos de acción*

*necesarios para alcanzar distintos tipos de resultados" (p. 391).*

Esta percepción incluye, por un lado, la expectativa de resultado, creencia de una persona en cuanto a la relación entre un determinado comportamiento y la consecución de un resultado concreto. Junto a aquella, la expectativa de autoeficacia representa la creencia acerca de su capacidad de llevar a cabo con éxito el comportamiento requerido para conseguir unos resultados concretos.

### **Autorregulación**

A diferencia de la percepción de control, que hace referencia a la predicción o explicación de las causas de los comportamientos, la autorregulación concierne a la propia motivación o capacidad para iniciar la conducta. Concepto inserto en el proceso evolutivo conocido como internalización, que supone la transformación de la motivación extrínseca, regida por factores externos, en motivación intrínseca. En líneas generales, supone el paso de la heteronomía a la autonomía<sup>14</sup>.

### **Sentido de coherencia (Sense of Coherence)<sup>15-16</sup>**

representa la capacidad que tiene la persona para percibir el significado del mundo que le rodea, así como para advertir la correspondencia entre sus acciones y los efectos que éstas tienen sobre su entorno. Este concepto fue desarrollado por el sociólogo y médico Aaron Antonovsky después de la Segunda Guerra Mundial al estudiar a los supervivientes del Holocausto nazi. Al igual que Victor Frankl, creador de la logoterapia, descubrió que la gente que tenía un claro sentido del significado de sus vidas y un fuerte sistema de creencias espirituales o filosóficas soportaban mejor los momentos traumáticos. Lo que recuerda las palabras de Nietzsche: *"Todo aquel que tiene una razón para vivir puede soportar cualquier forma de hacerlo"*. Definido inicialmente como:

*"Una orientación global que expresa el grado en el que uno tiene un sentimiento generalizado y estable, aunque dinámico, de que los medios tanto interno como externo son previsibles, y de que hay una alta probabilidad de que las cosas resulten tan bien como razonablemente esperamos"* <sup>15</sup> (p. 123).

### **Dominio (Mastery)<sup>17</sup>**

Comparte con el anterior su vinculación con el concepto de afrontamiento. En este sentido, refleja la

autopercepción del sujeto como agente o fuente de su comportamiento. Que le hace considerar que los cambios que se van aconteciendo a lo largo de la vida se hallan bajo su control interno y que tiene capacidad de actuación frente a los mismos.

A partir de aquí se empleará el término control percibido para hacer referencia al grado de control que la persona cree tener sobre aquellos aspectos de entorno que, directa o indirectamente, tienen una incidencia sobre su persona.

### **Control percibido y bienestar subjetivo**

Es de destacar la importancia que tiene la percepción de control en la adaptación y el mantenimiento del bienestar durante el envejecimiento. Martínez y García<sup>18</sup> destacan tres elementos con relación al bienestar subjetivo de los mayores: sentirse satisfecho con sus vidas, disponer de capacidad y competencia para conseguirlo, y mantener control sobre su entorno y condiciones de vida. En un intento de concreción de qué representa el bienestar subjetivo, éste se podría definir como el resultado de la valoración global mediante la cual, a través de la atención de elementos de naturaleza afectiva y cognitiva, el sujeto repara tanto en su estado anímico presente como en la congruencia entre los logros alcanzados y sus expectativas sobre una serie de dominios o áreas de su vida<sup>19</sup>. Esta definición engloba a los componentes del bienestar subjetivo sobre los que los autores muestran un mayor acuerdo: afecto positivo y negativo (dimensión afectiva) y satisfacción vital (dimensión cognitiva o valorativa)<sup>20</sup>.

La sociedad actual tiende a transmitir una imagen de pasividad o ausencia de control asociada al envejecimiento<sup>21-24</sup>. Esta imagen, al ser asumida por el mayor, repercute considerablemente sobre su comportamiento. De este modo, una persona que considera que la disminución de su actividad es consecuencia del declive propio de su edad, tenderá a aplicar este esquema de determinación interno-no voluntario a otras esferas de su vida. El sujeto que considera que este proceso de deterioro es inevitable, acompaña esta percepción de incontrolabilidad con una disminución de la autoestima y satisfacción personales, un incremento de la dependencia y un descenso de la actividad en general. En cambio, las personas en las que predomina el esquema interno-voluntario de controlabilidad, explican sus acciones a partir de sus decisiones personales, creencias e intenciones propias, mantienen una postura más ac-

tiva ante su envejecimiento, y se relacionan con su entorno de un modo autónomo más adaptativo.

La relación entre control percibido y bienestar subjetivo se ve confirmada por otros estudios como el de Jiska Cohen<sup>25</sup>. En este trabajo, se utiliza como variable dependiente el inventario de depresión de Beck (BDI), sobre el que se estudia la influencia de variables como el nivel de refuerzos experimentado, el grado de control percibido por el sujeto, así como su satisfacción con aspectos tales como las actividades lúdicas y sociales que desarrolla. Los resultados muestran cómo el grado de control experimentado por el sujeto se relaciona negativamente con la depresión. Usando la Escala de Levenson<sup>26</sup>, Molinari y Neiderehe<sup>27</sup> en un análisis de las diferencias de edad en la relación entre control percibido y depresión, hallan que a diferencia del grupo de universitarios, en las personas mayores de la muestra (58-88 años) había un patrón de relación significativa entre alta internalidad/bajo poder de los otros con niveles más bajo de depresión. Recientemente, se ha encontrado igualmente esa estrecha relación entre control percibido y depresión en un estudio realizado con una muestra de mayores octogenarios<sup>28</sup>.

En contextos residenciales, el incremento de la percepción de control se relaciona negativamente con la depresión, ofreciéndose por numerosos autores como una alternativa para compensar la pérdida de control que estas personas experimentan en estos centros<sup>29-31</sup>. El estudio de Schulz<sup>6</sup> representa un clásico en este sentido. Este autor defiende que los sentimientos de depresión y la acentuación del declive físico y psíquico en estas personas, pueden ser causados por una pérdida del control y la impredecibilidad sobre el ambiente. Esta hipótesis se vio claramente confirmada a través del análisis de una intervención residencial basada en el control que los residentes tenían sobre las visitas que recibían.

Los efectos de los traslados residenciales que a veces padecen los ancianos también se dejan sentir sobre su capacidad de control así como su bienestar e, incluso, sobre su vida. Danermark y Ekstroem<sup>32</sup> aportan datos suficientes en su revisión para afirmar que los cambios residenciales en las personas mayores afectan negativamente a su bienestar y control percibidos, así como a su salud, incrementándose considerablemente las tasas de mortandad entre los sujetos que los padecen. Allen<sup>33</sup> informa de un mayor número de hospitalizaciones, ingresos en residencias, mayor incidencia de anginas de pecho, así como una peor autovaloración de la salud entre aquellas personas mayores que se han visto forzadas a cambiar de domicilio.

Resulta escalofriante el dato revelado por Seligman<sup>34</sup> sobre las repercusiones de la libertad percibida en la elección de un asilo de ancianos.

*"...Cincuenta y cinco mujeres de más de sesenta años... pidieron ser admitidas en un asilo de ancianos del Midwest. Tras ser admitidas, Ferrari les preguntó cuán libres se habían sentido para elegir el asilo, qué otras posibilidades se les habían presentado, y cuánta presión habían ejercido sus familiares para que entrasen en el asilo. De las diecisiete mujeres que dijeron no haber tenido otra alternativa que mudarse al asilo, ocho murieron después de cuatro semanas de permanencia, y dieciséis después de diez semanas. Al parecer, sólo una de las treinta y ocho personas que tuvieron más alternativas murió en el período inicial" (pp. 258-259).*

Estudios como el de Kleftras<sup>35</sup> muestran una evidencia clara acerca de la relevancia que el control percibido tiene en el desarrollo de síntomas depresivos en personas mayores que comparten vivienda. Este autor utiliza la escala de lugar de control de Levenson, y descubre que esta variable es la que mejor predice la depresión en un colectivo de mujeres que tienen este tipo de convivencia. Igualmente, Morganti, Nehrke y Hulicka, comparando en cuatro entornos (dos residenciales y dos comunitarios) diferentes grupos de edad, confirman la relación entre ambas variables. Las correlaciones parciales entre percepción de control para las actividades diarias y bienestar subjetivo, significativas para los cuatro contextos, confirman la hipótesis de partida.

En un intento de explicar los mecanismos de actuación del control percibido sobre la salud y el bienestar personal en las personas mayores, Menec y Chipperfield<sup>36</sup> establecen un vínculo entre aquél y una mayor participación en actividades lúdicas, que a su vez se traduce en una mayor salud autopercebida y satisfacción vital. Parece ser que esta relación entre control percibido y participación lúdica tiene un carácter bidireccional. En este sentido, Searle, Mahon, Iso Ahola, Sdrolia y Heather<sup>37</sup> tras aplicar un programa de educación para el ocio a un grupo de mayores (media = 77,5 años), destinado a incrementar su percepción de control sobre sus actividades lúdicas, hallan que no sólo influye sobre esta variable sino que lo hace, igualmente, sobre la satisfacción vital.

Aldwin<sup>38</sup>, sin embargo, ofrece una acción mediadora menos específica. El control percibido, según este autor, no tiene efectos directos sobre la depresión. En cambio, sí ejerce una influencia indirecta sobre ésta a través del uso de estrategias de afrontamiento

menos evitativas y el incremento de la percepción de autoeficacia. Las personas que tienen un control más interno tienden a usar estrategias de afrontamiento más directo. En este sentido, halla que la valoración de la responsabilidad en cuanto a la causa y solución del problema que lo ocasiona son independientes aunque, indirectamente, ambas correlacionan significativamente con el uso de determinadas formas de afrontamiento ante situaciones percibidas como estresantes. Así, el afrontamiento directo se asocia con la percepción de responsabilidad tanto de la ocurrencia como de la resolución del problema desencadenante de estrés. Frente a esto, el uso de estrategias evitativas se vincula negativamente con la percepción de incontrolabilidad, que conduce a una menor autoeficacia percibida y a un mayor riesgo de presentar síntomas depresivos. Los resultados del estudio de Keller, Leventhal y Larson<sup>39</sup> apoyan este modelo. De tal forma que, aquellos mayores que se ven a sí mismos afrontando exitosamente el proceso de envejecimiento, lo perciben como un período positivo en sus vidas a pesar de la presencia de un número significativo de cambios negativos tanto en ellos mismos como en las personas próximas.

Holahan y Holahan<sup>40</sup> analizan la relación entre una variable estrechamente vinculada con el lugar de control, como es la autoeficacia, el apoyo social y la depresión en mayores. El patrón que encuentran es que, por una parte, los niveles de autoeficacia iniciales se relacionan directamente tanto con la depresión como con el apoyo social recibido por el sujeto un año después. Asimismo, la autoeficacia se relaciona negativamente con la depresión. Los análisis de vías llevados a cabo permiten establecer estos dos mecanismos de actuación de la autoeficacia sobre la depresión: uno directo, y otro mediado a través de su efecto sobre el apoyo social. En esta misma línea, Brandstädter y Baltes-Götz<sup>41</sup> opinan que la efectividad de la percepción de control se basa en su capacidad para predisponer a las personas para actuar y movilizar el apoyo social en su propio beneficio. Más genérica es la explicación aportada por Pearlin y Skaff<sup>42</sup>, quienes consideran que la percepción de control en sí misma es útil, al reducir la sensación de amenaza asociada a situaciones difíciles o estresantes.

Zika y Chamberlain<sup>43</sup> han encontrado una relación positiva entre sentido de coherencia y uno de los componentes del bienestar subjetivo como es el afecto positivo. Posteriormente, Smits, Deeg y Bosscher<sup>7</sup> han analizado la relación existente entre medidas de control percibido y el bienestar en personas mayores. Estos autores han confirmado parcialmente sus

hipótesis iniciales, al hallar que algunas medidas de control percibido están más vinculadas que otras a varios componentes de bienestar subjetivo. Así, el bienestar global se asociaba con sentido de coherencia, neuroticismo, dominio y eficacia social; el afecto positivo correlaciona con dominio, lugar de control interno para la salud y eficacia social; y el afecto negativo con el sentido de coherencia, el neuroticismo y la eficacia social.

## Percepción de control y envejecimiento

Como se ha visto, la sensación de control que posee la persona acerca de los acontecimientos que tienen lugar en su vida, juega un papel decisivo en su comportamiento. En este sentido, será esta percepción de incontrolabilidad por parte del sujeto, la que, de acuerdo con la valoración o appraisal que haga de la situación y de sus recursos (Modelo Transaccional de Lazarus y Folkman<sup>44</sup>) desencadene la respuesta de estrés y las consiguientes conductas de afrontamiento. Teniendo en cuenta el importante papel que desempeña en la adaptación, no es de extrañar la creciente investigación que desde el inicio de los años setenta ha suscitado la hipótesis de si las creencias de control experimentan cambios sistemáticos con la edad, así como su relación con el afrontamiento de situaciones estresantes durante el proceso de envejecimiento<sup>45</sup>. El estudio de Blanchard-Fields e Irion<sup>46</sup> representa un buen ejemplo de esta relación entre percepción de control y afrontamiento. Estos autores hallan que una mayor internalidad se asocia en los jóvenes analizados con respuestas de evitación. Sin embargo, este patrón es el opuesto al que se aprecia en el grupo de más edad.

Muchos de estos estudios defienden la percepción de un control más externo conforme se incrementa la edad. Este planteamiento inicial, en línea con el sentido común, se intenta apoyar en los cambios vitales que suelen acompañar a la vejez. La disminución de facultades físicas, psíquicas y sensoriales, el aumento de la dependencia, la disminución del número de roles tras la jubilación, los traslados del domicilio habitual o la pérdida de amigos, familiares y seres queridos, son algunas de las circunstancias que en ocasiones acompañan este tramo de la vida. Todas estas circunstancias, al menos en teoría, repercutirán negativamente en la percepción de control interno del mayor.

No obstante, los resultados de estas investigaciones son bastante contradictorios. La revisión de estudios

que se muestra en la Tabla 1 así lo demuestra. Las conclusiones de algunos de ellos van en línea con la hipótesis anterior<sup>1,47-55</sup>. Otros, en cambio, encuentran que la internalidad del control percibido es mayor en los ancianos<sup>48,56-60</sup>. Tampoco faltan estudios en los que o bien no se encuentran diferencias significativas<sup>61</sup> o bien éstas aparecen vinculadas sólo a determinadas dimensiones o dominios de control<sup>3,46,62-63</sup>. Finalmente, algunos autores consideran que lo que varía fundamentalmente son las prioridades de control que determinados dominios despiertan en cada edad, así como el tipo de control (primario o secundario) que aplica la persona a esos dominios<sup>64,65</sup>. Lachman<sup>66</sup> atribuye estas conclusiones tan heterogéneas a las diferentes composiciones de las muestras analizadas, al diseño transversal utilizado en la mayor parte de los estudios y al tipo de medida de control percibido empleada. Para este autor resulta inapropiado, utilizar medidas de control unidimensionales como la de Rotter. El uso de escalas multidimensionales generales como la desarrollada por Levenson, tampoco permite captar las diferencias que se pueden producir con la edad. En este sentido, Lachman defiende la necesidad de emplear medidas de control específicas, en las que se diferencie la percepción de control por parte del sujeto en diferentes dominios o áreas como, por ejemplo, social, intelectual, salud, etc. Son precisamente los estudios que han introducido esta diferenciación entre esferas del comportamiento los que han revelado diferencias de interés<sup>3,49,64</sup>. Así, por ejemplo, las personas mayores se muestran más externos que los jóvenes tanto en el área intelectual como en la de salud, sin que presenten diferencias significativas en las escalas de control generales.

Esta diferenciación de dominios ha sido recogida por Heckhausen y Schulz<sup>67</sup> en un modelo más elaborado que trata de explicar la disparidad de los resultados obtenidos. El O.P.S. (*Optimization in Primary and Secondary Control*), como así lo denominan sus creadores, es un modelo bidimensional de optimización del control primario y secundario. Recoge las directrices del modelo de Optimización Selectiva con Compensación (*Selective Optimization with Compensation -S.O.C.-*) de Baltes y Baltes<sup>68</sup> y las integra con los conceptos de control primario y secundario de Rothbaum, *et al.*<sup>11</sup> desde una perspectiva del curso de la vida. Según estos autores, se producen una serie de cambios tanto biológicos como sociales, a lo largo de la vida de las personas. Cambios que les suponen pérdidas, amenazas o retos que han de afrontar de diferente forma. A edades avanzadas, algunas de estas demandas exceden los recursos de afrontamiento directo<sup>44</sup> con los que cuenta el mayor. Para superar esta circunstancia, la per-

sona utiliza una estrategia de control que, en lugar de cambiar la situación para acomodarla a sus necesidades y deseos, trata de controlar y acomodar éstos a los condicionantes ambientales. Esta última es la que se encuentra dentro de lo que se denomina control secundario compensatorio, que intenta paliar las pérdidas que pueden producirse en el control primario a lo largo del curso vital, preservando la autoestima y el control percibido del sujeto (Figura 1). Junto con esta compensación en el control, se produce una selección de aquellas áreas donde las personas mayores focalizan su interés. El criterio de optimización que se sigue en esta selección será el de minimizar las pérdidas en sus procesos de afrontamiento, lo que previene los fallos y protege la autoeficacia de la persona<sup>64</sup>. Así, las primeras diferencias en el control percibido relativas a la edad que explica este modelo, son precisamente las que se observan entre los distintos dominios de control analizados.

De acuerdo con lo anterior, la selección conservadora que guía los dominios donde focalizan el interés los mayores, difiere de la de los jóvenes y personas de mediana edad. Estos dos grupos de edad, en ausencia de procesos de control secundario compensatorio, dirigen su control primario hacia la consecución de ganancias en lugar de a la prevención de pérdidas. Los mayores, guiados por su estrategia conservadora, tienen una mayor flexibilidad para desvincularse de aquellos dominios en que perciben menor control y mayor probabilidad de pérdida o fallo como, por ejemplo, el trabajo, las metas financieras o la familia. Frente a esto, dan mayor relevancia a los dominios relacionados con la salud, la vida comunitaria y las actividades de ocio.

## Implicaciones de cara a la intervención sobre este colectivo

Como se comentaba al principio de este trabajo, el marco de estudio en el que se encuadran la mayor parte los estudios en gerontología, se conoce como el de "Vejez con éxito", que se define básicamente como una combinación de vitalidad personal, autonomía y control en el ajuste persona-ambiente<sup>69</sup>. Las importantes repercusiones sobre el bienestar subjetivo del mayor del último de estos componentes han sido reflejadas a través de los diferentes estudios mostrados.

Del mismo modo, se ha podido comprobar a lo largo del texto, la relevancia que los ambientes y las intervenciones que en ellos se desarrollan, tienen en la

*Tabla 1.  
Estudios sobre percepción  
de control en diferencias  
edades*

Autor/es	Año	Grupos de edad estudiados	Escala de control empleada	Resultados obtenidos
Strickland y Schaffer <sup>59</sup>	1971	3 grupos (Medias = 17, 45 y 60 años)	Escala de Rotter (Unidim. General)	El grupo de mayor edad presentaba un lugar de control más interno que los otros.
Brim <sup>47</sup>	1974	20-70+ años	Medida propia (Unidim. General)	La internalidad incrementa hasta la edad de 50 años. A partir de esta edad se observa un decremento.
Lao RC <sup>74</sup>	1974	15-85 años (N=277)	Escala de Rotter (Unidim. General)	Los adolescentes tienen un lugar de control menos interno. Entre los 15 y los 39 años se produce un incremento de la percepción de control, que se mantiene estable. No hay un decremento significativo de la internalidad a partir de los 60 años.
Ryckman y Malikiowski <sup>52</sup>	1975	6 grupos (20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69, 70-79)	Escala de Levenson (Multidim. General)	El grupo de 20 a 29 y el de 70 a 79 tienen un lugar de control menos interno que el resto.
Wolk y Kurtz <sup>60</sup>	1975	60-85 años	Escala de Rotter (Unidim. General)	Mayor internalidad en los mayores con relación a grupos de universitarios previamente estudiados.
Bradley y Webb <sup>62</sup>	1976	13-90 años (N=306)	LOCITAD (Locus of Control Inventory for Three Achievement Domains (Unidim. Especifica)	Los sujetos mayores de 60 años se perciben a sí mismos con menos control en el área social que los de 35 a 50 años. No se observan diferencias en el área intelectual.
Nehrke, Hulicka y Morganti <sup>61</sup>	1980	3 grupos (50-59 (N=33), 60-69 (N=33) y 70+(N=33))	Escala de Rotter (Unidim. General)	No hay diferencias entre el grupo de edad media y los de edad avanzada.
Gatz y Siegler <sup>56</sup>	1981	3 grupos (18-26, 46-54 y 63-70)	Escala de Jessor (Unidim. General)	Los grupos de mediana edad y los mayores presentan una internalidad mayor que el grupo de universitarios.
Saltz y Magruder-Habib <sup>63</sup>	1982	21-88 años	1) Escala de Levenson (Multidim. General) 2) MHLC (Multidim. Especifica)	1) Jóvenes más internos en la escala de "casualidad/destino" (chance). No hay diferencias en la escala de "internalidad" ni en la de "poder de los otros". 2) Jóvenes más internos en la dimensión "poder de los otros" en el dominio de salud. No aparecen diferencias en la escala de "internalidad" ni en la de "casualidad".
Lachman <sup>50</sup>	1983	60-89 años	Escala de Levenson (Multidim. General)	A lo largo de los dos años que dura el estudio, se observa un decremento en la internalidad.
Lachman <sup>57</sup>	1985	35-69 años	Escala de Eficacia Personal ISR (Unidim. General)	No se observan cambios a lo largo de los 4 años que se extiende el estudio. El grupo de mayor edad presenta una internalidad mayor que el de edad mediana.
Molinari y Neiderehe <sup>27</sup>	1984-85	2 grupos (universitarios (N=305 y mayores de 58 a 88 no institucionalizados (N=117))	Escala de Levenson (Multidim. General)	El grupo de mayores son más externos en la dimensión "casualidad/destino" (Chance) que los jóvenes. Relación significativa entre patrón de alta "internalidad" y bajo "Poder de los otros" con una baja depresión en el grupo mayor, pero no así en los jóvenes.
Siegler y Gatz <sup>53</sup>	1985	46-69 años	Escala de Jessor (Unidim. General)	Descenso de la internalidad a lo largo de los seis años que dura el estudio.
Lachman <sup>3</sup>	1986	2 grupos (universitarios (N=188) y mayores de 60 a 91 años (N=192))	Escala de Levenson (Multidim. General) Cuestionario Lachman de LDC intelectual Escala Multidimensional de LDC sobre la salud	No aparecen diferencias en las medidas generales de lugar de control. Las medidas específicas indican que los mayores son más externos en las áreas de salud e intelectual. Las dimensiones de "casualidad/destino" y "poder de los otros" arrojan diferencias entre ambos grupos.
Lumpkin <sup>51</sup>	1986	25-83 años (N=3.009)	Escala de Rotter (Unidim. General)	Los mayores presentan un lugar de control más externo que los jóvenes.
Hale y Cochran <sup>48</sup>	1986	20-89 años (N=655)	Escala de Control de Nowicki-Strickland (Multidim. General)	La media de puntuaciones es significativamente más alta (control externo) en los sujetos de más de 65 años con relación a las edades inferiores.

*Continúa*

Autor/es	Año	Grupos de edad estudiados	Escala de control empleada	Resultados obtenidos
Morganti, Nehrke, Hulicka y Cataldo <sup>1</sup>	1988	6 grupos (14-26, 25-35, 45-54, 60-69, 70-79, y 80+ años) (N=450)	Escala de Rotter (Unidim. General)	Los dos grupos de menor edad y el de 80 o más años tienen un lugar de control más externo que los otros tres grupos restantes.
Blanchard-Fields e Irion <sup>46</sup>	1988	3 grupos (adolescentes 14-17 (N=8); jóvenes 18-25 (N=8); adultos 35-50 (N=8) y ancianos 60+ (N=8))	Escala de Levenson (Multidim. General)	Los jóvenes puntúan más alto en las dimensiones de "Poder de los otros" y en "casualidad/destino".
Houts y Warland <sup>49</sup>	1989	17-80 (N=1.406 mujeres)	1) Escala propia de 5 ítems (Unid. Espec.) 2) Escala POF (Bidim. Específica)	1) Relación negativa entre edad y lugar de control. 2) Relación curvilínea entre edad y lugar de control en ambos dominios ("Alimentación" y "Salud"). Mayor internalidad en el rango 30-50.
Aldwin <sup>75</sup>	1990	18-78 (N=228)	3) Escala de Rotter 4) (Unidim. General)	La edad se asociaba negativamente con el control percibido.
Lachman <sup>76</sup>	1991	4 grupos (20-39, 40-59, 60-75, y 76-89 años (N=200))	Escala de Levenson (Multidim. General)	Para los dominios intelectual y de salud, los sujetos mayores muestran un menor lugar de control interno.
Nurmi, Pulliainen, y Salmela <sup>65</sup>	1992	19-71 (N=381)	Escala propia de 4 ítems tipo Likert	Las creencias acerca del control son más externas conforme avanza la edad. Sin embargo, parte de este incremento es debido por el aumento del interés hacia dominios que son generalmente considerados incontrolables como, por ejemplo, la salud o la vida de sus hijos.
Rhee y Gatz <sup>77</sup>	1993	2 grupos (universitarios (N=60) y mayores 65-85 (N=97))	Escala de Rotter (Unidim. General)	Las personas mayores presentan un control más interno que los jóvenes. Los jóvenes ven a los mayores con un control más externo que el que los mayores autoperceben, mientras que éstos ven a los jóvenes como más internos de lo que ellos mismos dicen ser.
Nunn <sup>78</sup>	1994	17-65 (N=759)	Escala de Rotter (Unidim. General)	Relación positiva entre edad e internalidad en el control.
Shapiro, Sandman, Grossman, y Grossman <sup>79</sup>	1995	3 grupos (jóvenes (M=20,9, N=67); mediana edad (M=39,1, N=14); y ancianos (M=79,9, N=12))	Shapiro Control Inventory (Contiene varias escalas: Multidim. General y Específica)	Los mayores presentan las puntuaciones más bajas (diferencias significativas) en la escala de sentido de control general. Sin embargo, no se observan diferencias significativas cuando se comparan con los otros grupos de edad en las escalas específicas de control, ni la escala de internalidad.
Heckhausen <sup>64</sup>	1997	3 grupos (jóvenes 20-35 (N=162); mediana edad 40-55 (N=173); y ancianos 60+ (N=175))	CAMAQ * (Multidim. Específica) TEN-FLEX * (Medida de Control Primario/Secundario)	Adaptación: El control primario en ancianos se orienta hacia dominios que son relevantes para la edad (salud), a diferencia de lo otros grupos que se orientan a otros dominios o metas (por ejemplo, trabajo y familia). El control secundario, más flexible en mayores, se dirige sobre todo a la reducir las pérdidas debidas a la edad.
McConatha, McConatha, Jackson y Bergen <sup>54</sup>	1998	3 grupos (19-35, 36-55 y 56-92, (N=327))	Escala de Rotter (Unidim. General)	Los mayores, especialmente las mujeres, experimentan menos control sobre sus vidas que los jóvenes.
Shaw y Krause <sup>80</sup>	2001	25-96 (N=3149)	Cuestionario construido <i>ad hoc</i>	La percepción de control se modifica con la edad según una relación inversa no lineal.

Tabla 1.  
Continuación

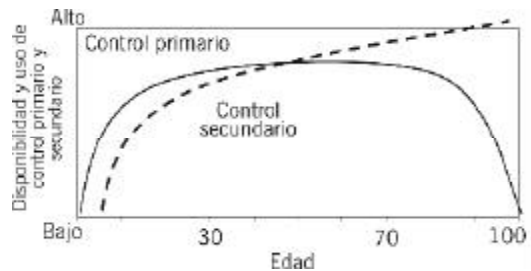
\* The Control, Agency, Means-Ends in Adulthood Questionnaire, de Heckhausen y Hundertmark, 1995

\*\* The Tenacious Goal Pursuit and Flexible Goal Adjustment Scales

percepción de controlabilidad en el mayor. Si se atiende tanto este hecho como las notables diferencias interpersonales presentes en este colectivo, sería muy aventurado determinar una estrategia uniforme de intervención con estas personas. Así, por ejemplo,

se ha observado que en hospitales de cuidados agudos para ancianos, una más baja internalidad se traduce en un mayor ajuste al medio<sup>70</sup>. En este entorno, una intervención dirigida a obtener en el mayor una percepción de control muy por encima de sus

Figura 1.  
Relación entre  
disponibilidad y uso  
de estrategias de control  
primario y secundario  
a lo largo de la vida  
Fuente: Schulz  
y Heckhausen (1996)



posibilidades reales probablemente conduzca a su frustración y desesperanza.

En este sentido, es fundamental que las posibilidades de ejercer control sobre su entorno, potenciadas a través de los programas de intervención, no concluyan una vez concluyan éstos, ya que puede ser más perjudicial una pérdida de control a posteriori que una carencia inicial<sup>33</sup>. En las intervenciones con éxito, se anima a los sujetos a que confíen en que su capacidad para controlar lo que ocurre en su medio persistirá y será efectiva en diferentes situaciones. Del mismo modo, no se deben generar sentimientos desmesurados de responsabilidad, pues las excesivas demandas de recursos y tiempo por parte del mayor, pueden provocar efectos contraproducentes.

Teniendo en cuenta que, como dice Aronson<sup>71</sup>, el hombre es un "animal social", y que los mayores tienen más riesgo de ver reducidos sus intercambios sociales, se hace necesario planificar programas de actividades para este colectivo en orden a incrementar sus interacciones sociales, así como su percepción de control y responsabilidad sobre sus vidas. En términos generales, las intervenciones deberán estar orientadas a promover la competencia para la utilización de capacidades y habilidades que permitan adaptarse a las circunstancias personales de cada sujeto en su contexto. En entornos residenciales, los esfuerzos deberán encaminarse a conseguir la potenciación de sus propios recursos, evitando en lo posible la acentuación de su dependencia y su percepción de desvalimiento. Esto se puede conseguir a través de, por ejemplo: programas de autonomía, prevención de recaídas, educación para la salud, desarrollo de hábitos saludables, asignación de tareas, actividades ocupacionales, programas de memoria, ocio terapéutico, incremento de contactos con la comunidad, desarrollo de habilidades sociales, intelectuales y físicas, etc. Actividades, todas ellas, que repercuten en su bienestar personal<sup>72</sup>. En este sentido, Jackson, Dunne, Lanham, Heitkamp y Dailey<sup>73</sup> abogan por el establecimiento de programas de actividad en estos Centros, en orden a lograr una mayor independencia y grado de control de los

residentes sobre sus vidas. En contextos abiertos, como puede ser el comunitario, se han de tener en cuenta tanto los cambios que suelen afectar a la vida de las personas mayores (por ejemplo, pérdida de roles asociados al trabajo, nido vacío, cambios en las redes sociales, etc.) como los dominios o áreas que pueden contrarrestar su repercusión negativa sobre el control percibido. En este sentido, de acuerdo con los modelos vistos anteriormente<sup>67-68</sup>, sería conveniente favorecer todas aquellas iniciativas que supongan aportar experiencias de competencia a estas personas. Acciones como el fomento del asociacionismo y la participación social o del voluntariado en mayores, así como el incremento de su implicación en actividades de ocio y cultura, suponen un recurso importante para favorecer su adaptación y bienestar.

## Bibliografía

1. Morganti JB, Nehrke MF, Hulicka IM, Cataldo JF. Life-span differences in life satisfaction, self-concept, and locus of control. *Int J Aging Hum Dev* 1988;26(1): 45-56.
2. Smith GC, Kohn SJ, Savage SE, Finch JJ, Ingate R, Lim YO. The effects of interpersonal and personal agency on perceived control and psychological well-being in adulthood. *Gerontol* 2000;40(4):458-68.
3. Lachman ME. Locus of control in aging research: A case for multidimensional and domain-specific assessment. *Psychol & Aging* 1986;1(1):34-40.
4. Rodin J, Langer EJ. Long-term effects of a control-relevant intervention among the institutionalized aged. *J Pers Soc Psychol* 1977;35:897-902.
5. Searle MS, Mahon MJ, Iso-Ahola SE, Sdrolia H. Enhancing a sense of independence and psychological well-being among the elderly: A field experiment. *J Leis Res* 1995;27(2):107-24.
6. Schulz R. Effects of control and predictability on the physical and psychological well-being of the institutionalized aged. *J Pers Soc Psychol* 1976;33: 563-73.
7. Smits C, Deeg D, Bosscher R. Well-being and control in older persons: The prediction of well-being from control measures. *Int J Aging Hum Dev* 1995;40(3): 237-51.
8. Rotter JB. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychol Monogr Gen Appl* 1966;80(1) (monográfico).
9. Heider F. *The Psychology of Interpersonal Relations*. Nueva York: Wiley, 1958.
10. Weiner B. *Achievement motivation and attribution theory*. Morristown: General Learning Press, 1974.

11. Rothbaum F, Weisz J, Snyder S. Changing the world and changing the self: A two process model of perceived control. *J Pers Soc Psychol* 1982;42:5-37.
12. Seligman ME. *Helplessness: On depression, development, and death*. San Francisco: Freeman, 1975.
13. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev* 1977;84:191-215.
14. Skinner EA, Connell JP. Control Understanding: Suggestions for a Developmental Framework. En: Baltes MM y Baltes PB (Eds.). *The Psychology of Control and Aging*. Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1986:35-69.
15. Antonovsky A. *Health, stress, and coping: New perspectives on mental and physical well-being*. San Francisco: Jossey-Bass, 1979.
16. Antonovsky A. Pathways Leading to Successful Coping and Health. En: Rosenbaum M. (Ed.). *Learned Resourcefulness*. Nueva York: Springer Publishing Company, 1990:31-63.
17. Pearlin LI, Schooler C. The structure of coping. *J Health & Soc Behav* 1978;19:2-21.
18. Martínez MF, García M. La autopercepción de la salud y el bienestar psicológico como indicador de calidad de vida percibida en la vejez. *Rev Psicol Salud* 1994; 6(1):55-74.
19. García MA. El bienestar subjetivo. *Escritos de Psicología* (En prensa).
20. Montorio I, Izal M. Bienestar psicológico en la vejez. *Rev Gerontol* 1992;3:141-54.
21. Amat E. Vejez, senectud, ancianidad y decrepitud. *Intus* (1994);5(1-2):2032-236.
22. Fernández-Ballesteros R. Hacia una vejez competente: Un desafío a la ciencia y a la sociedad. En: Carretero M, Palacios J, Marchesi A. (Eds.). *Psicología Evolutiva (Vol. III): Adolescencia, madurez y senectud*. Madrid: Alianza Editorial, 1986:239-58.
23. Fry PS, Slivinske LR, Fitch VL. Power, control and well-being of the elderly: A critical reconstruction. En: Fry, PS (Ed.). *Psychological perspectives of helplessness and control in the elderly*. Advances in psychology. Amsterdam: North-Holland, 1989:319-38.
24. Seoane J. Sociedad y creencias en la vejez. *Intus* 1994; 5(1-2):142-56.
25. Cohen J. Perceived control, reinforcement, satisfaction, and depression in community elderly. *J Appl Gerontol* 1990;9(4):492-503.
26. Levenson H. Distinctions within the concept of internal-external control: Development of a new scale. *Convención Anual de la American Psychological Association*, 1972; Vol. 7(Part. 1):261-2.
27. Molinari V, Neiderehe G. Locus of control, depression, and anxiety in young and old adults: A comparison study. *Int J Aging Hum Dev* 1984-85;20(1):41-52.
28. Johansson B, Grant JD, Plomin R, et al. Health locus of control in late life: A study of genetic and environmental influences in twins aged 80 years and older. *Health Psychol* 2001;20(1):33-40.
29. Buschmann M, Hollinger LM. Influence of social support and control on depression in the elderly. *Clin Gerontol* 1994;14(4):13-28.
30. Kahana E, Kahana B, Riley K. Person-environment transactions relevant to control and helplessness in institutional settings. En: PS Fry (Ed). *Psychological perspectives of helplessness and control in the elderly*. *Advances in psychology*. Amsterdam: North-Holland, 1989:121-53.
31. Stirling G, Reid DW. The application of participatory control to facilitate patient well-being: An experimental study of nursing impact on geriatric patients. *Can J Behav Sci* 1992;24(2):204-19.
32. Danermark B. y Ekstroem M. Relocation and health effects on the elderly: A commented research review. *J Social Soc Wel* 1990;17(1):25-49.
33. Allen PR. Aging and Health: Efectos of the Sense of Control. *SCI* (1986);233:1271-6.
34. Seligman ME. *Indefensión en la depresión, el desarrollo y la muerte*. Madrid: Debate, 1981.
35. Kleftaras G. Control-related beliefs and depressive symptomatology in a semi-institutionalized population of French elderly persons. *Eur Rev Appl Psychol* 1997; 47(3):225-30.
36. Menec VH, Chipperfield JG. The interactive effect of perceived control and functional status on health and mortality among young-old and old-old adults. *J Gerontol* 1997;52B(3):118-126.
37. Keller ML, Leventhal EA, Larson B. Aging: The lived experience. *Intl J Aging Hum Dev* 1989;29(1):67-82.
38. Holahan CK, Holahan CJ. Self-efficacy, social support, and depression in aging: A longitudinal analysis. *J Gerontol* 1987;42(1):65-88.
39. Brandstädter J, Baltes-Götz B. Personal control over development and quality of life perspectives in adulthood. En: Baltes PB y Baltes MM (Eds.). *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge: Cambridge University Press, 1990:197-224.
40. Pearlin LI, Skaff MM. Stressors in adaptation in late life. En: Gatz, M. (Ed.). *Emerging issues in mental health and aging*. Washington: American Psychological Association, 1995:97-123.
41. Zika S, Chamberlain K. On the Relation between Meaning in Life and Psychological Well-being. *Br J Psychol* 1992;83:133-45.
42. Lazarus RS, Folkman S. *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca, 1986.
43. Castro C, Otero-López J, Freire M, et al. Un estudio comparativo de las estrategias de afrontamiento al estrés

- en distintos grupos de edad. *Rev Esp Geriatr y Gerontol* 1995;2:79-94.
46. Blanchard-Fields F, Irion JC. The Relation Between Locus of Control and Coping in Two Contexts: Age as a Moderator Variable. *Psychol & Aging* 1968; 3(2): 197-203.
  47. Brim OG. The sense of personal control over one's life. Comunicación presentada en la 82 Convención Anual de la American Psychological Association. Nueva Orleans, LA, 1974.
  48. Hale WD, Cochran CD. Locus of control across the adult lifespan. *Psychol Rep* 1986;59(1):311-3.
  49. Houts SS, Warland RH. Age and locus of control among women food preparers. *Psychol Rep* 1989;65(1): 227-33.
  50. Lachman ME. Perceptions of intellectual aging: Antecedent or consequence of intellectual functioning? *Develop Psychol* 1983;19:482-98.
  51. Lumpkin JR. The relationship between locus of control and age: New evidence. *J Soc Beh Pers* 1986;1(2): 245-52.
  52. Ryckman RM, Malikiowski M. Relationship between locus of control and chronological age. *Psychol Rep* 1975;36:655-8.
  53. Siegler IC, Gatz M. Age patterns in locus of control. En: Palmore E, Busse G, Maddox J, Nowlin E, Siegler I (Eds.). *Normal Aging III*. Durham, NC: Duke University Press, 1985;216-34.
  54. McConatha JT, McConatha D, Jackson JA, Bergen A. The control factor: Life satisfaction in later adulthood. *J Clin Geropsychol* 1988;4(2):159-68.
  56. Gatz M, Siegler IC. Locus of control: A retrospective. Comunicación presentada en el Encuentro de la American Psychological Association. Los Ángeles, 1981.
  57. Lachman ME. Personal efficacy in middle and old age: Differential and normative patterns of change. En: Elder GH (Ed.) *Life-course dynamics: Trajectories and transitions*. Ithaca, NY: Cornell University Press, 1985: 1968-80.
  58. Staats S. Internal versus external locus of control for three age groups. *Int J Aging Hum Dev* 1974;5:7-10.
  59. Strickland BR, Shaffer S. *I-E, I-E, and FJ Sci Study Rel* 1971;10:366-9.
  60. Volk S, Kurtz J. Positive adjustment and involvement during aging and expectancy for internal control. *J Consult Clin Psychol* 1975;43(2):173-8.
  61. Nehrke MF, Hulicka IH, Morganti J. Age differences in life satisfaction, locus of control and self concept. *Int J Aging Hum Dev* 1980;11:25-33.
  62. Bradley RH, Webb R. Age-related differences in locus of control orientation in three behavior domains. *Hum Dev* 1976;19(1):49-55.
  63. Saltz C, Magruder-Habib K. Age as a indicator of depression and locus of control among non-psychiatric inpatients. Comunicación presentada en el encuentro de la Gerontological Society of America. Boston, 1982.
  64. Heckhausen J. Developmental regulation across adulthood: Primary and secondary control of age-related challenges. *Dev Psychol* 1997;33(1):176-87.
  65. Nurmi JE, Pulliainen H, Salmela AK. Age differences in adults' control beliefs related to life goals and concerns. *Psychol & Aging* 1992;7(2):194-6.
  68. Baltes PB, Baltes MM. Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. En: Baltes PB y Baltes MM (Eds). *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*. Nueva York: Cambridge University Press, 1990:1-34.
  69. Blazer D. *Emotional problems in late life*. Nueva York: Springer, 1990.
  70. Wallston B, Wallston K, De Vellis R. Development of the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Scales. *Health Educ Monogr* 1978;6:160-70.
  71. Aronson E. *The Social Animal*. San Francisco: Freeman, 1972.
  72. Montorio I, Izal M. La vejez con éxito. Pero, ¿por qué las personas mayores no se deprimen más? *Inter Psicós* 1997;6(1):53-75.
  74. Lao RC. The developmental trend of the locus of control. *Personal & Soc Psychol Bull* 1974;1(1):348-50.
  75. Aldwin CM. Does Age Affect the Stress and Coping Process?: Implications of Age Differences in Perceived Control. *J Gerontol* (1991);46(4):174-80.
  76. Lachman ME. Perceived control over memory aging: Developmental and intervention perspectives. *J Soc Issues* 1991;47(4):159-175.
  77. Rhee C, Gatz M. Cross-generational attributions concerning locus of control beliefs. *International J Aging Hum Dev* 1993;37(2):153-61.
  78. Nunn GD. Adult learners' locus of control, self-evaluation and learning temperament as a function of age and gender. *J Instr Psychol* 1994;21(3):260-4.
  79. Shapiro DH, Sandman CA, Grossman M, Grossman B. Aging and sense of control. *Psychol Rep* 1995;77(2): 616-8.
  80. Shaw BA, Krause N. Exploring race variations in aging and personal control. *J Gerontol* 2001;56B(2):119-24.