



TESE DE DOUTORAMENTO

**DESARROLLO Y VALIDACIÓN DE
UN ÍNDICE PERSONAL DE
ENVEJECIMIENTO ACTIVO ADAPTADO
AL CONTEXTO GALLEGO**

Sara Marsillas Rascado

PROGRAMA DE DOUTORAMENTO EN PSICOLOXÍA DO
TRABALLO E AS ORGANIZACIÓNS, XURÍDICA-FORENSE E
DO CONSUMIDOR E O USUARIO
FACULTADE DE PSICOLOXÍA

SANTIAGO DE COMPOSTELA

2016





TESE DE DOUTORAMENTO

**DESARROLLO Y VALIDACIÓN DE
UN ÍNDICE PERSONAL DE
ENVEJECIMIENTO ACTIVO ADAPTADO
AL CONTEXTO GALLEGO**

Asdo.

Sara Marsillas Rascado

PROGRAMA DE DOUTORAMENTO EN PSICOLOXÍA DO
TRABALLO E AS ORGANIZACIÓNS, XURÍDICA-FORENSE E
DO CONSUMIDOR E O USUARIO
FACULTADE DE PSICOLOXÍA

SANTIAGO DE COMPOSTELA

2016



AUTORIZACIÓN DOS DIRECTORES TESE

D. Jesús Varela Mallou, Catedrático do Departamento de Psicoloxía Organizacional, Xurídico-Forense e Metodoloxía das Ciencias do Comportamento da Universidade de Santiago de Compostela

e D. Antonio Rial Boubeta, Profesor do Departamento de Psicoloxía Organizacional, Xurídico-Forense e Metodoloxía das Ciencias do Comportamento da Universidade de Santiago de Compostela

Como Directores da Tese de Doutoramento titulada « Desarrollo y validación de un Índice Personal de Envejecimiento Activo adaptado al contexto gallego »

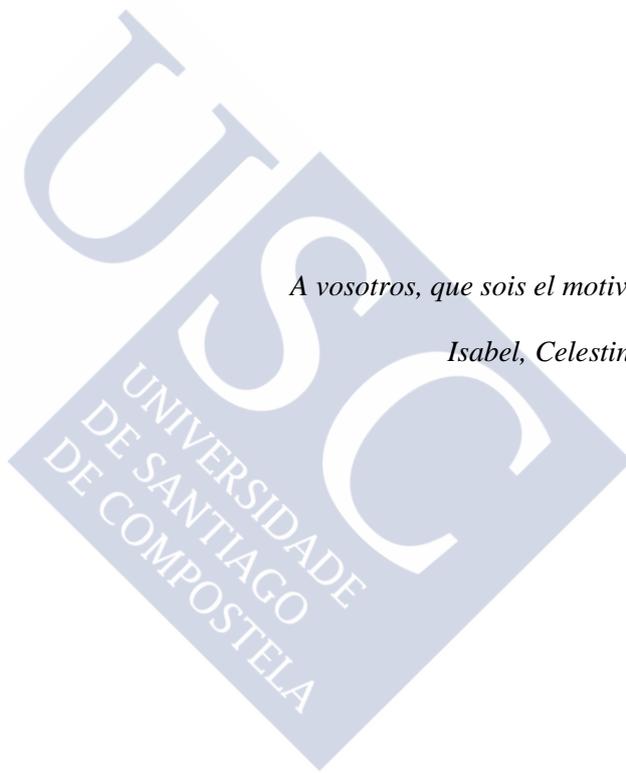
Presentada por Dna. Sara Marsillas Rascado, alumna do Programa de Doutoramento en Psicoloxía do Traballo e as Organizacións, Xurídica-Forense e do Consumidor e o Usuario (RD 99/2011)

Autorizan a presentación da tese indicada, considerando que reúne os requisitos esixidos no artigo 34 do regulamento de Estudos de Doutoramento, e que como Directores da mesma non incurre nas causas de abstención establecidas na lei 30/1992.



A vosotros, que sois el motivo real de este camino

Isabel, Celestino, Pedro y Francisca





Agradecimientos

La entrega de este trabajo supone el final de un capítulo que, sin quererlo, se ha convertido en la trama principal de mi libro vital escrito hasta el momento. Estoy tremendamente agradecida por todo lo que ha sucedido estos tres años, tanto por las experiencias vividas, los retos con los que me he encontrado y, sobre todo, por los aprendizajes que llevo conmigo. A nivel profesional ha sido un gran reto que ha provocado un gran crecimiento y disfrute personal. Pero esta experiencia no sería trascendental sin todas aquellas personas que han contribuido, con o sin conocimiento, a la misma.

En primer lugar, quiero agradecer a mis directores de tesis toda su labor realizada hasta el momento. A Antonio, gracias por haberme invitado a formar parte del grupo de investigación Psicom, ese primer paso pequeño pero necesario para el camino que vendría después. Además, agradecerte el tiempo compartido e invertido en mi formación, nunca suficiente, así como el haber contribuido a despertar como dirían nuestros mayores, ese "nervio". Especialmente quiero agradecer a Suso su rol clave durante estos años. Gracias por tu contribución a la profesional y sobre todo, la persona en la que me he convertido. Gracias por plantearme retos continuos y dejarme espacio para aprender, por las oportunidades brindadas, por haber fomentado mi autonomía e independencia y por respetar mi estilo. Quiero agradecerte también todas las conversaciones y los debates acerca de la investigación, el trabajo e incluso de la vida así como todas las enseñanzas que me has trasladado, cada día más y mejores. Gracias por haber sido no sólo mi director, por haberte convertido en mi mentor.

Quiero agradecerles también a mis compañeros del grupo de investigación Psicom todo lo aprendido y compartido en los últimos años, porque aún trabajando muy duramente siempre encontramos ocasiones en las que disfrutar y reírnos juntos. A Teresa, por tu ayuda, por tu rol impecable e imprescindible en el mismo, por cuidar todos esos detalles que a todos se nos escapan. A Eduardo y Eulogio por los momentos compartidos, todos ellos agradables. A Carlos, por divertirnos con tus historias y tus comentarios siempre oportunos. A Alba, gracias por todo, por tu ayuda desde el primer momento, las eternas conversaciones y todos esos detalles que te hacen única. A Sandra, por las experiencias que vivimos juntas, por esas conversaciones en las que cada vez encontramos más cosas en común. Gracias a Yolanda, mi Yoli, por tu dulzura y tu pasión en todo lo que haces, por las Titas compartidas, por haber estado siempre ahí y por permitirme conocer a esa gran persona que hay detrás de esa bella fachada. A Patricia, mi Patri, gracias por todo, por iniciar conmigo esta aventura y por todas esas que aparecieron perpendicularmente, gracias por tenderme la mano, gracias por crecer conmigo y permitirme aprender de ti y por esa serenidad que transmites ante cualquier situación. Gracias también a todas las personas con las que he coincidido en estos años, a Alex, Saray, Pichel, Javi, Rebeca... De este grupo me llevo grandes amigos y amigas, a quienes quiero agradecer especialmente el haber aparecido en mi vida y haber contribuido a la persona que soy ahora y con quienes quiero seguir creciendo en los siguientes capítulos.

I would like to thank also my colleagues from the Vrije Universiteit Brussels, for welcoming me so good since the first day and for making me feel part of the group, because the experience of the stay would not be the same without each of you. Ik bedank Sofie, Sarah, Dorien en An-Sofie, om de beste steering groep te zijn, voor hun onaflatende hulp en steun, voor de mogelijkheden om van hen te leren en het delen van fantastische momenten. Vooral dank aan Liesbeth, voor de beste mentor te zijn zijn die ik ooit had kunnen bedenken, voor alle mogelijkheden en kansen die je me gaf, voor de warme gastvrijheid, voor de vergaderingen waar ik zoveel heb geleerd en de gedeelde persoonlijke momenten. Ik zal nooit genoeg woorden van dank kunnen bedenken en uiten. Dank ook aan Deborah,

Bram, Daan, Myriam, Christin, Emily, Karen, Tina, Renfeng, Jeltsen, Koen en zo veel andere mensen waarmee ik fijne momenten heb beleefd. Dank ook aan Dominique, Maurice en Tinie voor alle gegeven kansen en de aangename babbels die ik soms misschien te aangenaam vond. Tinie, dubbel bedankt voor de Nederlandse les via e-mail. Kortom, dank aan alle collega's van Belgian Ageing Studies, van de EDWE vakgroep en collega's van het GUTS project voor alle ervaringen en ondersteuning. Ik hoop jullie allemaal snel te zien.

Gracias también a todas las personas y organizaciones que intervinieron en este proyecto. Gracias a la Fundación Barrié, por confiar en mí como becada Posgrado en el Extranjero 2015 y permitirme vivir una de las mejores experiencias de mi vida. Gracias a la Xunta de Galicia, por el apoyo a mi etapa predoctoral. Quiero agradecer también a la Secretaría Xeral de Política Social da Consellería de Traballo e Benestar de la Xunta de Galicia, al Valedor do Pobo de Galicia, a las aulas ATEGAL y los centros socioculturales su colaboración para la realización de este trabajo. Gracias también a Yoli y Nahir, por su esfuerzo y su apoyo en la recogida de los datos y a Javi, por todos los momentos compartidos durante el inicio de la misma. Gracias a todas las personas mayores que han participado en este estudio, por su disposición y entrega así como por las enseñanzas que han compartido conmigo. Gracias a todos y todas, sin vosotros/as, esto no habría sido posible.

Llegando ya a mi entorno personal, quiero agradecer a mi familia toda la ayuda brindada. En primer lugar, a mis padres, por la educación que me habéis dado, por enseñarme a luchar por lo que me apasiona, por enseñarme tantas cosas que este trozo de papel se queda pequeño. Gracias por todas las oportunidades que os habéis esforzado por brindarme. Gracias a ti, papá, por confiar tanto en mí, por tus valiosas enseñanzas y los valores que me has inculcado, por tu calma y todo tu apoyo en esta etapa, y siempre. Gracias a ti, mamá, por enseñarme a luchar siempre por lo que creo, por la búsqueda de la mejora continua y no conformarme con menos. Gracias a ti, Sabi, por ser mi mejor amiga, por inspirarme a crecer y mejorar. Gracias a los tres por recordarme que ante todo, para mejorar el mundo es importante empezar en tu entorno inmediato. Gracias por enseñarme los medios para conseguirlo.

Gracias a Marité y Gemma, por vuestro apoyo incansable y a Gena, Ricardo y Ricardo Jr., por toda vuestra ayuda estos años, por acogerme tan bien desde el primer día y por los momentos compartidos. A Cris, a Cora, a Almudena, a Albi, a Sandra Marsillas, a Sandra Valiñas y a Iria, porque el tiempo no pasa por las verdaderas amistades. Thank you, Ana-Maria and Johanna, for all the intense moments we have shared in Brussels and for permitting me learn from you. Gracias a todos mis amigos y amigas, por vuestro contagioso entusiasmo, por vuestro apoyo y por permitirme crecer con vosotros y vosotras. Gracias a mis compañeras de clase de ballet tanto en Pontevedra como en Santiago. Gracias también a ti, François, por enseñarme que el esfuerzo puede compensar cualquier dificultad y por aprender a utilizar los inconvenientes como impulso para mejorar.

E sobre todo, gracias a ti, Marcos, por estar aí desde o principio ata o final deste capítulo. Gracias por todos os momentos compartidos, polo teu apoio incondicional, polas nosas conversas, pola túa forza que fai que a miña non se apague nunca, por convertirme no meu mellor amigo. Gracias por todos esos abrazos cargados de forza e positividade, por eses plans improvisados. Gracias por ser o meu compañeiro de vida, non podo imaxinar un mellor ca ti. Gracias, non haberá suficientes palabras de agradecemento. Espero avellentar activamente xunto a ti.

En definitiva, gracias, eternas gracias a todos los protagonistas y personajes de este capítulo y de los capítulos previos que han derivado en este. Ahora, vayamos a por el siguiente.





Desarrollo y validación de un Índice Personal de Envejecimiento Activo adaptado al contexto gallego

RESUMEN

En los últimos años se han producido diferentes debates en la literatura acerca de la conceptualización del envejecimiento activo. El objetivo de esta tesis es desarrollar un modelo de envejecimiento activo centrado en el nivel individual, que incluya diferentes elementos de la vida de las personas susceptibles de ser modificados mediante programas de intervención para la promoción del envejecimiento activo. En base a este modelo se construirá una herramienta de medición del concepto que permitirá obtener una medida cuantitativa del nivel de envejecimiento de cada persona. Además, se examinará la contribución del concepto a la satisfacción vital así como el efecto de los estilos de afrontamiento en el envejecimiento activo. Para ello, se entrevistó a una muestra representativa de 404 personas mayores de 60 años gallegas residentes en la comunidad usando una entrevista estructurada guiada por un cuestionario *ad hoc*. Los resultados demostraron la validez del modelo propuesto de envejecimiento activo compuesto por dos grandes categorías de variables, lo cual le confiere una validez a la herramienta de medición. El modelo consta de variables de estado o salud (relacionadas con la salud física, psicológica y social) así como diferentes tipos de variables relacionadas con la participación en diversas actividades. Este modelo ha sido probado usando el algoritmo Partial Least Squares (PLS) y los resultados de este estudio confirman que el envejecimiento activo es un constructo formativo de cuarto orden. Además, los análisis han demostrado que el envejecimiento activo tiene una relación fuerte y positiva con la satisfacción vital. Por otro lado, se encontró un efecto positivo de estilos de afrontamiento activos y externos con el envejecimiento activo. La discusión señala el potencial de este concepto más amplio que reconcilia las diferentes aproximaciones del concepto y su importancia para la vida de las personas.

PALABRAS CLAVE

envejecimiento activo, modelo, medición, nivel individual, predictores

Elaboración e validación dun Índice Persoal de Envelhecimento Activo adaptado ao contexto galego

RESUMO

Nos últimos anos producíronse diferentes debates na literatura acerca da conceptualización do avellentamento activo. O obxectivo desta tese é desenvolver un modelo de avellentamento activo centrado no nivel individual, que inclúa diferentes elementos da vida das persoas susceptibles de ser modificados mediante programas de intervención para a promoción do avellentamento activo. En base a este modelo, construírse unha ferramenta de medición do concepto que permitirá obter unha medición cuantitativa do nivel de avellentamento activo de cada persoa. Ademais examínase a contribución do concepto á satisfacción vital así como o efecto dos estilos de afrontamento no avellentamento activo. Por iso, entrevistouse a unha mostraxe representativa de 404 persoas maiores de 60 anos galegas residentes na comunidade empregando unha entrevista estruturada guiada por un cuestionario *ad hoc*. Os resultados demostraron a validez do modelo proposto de avellentamento activo e composto por dúas grandes categorías de variables, o cal confire validez á ferramenta de medición. O modelo consta de variables de saúde (relacionadas coa saúde física, psicolóxica e social) así como diferentes tipos de variables relacionadas coa participación en diversas actividades. Este modelo foi probado co algoritmo Partial Least Squares (PLS) e os resultados deste estudo confirman que o avellentamento activo é un construto formativo de cuarto orden. Ademais, as análises demostraron que este ten unha relación forte e positiva coa satisfacción vital. Por outra banda, atopouse un efecto positivo dos estilos de afrontamento activos e externos co avellentamento activo. A discusión sinala o potencial deste concepto máis amplo que reconcilia as diferentes aproximacións do concepto e a súa importancia para a vida das persoas.

PALABRAS CHAVE

avellentamento activo, modelo, medición, nivel individual, preditores

Development and validation of an Active Ageing Personal Index, adapted to the Galician context

SUMMARY

In recent years, different debates have emerged across the literature about the conceptualisation of active ageing. The aim of this dissertation is to develop a model of active ageing focused on an individual level, including different elements of people's life liable to be modified by intervention programmes promoting active ageing. A measurement tool of active ageing will be developed based on this model, which will provide an individual quantitative result of each person's ageing level. Moreover, the contribution of active ageing to life satisfaction as well as the effect of coping styles on active ageing will be examined. For this, a representative sample of 404 Galician (Spain) community-dwelling older adults (aged 60 years and over) was interviewed using a structured survey guided by a questionnaire. The results demonstrated the validity of the proposed model of active ageing composed of two broad categories, as well as the measurement tool. The model comprises status or health variables (related to physical, psychological and social health) as well as different types of activities called participation variables. This model has been tested using Partial Least Squares (PLS) and the findings of this study show that active ageing is a fourth-order, formative construct. In addition, PLS analyses demonstrate that active ageing has a strong and positive effect on life satisfaction and a positive effect was also found between active and external coping styles and active ageing. The discussion highlights the potential of active ageing as a further concept which brings together the different approximations to the concept and its importance to people's lives.

KEYWORDS

active ageing, model, measurement, individual level, predictors



Introducción

El envejecimiento de la población y sus diversas consecuencias han puesto encima de la mesa la necesidad de cambiar la forma de abordar la edad desde el ámbito gerontológico y político. Con frecuencia, las personas mayores de 60 años son apartadas de la vida social, tanto mediante la jubilación obligatoria como por los estereotipos negativos acerca de este grupo de edad, fuertemente instaurados en la sociedad. El primer capítulo está dedicado a dibujar el contexto social demográfico en el que se encuadra este estudio.

Por otro lado, la urgencia de cambiar las tendencias de participación de las personas mayores y de mejorar su estado de salud se ha creado todo un paradigma de estudio del envejecimiento que aborda esta etapa vital desde una aproximación positiva. En torno a este paradigma, han ido surgiendo diferentes conceptos que han desembocado en la formación del concepto amplio de envejecimiento activo. El segundo capítulo ha sido escrito con la finalidad de dilucidar las diferencias entre tales conceptos.

El concepto de envejecimiento activo, promovido por la Organización Mundial de la Salud ([OMS], 2002) ha sido adoptado en Europa y pretende abordar el envejecimiento de su población mediante diferentes iniciativas de intervención. Ello ha provocado que este concepto sea utilizado con diferentes finalidades en función de la aproximación a la que se adscriba, lo que ha provocado la escisión de tres grandes líneas de comprensión: política, científica y social. Cada una de estas aproximaciones tiene objetivos diferentes, lo cual complica la situación a la hora de estudiar este concepto. Por otro lado, teniendo en cuenta la proliferación de programas de intervención para la promoción del envejecimiento activo, la carencia de herramientas para la medición del concepto a nivel individual ha puesto de manifiesto la necesidad de poner remedio a esta situación. El tercer capítulo se ha escrito con la finalidad de clarificar este marco teórico de partida así como de ordenar los estudios realizados en los últimos años.



ÍNDICE DE CONTENIDOS:

1. ENVEJECIMIENTO.....	23
1.1. Envejecimiento como concepto poblacional	31
1.2. Envejecimiento como concepto individual.....	33
1.1.1. El estudio del envejecimiento	36
1.1.2. Teorías psicosociales en gerontología.....	38
2. NUEVO PARADIGMA.....	41
2.1. Base empírica	45
2.2. Conceptos equivalentes vs. diferentes	47
2.3. Envejecimiento con éxito	52
2.3.1. Revisiones del concepto.....	55
2.3.2. Calidad de vida y satisfacción vital: componentes o conceptos diferentes del envejecimiento con éxito.....	58
2.3.3. Problemas del concepto.....	60
3. ENVEJECIMIENTO ACTIVO	63
3.1. Aproximación política	68
3.2. Aproximación científica	72
3.2.1. Determinantes del envejecimiento activo	76
3.2.2. Modelos Teóricos de Envejecimiento Activo	78
3.3. Aproximación social.....	83
3.4. Evaluación del envejecimiento activo	84
3.5. Críticas al envejecimiento activo.....	86
3.6. Problemas en este campo.....	89
3.7. Componentes del envejecimiento activo	93
3.7.1. Componentes estado o salud.....	94
3.7.1.1. Salud física	94
3.7.1.2. Funcionalidad	95
3.7.1.3. Cognición	96
3.7.1.4. Afecto	96
3.7.1.5. Social	97
3.7.2. Componentes proceso o actividad.....	99
3.7.2.1. Empleo.....	99
3.7.2.2. Participación social.....	100
3.7.2.3. Ocio	101
3.7.2.4. Aprendizaje o formación continua	103
3.7.2.5. Uso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC)	104
3.8. Determinantes o antecedentes	105
3.9. Consecuentes	106
4. JUSTIFICACIÓN	107
5. OBJETIVOS.....	111
5.1. Objetivo General	113
5.2. Objetivos Específicos	113
6. MÉTODO	115

6.1. Diseño y muestra	117
6.2. Procedimiento.....	117
6.3. Variables e instrumentos	118
6.3.1. Componente de salud física	118
6.3.2. Componente Funcional	119
6.3.3. Componente cognitivo	122
6.3.4. Componente afectivo	124
6.3.5. Componente social.....	126
6.3.6. Componente de empleo.....	127
6.3.7. Componente de participación social	127
6.3.8. Componente de Ocio.....	128
6.3.9. Componente de Uso de las TIC	128
6.3.10. Componente de Formación continua	129
6.3.11. Estilos de afrontamiento.....	129
6.3.12. Satisfacción vital	130
6.4. Análisis estadístico	130
7. RESULTADOS	137
7.1. Estudio psicométrico de las escalas utilizadas	139
7.1.1. Componente físico	139
7.1.2. Componente funcional	142
7.1.3. Componente cognitivo	144
7.1.4. Componente afectivo	145
7.1.5. Componente social.....	147
7.1.6. Componente Uso de las TIC	148
7.1.7. Componente Ocio	149
7.1.8. Componente Participación social.....	150
7.1.9. Estilos de afrontamiento.....	150
7.1.10. Satisfacción vital	152
7.2. Instrumento de medida de envejecimiento activo: Validez.....	152
7.3. Resultados descriptivos	159
7.4. Resultados bivariados.....	163
7.4.1. Envejecimiento activo en función del género	163
7.4.2. Envejecimiento activo en función de la edad.....	164
7.4.3. Envejecimiento activo en función del entorno.....	165
7.4.4. Envejecimiento activo en función del estado civil.....	166
7.4.5. Envejecimiento activo en función del nivel educativo	167
7.4.6. Envejecimiento activo en función del nivel de ingresos	168
7.4.7. Correlaciones entre dimensiones	169
7.4.8. Correlaciones entre dimensiones y la satisfacción vital.....	169
7.5. Resultados multivariados	170
8. DISCUSIÓN	173
9. CONCLUSIONS.....	191
10. BIBLIOGRAFÍA	195
11. APÉNDICE	221

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Resumen de diferentes términos, objetivos y beneficiarios. Adaptado de Pinazo (2012).	50
Tabla 2.	Resumen de las similitudes y diferencias entre los conceptos.	52
Tabla 3.	Estudios de envejecimiento saludable/exitoso identificados por Peel, McClure y Bartlett (2005).	56
Tabla 4.	Resultados y predictores/determinantes de los estudios del envejecimiento con éxito hallados por Depp y Jeste (2006).	57
Tabla 5.	Objetivos del envejecimiento activo a nivel micro y macro.	68
Tabla 6.	Número de estudios que abordan el concepto de envejecimiento activo.	75
Tabla 7.	Elementos más fomentados según la aproximación.	94
Tabla 8.	Índice de Barthel	120
Tabla 9:	Clasificación de las puntuaciones por nivel de dependencia en el Índice de Barthel.	120
Tabla 10.	Escala de Lawton y Brody (1969).	121
Tabla 11.	Clasificación de las puntuaciones por nivel de dependencia en la escala de Lawton y Brody.	122
Tabla 12.	Mini-Examen Cognoscitivo - MEC-30	123
Tabla 13.	Escala de Balance Afectivo.	125
Tabla 14.	Ítems que componen la escala de evaluación sociofamiliar y escala de referencia.	126
Tabla 15.	Escala de evaluación sociofamiliar y opciones de respuesta.	127
Tabla 16.	Escala de participación social.	127
Tabla 17.	Escala de actividades.	128
Tabla 18.	Escala de uso de las TIC	128
Tabla 19.	Estilos de afrontamiento	129
Tabla 20.	Escala de satisfacción vital.	130
Tabla 21.	Clasificación de las puntuaciones en satisfacción vital.	130
Tabla 22.	Transformación de las puntuaciones del componente de ocio.	132
Tabla 23.	Esquema de las subescalas previas a la construcción del índice de envejecimiento activo.	134
Tabla 24.	Cargas factoriales de los ítems de la subescala de sintomatología física adaptada del CUBRECAVI.	140
Tabla 25.	Descriptivos de los ítems de la subescala de sintomatología física adaptada del CUBRECAVI.	140
Tabla 26.	Descriptivos de los ítems de la escala de componente físico.	141
Tabla 27.	Cargas factoriales de los ítems de la escala de componente físico.	141
Tabla 28.	Descriptivos de los ítems del Índice de Barthel.	142
Tabla 29.	Cargas factoriales de los ítems del Índice de Barthel.	142
Tabla 30.	Descriptivos de los ítems de la Escala de Lawton y Brody diferenciado por género.	143
Tabla 31.	Cargas factoriales de los ítems de la Escala de Lawton y Brody.	143
Tabla 32.	Descriptivos de los ítems del MEC-30.	144
Tabla 33.	Cargas factoriales de los ítems del MEC-30.	145
Tabla 34.	Descriptivos de los ítems de la Escala de Balance Afectivo.	146
Tabla 35.	Cargas factoriales de los ítems de la EBA.	146
Tabla 36.	Cargas factoriales de los ítems de la subescala de afecto positivo.	147
Tabla 37.	Descriptivos de los ítems del Componente social.	147
Tabla 38.	Cargas factoriales de la escala del Componente social.	148
Tabla 39.	Descriptivos de los ítems del Componente Uso TIC.	148

Tabla 40. Cargas factoriales de la escala del Componente Uso TIC.	149
Tabla 41. Descriptivos de los ítems del Componente de Ocio.	149
Tabla 42. Cargas factoriales del Componente Ocio.....	150
Tabla 43. Cargas factoriales de los Estilos de afrontamiento.	151
Tabla 44. Cargas factoriales de los Estilos de afrontamiento activos y externos.	151
Tabla 45. Descriptivos de los ítems de los estilos de afrontamiento activos y externos.....	152
Tabla 46. Descriptivos de los ítems de la escala de satisfacción vital.	152
Tabla 47. Cargas factoriales de los ítems de la escala de satisfacción vital.....	152
Tabla 48. Estadísticos descriptivos de las escalas del modelo PLS de envejecimiento activo.....	154
Tabla 49. Cargas y cargas cruzadas de los ítems de medida.....	156
Tabla 50. Correlaciones inter-constructo y raíz cuadrada de la varianza media extraída de los constructos de primer orden.	158
Tabla 51. Resultados descriptivos del envejecimiento activo y sus dimensiones.....	159
Tabla 52. Resultados descriptivos de tres perfiles de envejecimiento activo.	161
Tabla 53. Resultados comparativos en función del género.....	164
Tabla 54. Resultados comparativos en función de la edad.	165
Tabla 55. Resultados comparativos en función del entorno.	166
Tabla 56. Resultados comparativos en función del estado civil.	166
Tabla 57. Resultados comparativos en función del nivel educativo.	167
Tabla 58. Resultados en función del nivel de ingresos.	168
Tabla 59. Correlaciones entre las subdimensiones de la participación con la salud global.	169
Tabla 60. Correlaciones entre las subdimensiones y dimensiones del envejecimiento activo con la satisfacción vital.	170
Tabla 61. Modelo predictivo de envejecimiento activo.....	171



Índice figuras

Figura 1.	Pirámide poblacional de España y de la España rural (2015).....	26
Figura 2.	Representación del cambio de paradigma en relación al ciclo vital.	38
Figura 3.	Relación entre los conceptos de envejecimiento activo, saludable, productivo y exitoso.....	47
Figura 4.	Representación gráfica de los conceptos.	49
Figura 5.	Relaciones teóricas entre la calidad de vida, el bienestar y la satisfacción vital con el envejecimiento con éxito (adaptado de Lawton, 1983 y modificado de Fernández-Ballesteros, Kruse, Zamarrón y Caprara, 2007).	59
Figura 6.	Modelo de envejecimiento activo de la OMS (2002).	79
Figura 7.	Modelo multidimensional-multinivel de envejecimiento activo de Fernández-Ballesteros (2002, p.43).....	81
Figura 8.	Modelo estructural y de medida.	153
Figura 9.	Representación de los resultados descriptivos de los componentes del envejecimiento activo.	160
Figura 10.	Representación de los resultados descriptivos del envejecimiento activo y sus dimensiones globales.	160
Figura 11.	Representación de los resultados descriptivos de los tres perfiles en relación al estado de salud.	162
Figura 12.	Representación de los resultados descriptivos de los tres perfiles en relación a la participación.	162
Figura 13.	Representación de los resultados descriptivos de los tres perfiles en relación al envejecimiento activo.	163
Figura 14.	Modelo de la relación entre el envejecimiento activo y la satisfacción vital.....	170
Figura 15.	Rol de los estilos de afrontamiento en relación al envejecimiento activo.	171







1. ENVEJECIMIENTO





1. Envejecimiento

A lo largo de la segunda mitad del siglo XX, se ha ido produciendo un importante cambio en el patrón de natalidad y mortalidad que derivó en un fenómeno demográfico denominado envejecimiento poblacional. Estos cambios han dado lugar a una revolución demográfica sin precedentes que está ocurriendo en todo el planeta, que si bien representa un logro extraordinario del siglo pasado, en el presente constituye uno de los grandes retos mundiales (Foster y Walker, 2013; Kalache, 1999). Este fenómeno se fraguó lentamente en los países desarrollados a principios del siglo XX (United Nations [UN], 2002) mientras que en los países en vías de desarrollo, la aparición del fenómeno ha sido más reciente con una evolución muy veloz (Fernández-Ballesteros, Robine, Walker, y Kalache, 2013).

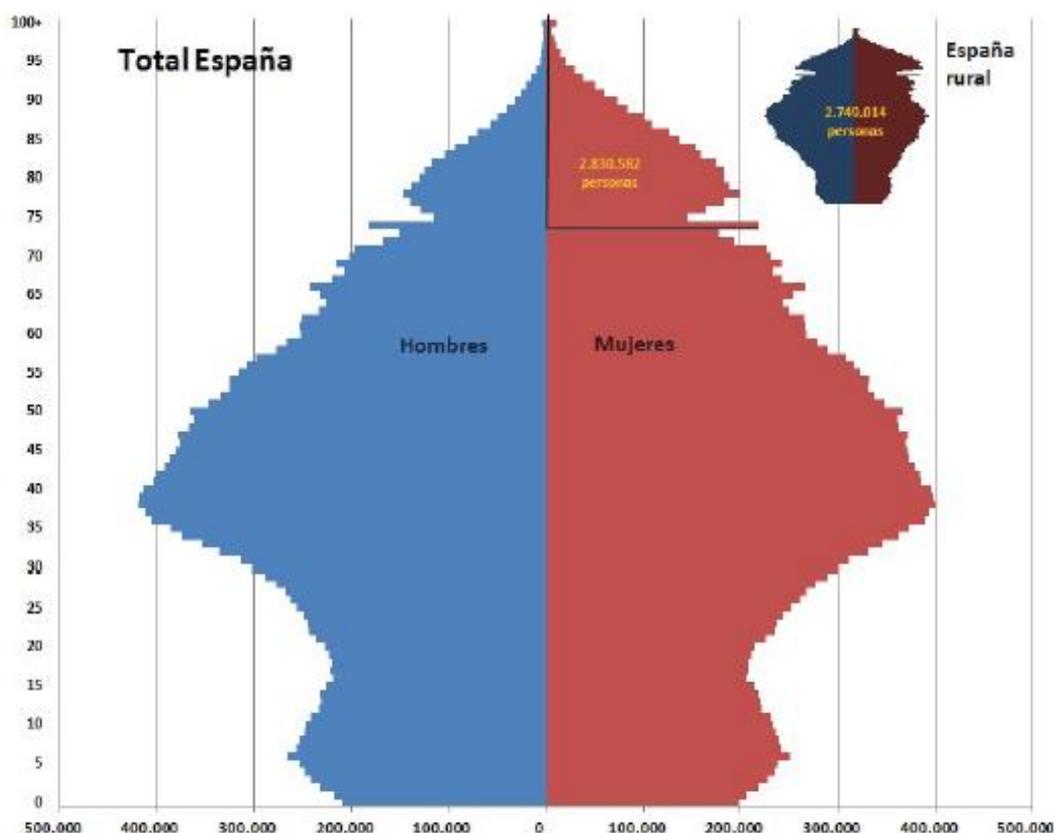
Dicho de otro modo, a lo largo del siglo pasado se ha producido un incremento de la supervivencia de las personas a lo largo del tiempo y las generaciones (Fries, 1989b). Este incremento de la población mayor y de la longevidad media es una tendencia que, según se prevé, continuará existiendo. Actualmente hay casi 700 millones de personas mayores de 60 años en el mundo, cifra que se duplicará hacia el año 2025 y llegará a casi dos mil millones en el 2050, lo que significa que más del 20% de la población mundial será mayor de 60 años y para 2060, el 30% de la población será mayor de 65 años (Walker y Maltby, 2012). De ellos, el 75% estará viviendo en países en vías de desarrollo (Kalache, 1999; Stenner, McFarquhar, y Bowling, 2011).

Se ha producido también un incremento de la longevidad, que ha ido aumentando notablemente a lo largo del siglo XX en todo el planeta y en especial, en los países desarrollados. De todos ellos, la población de los países de Europa occidental es una de las más envejecidas del mundo (Walker y Maltby, 2012). Concretamente, desde comienzos del siglo pasado, la esperanza de vida al nacer ha aumentado casi tres décadas a lo largo del planeta (Kalache, 1999) e incluso en algunos países se ha duplicado en menos de un siglo (Fernández-Ballesteros et al., 2013; Zamarrón, 2013). Fries y Crapo (1981), basándose en la revisión y análisis de las curvas de supervivencia del último siglo, han señalado una tendencia de incremento paulatino de la longevidad, observándose que cada vez la población vive más años y se acerca paulatinamente a un límite postulado de la vida humana en torno a los 120 años (Fernández-Ballesteros, 2009; Fries y Crapo, 1981). Esto se puede ver reflejado en el envejecimiento de la población mayor o envejecimiento del envejecimiento, es decir, en el incremento de la población mayor de 80 años (Díez-Nicolás, 1999; Rojo-Pérez y Fernández-Mayoralas, 2011). Este es el grupo demográfico con mayor crecimiento en prácticamente todos los países industrializados (Kalache, 1999; Stenner et al., 2011) y será el que manifieste un crecimiento más rápido, alcanzando el 12% de la población total para 2060 (Walker y Maltby, 2012).

Otros de los cambios característicos del siglo pasado es la reducción de la mortalidad que se viene produciendo no sólo en términos de mortalidad infantil sino también en edades avanzadas (Fries y Crapo, 1981). En términos poblacionales se ha advertido una reducción constante de la mortalidad tras los 80 años desde la década de 1950, lo cual podría interpretarse como un retraso de la vejez humana producido gracias a una década fuertemente asociada con mejores prácticas a nivel comportamental y de salud (Christensen, Doblhammer, Rau, y Vaupel, 2009; Fernández-Ballesteros et al., 2013).

Este fenómeno demográfico se refleja también en el cambio en la estructura por edades de la población, que ha alterado de manera importante las pirámides poblacionales a nivel mundial. En España, el número de personas mayores representa el 18,4% del total de la población, siendo un 5,8% de esta mayor de 80 años, y la actual esperanza de vida al nacer es de 82,9 años, lo que supone una de las cifras más altas de la Unión Europea (Abellán y Pujol, 2016). A nivel autonómico, Galicia es una de las regiones que lidera este proceso de envejecimiento, con un 24,0% de la población mayor de 65 años (Abellán y Pujol, 2016). La proporción de personas mayores está incrementándose rápidamente tanto por la baja tasa de natalidad como por el envejecimiento de la generación del *baby boom*. Junto a todo ello, en este proceso se ven también acentuados antiguos desequilibrios poblacionales, con una mayor intensidad del envejecimiento en el medio rural y una mayor concentración relativa de personas mayores en municipios urbanos (Instituto de Mayores y Servicios Sociales [IMSERSO], 2011; Monreal, 2008).

Figura 1: Pirámide poblacional de España y de la España rural (2015).



Fuente: INE: INEBASE. Padrón Continuo a 1 de enero de 2015. En Abellán y Pujol (2016).

Además de todo ello, se ha observado una concentración o compresión de la morbilidad en los últimos años de vida, lo cual se refleja en un incremento de la esperanzada de vida sin discapacidad o esperanza de vida con salud, que está creciendo lentamente en la mayoría de los países (Fernández-Ballesteros, 2009; Fries y Crapo, 1981; Fries, 2002; Robine y Michel, 2004). En base a su estudio de las curvas de supervivencia, Fries y Crapo (1981) afirman que la aparición de la enfermedad asociada a la edad se irá posponiendo y acercando cada vez más al límite predicho de la vida, reduciendo así la duración de la situación mórbida (Fernández-Ballesteros, 2009). Dicho de otra manera, las enfermedades crónicas y la discapacidad se irán retrasando, lo que significa que la morbilidad se concentrará en los últimos años de la vida (Fries y Crapo, 1981) y se prolongará la vitalidad y la buena salud (Fries, 1989b). Así, los mayores de hoy tienen más probabilidades de vivir durante más tiempo que sus padres pero sobre todo, en mejores condiciones de salud biológica, psicológica y social (Fernández-Ballesteros, 2009).

Todo ello ha sido posible gracias a una doble vía de trabajo: a nivel colectivo o sociopolítico y a nivel individual. En relación al primero, este resultado viene derivado del esfuerzo por mejorar las condiciones vitales mediante la implantación de políticas sociales y sanitarias así como por la promoción de estilos de vida y hábitos saludables a lo largo del ciclo vital. Además de ello, el desarrollo humano y social, los avances biomédicos y tecnológicos, la mejora de las condiciones de vida en relación a la higiene, los servicios sanitarios, la educación y la alimentación, unido al progreso socioeconómico y la extensión política de la democracia han derivado en una mejor calidad de vida y en la extensión de la duración vital (Caprara et al., 2013; Eurostat, 2011). Al respecto, cabe resaltar el compromiso y esfuerzo individual por seguir las pautas recomendadas en relación a los estilos de vida (Fernández-Ballesteros et al., 2013; Kalache, 1999).

La conjunción de estos factores ha modificado los patrones de enfermedad y muerte de forma acelerada en las últimas décadas. En la actualidad existe una menor incidencia de enfermedades infecciosas con consecuencias menos graves debido fundamentalmente a la mejor higiene y al mayor acceso a antibióticos y vacunas (Tosato, Zamboni, Ferrini, y Cesari, 2007). Sin embargo, estas patologías fueron sustituidas por las enfermedades crónicas y degenerativas, cuya prevalencia se acentúa en el grupo demográfico de los mayores, que constituyen los principales diagnósticos y causas de muerte (IMSERSO, 2011). Entre las enfermedades crónicas más frecuentes en la vejez a nivel mundial se hallan la elevada presión sanguínea, las enfermedades cardiovasculares, el accidente cerebro-vascular, la *diabetes mellitus tipo II*, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, el cáncer, la artritis, la osteoporosis, la depresión, la demencia y la ceguera y alteraciones visuales (OMS, 2002), cuya edad media de aparición se sitúa entre los 50 y los 70 años (Pruchno, Wilson-Genderson, y Cartwright, 2010a). Las enfermedades crónicas suelen ser menos severas y discapacitantes que las patologías infecciosas (Robine, Mathers y Brouard, 1996). No obstante, el fenómeno de la dependencia se está convirtiendo en un reto importante al que enfrentan las instituciones y administraciones públicas (González, 2006; Pérez y Yanguas, 1998). Los datos más recientes indican que entre los mayores de 65 años la prevalencia de la dependencia funcional en relación a la movilidad es del 27,5% para los hombres y del 43,7% para las mujeres (Instituto Nacional de Estadística [INE], 2015) y las previsiones apuntan a que la dependencia severa seguirá también incrementándose (IMSERSO, 2011).

Tomando en conjunto toda esta información, se podría decir que nos encontramos ante una situación demográfica, denominada la “revolución silenciosa” (Fernández-Ballesteros et al., 2013; Kalache, 1999), que ha despertado una gran atención política, científica y profesional a nivel mundial y con un mayor énfasis, en el continente europeo, por las consecuencias derivadas de la misma tanto a nivel político, económico, productivo, social y sanitario (Hasmanová, 2011; Kalache, 1999; Lee, Lan, y Yen, 2011; UN, 2009). De ellas, generalmente se han destacado las implicaciones negativas respecto a los costes económicos sobre los sistemas de pensiones, la salud pública, el cuidado social y el empleo (Fernández-Ballesteros et al., 2013; Stenner et al., 2011; Walker, 2009).

En primer lugar, en relación a la parte económico-productiva, el envejecimiento demográfico ha sido y es una gran preocupación para la sostenibilidad de las pensiones, especialmente en Europa (Lassen y Moreira, 2014; OECD, 2000). La ganancia en longevidad y esperanza media de vida actual supera las predicciones y expectativas sobre las que se construyeron los sistemas de seguridad social y del cuidado de la salud (Manton, 1991). Estos sistemas fueron creados cuando la esperanza de vida tras la jubilación era de media una década, pero actualmente casi se ha cuadruplicado (Walker y Maltby, 2012). Por otro lado, la mano de obra y la población en edad de trabajar está envejeciendo en todos los países, esperándose una disminución de hasta un 14,2% para el año 2050, por lo que al haber menos personas jóvenes que sustenten los costes sociales de las personas mayores, agrava el problema del mantenimiento de las pensiones (Avramov y Maskova, 2003; Ervik, Helgøy, y Christensen, 2008; OECD, 2000). Todo ello apunta a la necesidad de un cambio en la estrategia institucional y política relacionada con las personas mayores (Avramov y Maskova, 2003; Zamarrón, 2013). Por este motivo, la mayoría de las recomendaciones políticas en el marco del envejecimiento enfatizan la vertiente productiva, resaltando la importancia de prolongar la vida laboral de las personas.

Por otro lado, se ha postulado un incremento de los costes socio-sanitarios por el aumento de la morbilidad y la discapacidad así como de los tratamientos biomédicos asociados (Fernández-Ballesteros, Caprara, y García, 2004a; Fernández-Ballesteros, 2009). Por lo general, la edad se asocia a la enfermedad y esta a su vez, a la discapacidad. En esta línea, se espera una prevalencia cada vez mayor de los procesos de envejecimiento patológicos, con problemas comunes agrupados bajo la denominación de grandes síndromes geriátricos, como las caídas, el insomnio, la depresión, la incontinencia urinaria, la hipotermia, el deterioro cognitivo o la nutrición. Estos suelen ser manifestaciones de otras patologías que influyen sobre la funcionalidad del mayor y su proceso de envejecimiento (Ballesteros, 2007). Relacionado con ello, cabe mencionar que la patología en el envejecimiento afecta en mayor medida a las mujeres, ya que si bien los hombres tienen menor esperanza de vida, gozan de mejor salud. De esta manera la feminización de la población mayor, de la discapacidad y de la dependencia irá avanzando (Ballesteros, 2007). Con todo ello, se producirá un incremento de las demandas de recursos y de ayudas a la dependencia, tanto a nivel económico como de instalaciones, al ser necesarios un mayor número de residencias o centros de día y una mayor oferta de servicios de atención domiciliaria. De esta manera, el aumento del gasto socio-sanitario no se debe a la edad en sí misma, sino a la discapacidad y al mal estado de salud generalmente asociados a la edad avanzada (OMS, 2002). Como se puede observar, es la salud la que tiene un papel primordial, que a menudo refleja el grado de apoyo institucional recibido a nivel económico, social y cultural (Kalache, 1999). Por ello, los esfuerzos colectivos deben dirigirse a la reducción de la discapacidad mientras se incrementa la vida en

salud o libre de discapacidad, produciendo con ello un doble beneficio, al reducir el coste social a la vez que se incrementa el bienestar y la calidad de vida de los ciudadanos (Fernández-Ballesteros et al., 2004a).

En este contexto, los responsables de las decisiones sociopolíticas se encuentran en una situación cuya respuesta tendrá grandes implicaciones para las personas mayores y la sociedad en su conjunto. En este punto se requiere la aplicación de ajustes en muchos aspectos, como medidas relacionadas con la familia o con el mercado laboral entre otras (Walker y Maltby, 2012). De hecho, en la actualidad se están modificando los sistemas de salud, los servicios sociales y las políticas de empleo para adaptarse a la realidad demográfica actual y emergente. Otros elementos como la educación, las actividades de ocio y los medios de comunicación también se están viendo afectados. No obstante, por lo general, las decisiones tomadas hasta el momento están más orientadas a hacer frente al cambio demográfico, en lugar de utilizar las ventajas y beneficios potenciales del mismo. Para ello es necesario dar una respuesta positiva y coordinada a este desafío, cuyo éxito dependerá de la unión de los organismos internacionales y de toda la sociedad así como del compromiso y los recursos para fortalecer la base de conocimientos mediante la investigación, la formación y el desarrollo de políticas (Kalache, 1999).

Sin embargo, existen todavía unos estereotipos sociales negativos hacia la edad fuertemente arraigados en la sociedad, que se ven reforzados por la exclusión forzada de las personas mayores del mercado laboral al llegar una edad concreta (Townsend, 1981). De esta manera, la jubilación, al contrario de la intención positiva con la que fue creada, llega incluso a actuar como un proceso de exclusión social y política (Walker y Maltby, 2012). Estos factores contribuyen a la percepción de los mayores como una carga económica al ser vistos como receptores pasivos de bienes públicos y consumidores de recursos, así como social, política y económicamente inactivos, como un grupo frágil que no tiene nada que aportar a la sociedad. No obstante, la mayoría de estos estereotipos son inciertos ya que la población de edad avanzada constituye un recurso importante y valioso para sus familias, sus comunidades, la economía y la sociedad en general (World Health Organization [WHO] 1996b). En España por ejemplo, el cuidado de personas dependientes y enfermas, es llevado a cabo en su mayoría por personas mayores, especialmente por mujeres. Dado que es una actividad informal y no remunerada, es complicado hacer una cuantificación de su aportación a la sociedad. En términos del promedio de minutos de cuidados realizados por día, este aumenta cuanto mayor es la edad del cuidador, siendo 201 minutos cuando el cuidador pertenece al grupo de edad de 65 a 74 años y 318 minutos si su edad está entre 75 y 84, en comparación con los 50 minutos de promedio diario de los cuidadores de 30 a 49 años (Durán, 2002 en OMS, 2016). Las personas mayores tenderán a desempeñar un rol social cada vez más importante, contribuyendo a través del trabajo voluntario, transmitiendo su experiencia y conocimientos, cuidando a sus familias y con una creciente participación en la fuerza laboral remunerada.

Por ello, los esfuerzos deben orientarse también al cambio de la imagen social de las personas mayores, con el fin de superar de una vez por todas, el modelo de déficit. A este gran reto se une la necesidad de abordar los retos derivados del envejecimiento demográfico, aprovechar el potencial de las personas mayores para la sociedad sin olvidar salvaguardar sus derechos y satisfacer sus necesidades. Por este motivo, a lo largo de las últimas décadas se han realizado varias iniciativas, como la proclamación del día 1 de octubre como el Día Internacional de las Personas Mayores desde 1990 o la asignación del tema del Día Mundial

de la Salud de 1999 (7 de abril), que han sido importantes para subsanar las falsas suposiciones y mitos en relación a los mayores. Por otra parte, se ha proclamado el año 1999 como el Año Internacional de las Personas Mayores, por parte de las Naciones Unidas con el fin de llamar la atención sobre los retos y oportunidades del envejecimiento.

Todo ello ha derivado en el diseño de una estrategia global para fomentar la realización del potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo del ciclo vital y favorecer la participación de las personas mayores en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, proporcionándoles para ello protección, seguridad y cuidados adecuados. Esta estrategia ha recibido diferentes nombres hasta alcanzar el actual envejecimiento activo, nomenclatura que se consolidó tras la Declaración Política y el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento adoptada en la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento de Naciones Unidas celebrada en 2002. Este trata de promocionar el mantenimiento de la actividad durante el envejecimiento a la vez que se pretende incrementar la esperanza de vida saludable y libre de discapacidad en la edad avanzada con la finalidad de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen (Bowling, 2005, 2007; Fries, 2002). En este objetivo estaría incluido el fomento de la contribución de los mayores a la sociedad, siendo esta más probable en la medida en que disfruten de niveles de salud adecuados. Sin embargo, las personas mayores, enfermas o con algún tipo de discapacidad o diversidad funcional también pueden contribuir activamente con sus familias, semejantes y comunidades si se les proporcionan los instrumentos apropiados (OMS, 2002). Por ello, la OMS también insta a los gobiernos a modificar y adaptar los elementos contextuales y sociopolíticos para favorecer la toma de decisiones saludables y asociadas al envejecimiento activo, aludiendo a diferentes niveles como los servicios de salud y sociales, servicios de protección o redes de apoyo entre otros (OMS, 2002; Zamarrón, 2007). De esta manera se multiplicarían las oportunidades de que las personas permanezcan activos (Kalache, 1999), lo cual no sólo es importante para los propios mayores y su calidad de vida, ya que estos desean permanecer activos e independientes (Bowling, 2005), sino también para su familia y la sociedad en general (Kahng, 2008).

En el contexto europeo, la confluencia de una población más envejecida unido a la necesidad de cambiar la tendencia extendida de una jubilación anticipada ha provocado que esta estrategia global se integrase en gran medida en sus políticas sociales y laborales. Un primer paso era conocer el contexto del momento para delinear los grandes retos a resolver, motivo por el cual se organizó una conferencia internacional en la que participasen los expertos de diferentes países. Tras dicho análisis, se diferenciaron cuatro grandes líneas de trabajo, como el declive de la población en edad de trabajar, el gasto en sistemas de pensiones y finanzas públicas, la necesidad creciente de cuidado de las personas mayores y la diversidad existente entre sus recursos y los riesgos que afrontan (European Commission [EC], 1999). Ello llevó a establecer como pasos necesarios para las políticas sociales europeas el incremento del ratio de empleo en Europa, mediante la promoción de aprendizaje continuo, la disposición de trabajos flexibles y la mejora de los incentivos laborales; el progreso de las políticas de protección social y la inversión de las tendencias de jubilación anticipada, el apoyo de la investigación relacionada con las políticas de salud y cuidado de los mayores así como el desarrollo de políticas contra la discriminación en lugares de trabajo y la exclusión social. No obstante, el empleo terminó convirtiéndose en el foco principal de la comisión (Walker, 2009).

Posteriormente, se han llevado a cabo numerosas iniciativas por parte de las instituciones públicas en relación al envejecimiento activo a nivel europeo, con muchas incorporaciones de las recomendaciones de la OMS en los planes de acción sociales y de la salud por parte de varios países (Paúl, Ribeiro, y Teixeira, 2012). De esta manera, la OMS (2002) marcó un punto de inflexión en el afrontamiento del envejecimiento poblacional en el continente europeo, que culminó en la declaración del año 2012 como el Año Europeo del Envejecimiento Activo y la Solidaridad Intergeneracional. Su objetivo consistió en impulsar el conocimiento sobre el envejecimiento de la población y las soluciones para abordar este reto, resaltando la necesidad de favorecer el envejecimiento activo. Con todo ello, además de adaptar sus políticas socioeconómicas a la realidad demográfica del momento, también trataba de cambiar la representación cognitiva de la vejez en relación a las expectativas y estereotipos asociados a la misma (Lassen y Moreira, 2014). Todo esta promoción del envejecimiento activo es coherente con los deseos y la necesidad de las personas mayores de permanecer activos como forma de fomentar las relaciones sociales, la salud, el sentimiento de utilidad y la prevención de la dependencia (Monreal, 2008).

A día de hoy, es evidente el interés y el compromiso existente en Europa en desarrollar este tipo de iniciativas que pretenden mejorar las oportunidades de envejecer activamente, mediante la promoción de un modelo de vida autónoma e independiente, actuando en ámbitos tan diversos como el empleo, la sanidad, los servicios sociales, la formación de personas adultas, el voluntariado, la vivienda, las nuevas tecnologías, etc. No obstante, se ha observado como la vertiente productiva y economicista ha tomado un rol primordial, con el foco central en la promoción del empleo en la vejez y, en los últimos años, la participación social (Walker y Maltby, 2012). Este nuevo enfoque de las políticas europeas está asociado con diferentes rearticulaciones gerontológicas de la tercera edad, que enfatizan las posibilidades y los beneficios de una vida activa en la vejez y que a su vez fomenta un cambio en la concepción social de la misma (Lassen y Moreira, 2014). De esta manera, las personas mayores constituyen el factor clave de la agenda política, pasando de ser el problema a la potencial solución del mismo (Kalache, 1999) y convirtiéndose así el envejecimiento activo en un concepto clave (Fernández-Ballesteros et al., 2013).

Hasta el momento se ha expuesto principalmente el punto de vista poblacional del envejecimiento, no obstante, el envejecimiento no es sólo un concepto colectivo sino también una realidad y una experiencia individual. De la misma manera, en su estudio se pueden identificar dos vertientes, la poblacional y la individual, que se encargan de analizar aspectos diferentes del mismo proceso (Fernández-Ballesteros et al., 2006; Zamarrón, 2013). A pesar de que ambas tienen como objetivo conocer y minimizar las consecuencias negativas del envejecimiento, cada una de ellas se centra en elementos diferentes, lo que deriva en líneas de acción dispares. A continuación se muestra la diferencia entre ambas perspectivas.

1.1. ENVEJECIMIENTO COMO CONCEPTO POBLACIONAL

El envejecimiento desde un punto de vista poblacional se refiere al número relativo de los grupos de más edad en comparación con los de menor edad. Sin embargo, no está clara la frontera de la vejez ni de la juventud y aunque en el ámbito europeo suele considerarse a las personas que superan la edad de jubilación obligatoria, en torno a los 65 años, como personas mayores, la OMS marca el límite en los 60 años. Desde esta perspectiva, prima el nivel macrosocial, considerándose los indicadores del envejecimiento basados en el cómputo

poblacional, el número de sujetos que están en un determinado rango de edad, el porcentaje de personas afectadas de discapacidad, etc. (Fernández-Ballesteros et al., 2006). Esto es, el envejecimiento explicado desde una perspectiva poblacional se caracteriza tanto por un incremento de la población mayor de 60 o 65 años, como por un incremento proporcional de este grupo demográfico con respecto a los grupos de edad más jóvenes.

Un hecho que ha sido relevante en este ámbito para el afrontamiento de este proceso de envejecimiento ha sido el cambio de enfoque desde la visión del grupo demográfico de las personas mayores como un grupo de edad estático, que estaba aparte del resto de la población, a la integración de la tercera edad como una etapa natural del curso vital de las personas (Kalache y Kickbusch, 1997; WHO, 1998). Todo ello se produjo en una época de cambios en los años 90, cuando la OMS definió el envejecimiento como un proceso en el que entran en juego factores intrínsecos (estructuras genéticas) y extrínsecos (lo que se ha hecho durante la vida). Estos factores externos, denominados intervenciones, se representan como antecedentes o factores explicativos para las diferentes trayectorias vitales de los individuos en relación a la dependencia o la discapacidad (Kalache, 1999). Según esta propuesta, los estilos de vida saludables a lo largo del ciclo vital permitirían mantener una buena capacidad funcional en la tercera edad, resaltando así la plasticidad del proceso de envejecimiento (Lassen y Moreira, 2014; OMS, 2002). Por otro lado, otros factores como las condiciones socioeconómicas y culturales también acaban repercutiendo en la forma de envejecer. De hecho, el indicador de la esperanza de vida ajustada a la discapacidad permite observar esta influencia, ya que aquellos países con un nivel socioeconómico más alto cuentan con una mayor esperanza de vida y mayor esperanza de vida libre de discapacidad (Fernández-Ballesteros et al., 2004a; Kalache, 1999; OMS, 2002).

A la hora de medir el envejecimiento como término poblacional, se utilizan métricas a nivel macro, como los porcentajes de población, la esperanza de vida o con indicadores económicos. Más recientemente se han incorporado otros indicadores como la esperanza de vida libre de discapacidad mencionada, que da cuenta de la calidad de la vida a nivel macro o poblacional. Este suele ser significativamente menor que la esperanza de vida y la diferencia entre ambas manifiesta la medida en que existen desigualdades en las condiciones ambientales entre las personas y las poblaciones, que también dan cuenta de la variabilidad en las formas en las que las poblaciones están envejeciendo (Fernández-Ballesteros et al., 2013). Por ello, aumentar la vida saludable se ha convertido en uno de los objetivos principales de la política de la OMS, cuya repercusión se podría observar en la propia situación de las personas mayores, con un mayor bienestar y calidad de vida, así como en la reducción de los gastos sanitarios (Zamarrón, 2013).

Generalmente, esta forma de abordar el envejecimiento corresponde a los responsables de las políticas públicas. Así, la sociedad y el contexto socio-político ejercen de actores en el proceso de envejecimiento de su población. No obstante, es esencial tener en cuenta el conocimiento derivado de la vertiente individual, ya que facilita la comprensión de dicho proceso y permite avanzar hacia una perspectiva más holística.

1.2. ENVEJECIMIENTO COMO CONCEPTO INDIVIDUAL

Además de ser un fenómeno poblacional, el envejecimiento es también una realidad y una experiencia individual. En este sentido, el envejecimiento es un proceso largo que sucede a lo largo del ciclo vital que afecta a todos los seres vivos aunque de una forma o con una intensidad diferente (Arking, 1991; Ballesteros, 2007). Esta perspectiva se encarga de conocer cómo envejecen los individuos y los cambios que se producen a lo largo de la vida, que se resume en una combinación entre patrones de crecimiento, estabilidad y declive que se producen en el plano biomédico, psicológico, comportamental y social (Fernández-Ballesteros et al., 2004a, 2006).

Esta perspectiva tiene asociada el estudio de los cambios producidos en las personas mayores, aunque sigue sin estar claro a partir de qué edad una persona se considera mayor. Por lo general, en el ámbito científico y profesional suele utilizarse la edad legal de jubilación como límite diferenciador de la adultez y la vejez (Avramov y Maskova, 2003), aunque está ampliamente reconocido que la edad no es el único factor que determina el declive tradicionalmente asociado a la vejez, sino que en ello intervienen circunstancias socio-históricas, sociales y personales (Fernández-Ballesteros et al., 2004a). Con el incremento de la esperanza de vida, esta etapa vital abarca cada vez más años, lo que unido a la heterogeneidad característica de esta etapa vital hace necesario diferenciar al menos dos grupos grandes de edad, uno que abarcaría hasta los 75-80 años, que suele recibir el nombre de mayores-jóvenes o tercera edad y un segundo grupo que incluiría a las personas mayores de 80 años también denominado mayores-mayores o cuarta edad (Boudiny y Mortelmans, 2011; Carmona, 2011).

A día de hoy, el envejecimiento se concibe como un proceso biopsicosocial dinámico y progresivo influido por la edad y los genes, así como por las interacciones entre las condiciones socio-ambientales con los sucesos personales y comportamentales (Bandura, 1986). Durante este proceso, se van produciendo un conjunto de cambios morfológicos, fisiológicos, bioquímicos y psicológicos que determinan la pérdida progresiva de adaptación al entorno (Lucena, Maciel, Silva, dos Santos, y Moreira, 2010), cuya combinación con los aspectos ambientales, socio-económicos y comportamentales guían la trayectoria vital de salud y/o enfermedad. La conjunción de estos factores que influyen en el envejecimiento permite afirmar que la edad cronológica no es un indicador preciso de los cambios que acompañan al envejecimiento, existiendo variaciones tanto a nivel de salud, independencia y participación entre personas de la misma edad (OMS, 2002). De hecho, su influencia conjunta a lo largo de la vida da lugar a distintas formas de envejecer y algunos autores han diferenciado tres grandes categorizaciones: el envejecimiento normal, el envejecimiento patológico y el envejecimiento con éxito (Baltes y Baltes, 1990; Fernández-Ballesteros, 2009; Fries, 1989a,b; Rowe y Kahn, 1997).

Entre los cambios más destacables que se producen con la edad estaría el declive gradual en la capacidad de la reserva física, el enlentecimiento de la actividad motora, el declive de la masa muscular, la tendencia a la introversión, el declive de la inteligencia fluida, etc. (Fernández-Ballesteros et al., 2006). No obstante, los procesos biomédicos, psicológicos y sociales no siguen el mismo patrón de desarrollo, siendo aquellos aspectos más dependientes del funcionamiento biológico los que tienen un declive similar al mismo mientras que los demás pueden incluso mostrar mejoras (Fernández-Ballesteros et al., 2004a, 2006). Al respecto, existe una gran variabilidad en estos patrones de desarrollo, ya que los elementos

externos y medioambientales con los que las personas están en contacto, junto a los conductuales o estilos de vida, influyen en la trayectoria vital de las personas con una influencia incluso mayor que los factores internos. Desde el ámbito biogerontológico se ha defendido que el modo en que envejecen las personas está explicado por la genética en un 25%, mientras que las condiciones ambientales y los estilos de vida explicarían hasta el 75% restante (Fernández-Ballesteros et al., 2004a, 2006; OMS, 2002; Rowe y Kahn, 1997). De esta manera, las propias personas mayores pueden ser agentes de su propio proceso de envejecimiento (Fernández-Ballesteros et al., 2004a).

Desde el punto de vista biológico, se podría decir que el envejecimiento es un proceso inevitable e irreversible que se produce por la activación de un conjunto de procesos biológicos genéticamente guiados, que provocan un deterioro funcional progresivo y generalizado que disminuye o elimina la respuesta de adaptación al entorno (Lucena et al., 2010; OMS, 2002). Entre los cambios físicos más comunes se encuentra la disminución de energía, el deterioro de la agudeza sensorial, el cambio de los patrones de sueño (Venn y Arber, 2011) así como modificaciones en los sistemas musculoesquelético, cardiovascular, nervioso y digestivo (Carmona, 2011). Paulatinamente estos cambios pueden derivar en problemas de salud derivando incluso en la fragilidad, discapacidad y dependencia. A su vez estos pueden influir en los patrones de comportamiento, llegando a limitar las actividades de la vida diaria así como las actividades sociales y la interacción con el entorno, bien sea por incapacidad real o miedo (Carmona, 2011). Conforme aumenta la edad, se incrementan las posibilidades de que ocurran estos declives así como los factores de riesgo en el organismo que aumentan la vulnerabilidad del mismo ante la aparición de enfermedades crónicas y agudas y un mayor riesgo de muerte (Fernández-Ballesteros, 2009; Harman, 2003; Lee et al., 2011; OMS, 2002). Además de ello, de manera covariante con la edad es frecuente la aparición de ciertas enfermedades crónicas degenerativas altamente prevalentes a día de hoy, como la diabetes, las cardiopatías, la enfermedad de Alzheimer y ciertos cánceres (Carmona, 2011; OMS, 2002). No obstante, el ritmo y la forma de envejecer varían entre las personas, debido a la conjunción de factores que influyen en el proceso.

Con el paso de los años también se van produciendo cambios en la dimensión psicológica, en relación a la experimentación de afectos y emociones, a la percepción de uno mismo y al bienestar personal. En este sentido, se conoce que aumentan los sentimientos de tristeza y los trastornos depresivos, especialmente en situaciones de carencia familiar (Fernández-Ballesteros et al., 2004a). A pesar de ello, se ha detectado cierta tendencia más o menos generalizada al mantenimiento o incluso la mejora del afecto y la satisfacción vital (Ferring et al., 2004; Godoy-Izquierdo et al., 2008). Por otro lado, la dimensión cognitiva se caracteriza por dos tendencias de desarrollo, el declive de aquellas funciones dependientes de estructuras biológicas, que los propios mayores suelen manifestar (Facal-Mayo, Juncos-Rabadán, Álvarez, Pereiro, y Díaz, 2006) y por otra, una tendencia estable de otras funciones, como la inteligencia cristalizada (Fernández-Ballesteros et al., 2004a, 2006; Fernández-Ballesteros, 2009). Esto se debe a la plasticidad característica del sistema nervioso, que permite incluso la producción de mejoras en este ámbito con una adecuada intervención (Fernández-Prado, Conlon, Mayán-Santos, y Gandoy-Crego, 2012). No obstante, el funcionamiento cognitivo no varía con la edad de manera uniforme, mostrando diferentes grados de diversidad en función de la misma, del nivel educativo o del tipo de profesión, que además ejercen su influencia en la vejez y en el ritmo de desarrollo o declive cognitivo

(González, Facal, y Yaguas, 2013; Pereiro-Rozas, Juncos-Rabadán, Facal, y Pérez-Fernández, 2014) o la reserva cognitiva (Corral, Rodríguez, Amenedo, Sánchez, y Díaz, 2006).

Por otro lado, en la dimensión social se van produciendo diferentes situaciones con el paso del tiempo, entre los que destacan la jubilación, la muerte de personas cercanas como la pareja, los amigos o los familiares o la disminución de las relaciones sociales (familiares, amigos, vecinos o compañeros de trabajo), que paulatinamente incrementan la desvinculación social de las personas mayores (Carmona, 2011). Estos cambios requieren una nueva forma de interactuar y formas de pasar el tiempo en la vejez, que generalmente están marcadas por los estereotipos sociales aprendidos durante la vida (Townsend, 1981; Walker y Maltby, 2012). En relación a la jubilación, esta implica que las personas mayores dejan de ser socialmente vistas como individuos productivos, lo que puede disminuir su valor (Estes, 1979; Foster y Walker, 2015; Phillipson, 1982; Walker, 1981), empeorar su situación económica y limitar sus relaciones sociales (Carmona, 2011). Ante ello, las personas mayores han actuado de maneras diferentes en función del momento histórico y los valores asociados a la vejez, bien desvinculándose de la sociedad y observando la vida a través de las siguientes generaciones (Cumming y Henry, 1961) o bien buscando otras actividades o formas de ser socialmente productivos o de emplear su tiempo para incrementar su bienestar (Havighurst, 1961, 1963).

Además de los cambios que se van produciendo con la edad, los estilos de vida o los comportamientos de las personas influirían también en las trayectorias de salud o enfermedad de las personas, pudiendo incluso llegar a mejorar los declives que se producen (OMS, 2002; WHO, 1998). De hecho, las diferentes intervenciones que se producen a lo largo de la vida marcan la diferencia en la vejez. Por ejemplo, el ejercicio físico moderado realizado de manera regular es considerado un elemento clave para promover un mejor estado en la vejez no sólo a nivel físico, sino también cognitivo, afectivo y social (Fernández-Ballesteros et al., 2006). El énfasis en la implicación en estilos de vida activos ha ido ampliándose hasta otros ámbitos de la vida, presentándose como el camino para un envejecimiento bueno y saludable, estando socialmente aceptado que la pasividad y la desvinculación social incrementa el riesgo de problemas de salud crónicos en la vejez (Hasmanová, 2011). De hecho, las propias personas mayores manifiestan necesidades psicológicas y sociales de mantenerse activas y participar en la sociedad, aunque a veces las circunstancias del entorno externo en el que vive la persona dificultan su integración (Carmona, 2011).

El envejecimiento no es, por tanto, un fenómeno aleatorio sino que cada individuo es agente de su propio proceso de envejecimiento, lo cual se asocia en cierta medida a las decisiones y los repertorios de comportamiento aprendidos a lo largo de la vida de las personas (Fernández-Ballesteros et al., 2004a, 2013). Por otro lado, aunque no pertenece a este nivel de análisis, es importante no olvidar la importancia de los factores externos pertenecientes a los niveles meso y macro-estructurales que influyen en el envejecimiento individual. Dicho de otro modo, las oportunidades estructurales que se producen en distintos escenarios sociales y culturales, como en las escuelas, oficinas o residencias de mayores entre otros (Foster y Walker, 2015) así como las políticas desarrolladas a nivel comunitario a nivel de promoción de salud y prevención de la enfermedad o políticas para la erradicación de la pobreza (OMS, 2002), influyen en el envejecimiento individual. Incluso en situaciones de declive funcional, cuando la discapacidad ha aparecido, las acciones a nivel macro pueden aliviar las barreras adicionales con las que suelen encontrarse estas personas (OMS, 2002). De hecho, las intervenciones sociales y las medidas externas en relación a la educación a lo largo

de la vida (Davey, 2002), las políticas antidiscriminación con la edad (Walker y Maltby, 2012), el ocio (Walker, 2009) y las oportunidades de ser voluntario (Deeming, 2009) producen cambios positivos en la vida de las personas.

En definitiva, la forma en que se envejece depende tanto de las medidas socio-políticas que se lleven a cabo en un determinado país o región como de las acciones individuales que cada uno adopta a lo largo del ciclo vital para mejorar su propia forma de envejecer (Zamarrón, 2013). De esta manera, las capacidades presentes durante la etapa vital del envejecimiento están influidas por la genética, el entorno social y las elecciones individuales que las personas mayores han ido realizando durante su vida en términos de actividad o pasividad (Avramov y Maskova, 2003; Birren, 1985). No obstante, si bien se pueden producir mejoras en algunos ámbitos vitales a lo largo del envejecimiento, durante cierto tiempo o para ciertas personas, es un proceso que implica pérdidas y cambios lo suficientemente negativos como para que impliquen la necesidad de enfrentarse a nuevas situaciones con mayores desventajas que en etapas previas (Brandtstädter, Wentura, y Greve, 1993; Satorres, 2013). Hasta el momento se han descrito tanto declives como posibles mejoras producidas en el proceso de envejecimiento que reflejan en cierto modo la evolución que ha ido surgiendo en el estudio de esta etapa vital, que se expondrá a continuación de manera breve.

1.1.1. El estudio del envejecimiento

El estudio del envejecimiento cambió radicalmente desde el siglo XIX, en el que primaba la idea de la existencia de una única trayectoria vital, lineal e inamovible, hasta el siglo XX, en el que los modelos desarrollados postulan variedad de trayectorias (Lassen y Moreira, 2014). A pesar de que hoy en día se defiende con mayor consenso un abordaje multidisciplinar de la gerontología, estudiándola desde una perspectiva bio-psico-socio-cultural (Birren, 1996; Fernández-Ballesteros, 2009), a lo largo de su estudio, el envejecimiento, la vejez y los mayores se estudiaron desde una perspectiva unidisciplinar. Ello ha dado lugar a multitud de teorías que trataban de explicar este proceso basándose en aspectos y funciones diferentes, según la disciplina que guiase su estudio.

La perspectiva biológica se ha centrado en las alteraciones fisiológicas y en los mecanismos biológicos, asociando dicho proceso con el declive y una mayor frecuencia de enfermedades (Fernández-Ballesteros, 2000; Franco y Sánchez, 2008). Desde esta, se defiende la aparición de cambios moleculares específicos, que a su vez crean anomalías en las células que afectan a la eficacia de las funciones y a la capacidad de recuperación de tejidos y órganos, provocando la aparición de sintomatologías, molestias y discapacidades (Juengst, 2005).

A pesar de que ello sea cierto y que la edad, la pérdida de eficiencia de los sistemas biológicos y físicos y la enfermedad sean covariantes, el envejecimiento no se puede reducir únicamente a la perspectiva biomédica. El abordaje unidimensional del envejecimiento desde las disciplinas biomédicas promueve una visión negativa del mismo (Townsend, Godfrey, y Denby, 2006). De hecho, la gran expansión de este modelo ha propiciado la creación de estereotipos e imágenes negativas de la vejez y el envejecimiento relacionados con el declive (Fernández-Ballesteros, 2009; Lupien y Wan, 2004). No obstante, el proceso de envejecimiento y el propio deterioro muestran grandes diferencias individuales, debido a la gran heterogeneidad existente en el grupo de las personas mayores (OMS, 2002; Rowe y

Kahn, 1997). Otra objeción que se podría realizar es que el ser humano es algo más que un organismo biológico y cuenta con múltiples niveles de funcionamiento, el biológico, el psicológico y el sociocultural.

Desde la psicología se intentó también explicar, o por lo menos describir, este proceso. Por lo general, en este ámbito se integró el modelo de declive propio del ámbito biomédico, lo que contribuyó a reforzar la asociación de la vejez como una etapa de deterioro. En este grupo de teorías, existe una excepción que se centró en el desarrollo positivo durante la vejez, la teoría de la actividad (Havighurst, 1961, 1963), que dada su importancia en la concepción actual del envejecimiento, se desarrollará en detalle en el siguiente epígrafe.

El envejecimiento puede ser abordado también desde las disciplinas sociológicas concibiendo el envejecimiento como un proceso social que implica la interrelación entre el desarrollo humano y las estructuras sociales externas. En este sentido, la literatura socio-gerontológica ha resaltado tradicionalmente las limitaciones de los mayores (Walker y Maltby, 2012). Estas teorías destacan la desvinculación y el aislamiento de las personas mayores, presentándolas como un grupo demográfico apartado de la sociedad.

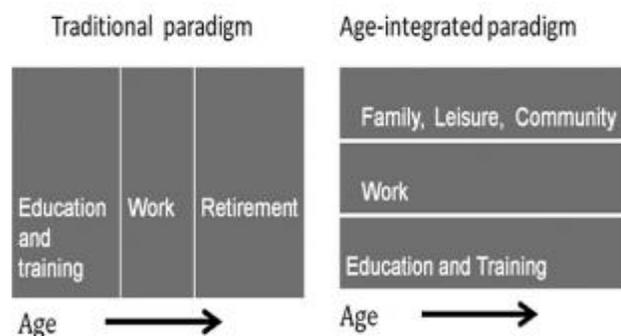
En vista de esta información, a lo largo del estudio del envejecimiento la investigación ha tendido a centrarse en las nociones de pérdida y declive, resultando en una asociación lógica entre la enfermedad y el envejecimiento (Foster y Walker, 2015). Aunque se defiende el avance hacia un entendimiento biopsicosocial del envejecimiento, algunos autores resaltan que las teorías sociales son las más completas o acertadas de estas tres aproximaciones unidimensionales a la hora de entender la vejez y el comportamiento de las personas mayores al llegar esta etapa vital (Walker, 2002), ya que la edad y la vejez son construcciones sociales en las que la gerontología juega un rol clave (Lassen y Moreira, 2014; Walker, 2002). En este sentido, los mayores interiorizan e intentan vivir acorde a los estereotipos sociales que existen sobre el envejecimiento (Townsend et al., 2006).

Si bien actualmente esta situación está cambiando, existe una tendencia generalizada a entender la vejez o la edad tras la jubilación como una etapa caracterizada por la negatividad, por el declive físico, fisiológico, cognitivo, afectivo y por el aislamiento y la desvinculación social. Este énfasis en la vertiente negativa del envejecimiento ha ido cambiando hasta conformar una visión positiva del envejecimiento alrededor de los años 90 (Boudiny, 2013; Bowling, 2005; Walker, 2006) evolucionando hacia un "pensamiento de competencia" y cambiando el foco de lo que los mayores ya no pueden hacer a lo que sí pueden hacer y su conocimiento. Con la expansión del envejecimiento positivo, los propios mayores han interiorizado este discurso y ellos mismos establecen una diferencia entre ser mayor y sentirse mayor (Townsend et al, 2006). Junto a ello, se ha percibido recientemente cierta necesidad de reformular las definiciones del envejecimiento incorporando la tecnología en tal modelo, ya que esta ha contribuido en gran medida a transformar algunos de los cambios de los procesos biológicos y sociales irreversibles en reversibles, al apoyar y/o reemplazar aquellas funciones biológicas dañadas y permitir o facilitar la interacción social (Wejbrandt, 2014).

Esta evolución puede verse reflejada en el cambio de concepción del curso vital, representado social y tradicionalmente por medio de tres fases sucesivas: aprender, trabajar y descansar, correspondiendo esta última etapa con la vejez y caracterizada por la dependencia, declive y pérdida (Reday-Mulvey, 2005; Riley y Riley, 1986; Walker y Maltby, 2012). Esta

concepción ha sido reforzada por instrumentos políticos como los sistemas de pensiones (Walker, 1980), la jubilación obligada a una edad concreta y la retirada de la actividad económica formal (Townsend, 1981) o los servicios para personas mayores (Townsend, 1981), que han diseñado la vejez y las expectativas hacia la misma (Lassen y Moreira, 2014), construyendo lo que se denominó dependencia estructurada (Townsend, 1981). No obstante, los cambios que se han ido produciendo a nivel sociopolítico han provocado un cambio de la forma de entender el ciclo vital como una serie sucesiva de etapas a una superposición de ámbitos paralelos a lo largo de la edad (Walker y Maltby, 2012).

Figura 2. Representación del cambio de paradigma en relación al ciclo vital.



Fuente: Reday-Mulvey (2005), Riley y Riley (1986), Walker y Malby (2012).

A grandes rasgos, en el estudio del envejecimiento se pueden percibir dos perspectivas en las que se podrían ubicar la mayoría de las definiciones, teorías y modelos de envejecimiento; la perspectiva negativa y la perspectiva positiva. De manera inicial, como se ha visto, el estudio del envejecimiento se centraba en los aspectos negativos del mismo, equiparando el envejecimiento a un continuo deterioro, universal e irreversible, y resaltando las pérdidas que se producen a distintos niveles (Franco y Sánchez, 2008). Algunos ejemplos de la perspectiva negativa pueden encontrarse en las teorías biomédicas y psicosociales del envejecimiento (Fernández-Ballesteros, 2009), como la teoría de la desvinculación (Cumming y Henry, 1961). Por otro lado, en el enfoque positivo del envejecimiento se puede encuadrar el concepto y paradigma del envejecimiento exitoso, cuyos inicios pueden identificarse en la teoría de la actividad de Havighurst (Havighurst, 1953, 1961, 1963; Havighurst, Neugarten, y Tobin, 1963). También en esta perspectiva podría encuadrarse la teoría de la continuidad (Atchley, 1989, 1999), aunque con menor representación en la actualidad. Por su relevancia en la construcción del nuevo paradigma en el estudio del envejecimiento, a continuación se expondrá de forma resumida las teorías de la actividad y la desvinculación.

1.1.2. Teorías psicosociales en gerontología

Existen dos grandes teorías gerontológicas que representan tanto la perspectiva positiva y negativa del estudio del envejecimiento y que han contribuido de manera importante a la forma de abordar esta etapa vital al dibujar dos grandes metáforas contrapuestas del éxito en el envejecimiento (Atchley, 2006).

A pesar de la predominancia de la perspectiva negativa, la literatura sociogerontológica de la década de los cincuenta trazaba la idea de una relación positiva entre un estilo de vida activo a una edad avanzada y la satisfacción personal con la vida, que posteriormente daría lugar a la teoría de la actividad (Boudiny y Mortelmans, 2011; Diggs, 2008; Katz, 2000). Según esta teoría, desarrollada por Havighurst (1957, 1961, 1963) y continuada por Lemon, Bengston y Peterson (1972), la actividad es un elemento clave para conseguir un envejecimiento saludable y exitoso. Concretamente, el mantener y desarrollar un elevado número de actividades y roles sociales o interpersonales se relaciona con una alta percepción de adaptación, de bienestar subjetivo y de satisfacción vital por la persona mayor (Havighurst, 1961). En base a esto, la frecuencia de participación, los distintos tipos de actividades y el grado de satisfacción que las acompaña influyen sobre el bienestar subjetivo. De este modo, el envejecimiento óptimo depende de la continuidad de una vida activa y del esfuerzo por neutralizar la limitación de sus contactos sociales, que se ven reducidos por las pérdidas de recursos sociales propias del proceso de envejecimiento.

Para estos autores, a la par que la persona envejece y va pasando por situaciones como la jubilación, viudez o la menor de capacidad de participar en actividades pasadas, con sus consecuentes reducciones de roles, pueden aparecer pérdidas en la identidad personal, el bienestar y la autoestima así como la aparición de vergüenza y aislamiento. Por ello, el reemplazo de esos roles perdidos por otros productivos y por actividades que la persona pueda desempeñar incrementaría sus posibilidades de envejecer exitosamente. Esto es, si la persona continúa siendo activo más allá de la adultez podrá tener satisfacción vital (Atchley, 2006; Diggs, 2008). En función de ello, se puede observar la asunción de cierta similitud entre la mediana edad y la vejez, ya que los autores afirman que salvo por los cambios biológicos y de la salud, asumidos como inevitables, las personas mayores son iguales que las personas de la mediana edad, con las mismas necesidades psicológicas y sociales (Diggs, 2008).

La teoría de la actividad puede ser vista en parte como una respuesta a la teoría de la desvinculación de Cummins y Henry (1961), según la cual la meta común de la sociedad y el individuo que envejece es la desvinculación funcional del individuo con y de la sociedad (Walker, 2002). En ella, por el contrario, se diferencia entre la vejez y la mediana edad al establecer que durante la vejez el individuo va reemplazando gradualmente las relaciones sociales típicas de la mediana edad con un equilibrio más apropiado a los intereses de las personas que se aproximan al final de sus vidas, con un menor volumen global de relaciones sociales y menor involucración en cuestiones comunitarias. En esta teoría, la desvinculación se asume como un proceso inevitable y deseable, como una respuesta adaptativa en las que los mayores abandonan las actividades y el estilo de vida previos de manera voluntaria y deseada, lo que permite la transferencia ordenada de poder a las generaciones más jóvenes, resultando en un beneficio mutuo de la persona mayor y la sociedad. Las personas se retiran o desconectan gradualmente de los roles sociales como respuesta natural tanto a la disminución de las capacidades e intereses como a los impedimentos sociales para la participación, ya que la sociedad se alejaría también de los mayores. Se podría decir que esta teoría trata, desde una perspectiva negativa, el tema del envejecimiento con éxito, considerando que este existe cuando la persona se retira voluntariamente del trabajo o la vida familiar y, o bien se sienta con satisfacción en una “mecedora” o bien ejerce otras actividades solitarias y pasivas mientras se prepara para morir. En este sentido, el declive en la participación y compromiso social en la vejez es una necesidad compartida del individuo y la sociedad. A pesar de que a día de hoy esta teoría está desactualizada, inicialmente tenía cierto sentido dada la menor

esperanza de vida, la prematura aparición de la discapacidad, la exigencia física de los puestos laborales, la existencia de una jubilación obligatoria y la escasez de actividades organizadas para adultos mayores. Este supone un ejemplo claro de cómo las circunstancias del entorno y culturales conformaban la percepción de la situación óptima para las personas mayores, alcanzando incluso a los científicos sociales de la época.

Ambas teorías se refieren a los mismos procesos desde puntos de vista diametralmente opuestos. Por ejemplo, mientras la teoría de la desvinculación describe la retirada social como deseable y voluntaria, la teoría de la actividad la considera contraria a las necesidades y la voluntad de los mayores (Diggs, 2008). No obstante, ambas han sido criticadas y finalmente descartadas. La teoría de la desvinculación fue criticada por ignorar las propias percepciones de los mayores y la cantidad de personas mayores comprometidas con la vida (Boudiny, 2013). Por otro, las críticas asociadas a la teoría de la actividad la tildan de ser demasiado idealista en el mantenimiento de los patrones de actividad típicos de la edad mediana, al situar una expectativa no realista y homogeneizar y generalizar el proceso de envejecimiento (Walker, 2002). De esta manera, ignora la heterogeneidad entre las personas mayores al asumir que todas tienen los mismos deseos de permanecer activos y el mismo estado en términos de salud, economía y discapacidad que, en realidad unidos a las posibles limitaciones estructurales, reducirían la capacidad de las personas de comprometerse en actividades en la vejez (Diggs, 2008; Walker, 2002). Otra crítica que se podría realizar es que solamente considera la relación directa entre la actividad y la satisfacción en el plano individual, sin siquiera reconocer que haya elementos del entorno que afecten al proceso (Walker, 2002). Establece, por tanto, una relación simplista entre la actividad y la satisfacción vital al ignorar factores externos relevantes que influyen en tal relación (Atchley, 2006), de manera que toda la responsabilidad de la (in)satisfacción con la vida recaería en el propio individuo.

A pesar de las críticas, la teoría de la actividad ha tenido un gran calado en el estudio del envejecimiento y es una de las teorías no biológicas más antiguas. No obstante, aunque todavía se utiliza como un estándar al que comparar la actividad observada y los patrones de satisfacción vital, su aceptación ha disminuido en los últimos años (Diggs, 2008). Su importancia se debe a que ha sido la primera gran teoría del envejecimiento que rompe la perspectiva negativa del modelo de déficit predominante en el estudio del envejecimiento y que ha influido en la creación de un nuevo paradigma positivo que comenzó con el concepto de envejecimiento con éxito que se presentará a continuación. Por este motivo, y a pesar de sus debates controvertidos, las ideas de la teoría de la actividad han continuado siendo influyentes a lo largo de las décadas y la elaboración científica de las virtudes de envejecimiento positivo todavía continúa en la gerontología (van Dyk, 2014).



2. NUEVO PARADIGMA



2. Nuevo paradigma

Durante las últimas décadas del siglo XX, se ha venido forjando un nuevo paradigma de estudio del envejecimiento. En él se ha trasladado el foco de estudio desde la perspectiva negativa, que enfatizaba las pérdidas y declives que se van produciendo conforme avanza la edad, hasta un enfoque positivo, que señala las áreas que se mantienen y lo que las personas mayores pueden aportar. Este cambio se ha producido por varios motivos. El primero de ellos proviene de los conocimientos acumulados en el ámbito de la gerontología, referidos tanto a la evidencia empírica que avala la existencia de funciones y áreas susceptibles de mejora a pesar del avance de la edad (Fernández-Ballesteros, 2009), así como a los beneficios derivados de los estilos de vida saludables y activos en este grupo de edad procedentes de los grandes estudios longitudinales (OMS, 2002). El segundo gran motivo que propulsó el avance de este paradigma es la tendencia demográfica que se ha venido fraguando durante la segunda mitad del siglo pasado. Además, el interés de las organizaciones internacionales como la ONU, la OMS o la OECD y de las comunidades políticas como la Unión Europea ha contribuido en gran manera a que este paradigma haya venido para quedarse.

Los inicios de este nuevo paradigma pueden hallarse en la literatura socio-gerontológica de los años 50 (Boudiny y Mortelmans, 2011) que dio lugar a marcos conceptuales que describen los resultados ideales del proceso de envejecimiento recogidos bajo el término "envejecimiento con éxito" (Butler, 1974; Havighurst, 1961, 1963; Pressey y Simcoe, 1950). Esta conceptualización ha ido evolucionando a lo largo de los años, pudiéndose observar tres períodos diferentes en la historia de la constitución y desarrollo de este concepto (Fernández-Ballesteros, 2009). El primer período, que llega hasta el final de los años 70, se caracteriza por la convivencia de las dos grandes teorías socio-gerontológicas previamente mencionadas. La investigación se centraba entonces en el estudio de los cambios biomédicos, psicológicos y sociales asociados a la edad, con muy pocas referencias a las formas de envejecer. En este primer momento, Havighurst (1961) elaboró una primera teoría del envejecimiento con éxito, denominada la teoría de la actividad, con el objetivo de ayudar a los individuos y a la sociedad a tomar decisiones en relación a aspectos tan variados como las políticas sociales o el uso del tiempo libre. En ella se establece un conjunto de afirmaciones o supuestos sobre las condiciones deseables que permitirían, por un lado, que las personas obtengan el máximo de satisfacción vital y felicidad y por otro, mantener un equilibrio social respecto a la satisfacción de los grupos que componen la sociedad. Según este autor, el envejecimiento exitoso se produce en la medida en que se puedan mantener las actividades y actitudes propias de la adultez o que se sustituyan para evitar la pérdida de roles sociales.

El segundo período ocupa toda la década de los años 80 y, recogiendo la propuesta de la teoría de la actividad, durante esta etapa se sigue trabajando sobre el concepto de envejecimiento con éxito. Concretamente, se desarrollan algunas definiciones, predictores y

modelos teóricos. Fue en este período cuando Rowe y Kahn (1987) escribieron un artículo en la revista *Science* con el que popularizaron dicho concepto. Este artículo marca un gran impacto, ya que en él se afirma que los efectos generalmente atribuidos al envejecimiento, se deben en realidad a la enfermedad, planteando de esta manera una alternativa al deterioro en la vejez. Dicho de otro modo, estos autores afirman que es posible alcanzar una edad avanzada libre de las enfermedades asociadas a la edad y sin experimentar un deterioro fisiológico significativo (Rowe y Kahn, 1987, 1997). Estos autores diferenciaron tres trayectorias de envejecimiento: el envejecimiento con éxito, el envejecimiento normal referido al declive normal con la edad en el funcionamiento físico, social y cognitivo, y el envejecimiento patológico, caracterizado por la presencia de enfermedades y discapacidades.

El último período abarca desde los años 90 hasta la actualidad y en él se han desarrollado algunos estudios longitudinales sobre el envejecimiento con éxito y saludable, cuyas conclusiones han llevado a la proposición de definiciones empíricas más elaboradas, de predictores contrastados y de modelos teóricos. Además, fue en este período cuando comenzaron los estudios encargados por la Fundación McArthur a principios de 1990 para identificar los predictores del envejecimiento exitoso (ver por ejemplo Berkman et al., 1993; Seeman et al., 1994) y cuyos resultados fueron divulgados en el *New York Times*, contribuyendo de esta manera a la instauración de este concepto en la sociedad (Bearon, 1996).

Por otro lado, en la década de los 90, este concepto inicial de envejecimiento con éxito se fue diversificando, dando lugar a varias líneas de investigación que parten de una misma visión positiva de la etapa vital de la vejez. No obstante, estos conceptos enfatizan diferentes caminos para conseguir una buena vejez. El primero de ellos, denominado envejecimiento productivo, surgió en la década de los 90 en Estados Unidos, aunque comenzó a fraguarse en los 80. Está caracterizado por una aproximación instrumental y economicista de la actividad en el envejecimiento, que puede tener su explicación por el momento social en el que hace aparición. Las preocupaciones sobre el coste de las pensiones y el cuidado de la salud provocados por el envejecimiento poblacional iban en aumento, lo que unido al reclamo de las propias personas mayores de seguir siendo productivas pidiendo un espacio en la sociedad más allá de las actividades de ocio y las responsabilidades familiares, provocaron un movimiento que resaltaba el plano economicista y productivo en la vejez (Walker, 2002). Este concepto se refiere a las actividades con las que se producen bienes y servicios que, de no ser realizadas por mayores, tendría que pagarse por ellas (Morgan, 1986), con mayor alusión al trabajo remunerado, con el objetivo de apoyar y extender la productividad de las personas mayores más allá de la edad de jubilación. Una visión más amplia del concepto se refiere a las actividades realizadas por una persona mayor que produzcan bienes o servicios o desarrolle la capacidad de producirlos, haya que pagar por ellos o no (Bass, Caro, y Chen, 1993).

También en la década de los noventa surgió el concepto de envejecimiento saludable, promovido por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1990). Desde finales de los años 70 en adelante, se fue enfatizando la carga de las enfermedades crónicas en las poblaciones que envejecían y la importancia de programas y estrategias de mantenimiento de la salud (Lassen y Moreira, 2014). Por ello, la OMS comenzó a resaltar la importancia de mantener un buen nivel de salud en la vejez. Este énfasis tiene cierta base en el modelo de compresión de la morbilidad de Fries (1980), que tuvo una gran influencia importante dado que defendía que las enfermedades crónicas se iban posponiendo continuamente en la población gracias a las

prácticas de mantenimiento de la salud, que reducían la cantidad de años pasados con tales enfermedades e incrementaban la esperanza de vida en salud. En tal concepción se resalta el papel de la actividad en el mantenimiento de la salud, concretamente la actividad física, convirtiéndose en la clave de la política de la OMS en 1990.

Posteriormente, como resultado del énfasis de la OMS en la actividad como elemento clave para promover el envejecimiento saludable, a finales de los 90 surge el concepto de envejecimiento activo para transmitir un mensaje más completo que el de envejecimiento saludable (Foster y Walker, 2013; Kalache y Kickbusch, 1997; Kalache, 1999; OMS, 2002; Walker, 2002). Este nuevo concepto une los términos de salud, independencia y participación de las personas mayores, enfatizando su repercusión en la calidad de vida y el bienestar mental y físico de las personas mayores (Walker, 2002). De esta manera, este concepto avanza desde las nociones más estrechas de envejecimiento productivo y saludable, resaltando la inclusión y participación de los mayores como ciudadanos.

Si bien el interés por este concepto pareció ir fluctuando en la investigación desde su aparición en los años cincuenta (Lupien y Wan, 2004), se convirtió en un concepto clave para construir la investigación gerontológica, ya que surge en un contexto caracterizado por las tendencias demográficas de envejecimiento poblacional, así como por la necesidad de romper las representaciones negativas asociadas a la edad para hacer frente a tal situación (Hasmanová, 2011; Lassen y Moreira, 2014). De hecho, estimuló una importante cantidad de investigación y ha sido abordado desde diferentes disciplinas (Bowling, 2006; Fernández-Ballesteros, 2009). Como consecuencia de ello, no sólo existen conceptualizaciones muy diferentes sobre este concepto, sino que se han ido proponiendo variaciones alrededor de este concepto que se traducen en las diferentes nomenclaturas o adjetivos propuestos (Fernández-Ballesteros et al., 2013; Pruchno et al., 2010; Zamarrón, 2007). De esta manera, se observan en la literatura numerosas opciones como envejecimiento "saludable" (LaCroix, Newton, Leveille y Wallace, 1997; Vaillant y Vaillant., 2002; WHO, 1990), "exitoso" (Baltes y Baltes, 1990; Palmore, 1979; Rowe y Kahn, 1987, 1997; Strawbridge, Cohen, Shema, y Kaplan, 1996; Strawbridge, Wallhagen, y Cohen, 2002), "efectivo" (Curb et al., 1990), "productivo" (Bass et al., 1993; Butler y Gleason, 1985; Butler, Oberlink, y Schecter, 1990; Morrow-Howell, Hinterlong, y Sherraden, 2001), "activo" (Kalache, 1999; OMS, 2002; Walker, 2002), "positivo" (Bowling, 1993; Gergen y Gergen, 2001), competente (Fernández-Ballesteros, 1986; Fernández-Ballesteros et al., 2004) o, simplemente, "buen envejecer" (Baltes, 1994; Fries, 1989a; Vaillant, 2002). Todo este paradigma se basa en la posibilidad de tener un envejecimiento positivo que no es únicamente un desarrollo teórico e idealista, sino que está basado en una importante base empírica.

2.1. BASE EMPÍRICA

Este paradigma surge de la idea subyacente en la teoría de la actividad de la posibilidad de tener una vejez activa y con un elevado nivel de bienestar. No obstante, existe una importante diferencia con respecto a ella, ya que la teoría de la actividad fue rechazada por su excesiva estrechez, por la falta de apoyo empírico y por su excesiva idealización. Por el contrario, este paradigma se basa en una importante y contrastada base empírica y su enfoque dista de la única consideración de la vertiente positiva del envejecimiento, sino que integra la posibilidad del crecimiento y la mejora en esta etapa vital como una posibilidad más en el proceso de envejecimiento (Fernández-Ballesteros, 2009).

Una primera prueba empírica para la defensa de este fenómeno proviene de la evidencia aportada por Fries y Crapo (1981) y Fries (1989b) con un estudio poblacional. Estos autores han analizado las curvas de supervivencia entre 1900 y 1980 y observaron la producción de una rectangularización de tales curvas, lo que indicaría un acercamiento de la supervivencia media a la máxima de 100 años registrada en tal período así como la prolongación de la vitalidad y la buena salud. Con ello se evidencia un incremento progresivo de la longevidad a lo largo del tiempo y las generaciones. De esta manera, el tope máximo de longevidad postulado para el ser humano fijado en 120 años está cada vez más próximo, como puede demostrar la existencia de cada vez más personas centenarias (Fernández-Ballesteros, 2009). Por otro lado, se demuestra la posposición de la enfermedad crónica y la discapacidad así como la compresión de la morbilidad en los últimos años de la vida. Es decir, actualmente algunos autores consideran que la vejez ha sido pospuesta a la denominada "cuarta edad", que se refiere a la parte de la vejez dependiente (Lassen y Moreira, 2014).

La segunda prueba se refiere a la constatación de la variabilidad interindividual en el fenómeno del envejecimiento tanto en la dirección, el nivel y el ritmo del mismo. La diferencia entre los individuos en las condiciones de salud, psicofísicas y sociales va incrementándose a lo largo de la vida por la experimentación de diversos sucesos vitales y por la forma de reaccionar ante tales cambios, dando lugar a numerosas manifestaciones del envejecimiento que oscilan entre la versión positiva del envejecimiento hasta la dependencia extrema (Fernández-Ballesteros et al., 2004; Fernández-Ballesteros, 2009). Esa heterogeneidad es, para estos autores, la base del paradigma (Baltes y Baltes, 1990; Fries y Crapo, 1981; Fries, 1989a, b; Rowe y Kahn, 1997), que se representa por las tres categorías en las que se dividen las formas de envejecer y que parecen mantenerse incluso en edades muy avanzadas (Baltes y Smith, 2003; Liang, Shaw, y Krause, 2003; Motta, Bennati, Ferlito, Malaguarnera, y Motta, 2005). No obstante, es complicado dar cuenta de toda la heterogeneidad característica de esta etapa vital en estas tres categorías, dado que existen diferencias individuales en la experiencia acumulada e incluso en el potencial de aprendizaje. Además, se puede envejecer bien con distintas trayectorias (Lupien y Wan, 2004), por lo que se ha defendido la necesidad de otra forma de representar la variabilidad en el envejecimiento, por medio de un continuo en el que cada individuo tendría una posición relativa, en función de la media (Fernández-Ballesteros, 2009).

En tercer lugar estaría el principio de la plasticidad y la capacidad de reserva del funcionamiento humano, que continúa en la vejez y permitiría un cambio positivo durante la vida (Baltes y Baltes, 1990; Fernández-Ballesteros, 2009; Fries y Crapo, 1981; Fries, 1989b; Schroots, 2012). Esta capacidad de mejora ha sido contrastada empíricamente a nivel neurobiológico y psicológico (Fernández-Ballesteros y Calero, 1995; Kliegl, Smith, y Baltes, 1989) y se considera la base de las diferencias individuales (Baltes y Baltes, 1990). En función de ello, la mayoría de las condiciones que muestran un deterioro a lo largo del ciclo vital son susceptibles de mejora mediante la realización de cambios e intervenciones en el entorno, aunque existen límites en edades muy avanzadas (Baltes y Baltes, 1990).

Estos tres argumentos han sido fuertemente apoyados por estudios demográficos y epidemiológicos, transversales, longitudinales y experimentales. Se considera, por tanto, que la base del envejecimiento activo y positivo subyace en la plasticidad del ser humano, la modificabilidad de su funcionamiento biofísico y su capacidad de reserva y/o compensación ante la aparición del déficit y las disfunciones (Fernández-Ballesteros, 2009). Con ello no se

niega que las probabilidades de aparición de condiciones negativas como la enfermedad o el declive aumentan con la edad, sino que se recalca la posibilidad de mejorar tales condiciones.

2.2. CONCEPTOS EQUIVALENTES VS. DIFERENTES

La evidencia empírica mostrada en el apartado anterior es aplicable a todo el paradigma actual en el ámbito gerontológico, que en la actualidad superpone los conceptos de envejecimiento saludable, envejecimiento productivo, envejecimiento con éxito y envejecimiento activo, que a su vez carecen de definiciones consensuadas (Bowling, 2007). Estos conceptos han llegado a tener mayor representación en la sociedad por ser utilizados en el ámbito político como respuesta al envejecimiento poblacional (Bowling, 2005).

En la actualidad existe una controversia acerca de la posible equivalencia o no de todos estos conceptos. Mientras que algunos autores los utilizan indistintamente en sus estudios y revisiones de los mismos desarrollados en este campo (Blanco, 2010; Caprara et al., 2013; Depp y Jeste, 2006; Fernández-Ballesteros et al., 2004, 2013; Fernández-Ballesteros, 2009; Fernández-Mayoralas et al., 2015; Kruse y Schmitt, 2012; Lucena et al., 2010; Paúl et al., 2012; Peel, Bartlett, y McClure, 2004; Peel, McClure, y Bartlett, 2005), otros autores tratan de establecer diferencias entre el “envejecimiento saludable”, el “envejecimiento activo” o “exitoso” y el “envejecimiento productivo” (Boudiny y Mortelmans, 2011; Boudiny, 2013; Bowling, 2008, 2009; Deeming, 2009; Foster y Walker, 2013, 2015; FUTURAGE, 2011; Lassen y Moreira, 2014; Mendes, 2013; Pinazo, 2012; Walker, 2002). Todos estos conceptos tienen elementos en común, dado que utilizan el conocimiento gerontológico con el fin de construir una visión positiva de la vejez y el envejecimiento. Un análisis profundo de cada marco va más allá de los objetivos de esta tesis, por lo que se mostrarán de manera breve las diferencias y similitudes existentes entre estos conceptos.

Figura 3. Relación entre los conceptos de envejecimiento activo, saludable, productivo y exitoso.



Fuente: Fernández-Ballesteros (2011).

Por un lado, el envejecimiento saludable se refiere al bienestar físico mental y social como un resultado de salud positivo y multidimensional, tratando de captar la dimensión de la calidad de vida relacionada con la salud (Peel et al., 2004). Implica, por tanto, la longevidad o

supervivencia durante muchos años, que sería el indicador resultado clave (Peel et al., 2004). No obstante, por lo general este se ha relacionado en mayor medida con la parte física y mental, aludiendo a un número reducido de trastornos crónicos, buena movilidad, buena función cognitiva, ausencia de depresión y capacidad para llevar un vida independiente (Seeman, Bruce, y McAvay, 1996). Dicho de otro modo, el envejecimiento saludable resulta de aplicar las perspectivas de salud dominadas por el modelo biomédico y psicológico al proceso de envejecimiento, enfocándose en la enfermedad, dependencia y muerte, con la finalidad de identificar y explorar los determinantes de la buena salud en la vejez (Mendes, 2013). En definitiva, se busca conseguir una buena salud a nivel global y mantener un buen nivel de funcionamiento e independencia social durante la vejez (OMS, 1990), mostrando con ello su énfasis en la salud, lo cual deriva en una aproximación limitada (Mendes, 2013).

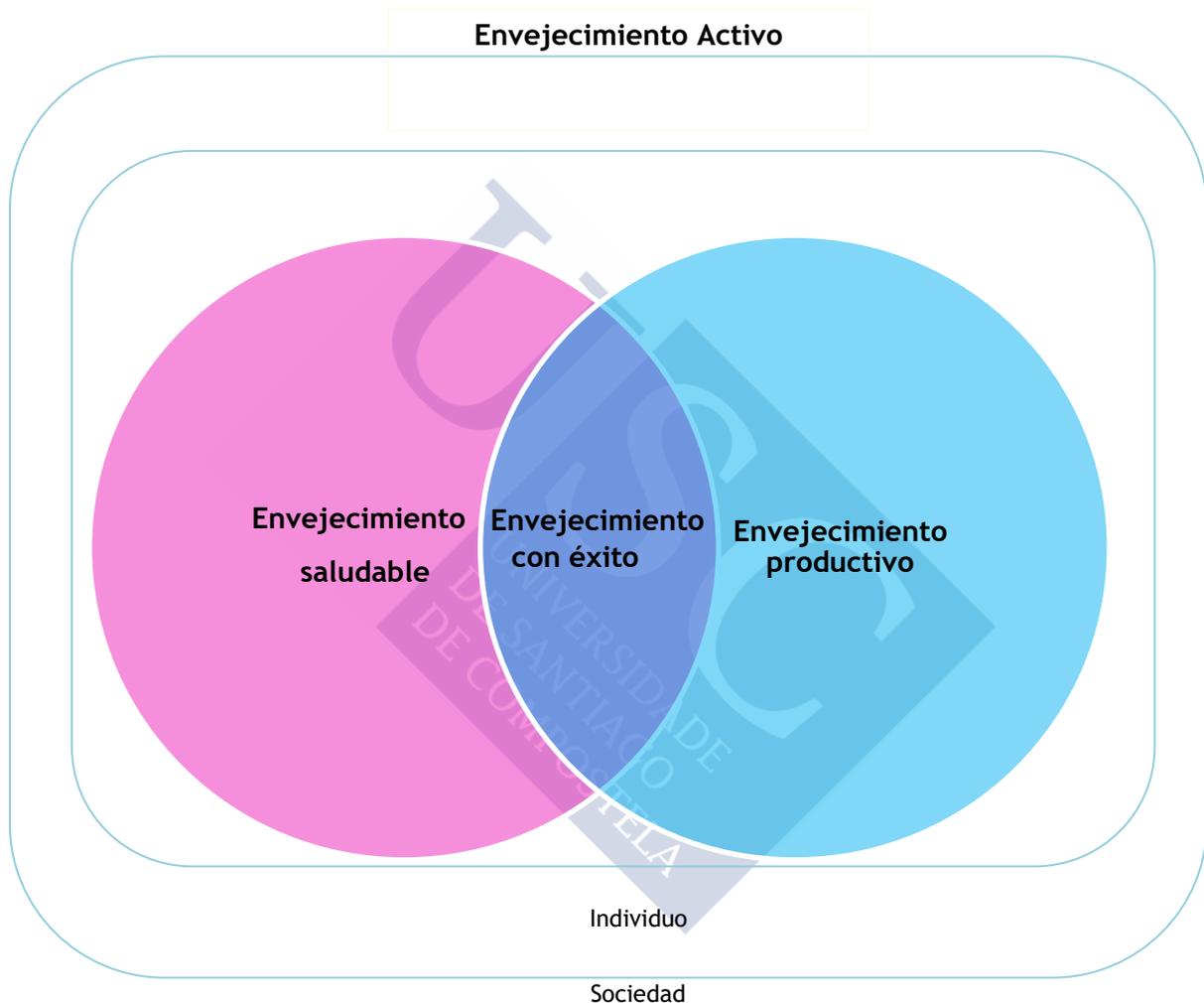
Por otro lado, el envejecimiento productivo se enfoca en la producción de bienes y servicios, sin contemplar el bienestar o la salud de la persona (Walker y Maltby, 2012). Se refiere a la capacidad de un individuo para participar en el mercado laboral, en actividades de voluntariado, ayudar en la familia y mantenerse tan independiente como sea posible (Butler y Schechter, 1995). Esto es, envejecimiento productivo se define como “cualquier actividad desarrollada por una persona mayor que produce bienes o servicios o desarrolla la capacidad para producirlos, sea remunerada o no” (Bass et al., 1993). Si bien existen visiones más amplias de la productividad en relación a este concepto, la mayoría se restringe a la promoción de las contribuciones económicas de los mayores a través de la participación en el mercado laboral (Davey, 2002). Este concepto pone su énfasis en el impacto que pueden tener las actividades realizadas por las personas mayores sobre las condiciones sociales y económicas, la creación de riqueza y el bien común de la sociedad. Por tanto, no se presta atención a acciones individuales que tienen como objetivo fundamental la búsqueda del beneficio individual, como el ejercicio físico, sino que se busca el bien colectivo y lo que pueden hacer las personas para contribuir al mismo, resaltando así la contribución social (Pinazo, 2012). Todo ello resalta la estrechez del concepto (Foster y Walker, 2013).

En relación al envejecimiento exitoso, este ha sido definido de muchas maneras, aunque por lo general se refiere a la baja probabilidad de enfermedad y de discapacidad relacionada con la enfermedad, funcionamiento físico y cognitivo elevado y un alto compromiso con la vida (Buys y Miller, 2006; Minkler y Fadem, 2002; Rowe y Kahn, 1987, 1997). Algunos autores incluyen como parte del éxito la satisfacción con la vida (Fernández-Ballesteros et al., 2010). No obstante, en esta definición se priorizan los criterios clínicos y médicos, relegando a una posición menor en la jerarquía de éxito a los aspectos sociales (Foster y Walker, 2015).

Por último, el envejecimiento activo, tal y como lo define la OMS (2002) se refiere al proceso de optimización de las oportunidades para el bienestar físico, social y mental durante toda la vida y participar en la sociedad de acuerdo a sus necesidades, deseos y capacidades, mientras se les proporciona una protección, seguridad y cuidados adecuados cuando necesitan asistencia. El término activo hace referencia a una participación continua en las cuestiones sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas, no sólo a la capacidad para estar físicamente activo o participar en la mano de obra (OMS, 2002). En esta definición se puede observar un objetivo más amplio, orientado a mejorar la situación de la propia persona que envejece, con un beneficio para ellos mismos y la sociedad. Además se resalta la importancia de proveer de oportunidades a las personas para conseguirlo, siendo la participación el componente central del concepto (van Malderen, Mets, De Vriendt, y Gorus, 2013). Además

este concepto explicita que debe dirigirse tanto a los individuos como a las instituciones públicas, fomentando a la par tanto la autorresponsabilidad de las personas como la responsabilidad política y de la sociedad, mediante la creación de oportunidades externas (Walker y Maltby, 2012). Con ello se busca extender la esperanza de vida en buena salud, la productividad y la calidad de vida en la vejez (Buys y Miller, 2006).

Figura 4. Representación gráfica de los conceptos.



Como se puede observar, existe cierta similitud entre estos conceptos, que resaltan aspectos positivos del proceso de envejecimiento y reclaman una mejor situación de la persona, bien sea a nivel de salud, participación, productividad o todo a la vez. Todos estos conceptos derivan de la misma raíz científica, la teoría de la actividad, y han supuesto la alternativa a la dependencia y pasividad esperada de la vejez (Foster y Walker, 2015). Además, tanto el envejecimiento con éxito como el envejecimiento activo han sido empleados en la investigación y en la política como alternativas al modelo de déficit de la vejez, sólo que en diferentes lados del océano Atlántico, siendo más empleado el primero en Estados Unidos y el segundo en la Unión Europea, expandiéndose poco a poco a otros países como Australia o Canadá (Paúl et al., 2012; Sidorenko y Zaidi, 2013; Strawbridge et al., 2002; Walker, 2009).

No obstante, estos conceptos han seguido una trayectoria de estudio y conseguido un alcance diferente. Para conocer cuál es el objetivo predominante y la evolución de la terminología empleada, Fernández-Ballesteros (2009) realizó una búsqueda tanto en Internet y otra en la literatura científica. En Internet, el concepto más empleado es el envejecimiento activo, seguido del saludable, el exitoso, el óptimo y el productivo. No obstante, en la literatura científica la situación es notablemente diferente y ciertamente más complicada. El tipo de resultados ofrecidos en relación a la terminología varía en función de la década, la base de datos y el correspondiente ámbito científico. En primer lugar, en la base de datos del ámbito biomédico PubMed, el término más usado es el envejecimiento saludable, seguido del envejecimiento con éxito, siendo los términos activo, óptimo y productivo menos utilizados. En la base de datos de psicología, Psychinfo, el envejecimiento activo resulta el término más empleado, seguido del saludable, del envejecimiento con éxito, óptimo y productivo. Respecto a la base de datos de sociología, Sociological Abstracts, el término más empleado sería el envejecimiento activo, seguido del saludable, con éxito y productivo.

En función de la cantidad de referencias en la literatura científica, el envejecimiento saludable es el término más empleado en la literatura, seguido del envejecimiento con éxito y el envejecimiento activo. No obstante, el envejecimiento con éxito ha permanecido como término estrella o concepto paraguas bajo el que se han desarrollado los distintos conceptos que resaltan matices diferentes de esta buena forma de envejecer (Kahn, 2003; Pruchno et al., 2010a). Posiblemente la razón sea que este paradigma comenzó y se fue divulgando con el concepto de envejecimiento exitoso, siendo todavía prevalente en Estados Unidos (Depp y Jeste, 2006; Pruchno, Wilson-Genderson, Rose, y Cartwright, 2010b; Walker y Maltby, 2012). En relación al envejecimiento saludable, que había sido muy consolidado en el contexto biomédico, ha ido decayendo en la última década. Por el contrario, el envejecimiento activo es un concepto en auge, cuya presencia ha ido incrementando en todas las bases de datos a lo largo de la última década. Ello puede deberse a que en 2002 la OMS publicó un documento en el cual propuso este concepto, incluyendo una definición y un modelo explicativo del mismo, así como una serie de recomendaciones a nivel mundial para fomentar este tipo de envejecimiento con el fin de hacer frente a la situación demográfica. Posteriormente, la Unión Europea adoptó este concepto en su política, contribuyendo en gran medida a su expansión. De hecho, a pesar de solaparse con otras calificaciones del proceso de envejecimiento ("envejecimiento exitoso", "saludable" o "productivo"), es único dentro de la gerontología por ser principalmente un concepto político (Lassen y Moreira, 2014).

Tabla 1. Resumen de diferentes términos, objetivos y beneficiarios. Adaptado de Pinazo (2012).

Concepto	Autor/año	Objetivo	Destinatarios
Envejecimiento Saludable	OMS, 1990 Seeman, Bruce, y McAvay, 1996	Salud	Individuo
Exitoso	Rowe y Kahn, 1987, 1997	Salud y funcionamiento; relaciones interpersonales y actividad productiva	Individuo
Productivo	Bass, Caro y Chen, 1993 Butler y Schechter, 1995	Contribución social	Sociedad
Activo	OMS, 2002 Walker, 2002	Salud física, psicológica y social Independencia Participación Actividad	Individuo Sociedad

Fuente: Elaboración propia en Triadó, Celdrán, Conde, Montoro, Pinazo y Villar (2008)

Todos estos conceptos tienen sus fortalezas y debilidades, difieren en la forma en que aplican el conocimiento gerontológico, los elementos clave u objetivos que tratan de potenciar, el grupo objetivo al que se dirigen y sus implicaciones políticas. En relación al envejecimiento saludable y productivo, ambos centran el foco únicamente en un elemento, bien sea la salud, bien sea la productividad social, ignorando otros aspectos clave. De esta forma, la versión positiva del envejecimiento se consigue únicamente por medio de un camino y toda aquella persona que se desvíe del mismo estaría fallando en su propósito, llegando a minusvalorar aquellas personas que bien no sean saludables o no sean productivos (Buys y Miller, 2006). Por estos motivos se puede decir que estos conceptos recogen de manera insuficiente y estrecha la vertiente positiva de buen envejecer y que ambos eluden los aspectos macro-estructurales (Mendes, 2013).

En relación al envejecimiento con éxito, algunos autores discuten el uso del apellido "exitoso" al envejecimiento, ya que este implicaría un contexto en el que hay ganadores y perdedores (Pruchno et al., 2010a,b; Strawbridge et al., 2002). Algunos autores defienden que los gerontólogos no estarían preparados para decir que alguien no es exitoso porque tenga alguna discapacidad o enfermedad, bien sea crónica como la diabetes o porque haya tenido un cáncer (Strawbridge et al., 2002). De esta manera falla al abordar la adaptación y la gestión de la enfermedad y deja de lado a las personas con discapacidad o socialmente marginada (Bowling, 2007). El concepto planteado bajo la denominación "envejecimiento con éxito" es muy restrictivo e irreal, ya que son pocas las personas que realmente alcanzan la vejez sin ninguna enfermedad ni discapacidad, sobreestimadas en el modelo inicial, y porque ignora las rutas alternativas para envejecer de manera exitosa (Bowling, 2007; Foster y Walker, 2015; Paúl et al., 2012). Por otro lado, se trata de un concepto fundamentalmente individual que pone la responsabilidad del éxito del envejecimiento únicamente en el individuo pero cuyas consecuencias afectan a toda la sociedad (Foster y Walker, 2015; Katz, 2013; Lassen y Moreira, 2014; Mendes, 2013; Rozanova, 2010). Como ejemplo, en el envejecimiento exitoso, la gestión de capacidades cognitivas es responsabilidad única de los individuos, así como su evaluación y control del riesgo de desarrollar demencia, controlándolo mediante un estilo de vida saludable (Williams, Higgs, y Katz, 2012). Por último, este concepto ignora el entorno externo de las personas así como la interdependencia entre los cambios en las vidas de los individuos y de las estructuras sociales (Buys y Miller, 2006; Foster y Walker, 2015).

Estos tres conceptos analizan y se dirigen a los individuos, aludiendo solamente a nivel micro, sin reconocer e incluir los elementos de los niveles meso y macro (Buys y Miller, 2006). Por el contrario, el envejecimiento activo es un concepto más amplio e inclusivo que abarca y supera a los anteriores (Bowling, 2008; Mendes, 2013; OMS, 2002; van Malderen et al., 2013; Walker, 2002). Recoge los elementos individuales del envejecimiento productivo y saludable de una manera multidimensional (Foster y Walker, 2013; Kalache y Kickbusch, 1997; OMS, 2002; van Malderen et al., 2013) y añade la importancia de la actitud activa y proactiva de las personas en su proceso de envejecimiento y no únicamente el éxito en el mismo, además de defender los estilos de vida activos, dentro de las posibilidades de cada uno y aludiendo a los diferentes elementos bio-psico-sociales. Asimismo incluye a las personas frágiles o con alguna discapacidad, que por definición estarían excluidas del envejecimiento exitoso o saludable (OMS, 2002; Sidorenko y Zaidi, 2013). Si bien es un concepto más difícil de medir, es menos determinista que los anteriores (Paúl et al., 2012). Por último, en el envejecimiento activo se reconoce una responsabilidad compartida entre los responsables

políticos y los individuos (Walker y Maltby, 2012), mostrando una visión más amplia que el envejecimiento exitoso y un mayor potencial político que otros discursos positivos previos.

Tabla 2. Resumen de las similitudes y diferencias entre los conceptos.

Concepto	Características comunes	Diferencias
Envejecimiento Saludable		Estrecho: foco en salud Responsabilidad individual Nivel micro Actividad física Restringido: Personas saludables
Envejecimiento Productivo		Estrecho: foco en productividad Responsabilidad individual Actividad productiva Restringido: Personas productivas Restringido a un reducido número de personas Responsabilidad individual
Envejecimiento Exitoso	Cambio del modelo de déficit Centro en aspectos positivos Afrontamiento de envejecimiento poblacional Reclamo de mejores condiciones de las personas Utilizados en investigación y política	Nivel micro Irreal Estado Sin enfermedades ni discapacidad física ni mental Actividad productiva Personas saludables y productivas Dinámico Inclusivo
Envejecimiento Activo		Nivel micro y macro Responsabilidad compartida Cualquier actividad que mejore el bienestar personal Inclusivo: cualquiera puede mejorar su actitud activa

A pesar de que, bajo mi percepción, existen matices que diferencian los conceptos utilizados, limitando así su intercambiabilidad, lo cierto es que la mayor parte del desarrollo teórico y de la literatura se ha producido empleando concepto de envejecimiento exitoso. Por ello y para comprender este concepto se comenzará con una revisión bibliográfica de las diferentes propuestas teóricas del que parte el actual envejecimiento activo y posteriormente se expondrá de forma específica los avances bajo este concepto.

2.3. ENVEJECIMIENTO CON ÉXITO

A pesar de que a día de hoy ha cambiado la tendencia, hasta hace relativamente pocos años eran pocos los modelos verdaderamente multidimensionales (Bowling y Dieppe, 2005; Bowling y Iliffe, 2006). La mayoría de ellos eran unidimensionales y reflejaban los valores de las disciplinas profesionales específicas desde las cuales se crearon (Bowling, 2007; Lee et al., 2011). Así, los investigadores biomédicos subrayaban sobre todo la salud y el buen funcionamiento físico como las claves del envejecimiento con éxito, los psicólogos las dimensiones subjetivas como la satisfacción con la vida o el bienestar y los sociólogos, las condiciones socioeconómicas como los ingresos o la participación social (Bowling, 2007).

Desde el ámbito biomédico se ha considerado como envejecimiento con éxito generalmente la longevidad o supervivencia, la ausencia de enfermedad y discapacidad, la buena salud, y el buen funcionamiento físico y mental, lo que se traduce en la consideración

del envejecimiento ideal como el incremento de la duración de la vida y la reducción de las enfermedades a un número mínimo (Lee et al., 2011). Dicho de otro modo, se puede observar un énfasis sobre el declive biofísico y cómo evitarlo en base a dos factores principales: la optimización de la esperanza de vida o longevidad, tendencia que ha existido hasta la década de los 80, así como la minimización del deterioro físico y mental o reducción de la morbilidad y la discapacidad (Bowling, 2007; Fries, 1990; Lee et al., 2011; Lupien y Wan, 2004). Este modelo ha abarcado el comienzo y la mayor parte de la literatura referente al envejecimiento con éxito (Bowling y Dieppe, 2005; Bowling, 2006, 2007; Pruchno et al., 2010b).

Si bien la conceptualización de Rowe y Kahn (1987, 1997, 1998) no es puramente biomédica, dos de los tres criterios empleados sí lo son. Estos autores definen a las personas que envejecen con éxito por medio de tres criterios: (1) la ausencia de enfermedad, discapacidad y factores de riesgo (como la presión arterial, el tabaquismo o la obesidad); (2) el mantenimiento de un alto funcionamiento físico y mental y (3) el compromiso activo con la vida, incluyendo tanto las relaciones interpersonales como las actividades productivas, tanto de tipo remunerado como de valor social. Este modelo ha sido ampliamente estudiado y puesto a prueba en diversidad de estudios longitudinales (McArthur Studies, USA). En ellos se buscaron resultados relacionados con el rendimiento físico, los problemas de salud biológica y otros indicadores del estado funcional y se han estudiado los hábitos de vida, como el ejercicio físico o la alimentación, que permitirían modificar la discapacidad y la enfermedad previamente consideradas inevitables (Fries y Crapo, 1981; Fries, 1989a, b; Rowe y Kahn, 1987, 1997, 1998). Paulatinamente, este concepto se fue restringiendo a los elementos biomédicos como los factores genéticos, biológicos e inmunológicos, encuadrándolo más en un modelo puramente biológico (Bowling y Iliffe, 2006).

Por otro lado, la definición realizada en función de los tres criterios, especialmente el referente a la salud y funcionalidad, excluye a la mayoría de las personas mayores y reduce la prevalencia del envejecimiento con éxito a un número casi anecdótico, dado que una vejez absolutamente libre de enfermedad y discapacidad es alcanzable sólo para unos pocos (Strawbridge et al., 2002). Además, esta definición da cuenta tan sólo parcialmente de la gran heterogeneidad existente entre las personas, siendo un modelo muy estrecho que ignora rutas alternativas para envejecer bien, por fracasar al abordar la adaptación y la gestión de la enfermedad o por excluir a las personas con discapacidad y socialmente marginada (Bowling, 2007). Por este motivo, los investigadores que han seguido el modelo y la definición de Rowe y Kahn, por lo general, han modificado su definición. En esta línea, se ha ampliado el éxito a aquellas personas que apenas presentan enfermedad o discapacidad (frente a aquellos que no muestran ninguna) o las personas que muestran altos niveles de funcionamiento físico (Guralnik y Kaplan, 1989; Seeman, Rodin, y Albert, 1993; Strawbridge et al., 2002). Aún en estos casos, la proporción de personas clasificadas como envejecimiento exitoso fue bastante baja, oscilando entre un 20% y un 33% de los mayores (Strawbridge et al., 2002). Finalmente algunos autores se han decantado por permitir la presencia de enfermedades crónicas en la concepción de envejecimiento exitoso (Baltes y Carstensen, 1996; Strawbridge et al., 1996, 2002), incrementándose su proporción hasta superar el 50% de la muestra.

Desde la psicología se han resaltado aspectos subjetivos, como la posesión de un sentido de control sobre la vida, de autoeficacia, adaptación, estrategias efectivas de afrontamiento y adaptación, autoestima, autonomía y la posesión de objetivos o el cumplimiento de metas (Bowling, 2007). Con estas competencias, una persona puede envejecer con éxito incluso ante

la aparición de deterioro a nivel de salud y el funcionamiento (Kane, 2003). De hecho, los propios mayores definen el envejecimiento exitoso en función de la posesión de las estrategias de afrontamiento necesarias para hacer frente a los acontecimientos vitales (Fisher, 1992) y resaltan la importancia de la perspectiva y los recursos psicológicos (Bowling y Dieppe, 2005; Fisher, 1992; Knight y Ricciardelli, 2003; Phelan, Anderson, Lacroix, y Larson, 2004; Tate, Lah, y Cuddy, 2003).

El principal modelo proveniente de este ámbito es el de Optimización Selectiva con Compensación (Baltes y Baltes, 1990), una de las teorías más difundidas y contrastadas del envejecimiento con éxito, en el que este se concibe como un proceso de adaptación. Se trata de un fuerte modelo teórico en el que se proponen cómo las personas pueden contribuir a su propio envejecimiento con éxito mediante tres mecanismos: Selección, Optimización y Compensación, el denominado modelo SOC. Estos se definen como las condiciones universales de regulación del desarrollo, que son mecanismos de afrontamiento de los problemas o estrategias de gestión de la vida y que varían dependiendo de las circunstancias socio-históricas y personales del individuo. La selección es un mecanismo importante que está presente a lo largo de todo el ciclo vital, dada la gran cantidad de estímulos procedentes del contexto y la limitación de los recursos del individuo. Supone un mecanismo adaptativo en sí mismo y su relevancia se incrementa cuando los recursos individuales (biológicos y conductuales) disminuyen, como tiende a suceder en la vejez, convirtiéndose en un mecanismo esencial para el envejecimiento con éxito. La optimización es otro aspecto esencial que tiene lugar a lo largo del ciclo vital y promueve la regulación del desarrollo para alcanzar los niveles de funcionamiento de la manera más eficiente posible. Esta se refiere a la optimización de los conocimientos, las habilidades y todas las demás características humanas para obtener un mejor ajuste para conseguir las metas propuestas. La configuración concreta de la optimización depende tanto de los recursos biológicos y comportamentales disponibles como de los factores contextuales y socioculturales en los que se encuentre la persona. El tercer componente, la compensación, es el mecanismo encargado de contrarrestar las pérdidas y los deterioros para mantener un buen funcionamiento a pesar de ellos. Este se refiere a la respuesta ante la ausencia o disminución de un recurso relevante para la consecución de las metas, por lo que resulta un elemento clave en la adaptación a las nuevas situaciones. De este modo la compensación implica procesos y estrategias para buscar medios y recursos alternativos, bien adquiriendo nuevos medios o reconstruyendo los antiguos o bien cambiando las propias metas para facilitar su consecución con los medios disponibles. Tanto la compensación como la optimización requieren un esfuerzo individual, aunque debe existir previamente una selección para decidir qué optimizar y qué compensar.

Algunas de las evidencias empíricas de apoyo a este modelo se derivan del Berlin Aging Study, en el que se examinó la utilidad de los procesos autoinformados de selección, optimización y compensación para predecir los indicadores subjetivos de envejecimiento exitoso como el bienestar subjetivo, las emociones positivas o la ausencia de sentimientos de soledad (Freund y Baltes, 1998). Las personas que utilizaban como estrategias vitales la optimización selectiva con compensación (SOC), obtuvieron mayores puntuaciones en los indicadores de envejecimiento exitoso utilizados, considerándolas así precursoras del mismo. No obstante, si bien esta resulta una conceptualización más flexible de éxito, en este enfoque se han producido algunos problemas metodológicos, como la confusión de elementos componentes con predictores del envejecimiento con éxito (Bowling, 2007; Fernández-

Ballesteros, 2009). Todo ello ha contribuido a una falta de claridad y consenso sobre los componentes del envejecimiento exitoso.

Desde el punto de vista social se han incluido elementos como el compromiso social, los roles sociales, la participación y la actividad, los contactos y los intercambios sociales y/o las relaciones positivas con los demás (Bowling, 2007). Los propios mayores defienden también la importancia de los roles y las actividades sociales, la interacción y las relaciones sociales y la salud social en sus definiciones de envejecimiento exitoso (Bowling y Dieppe, 2005; Bowling, 2006; Fisher, 1995; Knight y Ricciardelli, 2003; Phelan et al., 2004).

Desde este enfoque se propone un modelo global explicativo del envejecimiento con éxito (Kahana y Kahana, 1996, 2003). Estos autores elaboraron un modelo denominado “proactividad preventiva y correctiva” que explica el envejecimiento con éxito por medio del contexto histórico, referido tanto al momento temporal general y la biografía del individuo como al espacial, centrado en la demografía y la comunidad. Dicho contexto influye en otros determinantes a través de una cadena causal sobre los repertorios básicos de conducta, que implican recursos individuales para envejecer positivamente (la esperanza, el altruismo, la autoestima, la satisfacción con la vida y la capacidad de afrontamiento referida tanto a la personalidad como a los repertorios básicos de conducta) y que también influyen en el afrontamiento de las situaciones estresantes. Ello influye tanto en el estrés acumulativo, en el que afectan tanto eventos estresantes lejanos y recientes como en los recursos internos o disposiciones para envejecer bien. Ambos elementos, junto a los recursos externos de los individuos, como el apoyo económico y social y la disponibilidad de la tecnología y los servicios sociales y sanitarios, afectan tanto a la adaptación preventiva, actuando para intentar envejecer bien antes de que los problemas aparezcan, como a la correctiva, actuando cuando suceda el evento, mediante la sustitución de roles o la modificación del entorno. Todo ello repercute en los resultados, que tienen que ver con su estado afectivo, el sentido de la vida y el mantenimiento de las actividades agradables y las relaciones consideradas valiosas.

Como se puede observar, después de 40 años de investigación, la definición y aproximación del concepto todavía no está clara. En los últimos años se ha defendido con mayor vehemencia la multidisciplinariedad del constructo (Bowling, 2006, 2007; Fernández-Ballesteros, 2009), por lo que ninguno de ellos estaría completamente en lo cierto. Quizá el mayor avance sea el acuerdo de la multidimensionalidad del concepto y de sus determinantes (Fernández-Ballesteros, 2009).

2.3.1. Revisiones del concepto

En vista de la confusión conceptual en este ámbito y con el fin de conocer el estado del arte así como de extraer conclusiones sobre este constructo, se han realizado algunos trabajos de revisión (Bowling, 2007; Depp y Jeste, 2006; Peel et al., 2004, 2005).

El primero de ellos, realizado por Peel et al. (2004), tenía como objetivo formular una definición multidimensional del envejecimiento saludable y con éxito basada en los estudios longitudinales llevados a cabo. Para ello realizaron una revisión de los estudios poblacionales publicados que ofrecían una medida de resultado multidimensional de envejecimiento saludable o con éxito en diferentes bases de datos entre 1985 y 2002. Se incluyeron aquellos estudios que mostraban una prevalencia de envejecimiento saludable, tenían una medida de

resultado que incluía un indicador de funcionamiento de salud más allá de las medidas de bienestar como la satisfacción vital o la salud autoevaluada y explicitaban las asociaciones entre los factores predictores o de riesgo en la línea base y en momentos posteriores. Al final se mantuvieron dieciocho estudios que recogían diferentes conceptualizaciones: desde las puramente biológicas, resaltando la supervivencia, a las más completas aludiendo al bienestar desde un modelo biopsicosocial, siendo la salud y la funcionalidad física el aspecto más resaltado en la mayoría de las definiciones. Este estudio ha dado cuenta de la gran variabilidad existente en la prevalencia de personas que presentan un envejecimiento con éxito en función de la definición de envejecimiento exitoso que se toma como referencia, que se mueve en un rango de entre 12,7% y 49%.

Posteriormente, Peel y colaboradores (2005) realizaron otro estudio para conocer los determinantes del envejecimiento saludable con el fin de aclarar la evidencia empírica acumulada al respecto debido al creciente número de naciones que desarrollaron e implementaron políticas de envejecimiento saludable. A pesar de que el envejecimiento saludable figura como concepto objetivo, incluyeron también en la revisión la nomenclatura de envejecimiento con éxito, aludiendo a una medida de funcionamiento multidimensional. Se analizaron los estudios publicados entre 1985 y 2003 en bases de datos médicas, psicológicas, sociológicas y gerontológicas, eligiendo aquellos que informaban de asociaciones estadísticas entre los determinantes en la línea base y el resultado de envejecimiento saludable. En total se seleccionaron ocho estudios, que incluían entre los factores de riesgo modificables el tabaquismo, el nivel de actividad física, el índice de masa corporal, la dieta, el consumo de alcohol y las prácticas de salud. A continuación se recogen en una tabla los estudios incluidos.

Tabla 3. Estudios de envejecimiento saludable/exitoso identificados por Peel, McClure y Bartlett (2005).

Autor y año	Definiciones de resultado	Determinantes
Guralnik, 1989	Envejecimiento saludable: supervivencia, alto nivel de funcionamiento	Fumar, consumo de alcohol, peso, Desayunar, horas de sueño
Strawbridge, 1996	Exitoso: supervivencia con altos niveles de funcionamiento	Fumar, consumo alcohol, ejercicio
Reed, 1998	Saludable: supervivencia, libre de enfermedades graves que amenazan la vida y mantenimiento de las capacidades físicas y mentales	Fumar, actividad física, consumo de alcohol, IMC, Dieta
Leiveille, 1999	Exitoso: vivir hasta edad avanzada y tener poca o nada de discapacidad antes de la muerte	Fumar, alcohol, nivel de actividad, IMC
Ford, 2000	Exitoso: vida independiente en la comunidad	Fumar, alcohol, ejercicio
Vaillant y Mukamal, 2001	Exitoso: supervivencia con alto nivel de bienestar físico, mental y social	Fumar, alcohol, ejercicio, IMC
Newman, 2003	Exitoso: permanecer libre de enfermedades amenazantes de la vida y tener funcionamiento normal físico y cognitivo	Fumar y actividad física
Haveman-Nies, 2003	Saludable: mantener salud hasta la vejez (estar vivo y permanecer funcionalmente independiente)	Actividad física, dieta, fumar

Fuente: Peel, McClure y Bartlett (2005).

Por otro lado, Depp y Jeste (2006) llevaron a cabo una revisión en la que incluyeron 28 estudios empíricos realizados entre 1978 y 2005 sobre el envejecimiento con éxito y

examinaron la proporción de sujetos que respondían a los criterios y componentes individuales de las definiciones, así como los correlatos de las mismas. La búsqueda fue realizada en PUBMED con términos como el envejecimiento con éxito, saludable, productivo, óptimo y buen envejecimiento. Los criterios de inclusión fueron que los estudios estuviesen publicados en revistas inglesas con revisiones por jueces independientes, en mayores de 60 años, que utilizasen una definición operacional como variable dependiente (continua o categorial) y que fuesen desarrollados con la intención de evaluar los resultados positivos del envejecimiento, aceptando tanto predictores transversales como longitudinales. En los 28 artículos o estudios incluidos encontraron 29 definiciones: 27 categóricas y 2 continuas. Los componentes del envejecimiento con éxito fueron clasificados en 10 dominios, siendo cada uno medido de maneras diferentes: desde el autoinforme hasta medidas o indicadores objetivos. En 26 definiciones aparecía la discapacidad o el funcionamiento físico, el funcionamiento cognitivo en 15, la satisfacción vital o el bienestar en 9, la implicación social o productiva en 8, la presencia de enfermedad en 6, la longevidad en 4, la autoevaluación de la salud en 3, la personalidad en 2, la economía/ambiente en 2 y la autoevaluación de envejecimiento con éxito en 2. Los elementos mencionados como componentes del concepto con mayor frecuencia fueron el funcionamiento físico, cognitivo, emocional y social. Por otro lado, comprobaron la diferencia entre la prevalencia del envejecimiento exitoso contemplando únicamente el funcionamiento físico, con una variación de la misma entre 0,4% y 63% y con una observación conjunta del funcionamiento físico y cognitivo, entre 3% y 95%. En lo relativo a las variables independientes o predictores y su relación con las variables dependientes o de resultado, se concluyó que la magnitud del efecto del predictor depende del grupo de comparación, de la definición utilizada o de las variables independientes incluidas en la ecuación. Los predictores o correlatos identificados fueron la edad, los ingresos elevados, la educación, el género femenino, el género masculino y patologías como enfermedades cardiovasculares, cáncer, hipertensión, derrame cerebral, artritis, problemas auditivos y depresión.

Tabla 4. Resultados y predictores/determinantes de los estudios del envejecimiento con éxito hallados por Depp y Jeste (2006).

Resultados (Número estudios)	Predictores/Determinantes (Número estudios)
	Edad joven (10 /10 longitudinal [l]; 3/5 transversal [t])
	Ingresos elevados (2/5 l, 2/4 t)
Discapacidad/funcionamiento físico (26)	Educación (3/7 l, 1/2 t)
Funcionamiento cognitivo (15)	Género: mujeres (4/8 ., 0/2 t); hombres (1/1 l, 1/1 t)
Satisfacción vital/bienestar (9)	Creatina (2/2 l)
Compromiso social/productivo (8)	Índice de muñeca-brazo (2/2 l)
Presencia de enfermedad (6)	Presencia de condiciones médicas (2/3 l, 2/4 t)
Longevidad (4)	Diabetes (4/6 l, 1/1 t)
Salud autovalorada (3)	Enfermedad cardiovascular (0/2 l, 0/1t)
Personalidad (2)	Cáncer (1/3 l)
Entorno/finanzas (2)	Hipertensión (1/3 l, 1/1 t)
Envejecimiento exitoso autovalorado (2)	Infarto (1/3 l, 0/1 t)
	Artritis (2/3 l, 1/1 t)
	Problemas auditivos (4/4 l)
	Depresión (2/3 l, 3/4 t)

Fuente: Depp y Jeste (2006).

En esta revisión se detectó un problema metodológico importante, como es la utilización de una determinada variable como dependiente e independiente, lo que dificultaba la distinción entre el resultado del envejecimiento con éxito y sus determinantes. Concretamente,

la presencia o no de enfermedad fue utilizada como un dominio del envejecimiento exitoso, siendo así variable dependiente y también como independiente. Sin embargo, no se debe emplear la misma variable con diferentes funciones (Fernández-Ballesteros, 2009).

Finalmente, con el objetivo de informar del debate teórico, metodológico y político acerca de este concepto, Bowling (2007) realizó una revisión bibliográfica recurriendo a las bases de datos de las diferentes disciplinas de estudio (medicina, psicología y sociología). En él estableció la necesidad de abordar la definición de este concepto, resaltando la escasez de artículos que lo han realizado de manera explícita. Además afirmó que gran parte de la literatura científica ha definido el concepto en base a las iniciativas políticas desarrolladas para promover la autonomía y la vida independiente en la edad avanzada.

A la luz de estas revisiones, es posible extraer una serie de cuestiones sin resolver derivados del estudio de este paradigma, como la confusión conceptual entre la satisfacción vital, la calidad de vida y el envejecimiento con éxito, así como los problemas asociados al propio concepto de envejecimiento con éxito.

2.3.2. Calidad de vida y satisfacción vital: componentes o conceptos diferentes del envejecimiento con éxito

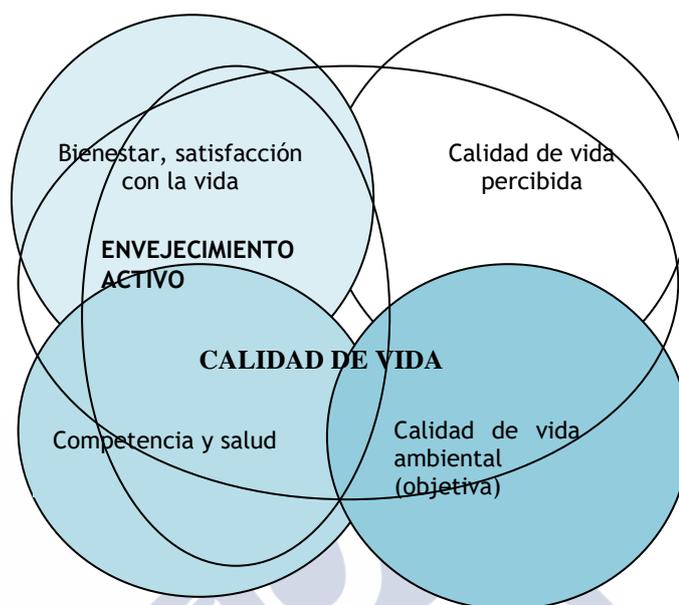
En la literatura se ha observado cierta confusión entre el envejecimiento con éxito y otros conceptos como el bienestar, la satisfacción vital o la calidad de vida (Lehr, 1982; Vaillant y Vaillant, 1990). En este sentido, el envejecimiento con éxito ha llegado casi a reducirse al componente de la satisfacción vital (Baltes y Carstensen, 1996; Havighurst, 1961, 1963; Lehr, 1982; Menec, 2003; Palmore, 1979, 1995; Vaillant, 2002; Vaillant y Vaillant, 1990; Vaillant y Mukamal, 2001; Von Faber et al., 2001; Williams y Wirths, 1965) o el bienestar (Freund y Baltes, 1998; Gibson, 1995; Ryff, 1989). Al contrario, otros autores los consideran predictores del mismo (Roos y Havens, 1991) o incluso precursores (Fisher, 1992, 1995).

Con el fin de aclarar este panorama, Fisher (2002) planteó un estudio para dilucidar como definían los mayores la satisfacción con la vida y si podían diferenciarla del envejecimiento con éxito y activo. Para ello entrevistó a 19 personas en un centro de mayores, hallando que aunque los criterios empleados para describir ambos conceptos se solapaban en cierto modo, se consideraban diferentes. Los entrevistados describían la satisfacción vital en términos de expectativas pasadas y circunstancias presentes, mientras que el envejecimiento con éxito se definía en términos de estrategias para afrontar situaciones en la vida y del mantenimiento de una visión positiva de la vida y el envejecimiento. Estos resultados son discordantes con los hallados por Knight y Ricciardelli (2003) o Palmore (1979) en el que los propios mayores definían el envejecimiento exitoso como los componentes de la satisfacción vital.

Tal confusión puede deberse a que el concepto de envejecimiento con éxito surgió simultáneamente con otros como la satisfacción vital o la calidad de vida. No obstante, algunos autores han tratado de establecer diferencias entre ellos, por ejemplo mediante una serie de niveles de jerarquía conceptual entre el bienestar y la satisfacción con la vida, que serían dos condiciones criterios del envejecimiento positivo, siendo este a su vez un requisito para una buena calidad de vida en la vejez (Fernández-Ballesteros, Kruse, Zamarrón, y Caprara, 2007; Fernández-Ballesteros, 2009). Según ello, la calidad de vida constituiría el nivel más alto de inferencia en la investigación y que incluye la mayor parte de los componentes del envejecimiento positivo que hacen referencia a elementos individuales como

la salud, la independencia, el estado cognitivo, las relaciones sociales, etc. (Fernández-Ballesteros, 2009). No obstante, es innegable la existencia de cierta relación entre estos conceptos. Fernández-Ballesteros et al. (2007) avanzaron un esquema con las relaciones teóricas entre calidad de vida y el envejecimiento con éxito, tomando como referencia el modelo de los cuatro sectores de Lawton (1983).

Figura 5. Relaciones teóricas entre la calidad de vida, el bienestar y la satisfacción vital con el envejecimiento con éxito (adaptado de Lawton, 1983 y modificado de Fernández-Ballesteros, Kruse, Zamarrón y Caprara, 2007).



Fuente: Fernández-Ballesteros, 2009.

De esta manera, las condiciones personales como el bienestar, la satisfacción con la vida, la competencia y la salud son comunes entre el envejecimiento con éxito y la calidad de vida (Fernández-Ballesteros et al., 2007; Fernández-Ballesteros, 2009). Sin embargo, esta última abarca también aspectos ambientales (objetivos y percibidos), a diferencia del envejecimiento con éxito que se puede considerar como un conjunto de condiciones individuales. En definitiva, mientras que la satisfacción con la vida y el bienestar subjetivo son conceptos psicológicos, el envejecimiento con éxito abarca múltiples niveles y ámbitos, refiriéndose principalmente al individuo como instancia bio-psico-social, por lo que no es susceptible de ser reducido a ninguno de sus componentes y es dependiente de las condiciones externas de la vida (Fernández-Ballesteros, 2009).

En relación con ello, tiene cierto sentido que el envejecimiento exitoso como resultado incluya un componente referido a la satisfacción vital, ya que es un elemento importante para la (auto)-percepción del éxito en el envejecimiento. No obstante, esto puede no ser extensible al resto de los conceptos del paradigma. Por ejemplo en el caso del envejecimiento activo, este es visto como un proceso dinámico, mientras que la calidad de vida es un estado y la satisfacción vital es el resultado de valorar cognitivamente las condiciones vitales y del ajuste entre los deseos y los logros, de manera que estos tres conceptos aludirían a realidades diferentes (Bowling, 2009; Fernández-Mayoralas et al., 2015).

2.3.3. Problemas del concepto

Como se ha podido observar a lo largo de este capítulo, así como en las revisiones teóricas presentadas, el desarrollo de este constructo presenta varias problemáticas en su estudio, que dieron lugar a diferentes polémicas.

En primer lugar se encontraría el enfrentamiento entre la defensa del reduccionismo del concepto, generalmente presente en el ámbito biomédico, frente a la multidimensionalidad del mismo (Bowling y Dieppe, 2005; Bowling, 2007; Fernández-Ballesteros, 2009; Pruchno et al., 2010a,b; Strawbridge et al., 2002). De hecho, en un tercio de la investigación realizada las variables dependientes se operativizaron utilizando indicadores fundamentalmente biomédicos, volviendo finalmente a la perspectiva de enfermedad o ausencia de la salud (Fernández-Ballesteros, 2009). Así, el envejecimiento con éxito se ha presentado de manera equivalente a la supervivencia y la ausencia de discapacidad y los predictores estudiados solían ser hábitos comportamentales o estilos de vida, ambos relacionados con el ámbito biomédico (tabaco, alcohol y dieta).

Una segunda polémica se refiere a quién debe establecer el éxito en el envejecimiento: los profesionales de manera externa y objetiva (Rowe y Kahn, 1987, 1997), los propios mayores de manera interna y subjetiva (Montross et al., 2006; Strawbridge et al., 2002) o una conjunción de ambos tipos de criterios (Pruchno et al., 2010a). El hecho de contemplar un tipo de criterios u otro influye en la prevalencia del envejecimiento con éxito. En este sentido, Strawbridge et al. (2002) encontraron un importante incremento de la prevalencia de “envejecientes exitosos” en función de si se sigue la definición criterial de Rowe y Kahn (1998) o si se utiliza el criterio personal autoinformado, ascendiendo de un 18,8% a un 50,3%.

Además de estas polémicas, en este campo de estudio se han detectado algunos problemas que pueden haber afectado a los resultados y conclusiones hallados en torno a este concepto así como a sus componentes. En primer lugar, algunos investigadores no definen el concepto en absoluto o sólo lo hacen de manera implícita mediante la elección de las medidas utilizadas (Bowling y Iliffe, 2006; Bowling, 2007). Su definición predominantemente implícita y más asociada al ámbito biomédico unida a la tendencia a realizar definiciones dicotómicas evidencia la restricción a las formas positivas de envejecer, limitando su alcance a unos pocos. Además, las definiciones conceptuales y las medidas del éxito han variado de manera importante entre los diferentes estudios llevados a cabo (Pruchno et al., 2010a). Por otra parte, se ha revelado cierta confusión entre los componentes e indicadores del envejecimiento exitoso y sus predictores (Bowling y Iliffe, 2006; Depp y Jeste, 2006; Fernández-Ballesteros, 2009; Pruchno et al., 2010a) ya que los componentes planteados en algunos estudios han sido utilizados como precursores o resultados en otros (Bowling y Iliffe, 2006).

Asimismo, tampoco se ha tenido en cuenta la naturaleza de los factores determinantes, es decir, si pertenecen a la persona, como los hábitos saludables, o al contexto que la rodea, como la disponibilidad de los servicios sanitarios y sociales (Fernández-Ballesteros, 2009). De hecho, por lo general apenas se ha considerado ni reconocido el rol de las condiciones externas que promueven el proceso individual del envejecimiento con éxito, constituyendo los factores comportamentales personales la mayor parte de los predictores estudiados (Fernández-Ballesteros, 2009). Como consecuencia, la responsabilidad de envejecer con éxito

recaería únicamente en el individuo, volviendo a una de las críticas realizadas a la teoría de la actividad (Katz, 2013).

Otra problemática detectada ha sido el enfoque casi exclusivo en personas de edad muy avanzada, la mayor parte de las veces mayores de 70 años (Pruchno et al., 2010a), de tal manera que muchos de los conocimientos derivados de la investigación están sesgados por aquellos que sobreviven hasta edades más avanzadas. Por ello, no queda claro si existen diferentes resultados a lo largo del proceso de envejecimiento.

Se ha evidenciado también una falta de atención a los aspectos relacionados con la medición, que han complicado la investigación en este campo (Pruchno et al., 2010a,b). Ello se puede observar en la falta de operativización del constructo, ya que si bien los propios autores Rowe y Kahn (1998) elaboraron una lista criterial de los componentes del envejecimiento con éxito, no operativizaron su definición, lo cual dificultó en gran medida la investigación posterior (Bowling, 2007; Strawbridge et al., 2002). Además, dicha falta de atención a la medición se puede observar también por la utilización de escalas e ítems diferentes en los estudios así como por la ausencia de escalas que aglutinen en una única medida este concepto.

Como resultado, no existe un estándar universalmente aceptado acerca de la definición, modelo teórico ni la medición del envejecimiento exitoso (Bowling y Iliffe, 2006; Depp y Jeste, 2006; Pruchno et al., 2010; Strawbridge et al., 1996; Tate et al., 2003), siendo este un elemento que debería ser mejorado en la investigación. Como afirman diferentes expertos en el tema, la definición de un envejecimiento positivo “debería ser aceptable para los profesionales de la salud, los investigadores y los adultos mayores” (Depp y Jeste, 2006), incluyendo un acuerdo entre los gerontólogos y los expertos procedentes de diferentes ramas que trabajan en este campo (Fernández-Ballesteros, 2009).

Por último, a pesar de que bajo esta nomenclatura se han estudiado un conjunto muy amplio de variables, existen unas limitaciones del concepto que me han llevado a descartarlo para este estudio. En primer lugar el uso del vocablo "éxito" y su opuesto inmediato "fracaso", que sería atribuible a quienes no consigan envejecer libres de enfermedades o de discapacidad (Pruchno et al., 2010a,b; Strawbridge et al., 2002), resulta en la exclusión de un gran número de personas mayores, convirtiendo esta forma de envejecer en una utopía inalcanzable para la mayoría de las personas (Bowling, 2007; Foster y Walker, 2015; Paúl et al., 2012). En segundo lugar, tales premisas que dan forma a una gran parte de la investigación, no conciben la gestión de la enfermedad ni la adaptación a las circunstancias personales (Bowling, 2007). De esta manera este concepto que resulta restrictivo, ya que la única forma de envejecer bien sería cumpliendo una lista de criterios demasiado irreales, cayendo una vez más en las limitaciones atribuidas a la teoría de la actividad. En tercer lugar, la responsabilidad del éxito en el envejecimiento se centra en el individuo y las consecuencias de sus elecciones revierten en la sociedad. Con ello, no se reconoce la importancia de los factores externos en las decisiones realizadas a nivel individual ni el rol de las instituciones que gestionan la población en ellas (Buys y Miller, 2006; Foster y Walker, 2015; Katz, 2013; Lassen y Moreira, 2014; Mendes, 2013; Rozanova, 2010). Por estos motivos, el concepto central bajo el que se realiza esta investigación es el de envejecimiento activo, cuyo desarrollo se presentará en el siguiente capítulo.





3. ENVEJECIMIENTO ACTIVO



3. Envejecimiento activo

El envejecimiento activo se ha convertido en el centro de las discusiones gerontológicas, políticas y sociales contemporáneas, especialmente en Europa (Clarke y Warren, 2007; Hasmanová, 2011), llegando a ser la política europea dominante para responder a los retos que supone el envejecimiento poblacional (Foster y Walker, 2013). Este concepto ha surgido tanto por la transformación de la investigación como por la preocupación de las organizaciones políticas por las consecuencias de las poblaciones que envejecen alrededor del mundo (Lassen y Moreira, 2014) y se podría decir que es la mayor respuesta política al envejecimiento demográfico (Walker y Maltby, 2012). Su actual primacía debe entenderse en el presente contexto social, con una tendencia demográfica caracterizada por el envejecimiento, la disminución de la población en edad de trabajar así como por la extensión de las representaciones cognitivas negativas asociadas a la edad (Ervik et al., 2008; Hasmanová, 2011; Lassen y Moreira, 2014; Stenner et al., 2011).

No es tan sólo una entidad científica ni un concepto individual, sino una noción compleja que tiene un papel clave en la estrategia mundial para la gestión de las poblaciones envejecidas (Kalache y Kickbusch, 1997; Stenner et al., 2011; Walker, 2009). Se podría decir que el envejecimiento activo es una herramienta política que viene siendo utilizada en las últimas décadas para constituir la futura sociedad que envejece y deshacer con ello el concepto social de vejez (Lassen y Moreira, 2014). De esta manera, su significado no puede ser "captado adecuadamente sin entender que fue diseñado para cambiar nuestras visiones, perspectivas, comprensiones, estereotipos y prejuicios sobre el envejecimiento para reconstruir la realidad social práctica del proceso de envejecimiento en una 'sociedad que envejece'" (Stenner et al., 2011:468).

Atendiendo a su descripción, sin entrar en su definición, su estudio o su aplicación práctica, se podría decir que es un concepto complejo y amplio por la combinación de las preocupaciones políticas, éticas y científicas que supone y hace referencia a una realidad multidimensional junto a la diversidad de determinantes que influyen en su aparición (Lassen y Moreira, 2014; Moulart y Paris, 2013; OMS, 2002). Este concepto une la actividad y participación, la salud, la independencia y el buen envejecer, aunque la participación resulta ser el componente central (van Malderen et al., 2013).

En este concepto, la elección del adjetivo "activo" puede ser atribuida a un doble sentido. Por un lado, el ser humano, como ente bio-psico-social, es un agente activo de su propio envejecimiento, que se va construyendo a lo largo de la vida en interacción con un mundo también activo y a través de un proceso continuo y dinámico (Bandura, 1986; Caprara et al.,

2013; Fernández-Ballesteros, 2009; Fernández-Mayoralas et al., 2015; OMS, 2002). Por otro lado, hace referencia a la participación continua en actividades de diversa índole, que incluyen los ámbitos social, económico, cultural, físico y las actividades rutinarias de la vida diaria (OMS, 2002; Stenner et al., 2011; Walker, 2002, 2006). De esta manera, el propio adjetivo "activo" alude tanto a la actividad, que constituye un elemento muy importante en el envejecimiento activo, como al fomento de la capacidad de ser agente de su propia vida y de su envejecimiento, estando ambas conceptualizaciones estrechamente relacionadas (Stenner et al., 2011). Así, este concepto avanza desde la idea de potencialidad hasta reflejar lo que las personas realmente hacen (Boudiny, 2013).

En la concepción del envejecimiento activo se han establecido una serie de principios que permitirán la cumplimentación de sus objetivos. En un primer momento, Walker (2002) establece siete principios básicos, a los que Foster y Walker (2015) añaden un octavo. El primero de ellos hace referencia al abordaje de la actividad, refiriéndose a ella como un concepto amplio, incluyendo todas aquellas actividades significativas que contribuyan al bienestar del individuo y su familia, la comunidad local y la sociedad en general (Walker, 2002). De esta manera, las personas podrán elegir el modo en que pasan su tiempo de vida, en aprender, trabajar, ocio o cuidado (Perek-Białas, Ruzik, y Vidovičová, 2008).

El segundo alude a la inclusión de todas las personas mayores, no sólo a los mayores-jóvenes, independientes y con buena salud, sino también aquellos frágiles, dependientes o que necesitan asistencia (OMS, 2002; Walker, 2002, 2006). Cualquier estrategia de envejecimiento activo debería ser sensible con estos grupos, previniendo la enfermedad y la discapacidad cuando sea posible y proporcionando oportunidades adaptadas a las poblaciones más vulnerables, sin asumir que todos pueden y deben ser igualmente activos en la misma cantidad y tipo.

También aborda el rol de la prevención, ya que se crea como un concepto especialmente preventivo que alude a todo el ciclo vital y todos los grupos demográficos. En este sentido, fomenta a la par la prevención de la enfermedad, la discapacidad y la dependencia, así como la promoción de la salud y la actividad (OMS, 2002; Walker, 2002, 2006).

El cuarto incumbe al fomento y mantenimiento de la solidaridad intergeneracional. En él se defiende la justicia entre generaciones así como la necesidad de incrementar las oportunidades de desarrollar actividades que incluyan varios grupos generacionales (Walker, 2002, 2006). De hecho, el envejecimiento activo debe abarcar a todas ellas, no solo a las personas mayores, ya que sólo de esa manera se podrá conseguir unir a toda la sociedad y concienciar de la necesidad de afrontar la vida de esta manera.

Este concepto implica tanto derechos como obligaciones de manera que, parejo a la proporción de protección social, educación y formación a lo largo de la vida, se insiste en la obligación de aprovechar tales oportunidades proporcionadas. No obstante, el balance entre ambos debe ser tratado con cuidado para no convertirse en una estrategia coercitiva (Walker, 2002, 2006; Walker y Maltby, 2012).

Por otro lado, se resalta también la característica participativa y empoderante del envejecimiento activo, con el fomento de actitudes activas desde los ciudadanos para crear y defender su propia elección de las actividades a realizar, sin que sea una estrategia únicamente

planteada desde el ámbito político (Walker, 2002, 2006). Ello promueve la comunicación bidireccional entre la sociedad y la política, para evitar la actual imposición desde las jerarquías superiores y su conversión a una estrategia coercitiva (Stenner et al., 2011).

Además, debe respetar la diversidad nacionalidad y cultural en relación a las formas de participación, sin realizar juicios de valor sobre qué tipo de actividad es mejor (Walker, 2002, 2006). En este sentido, la actividad y por tanto, de envejecimiento activo, son definidos y contruidos social y culturalmente (Monreal, 2008), por lo que debe contemplarse las normas y las características culturales específicas en la operativización del concepto.

El último principio propuesto se refiere a la flexibilidad de la aproximación, ya que la vertiente individual del concepto implica que su significado varía entre las personas y los recursos de los que cada uno dispone para envejecer bien, además de los cambios en las limitaciones y preferencias que se van produciendo a lo largo del ciclo vital. Por ello, las políticas de envejecimiento activo deberían ayudar a las personas a aceptar y afrontar los cambios e integrarlos en sus vidas así como diseñar un plan más personalizado teniendo en cuenta la situación individual de la que se parte (Foster y Walker, 2015).

En función de todo lo anterior, debe establecerse una colaboración entre el ciudadano y la sociedad en la que la responsabilidad sea compartida entre los ciudadanos y la sociedad (Foster y Walker, 2015; Walker, 2002). El envejecimiento activo es un concepto político tan raro que unifica los intereses de todos los grupos de interés clave: ciudadanos, organizaciones no gubernamentales, intereses de negocios y responsables políticos. De hecho, alude tanto al nivel micro, meso y macro, dirigiéndose a las personas así como a la sociedad en todas las etapas del ciclo vital, por lo que debe ser promovido tanto desde el punto de vista poblacional como individual (Caprara et al., 2013; Fernández-Ballesteros et al., 2004, 2006; Fernández-Ballesteros, 2009; Foster y Walker, 2013; OMS, 2002; Walker y Maltby, 2012; Zamarrón, 2007, 2013). Por un lado, a nivel político y social se reclama la mejora de los determinantes contextuales, de los sistemas de salud y de protección social, las pensiones o la adaptación de las condiciones ambientales entre otros, para crear mejores oportunidades que faciliten la toma de decisiones individuales y así evitar las implicaciones negativas normalmente asociadas a la vejez (Katz, 2005; OMS, 2002; Venn y Arber, 2011). Por otro lado, se promueve la responsabilidad individual en el autocuidado, para que las personas hagan todo lo posible para influir en su proceso de envejecimiento de manera positiva mediante la participación activa (Fernández-Mayoralas et al., 2015; Hasmanová, 2011) y el cuidado de la propia salud (OMS, 2002).

A la par, los objetivos se establecen a diferentes niveles. Por ejemplo, desde el nivel macro se propone ampliar la esperanza de vida saludable y el bienestar de todas las personas que envejecen, para disminuir los costes del cuidado social y de la salud, así como incrementar la permanencia en el empleo para reducir los costes de las pensiones (Foster y Walker, 2015). A nivel individual se busca promover el bienestar de las personas mayores mediante la promoción de la participación en diversas actividades (Foster y Walker, 2013; OMS, 2002; Walker, 2002, 2006).

Tabla 5. Objetivos del envejecimiento activo a nivel micro y macro.

Nivel	Objetivos	Subobjetivos
Macro	Incrementar esperanza de vida saludable o libre de limitación	Participar en actividades de promoción y mantenimiento de la capacidad y la salud
	Permanecer más tiempo en el empleo	Aumentar la edad de jubilación
Micro	Participación en la sociedad remunerada y no remunerada	Flexibilizar la jubilación
	Promover el bienestar de las personas mayores	Aprender durante toda la vida
Micro	Promover la independencia	Ser activo tras la jubilación
		Incrementar el voluntariado
		Mantener y promover la salud física
		Mantener y promover la salud mental
		Incrementar la inclusión social
		Mantener la independencia y autonomía
		Promover la participación social
		Promover el ocio
		Promover el empleo
		Promover el cuidado de otras personas
		Incrementar la actividad física

Todo ello lo convierte en un concepto muy complejo, tanto por la dualidad de ámbitos que lo abordan, con sus respectivos objetivos, el político y el científico, como porque puede ser estudiado desde el nivel poblacional e individual (Caprara et al. 2013). Además, este concepto ha calado en la sociedad, lo que contribuye a que cada persona tenga su propia representación del envejecimiento activo. A continuación se realizará un recorrido por las diferentes aproximaciones para conocer el énfasis de cada una de ellas.

3.1. APROXIMACIÓN POLÍTICA

Desde un punto de vista político, el envejecimiento activo hace referencia a las estrategias individuales o colectivas para optimizar la participación económica, social y cultural a lo largo de la vida, con el objetivo de gestionar las poblaciones que envejecen presentes y futuras (Kalache y Kickbusch, 1997; Lassen y Moreira, 2014; OMS, 2002; Perek-Biała et al., 2008; Walker, 2009). Por ello, este concepto ha sido abordado generalmente de forma poblacional, estableciendo objetivos a nivel macro para cuyo cumplimiento se requiere rediseñar y unificar las políticas sociales, sanitarias, de empleo y de gestión de la población.

La política de envejecimiento activo es una articulación específica de modelos y formatos demográficos, económicos y de gerontología social, para crear un nuevo modelo de vejez en la que se dota de nuevos roles a las personas mayores (Foster y Walker, 2015; Lassen y Moreira, 2014). Su vertiente política se diseñó para cambiar las estructuras cognitivas y las representaciones mentales del envejecimiento, instauradas por las políticas sociales de las últimas décadas, cambiando las perspectivas, estereotipos y prejuicios sobre el mismo (Lassen y Moreira, 2014; Stenner et al., 2011). Si bien existen intentos previos de incorporar algunos conceptos del paradigma del envejecimiento positivo a la política, el éxito del envejecimiento activo se debe a que es mucho más amplio, supera las críticas realizadas a los marcos teóricos anteriores e incorpora en un mismo concepto al envejecimiento con éxito, productivo y saludable (Buys y Miller, 2006; Mendes, 2013; OMS, 2002; Walker, 2002).

Existe una aceptación generalizada de que la vida activa está positivamente asociada con otros valores éticos altamente apreciados, como la autonomía personal, la salud, la

satisfacción vital y la calidad de vida en general. Por ello, desde esta aproximación se promueve la vida activa de la población mayor en diferentes dominios de la vida personal, familiar, social y profesional, reconociendo la contribución valiosa de las personas mayores en todos ellos (Avramov y Maskova, 2003; Buys y Miller, 2006). Los dos objetivos principales desde esta aproximación política se refieren al incremento y mantenimiento de la salud y la productividad de las personas mayores. Por un lado, la finalidad última es la prolongación de la salud, la independencia y el bienestar a lo largo de la vida (Caprara et al., 2013), en términos de esperanza de vida saludable, que está muy determinada por la capacidad de mantener la autonomía y la independencia (Di Gessa y Grundy, 2014; OMS, 2002; Sidorenko y Zaidi, 2013). Por otro lado, el objetivo final sería el incremento de la productividad de los mayores en diversas actividades, principalmente la participación productiva remunerada y no remunerada que incremente el valor social, así como la transmisión de conocimiento a generaciones venideras. Estos objetivos son comprensibles teniendo en cuenta el momento histórico y demográfico en el que surge así como los retos a los que se debe hacer frente desde el ámbito político. Tales objetivos enfatizan unos aspectos más limitados u otros más amplios en función del organismo político del que se trate y que esta aproximación ha ido modificándose a lo largo de los años.

El envejecimiento activo se ha convertido en el tema central de las políticas de la Unión Europea y la OMS (EC, 1999, 2005a,b; OMS, 2002; WHO, 1999) y se ha forjado como resultado del desarrollo de un paradigma positivo del envejecimiento. En él se pueden detectar influencias del envejecimiento productivo, por su promoción de las actividades productivas en el grupo de personas mayores como forma de mantener el sistema de pensiones y los sistemas de bienestar en general (Bass et al., 1993; Buys y Miller, 2006; Foster y Walker, 2013; Mendes, 2013; Walker, 2002). También ha incorporado el envejecimiento saludable, al incluir su énfasis en la promoción y mantenimiento de la salud y la independencia hasta edades avanzadas mediante prácticas de saludables, especialmente mediante la actividad física (WHO, 1990), como medio para mantener a las personas en buen estado de salud durante más tiempo (Foster y Walker, 2013; OMS, 2002; Walker, 2002; WHO, 1994).

El término de envejecimiento activo surgió en el Año Internacional de las Personas Mayores (1999), introducido por Kalache en un artículo que establece una asociación entre la actividad y las oportunidades de ser sano durante la vejez y en el que resalta la necesidad de crear y mantener las oportunidades para que las personas mayores permanezcan activas (Kalache, 1999). Por primera vez y previamente a la definición propuesta por la OMS en 2002, se define el envejecimiento activo como “el proceso de optimización de las oportunidades para el bienestar físico, social y mental a lo largo del ciclo vital para extender la esperanza de vida saludable”, estableciendo de forma preliminar el envejecimiento activo como área política clave de la OMS, cuyos beneficios revertirían en ellos mismos y en la sociedad. De esta manera, este concepto fue adoptado por la OMS a finales de los 90 para transmitir un mensaje más completo que el de envejecimiento saludable, ya que reconoce otros factores que afectan al proceso de envejecimiento más allá de la salud, como la actividad y la participación a múltiples niveles (Fernández-Ballesteros, 2005; Kalache y Kickbusch, 1997; OMS, 2002; Zamarrón, 2013).

El gran cambio del foco de la OMS tuvo lugar en una de las iniciativas más relevantes en este contexto, como fue la *Declaración Política* y el *Plan de Acción Internacional de Madrid*

sobre el Envejecimiento adoptada en la *Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento de Naciones Unidas* celebrada en 2002, a la que asistieron los representantes de 159 países y que marcó un punto de inflexión en el afrontamiento del envejecimiento poblacional en el continente europeo. En ella, la ONU presentó su marco político sobre el envejecimiento activo, dando lugar a la aparición de un nuevo concepto político que recoge la tradición científica que se venía tratando en las últimas décadas del siglo XX. Como resultado de esta asamblea, se publicó el folleto de "Envejecimiento activo. Un marco político" (OMS, 2002) orientado a todos los responsables de formular las políticas y programas del envejecimiento. En él se defendía la necesidad de afrontar el envejecimiento poblacional con la coordinación de los diferentes organismos para promover el envejecimiento activo, definido como "el proceso de optimizar las oportunidades de salud, participación y seguridad, con el fin de mejorar la calidad de vida y el bienestar a medida que las personas envejecen". En esta definición se puede observar un concepto amplio, donde se diferencian los tres principales pilares sobre los que se debe sustentar el envejecimiento: participación, salud y seguridad (OMS, 2002; Paúl et al., 2012). Además, se defiende que el envejecimiento activo permite a las personas desarrollar todo su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital y participar en la sociedad de acuerdo a sus necesidades, deseos y capacidades, mientras le proporciona una protección, seguridad y cuidados adecuados cuando necesitan asistencia. Con ello se reconocen los derechos humanos de independencia, participación, dignidad, atención y autodesarrollo (Zamarrón, 2007).

De esta manera, el concepto político de envejecimiento activo propuesto agrupa bajo un mismo concepto la salud, independencia y productividad de las personas mayores, enfatizando su repercusión en la calidad de vida y el bienestar (EC, 1999; Walker, 2002). Asimismo, se defiende la interrelación crítica entre la salud y la actividad, dado que una escasa salud puede determinar la actividad, convirtiéndose en un factor clave para la jubilación anticipada; y a su vez la actividad puede ser también un contribuidor importante para la salud (Stenner et al., 2011; Walker, 2002). En cierto modo, este concepto se creó para resolver los problemas o preocupaciones de los sistemas políticos a la par que se superaba la estrechez conceptual de los conceptos previos (envejecimiento productivo y envejecimiento saludable), ya que en su desarrollo se especifica que el término "activo" no sólo hace referencia a la capacidad para estar físicamente activo o participar en la mano de obra, sino que abarca una participación continua en las cuestiones sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas (OMS, 2002). Esto es, con este concepto se avanzó desde la perspectiva productiva al centrarse en un rango de actividades más amplio que las productivas y de mercado laboral, al resaltar la inclusión y participación de los mayores como ciudadanos y abogar por un estilo de vida general activo. La conocida cita de "Se han añadido años a la vida, ahora debemos añadir vida a los años" recoge bien esta idea (Walker, 2002).

En el plano europeo, el envejecimiento se convirtió en el tema central de las políticas europeas cuando la Comisión Europea encargó en 1990 un observatorio para estudiar el impacto de las políticas nacionales de envejecimiento (Foster y Walker, 2013). Ello derivó en que el empleo se posicionó como el punto central de las políticas europeas de gestión de la edad durante toda la década de los 90 (Foster y Walker, 2015; Walker, 2009; Walker y Maltby, 2012). Estas iniciativas giraban en torno a la necesidad de romper las tendencias de jubilación anticipada de la población y de mantener a las personas durante más tiempo en el mercado laboral, llamando la atención sobre las prácticas de discriminación a la edad presentes en el mismo.

Posteriormente, se han ido diferenciando dos tipos de discursos políticos en relación al envejecimiento activo, especialmente tras el tratado de Lisboa de 2007 (Foster y Walker, 2013, 2015; Walter y Maltby, 2012). El primero de ellos y el más dominante, enfatiza la aproximación limitada economista o productivista y se centra casi por completo en políticas de empleo y de extensión de la implicación en el mercado laboral tras la edad de jubilación (por ejemplo, EC, 1999). Con una visión un poco más amplia, el European Council defiende además de la creación de oportunidades para permanecer más tiempo en el mercado laboral, la importancia de contribuir a la sociedad a través del trabajo no remunerado, como el voluntariado o la transmisión de conocimiento a los más jóvenes y familiares, así como de vivir autónomamente y con dignidad por cuanto sea posible (Avramov y Moskova, 2003; Foster y Walker 2015; Hasmanová, 2011).

Las aproximaciones más recientes han sido las más completas, como por ejemplo la concepción bajo la cual se ha desarrollado el Año Europeo de Envejecimiento Activo y Solidaridad Intergeneracional, celebrado en 2012. En este contexto, este es entendido como el envejecimiento producido en buena salud, como miembros de la sociedad, sintiéndose realizados en su trabajo, más independientes en sus vidas diarias y más involucrados como ciudadanos (Sidorenko y Zaidi, 2013). Su objetivo ha consistido en impulsar el conocimiento de la población sobre el envejecimiento y en proponer soluciones para abordar este reto, resaltando la necesidad de favorecer el envejecimiento activo para ayudar a las personas a tomar un rol activo en la sociedad así como de promover la salud en el envejecimiento. Para ello se ha pretendido crear un marco para las nuevas iniciativas y colaboraciones a todos los niveles: nacional, regional, local y mediante colaboraciones sociales. No obstante, esta oportunidad no ha sido plenamente aprovechada (Foster y Walker, 2013).

Este concepto tiene un mayor potencial político que otros discursos de envejecimiento, por presentarse como una estrategia completa y sólida que une dominios políticos clave como empleo, pensiones, jubilación, salud y ciudadanía (Foster y Walker, 2015; Walker, 2002) y porque se ha convertido en una prioridad en la agenda política europea (Foster y Walker, 2013, 2015; Hasmanová, 2011). No obstante, la realidad es que hasta la actualidad ha predominado un enfoque productivista y economista en dicha política europea de envejecimiento activo, especialmente por parte de la Comisión Europea (Clarke y Warren, 2007; Foster y Walker, 2013; Perek-Białas et al., 2008; Walker y Maltby, 2012). Este organismo entiende el envejecimiento activo como una estrategia coherente para permitir envejecer bien en las sociedades que envejecen, que en la práctica significa aprender durante toda la vida, trabajar más tiempo, jubilarse más tarde y más gradualmente, ser activo después de la jubilación y comprometerse en actividades de promoción de las capacidades y de mantenimiento de la salud (EC, 2002). Como se puede observar, existe un énfasis importante en promocionar la jubilación tardía (Madero-Cabib y Kaeser, 2016). De hecho, mientras que en la teoría se enfatiza la necesidad de salirse de las nociones de envejecimiento puramente económicas hacia unas más holísticas que incluyen la calidad de vida, el bienestar físico y mental y la participación social (Foster y Walker, 2013; Sidorenko y Zaidi, 2013; Walker, 2002), los instrumentos políticos reales todavía se centran primordialmente en el empleo, mostrando una tendencia a excluir otros aspectos como la salud o la capacidad de vivir de manera autónoma (Bowling, 2009; Sidorenko y Zaidi, 2013; Walker y Maltby, 2012; Walker, 2009). No obstante, quizá la razón se deba a que el rol de la UE es más el de coordinar y fomentar buenas prácticas que el de legislar directamente (Lassen y Moreira, 2014) y

posiblemente por ello todavía no se ha materializado una aproximación política completa (Foster y Walker, 2014).

Las propuestas e iniciativas de la OMS y la UE tienen varios elementos en común, como su defensa acerca de la necesidad de afrontar el envejecimiento poblacional y la consideración de la actividad como rejuvenecedora. Sin embargo pueden percibirse varias diferencias en base a su concepción del envejecimiento activo y por tanto constituyen dos formas diferentes de deshacer el concepto de vejez (Lassen y Moreira, 2014; Moulaert y Paris, 2013). En primer lugar, la visión de la OMS (2002) es mucho más amplia y completa, en contraste con la de la UE, mucho más estrecha y limitada (Hasmanová, 2011; Perek-Białas et al., 2008). Por otro lado, la OMS promueve el envejecimiento activo durante todo el ciclo vital mientras que la UE se centra más en los grupos demográficos mayores de 50 años. Además, ambas tienen objetivos institucionales diferentes: mientras que la OMS es una organización orientada a la promoción de la salud, la UE se encarga del control de la legislación y la economía de sus estados miembros. Por tanto, la OMS se centra en la promoción de estilos de vida individuales saludables así como de los determinantes del envejecimiento activo más relacionados con la salud y capacidad funcional a lo largo del ciclo vital, incluyendo así una visión individual del envejecimiento. En la UE, sin embargo, prima el modelo demográfico con una política articulada a modificar las representaciones cognitivas de la vejez, con el fin de incluir a los mayores en la vida social y económica mediante la promoción de su productividad (Lassen y Moreira, 2014). Como consecuencia, las políticas de envejecimiento activo de la OMS se centran en la promoción de la actividad individual, con un mayor foco en la actividad física, mientras que la UE se refiere a la actividad productiva, centrándose en primer lugar en el empleo (Lassen y Moreira, 2014; Walker y Maltby, 2012). En función de ambas concepciones, la abstención del envejecimiento activo transmite valores diferentes también en cada una de ellas, ya que mientras en la OMS la pasividad es equiparable a no saludable, en la UE significa ser asocial (Lassen y Moreira, 2014).

Como se puede observar, existe poco acuerdo e incluso incertidumbre en lo que significa el envejecimiento activo en la práctica (Foster y Walker, 2013). En vista de esta información, podría decirse que desde el ámbito político europeo se ha priorizado la vertiente productivista del concepto, haciendo referencia al empleo, la participación en la sociedad y el aprendizaje continuo, volviendo con ello a su precursor, el envejecimiento productivo (Boudiny, 2013; Bowling, 2009). Se ha tratado de fomentar el cambio de los estilos de vida así como aumentar la cohesión y la productividad social y en menor medida, la salud. No obstante, se ha ido centrando excesivamente en los mayores al aludir a la responsabilidad individual, trasladando en cierto modo la presión hacia los mayores y sus familias, aunque estos por sí solos no pueden cambiar todo (Mendes, 2013). Por ello se debería volver a hacer hincapié en la necesidad de la unión de los niveles de actuación micro, meso y macro-estructurales.

3.2. APROXIMACIÓN CIENTÍFICA

Por otro lado, el ámbito gerontológico y la investigación se caracterizan por la mezcla de perspectivas y disciplinas. La literatura socio-gerontológica sobre la que se ha construido este concepto viene ensalzando desde los 40 y 50 la importancia de un estilo de vida activo en la vejez para la consecución de la satisfacción personal, culminando en su día con la teoría de la actividad (Boudiny, 2013; Bowling, 2009; Foster y Walker, 2013, 2015; Walker, 2002). Por ello es comprensible que el énfasis en la actividad y en su unión con el bienestar y la

satisfacción vital de las personas haya sobrevivido hasta día de hoy (Foster y Walker, 2013; Walker, 2002).

Este concepto ha sido abordado desde diferentes disciplinas, resultando en la elaboración de multitud de definiciones, cada una con mayor énfasis en ciertos aspectos. Según Boudiny (2013), las definiciones y aproximaciones realizadas sobre el envejecimiento activo pueden diferenciarse en tres tipos. El primero de ellos se caracteriza por una aproximación unidimensional, centrándose fundamentalmente en un aspecto, bien en el plano economicista, referido al empleo prolongando la vida laboral, o bien en la actividad física, como forma de mejorar la salud en la vejez (Boudiny, 2013; Boudiny y Mortelmans, 2011; Clarke y Warren, 2007). La mayor parte de estas definiciones son implícitas, manifestando su unidimensionalidad a través de las variables incluidas en los estudios. En relación a la dimensión más puramente económica, el empleo no sólo ha ocupado la mayor parte de las políticas en relación al envejecimiento activo, sino que también ha sido ampliamente estudiado en el ámbito científico (Brooke, Taylor, McLoughlin, y Di Biase, 2013; Di Gessa y Grundy, 2014; Ervik et al., 2008; Hofäcker, 2015; Perek-Białas et al., 2008). Desde esta aproximación se ha enfatizado la promoción de vidas laborales más largas, de combatir la discriminación relacionada con la edad (Walker, 2002) o la mejora de las habilidades para adaptarse al mercado laboral (Davey, 2002), llegando a ser presentado como la única forma de que los mayores se sientan felices (Ervik et al., 2008). Por su parte, la participación o la actividad ha sido representada únicamente por medio de la actividad física en diversidad de estudios (Ahrentzen, 2010; Correa, Gámez, Ibáñez, y Rodríguez, 2011; Foy et al., 2013; Michael, Green, y Farquhar, 2006; Zeitler, Buys, Aird, y Miller, 2012).

Cualquiera de ambas conceptualizaciones sería insuficiente y la reducción unidimensional del concepto contradice explícitamente la intención y las recomendaciones de la OMS (2002). Esta organización explicita que el término "activo" no debe referirse únicamente a la capacidad de ser físicamente activo ni al mercado laboral, sino a la participación continua en cuestiones sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas (OMS, 2002). Centrarse exclusivamente en cualquiera de las dos concepciones lleva consigo diferentes tipos de consecuencias. A nivel conceptual, un foco exclusivo en el empleo lleva directamente el concepto de envejecimiento activo a su precursor, el envejecimiento productivo; de la misma manera que un foco exclusivo en la actividad física reduciría el concepto al envejecimiento saludable, por lo que todo el esfuerzo por crear un concepto inclusivo sería reducido a nada y llevaría al envejecimiento activo a un concepto que es "poco más que una retórica vacía" (Boudiny, 2013; Boudiny y Mortelmans, 2011; Clarke y Warren 2007; Fernández-Ballesteros, 2009). Por otro lado, ambas conceptualizaciones tienden a excluir a ciertos grupos poblacionales, bien sea los que no participan en el empleo remunerado, o bien los que sufren limitaciones físicas severas (Boudiny, 2013) e ignora la capacidad de envejecer activamente siguiendo diferentes caminos (Biggs, 2001; Ranzijn, 2010). Además, un énfasis exclusivo en el empleo puede ignorar la contribución valiosa que los mayores hacen a la sociedad de maneras diferentes, como a través del cuidado de los nietos, favoreciendo la conciliación laboral de sus hijos o del voluntariado (Boudiny, 2013; Boudiny y Mortelmans, 2011).

El segundo tipo de definiciones alude a las aproximaciones multidimensionales, que incluyen la participación en varios dominios de la vida, no sólo en las económicas sino también en las actividades sociales y de ocio (Avramov y Maskova, 2003; Blanco, 2010;

Boudiny, 2013; Foster y Walker, 2013; Houben, Audenaert, y Mortelmans, 2004; Sidorenko y Zaidi, 2013). Por ejemplo, para Avramov y Maskova (2003), el envejecimiento activo es una combinación de la participación continua en el mercado laboral y en las actividades domésticas (como el cuidado de otras personas) así como la participación activa en la vida comunitaria, mediante el voluntariado y las actividades de ocio activo (aficiones, deportes, viajes y actividades creativas). Este tipo de definiciones no están exentas de críticas ya que, si bien avanzan hacia la multidimensionalidad, esta se refiere a los diferentes tipos de participación que tienen las personas, excluyendo el otro gran foco del envejecimiento activo: la salud (Walker, 2002). Por otro lado, este grupo de definiciones suelen centrarse en las actividades desarrolladas por los mayores-jóvenes, abarcando a las personas entre los 60 y los 75 años, excluyendo a los mayores-mayores (Boudiny, 2013; Clarke y Warren, 2007).

El tercer tipo de definiciones supera el ámbito comportamental e incluye aspectos como la salud (Boudiny, 2013; Deeming, 2009; Fernández-Ballesteros, 2009) o las circunstancias económicas (Cloos et al., 2010). No obstante, este grupo podría incurrir en un error conceptual por mezclar los constituyentes y los determinantes del envejecimiento activo y llegando a acercarse al concepto global de calidad de vida, que incluye el bienestar económico en su definición (Boudiny, 2013; Fernández-Ballesteros, 2009).

Por otro lado, la revisión de la literatura científica en relación a este concepto ha puesto de manifiesto una mayor representación de estudios de corte conceptual o de revisión crítica, así como estudios cualitativos, siendo escasos los estudios que han propuesto una definición operativa multidimensional del envejecimiento activo.

En primer lugar, destacan los estudios conceptuales o de desarrollo teórico. Algunos de ellos parten de otro concepto y relacionan con el envejecimiento activo, como la compresión de la morbilidad (Fries, 2012; Schroots, 2012), la generatividad (Kruse y Schmitt, 2012) o la neurocultura (Williams et al., 2012); otros han desarrollado el propio concepto de envejecimiento activo (Avramov y Maskova, 2003; Ervik et al., 2008; Foster y Walker, 2013, 2015; Lassen y Moreira, 2014; Pinazo, 2012; Walker, 2002, 2006, 2009; Walker y Maltby, 2012), los elementos que lo componen (Sánchez, 2004; Tam, 2011), los entornos que lo favorecen (Monreal, 2008; Zaidi, 2014) u otros aspectos relacionados con el envejecimiento que pueden influir en la capacidad de envejecer activamente (Plouffe y Kalache, 2010; Venn y Arber, 2011). Por otro lado, destacan los artículos que critican el concepto o que hacen una reflexión crítica del mismo (Boudiny y Mortelmans, 2011; Boudiny, 2013; Katz, 2000, 2013; Mendes, 2013; Ranzijn, 2010; Sánchez y Hatton-Yeo, 2012; van Dyk, 2014).

En segundo lugar estarían los estudios cualitativos. Los diferentes puntos de vista sobre el concepto han podido influir en la gran cantidad de estudios que analizan cualitativamente el envejecimiento activo y sus significados (Bowling, 2008, 2009; Brooke et al., 2013; Buys y Miller, 2006; Buys et al., 2008; Clarke y Warren, 2007; Cloos et al., 2010; Deeming, 2009; Gjevjon, Øderud, Wensaas, y Moen, 2014; Hasmanová, 2011; Lie, Baines, y Wheelock, 2009; Lin, Chen, y Cheng, 2013; Lucena et al., 2010; Nantsupawat, Kamnuansilapa, Sritanyarat, y Supawatanakorn, 2010; Stenner et al., 2011; Townsend et al., 2006).

En tercer lugar, existe una gran variedad de artículos que estudian cuantitativamente el envejecimiento activo centrándose en elementos concretos del mismo, con una mayor representación de la vertiente política del concepto, centrada en el empleo (Ervik et al., 2008;

Di Gessa y Grundy, 2014; Hofäcker, 2015; Madero-Cabib y Kaeser, 2016; Perek-Białas et al., 2008); seguida de la vertiente de la actividad física (Ahrentzen, 2010; Correa et al., 2011; Foy et al., 2013; Michael et al., 2006; Sykes y Robinson, 2014; Zeitler et al., 2012), de la salud (Mendoza-Núñez, Martínez-Maldonado, y Correa-Muñoz, 2009) o de la participación en diferentes tipos de actividades (Blanco, 2010; Fernández-Ballesteros et al., 2004; Fernández-Mayoralas et al., 2015). Algunos estudios han abordado también el constructo de manera completa (Montero et al., 2011; Paúl et al., 2012; Perales et al., 2014; Tareque, Hoque, Islam, Kawahara, y Sugawa, 2013; Tareque, Ahmed, Tiedt, y Hoque, 2014). También existe un grupo menor de artículos que han estudiado la eficacia de programas en relación al envejecimiento activo (Caprara et al., 2013; Fernández-Ballesteros et al., 2004; Foy et al., 2013; Mendoza-Ruvalcaba y Arias-Merino, 2015). Además, existen unos pocos estudios que han abordado el envejecimiento activo en el contexto de servicios de cuidados residenciales de larga duración (Fereshtehnejad y Lökk, 2014; Fernández-Mayoralas et al., 2015; van Malderen et al., 2013).

Tabla 6. Número de estudios que abordan el concepto de envejecimiento activo.

Tipo de estudio	Definición de envejecimiento activo	Número de estudios
Conceptual		12
Crítico		8
Cualitativos		15
Cuantitativos	Unidimensionales	14
	Multidimensionales	2
	Problemáticos: en lugar de los componentes abordan los determinantes	3

Tal como se puede observar, a pesar de su gran expansión a nivel científico y de su importancia como concepto político, se han realizado pocos esfuerzos para dotar de evidencia empírica a la definición operativa del concepto, siendo una conclusión repetida a lo largo de los diferentes estudios la solicitud de una definición operativa comúnmente aceptada del envejecimiento activo (Avramov y Maskova, 2003; Boudiny, 2013; Foster y Walker, 2013; Lassen y Moreira, 2014; OMS, 2002; Paúl et al., 2012; Perek-Białas et al., 2008; Ranzijn, 2010). Menos aún han sido los estudios que han desarrollado una definición operativa del concepto cuya validez de constructo haya sido probada científicamente (Paúl et al., 2012). Entre ellos, se podría mencionar el llevado a cabo por Paúl et al. (2012). En él se ha tratado de validar y probar empíricamente el modelo de la OMS aunque sus resultados no lo confirmaron. El modelo resultante estaba compuesto por seis factores: la salud, que se componía a su vez por la salud percibida, la condición física subjetiva, la enfermedad y las actividades de la vida diaria; el factor psicológico, que reunía variables como el estrés psicológico, la felicidad, el optimismo, el neuroticismo, la calidad de vida y la soledad; el factor cognitivo, que incluye el nivel educativo, los ingresos y el deterioro cognitivo; el factor biocomportamental que se refiere al flujo máximo y la fuerza en la mano; el factor de relaciones sociales, que agrupo a la familia, los amigos y la confianza y el factor personalidad, que se refiere a la extraversión y la apertura a la experiencia. Todas las variables incluidas fueron categorizadas en un número diferente de categorías en cada caso. No obstante, si bien su objetivo era la validación del constructo de envejecimiento activo, en realidad afirmaron medir y construir el modelo de los determinantes del envejecimiento activo de la OMS, lo cual no probaría en realidad la validez del constructo sino de sus determinantes.

Por otro lado, Caprara et al. (2013) también probaron empíricamente un modelo de envejecimiento activo propuesto por Fernández-Ballesteros (2009) y Fernández-Ballesteros et al. (2006). En él, el envejecimiento activo está compuesto por cuatro dimensiones; salud y ajuste físico, funcionamiento físico y cognitivo, afecto y control y participación social. Este modelo está basado en la literatura científica así como en las opiniones populares sobre el concepto. No obstante, en él se incluye en la definición del envejecimiento activo un elemento que también denominan predictor en su modelo: el control. Además, las variables de este modelo eran dicotómicas y las personas eran clasificadas como *envejecientes* activos sólo cuando cumplían todos los criterios (Fernández-Ballesteros et al. 2006). Al respecto, este tipo de variables limita el porcentaje de personas que tendrían un envejecimiento activo, excluyendo directamente a aquellos con algún tipo de discapacidad o limitación funcional. Por otro lado, a pesar de incluir las visiones comunes del envejecimiento activo, no se incluyen las variables de ocio, elemento considerado importante en la vida de las personas mayores y que ha sido reiterado en la investigación cualitativa (Avramov y Moskova, 2003; Boudiny, 2013; Boudiny y Mortelmans, 2011; Bowling, 2006, 2008; Clarke y Warren, 2007).

Finalmente, también se han realizado estudios sobre los predictores o determinantes de envejecimiento activo (Ahrentzen, 2010; Annear et al., 2014; Barrett y McGoldrick, 2013; Blanco, 2010; Buys y Miller, 2006; Di Gessa y Grundy, 2014; Michael et al., 2006; Montero et al., 2011; Sykes y Robinson, 2014; van Malderen et al., 2013; Zeitler et al., 2012). Estos se dividen a su vez en estudios que estudian los predictores sociales (Blanco, 2010; Hirai, Kondo, y Kawachi, 2012), los elementos ambientales que promueven el envejecimiento activo (Annear et al., 2014; Hirai et al., 2012; Michael et al., 2006; Zeitler et al., 2012) y los personales (Montero et al., 2011). En este punto es necesario hacer un matiz, ya que algunos estudios que defienden estudiar el constructo, en realidad afirman estudiar sus determinantes, aludiendo a las mismas variables como componentes y determinantes del envejecimiento activo (Buys y Miller, 2006; Cloos et al., 2010; Paúl et al., 2012; Tareque et al., 2013, 2014). Los estudios centrados en los determinantes del envejecimiento activo se mostrarán con más detalle a continuación.

3.2.1. Determinantes del envejecimiento activo

Como se ha mencionado, el envejecimiento también está influenciado por condiciones ambientales, económicas, culturales y sociales de un determinado contexto al proporcionar oportunidades y recursos o crear barreras en las personas mayores. Este mismo esquema de relaciones se establece también en el caso del envejecimiento activo, que está muy influenciado por las oportunidades estructurales en escuelas, oficinas, residencias de mayores, familias, comunidades, redes sociales y la sociedad en general (Foster y Walker, 2013, 2015; Zaidi, 2014). De hecho, las mejoras observadas en la vida de las personas son contingentes a las intervenciones realizadas en el ámbito social, en áreas como la educación a lo largo de la vida (Davey, 2002), en políticas antidiscriminación con la edad (Walker y Maltby, 2012), en el ocio (Walker, 2009) o el voluntariado (Deeming, 2009).

Entre los estudios que han examinado los determinantes externos del envejecimiento activo existe una tendencia a evaluar la capacidad predictiva del entorno físico, siendo tanto los elementos construidos como los naturales los que influyen en la salud y la participación (Annear et al., 2014). Entre los elementos facilitadores del envejecimiento activo estaría la proximidad de espacios públicos abiertos e instalaciones recreativas, sociales y de ocio, de

servicios de salud así como servicios y tiendas locales, los espacios verdes, las características de los hogares, el acceso y disponibilidad del transporte, la seguridad del entorno, el tráfico tranquilo, la infraestructura peatonal, la poca contaminación, la buena iluminación y los caminos bien cuidados (Annear et al., 2014; Michael et al., 2006; Plouffe y Kalache, 2010; Zeitler et al., 2012)

En segundo lugar, estarían los determinantes socioeconómicos. En relación con ellos, se ha demostrado que los ingresos económicos influyen en la capacidad de las personas mayores de envejecer de manera activa tanto a nivel individual (Foster y Walker, 2015) como poblacional (Hirai et al., 2012). Además, el nivel educativo (Montero et al., 2011; Perales et al., 2014) ha demostrado afectar de manera positiva al envejecimiento activo. Otros aspectos como la edad, el estado civil y la ocupación (Perales et al., 2014) han demostrado también una influencia en el envejecimiento activo, obteniendo mejores resultados las personas casadas, de nivel socioeconómico alto y de menor edad.

También se han analizado determinantes personales como los antropométricos, de salud y de composición corporal (Montero et al., 2011), los estilos de vida (Caprara et al, 2013), incluyendo la alimentación, el ejercicio físico, no fumar, beber de manera moderada o el sueño, la gestión del estrés, el entrenamiento de la memoria, las habilidades de afrontamiento, el sentido de control y autoeficacia así como la personalidad positiva (Caprara et al, 2013).

Como se puede observar, el proceso de envejecimiento activo no está totalmente bajo el control de las personas mayores, ya que existen circunstancias y elementos contextuales que van influyendo a lo largo del ciclo vital. La frecuencia con la que las circunstancias externas complican la vida cotidiana de las personas se va incrementando con la edad, planteando desafíos a la salud propia y de los demás, a los recursos económicos, a la funcionalidad, al autoconcepto, la pérdida de personas significativas, etc. Estos hechos desafían la capacidad de reacción de las personas mayores, que pueden afrontar tales retos de forma activa o pasivamente bien sea física, social o mentalmente o una mezcla de los tres. No obstante, un encadenamiento de desafíos puede derivar en la dependencia y el aislamiento de la persona, a pesar de los esfuerzos de la persona (Stenner et al., 2010). Muchos de los determinantes que afectan al envejecimiento activo pueden ser promovidos desde el ámbito político, proveyendo de aquellos elementos que pueden favorecer la iniciación e incremento de la participación social de las personas mayores en diferentes actividades, así como mejorar su salud y su independencia. Al respecto, el cuidado del transporte accesible, el hogar adecuado, los espacios públicos, las instalaciones de servicios y de ocio y una comunidad socialmente cohesionada que proporcione oportunidades para una vida activa (incluyendo trabajo voluntario) puede tener un rol crucial en el mantenimiento de la calidad de vida en los mayores, ya que fomentan sus capacidades (Ahtonen, 2012; Foster y Walker, 2013; Plouffe y Kalache, 2010). Por este motivo, los entornos amigables con las personas mayores se han extendido en los últimos años. Además las intervenciones a nivel individual y socio-ambiental desde el ámbito público y privado pueden contribuir a posponer la enfermedad y la dependencia. De esta forma, la propia sociedad y el contexto sociopolítico pueden y deben favorecer el envejecimiento activo entre su población (Fernández-Ballesteros, 2009).

Por último, los determinantes que influyen en el proceso de envejecimiento activo pueden dividirse en aquellos que tienen efecto a largo plazo, como la educación, el nivel socioeconómico, la profesión, los estilos de vida, el estado de salud, los factores de

personalidad o las aptitudes cognitivas (Montero et al., 2011; Fernández-Ballesteros et al., 2013), o aquellos con un efecto más rápido, como los factores comportamentales. Muchos de estos determinantes han sido recopilados en dos modelos elaborados específicamente bajo el concepto del envejecimiento activo, considerado el resultado de un proceso vital en el que influyen ciertos determinantes o predictores. Estos modelos serán explicitados a continuación.

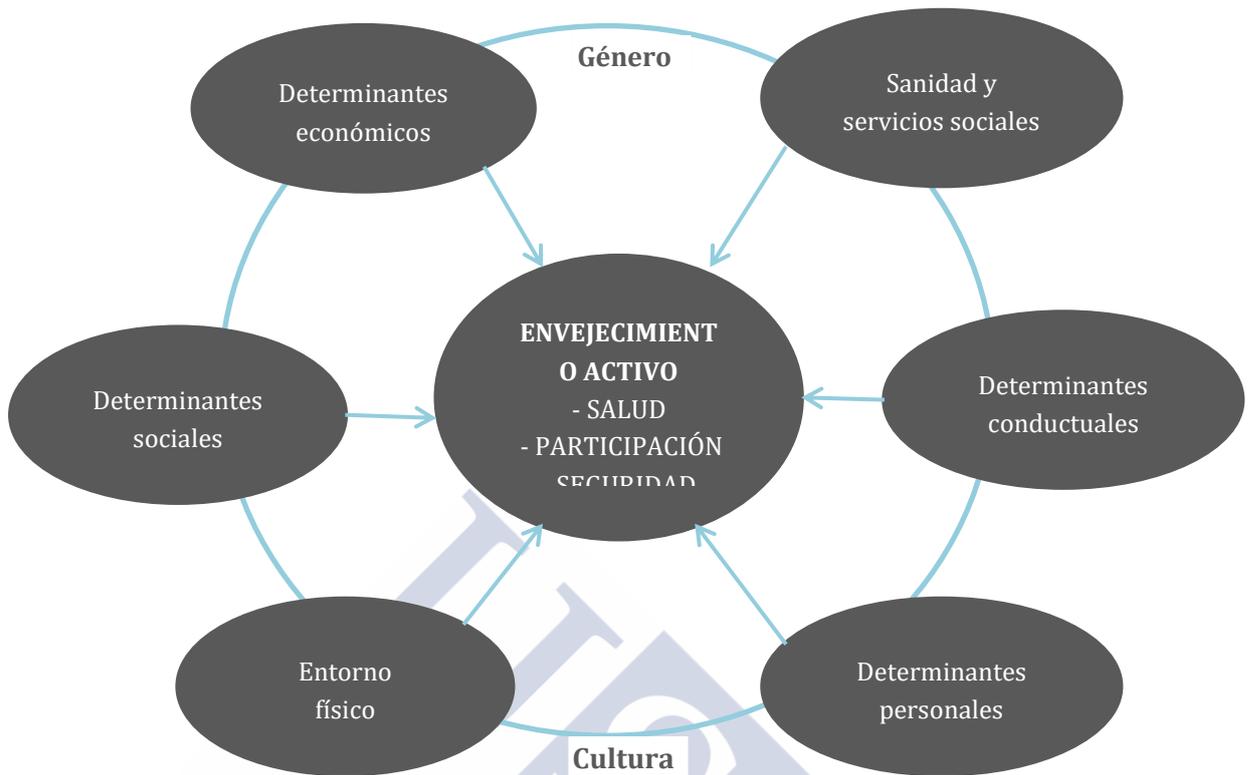
3.2.2. Modelos Teóricos de Envejecimiento Activo

En este apartado se mencionan dos modelos teóricos que han sido desarrollados específicamente bajo el término de envejecimiento activo: el modelo de la OMS (2002) y el modelo de Fernández-Ballesteros (2009). A día de hoy, el marco del envejecimiento activo de la OMS es el marco teórico global predominante (Buys y Miller, 2006).

En primer lugar, la OMS ha propuesto una definición y un modelo teórico completo del envejecimiento activo que hace referencia a un proceso que abarca todo el ciclo vital en el que influyen diferentes tipos de determinantes que rodean a las personas, familias y naciones, sin poder establecer una causalidad directa de ningún determinante (OMS, 2002). El envejecimiento activo se basa en tres pilares importantes: la salud, la participación y la seguridad. El envejecimiento activo "permite a las personas realizar su potencial para el bienestar físico, mental y social a través de sus vidas, participar en la sociedad de acuerdo a sus necesidades, deseos y capacidades, mientras se les proporciona protección, seguridad y cuidado cuando requieren asistencia" (OMS, 2002: 12).

Este planteamiento tiene una perspectiva de ciclo vital ya que defiende que las personas envejecen de formas diferentes a lo largo de la vida y reconoce la existencia de variabilidad interindividual que aumenta con la edad, haciendo aún más heterogéneo el grupo demográfico de los mayores. Según este argumento, algunas personas que no hayan alcanzado niveles elevados de desarrollo personal y funcionalidad pueden traspasar el umbral de la discapacidad al envejecer, mientras que otros que sí hayan conseguido un elevado nivel de desarrollo físico, cognitivo, emocional y social suelen mantener un buen nivel de funcionamiento con independencia y bienestar. Ello se produce por la conjunción de diferentes factores que van produciéndose a lo largo de la vida y que se describen en su modelo.

Figura 6. Modelo de envejecimiento activo de la OMS (2002).



Se trata de un modelo multidimensional, que incorpora elementos a nivel poblacional y personal y diferencia los determinantes que pueden influenciar para conseguir un envejecimiento activo y que contribuyen al bienestar. A modo general, estos podrían encuadrarse en dos grandes categorías. En primer lugar estarían los determinantes contextuales, asociados al entorno en el que vive la persona y que aglutina factores socio-económicos, socio-políticos y ambientales, compuestos por distintos indicadores. Por un lado, estarían los determinantes relacionados con los sistemas sanitarios y servicios sociales, que incorporan aspectos como la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, los servicios de salud, los cuidados continuos y los de salud mental. A su vez, los determinantes económicos se refieren a los ingresos, al trabajo y la protección social. Los determinantes sociales aluden al apoyo social, la violencia y abuso y la educación y alfabetización. Por último, en relación a los del entorno físico se encuentran la seguridad de la vivienda y caídas, el agua limpia, el aire puro y los alimentos sanos. El entorno físico tiene una gran importancia y por sí mismo puede marcar la diferencia entre la independencia y la dependencia, ya que los entornos inseguros, con barreras físicas o los entornos rurales pueden condicionar la movilidad de las personas e influir en el aislamiento social, la depresión, el mal estado físico y los problemas de dependencia (OMS, 2002). Estos determinantes contextuales son responsabilidad del gobierno, que debe introducir los cambios pertinentes en sus políticas socio-económicas, culturales, sanitarias y ambientales (Zamarrón, 2007).

En segundo lugar estarían los determinantes personales, en relación a las condiciones individuales biológicas, psicológicas y de comportamiento. Aparte de la biología y la genética heredadas, los factores personales incluyen los aspectos psicológicos como el funcionamiento cognitivo, la habilidad para la resolución de problemas, la adaptación al cambio, la confianza

en la propia capacidad o las formas de afrontamiento. Entre los determinantes conductuales se encuentran los estilos de vida saludables y la participación activa en el autocuidado, mediante la evitación del tabaquismo, una actividad física adecuada, una alimentación sana, un consumo prudente de alcohol y de medicamentos. De esta manera, las propias personas podrían contribuir a su envejecimiento activo al disminuir el declive funcional y la discapacidad, prolongar la longevidad y mejorar la calidad de vida (OMS, 2002).

A estos determinantes se añaden dos de tipo transversal. Por un lado, la cultura, que influye en todos los demás determinantes del envejecimiento activo a través de los valores y tradiciones de las personas mayores y sus percepciones sobre el proceso de envejecimiento, tanto a nivel individual como sociopolítico. Por otro, el género, por la desigualdad recurrente de las mujeres con respecto a los hombres en muchas sociedades por motivos relacionados con la educación, el acceso a recursos económicos, al trabajo y a los servicios sanitarios, por su papel tradicional como cuidadoras de familia (OMS, 2002). Ello convierte a las mujeres mayores en un grupo especialmente vulnerable, ya que existe una mayor prevalencia de la pobreza así como de mala salud y discapacidad con respecto a los hombres.

En este modelo se unen términos políticos como el empleo, la salud y la participación, con un foco más orientado a la salud y la funcionalidad y desde una perspectiva muy amplia (Walker y Maltby, 2012). De hecho, la actividad y la participación, base del envejecimiento activo, se proponen por su relación con la capacidad funcional, al calificar la actividad como medio saludable que produce personas saludables. Su opuesto, la pasividad, se considera no saludable, lo que conforma una dicotomía en la que la vida activa se asocia a una buena vida y la pasividad se deja a un lado (Lassen y Moreira, 2014; Venn y Arber, 2011). Este énfasis subyacente en la salud es comprensible, dado que se trata de una organización encargada de la gestión de la salud a nivel poblacional y mundial.

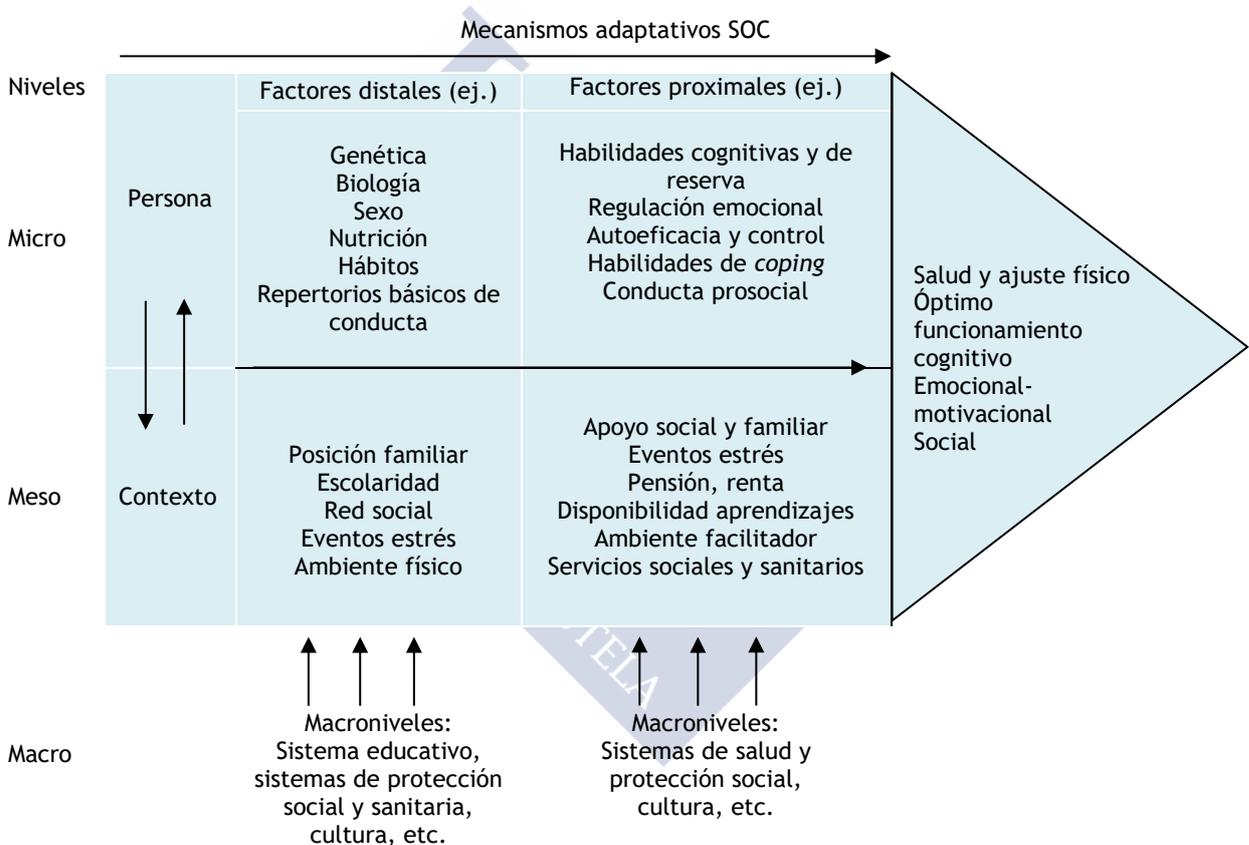
Con este modelo, la OMS define dos tipos de actores encargados fomentar el envejecimiento activo: las instituciones públicas, a través de las políticas, y los individuos, en relación a las estrategias individuales y estilos de vida saludables (Lassen y Moreira, 2014). De esta manera la responsabilidad del envejecimiento activo recae tanto sobre los individuos como sobre los responsables políticos, aunque se asocia más a estos últimos al recomendar a los distintos países que presten atención a las condiciones contextuales.

Partiendo de la asunción del mantenimiento de la plasticidad a lo largo de la vida, las intervenciones realizadas a nivel sociopolítico y contextual pueden crear entornos optimizadores del envejecimiento y mejorar el funcionamiento positivo a lo largo de la vida (Fernández-Ballesteros, 2009). Tras la revisión del modelo de la OMS, se evidencia que este se ha sido desarrollado desde una perspectiva más global y poblacional, ya que le otorga mayor relevancia a los elementos contextuales previamente mencionados (Fernández-Ballesteros et al., 2006). Este enfoque es necesario y lógico teniendo en cuenta que su propósito consiste en favorecer que los distintos países atiendan y generen las condiciones contextuales que promueven el envejecimiento activo. Sin embargo, no olvida la perspectiva individual y añade los determinantes personales del mismo (Fernández-Ballesteros, 2006). Todo esto lleva a fomentar acciones tanto a nivel de envejecimiento poblacional, mediante la puesta en marcha de iniciativas y programas que potencien y favorezcan el envejecimiento activo en una población, como a nivel psicosocial de los propios individuos, para estimular aquellas condiciones necesarias en los individuos para que puedan envejecer bien.

No obstante, este modelo no ha sido validado empíricamente (Paúl et al., 2012) y ha sido criticado por su determinismo (Stenner et al., 2011). Por otro lado, tiene un gran énfasis en la articulación de los determinantes, pero no deja claros los componentes de concepto, al no operativizar su definición y dar un mayor énfasis a la salud y la funcionalidad física. De hecho, la salud mental y social aparecen incluidas a través de los determinantes, lo cual o bien los excluye de la definición del envejecimiento activo o bien los incluye tanto en la definición como en sus determinantes, derivando en un potencial problema metodológico.

Por otro lado, se puede encontrar el modelo multidimensional-multinivel de envejecimiento activo desarrollado por Fernández-Ballesteros (2009). Este modelo se basa en la concepción del curso vital y diferencia tanto factores proximales como distales. A continuación se muestra la representación gráfica de dicho modelo.

Figura 7. Modelo multidimensional-multinivel de envejecimiento activo de Fernández-Ballesteros (2002, p.43).



Fuente: Fernández-Ballesteros (2009)-

Los factores proximales hacen referencia a las condiciones transversales o los determinantes actuales que pueden explicar el envejecimiento activo, mientras que los factores distales aluden a aquellas condiciones longitudinales o históricas que van acompañando a la persona durante toda su vida y son relevantes para su desarrollo. Por otro lado, el modelo incluye varios niveles de interacción entre el contexto y el individuo. De esta manera, se establece el nivel macro o de condiciones macrosociales, el meso o condiciones contextuales y el micro, referido al individuo. Además, establece que las condiciones distales a nivel macroscópico hacen referencia a las circunstancias contextuales socio-históricas en las

que se desarrolla la vida del individuo y que influyen en su crecimiento y desarrollo. A nivel meso se hallarían la familia y la comunidad, que son factores distales del nivel intermedio con los que la persona interactúa y que también determinan su crecimiento y desarrollo bio-psico-social. En el nivel más específico o el nivel micro, se encuentra la persona.

Este modelo es procesual, complejo e integra posibles factores determinantes cuyo resultado sería el envejecimiento activo, entendido como el óptimo funcionamiento físico, cognitivo, afectivo y social del individuo. En relación a los factores distales pueden dividirse en varios niveles. En el nivel microscópico o individual, se encontrarían los factores personales, que hacen referencia al género, las condiciones biológicas y genéticas y los repertorios básicos de conducta cognitivo-lingüísticos, emocional-motivacionales, sensoriomotores, conformadores o no de hábitos saludables durante la infancia, etc. En un nivel superior, a nivel meso, aparece el contexto con sus normas de socialización tanto familiares como grupales, la escolarización, la atención sanitaria, la posición social familiar, el apoyo social, los acontecimientos estresantes, el entorno físico familiar y comunitario y los factores ambientales. Ambos se apoyan a su vez en unos factores pertenecientes a un nivel superior como es el macroscópico, que serían los sistemas educativos, sanitarios y sociales, así como los valores religiosos y culturales, etc. Por otro lado, estarían los factores proximales que a su vez se dividen en personales y contextuales. Los factores proximales personales o micro están conformados por los repertorios básicos de conducta como las habilidades cognitivas y las capacidades de reserva, el control y las creencias de autoeficacia, el balance emocional, las estrategias de afrontamiento y el comportamiento prosocial. Los factores proximales contextuales incluyen el apoyo social y familiar, los acontecimientos estresantes, la pensión y los ingresos, la disponibilidad del aprendizaje continuo, los entornos favorables, los servicios sanitarios y sociales existentes etc. El nivel macro estaría compuesto por factores ambientales, sociales y económicos, como los sistemas de protección existentes, sanitarios y sociales, las políticas y programas de envejecimiento, un sistema de formación continua y los valores culturales y religiosos. Estos grandes factores proximales configuran un soporte que promoverá o inhibirá las interacciones persona-contexto que llevan al envejecimiento activo. En todo este proceso y a lo largo del ciclo vital, los mecanismos adaptativos de selección, optimización y compensación ejercen su función, mientras que están potenciados a su vez por los niveles micro, meso y macro contextuales. En último lugar, recoge los mecanismos adaptativos de Selección, Optimización y Compensación de la teoría de Baltes y Baltes (1990). Estos elementos funcionan tanto como causa de desarrollo o declive del individuo y, desde una perspectiva del ciclo vital, actúan a lo largo de la vida de los individuos como determinantes de las formas de envejecer.

Además, se puede observar un principio de reciprocidad, que defiende que el funcionamiento de la persona depende de las transacciones entre el entorno tanto físico como social, con el funcionamiento personal, cognitivo y emocional y la conducta del individuo. Durante su vida, las personas desarrollan repertorios básicos de conducta adaptativos en términos cognitivo-lingüísticos, emocional-motivacionales y sensorio-motores que influyen en la selección y creación de ambientes y situaciones. De esta manera se establece una multidireccionalidad de las relaciones entre la persona y sus contextos a diferentes niveles.

Según este modelo, la persona llegaría al envejecimiento activo como resultado de multitud de interacciones entre sus recursos personales, su conducta y los diferentes entornos a lo largo de la vida. Todos los resultados y determinantes incluidos en el modelo hacen

referencia a diferentes dimensiones, dentro de múltiples sistemas y niveles en los que operan transacciones multidireccionales.

3.3. APROXIMACIÓN SOCIAL

La importancia de este concepto ha provocado que sea ampliamente divulgado en la sociedad. No obstante, a día de hoy, existe cierta discrepancia entre lo que los mayores definen como envejecimiento activo y lo que la política y los investigadores entienden por ello (Boudiny y Mortelmans, 2011). Este hecho, unido a la importante carga subjetiva del concepto, hace que sea necesario conocer la versión del envejecimiento activo de los propios mayores, captada a través de los estudios cualitativos (Bowling, 2008; Boudiny y Mortelmans, 2011; Hasmanová, 2011; Stenner et al, 2011).

En este sentido, las personas mayores definen el envejecimiento activo en términos positivos (Lucena et al., 2010) refiriéndose a la vez a una multitud de dimensiones. La mayoría lo definen como el mantenimiento de una buena salud y funcionamiento físico, funcionamiento y actividad mental así como las relaciones y el contacto social (Bowling, 2008, 2009; Buys y Miller, 2006; Stenner et al., 2011). Otros significados del envejecimiento activo se centran más al concepto de actividad y la participación (Buys y Miller, 2006; Clarke y Warren, 2007; Lucena et al., 2010; Stenner et al., 2011; Townsend et al., 2006). Cuando aluden a este concepto, suelen mezclar diferentes actividades físicas, mentales y sociales aludiendo a un estilo de vida general que involucra actividades muy diferentes entre sí (Stenner et al, 2011). Entre ellas estarían los intereses y aficiones, el cuidado de la familia (Stenner et al., 2011), la participación en actividades importantes para ellos mismos y la sociedad, como el voluntariado (Stenner et al., 2011; Townsend et al., 2006), el aprendizaje (Buys y Miller, 2006; Hasmanová, 2011; Venn y Arber, 2011), los viajes (Buys y Miller, 2006), la actividad o ejercicio físico (Lucena et al, 2010; Stenner et al., 2011; Venn y Arber, 2011), el ocio (Bowling, 2008; Lucena et al., 2010; Stenner et al, 2011; Townsend et al., 2006; Venn y Arber, 2011), o actividades corrientes como las tareas del hogar (Lucena et al., 2010; Townsend et al., 2006; Venn y Arber, 2011) o ir a la iglesia (Venn y Arber, 2011), además de conducir, el tener una buena apariencia, ser parte de la comunidad y, en términos generales, “seguir avanzando” (Stenner et al., 2011).

El tema del empleo resultó más controvertido ya que aunque algunas personas relacionan directamente ser activo con ser productivo en términos de empleo remunerado (Venn y Arber, 2011), en la mayoría de los casos los mayores no suelen incluir este componente en las definiciones de envejecimiento activo (Bowling, 2008; Clarke y Warren, 2007).

Además, otros estudios han examinado el significado de este concepto en grupos considerados frágiles, como las personas con algún tipo de discapacidad intelectual (Buys et al., 2008) y han demostrado que tienen aspiraciones similares a la población general. Entre ellas se encuentran tener buena salud y forma física, tener movilidad, sentirse seguros, tener apoyo y relaciones sociales satisfactorias, sentirse capaces, valorados e importantes en las tomas de decisiones, involucrarse activamente en actividades significativas, tener seguridad física y financiera, mantener las habilidades y el aprendizaje. No obstante, en su caso, el conseguir este tipo de envejecimiento depende del apoyo que tengan a su alcance.

Por otro lado, los mayores resaltan también la actitud positiva hacia el futuro, el mantenerse comprometidos con la vida, afrontar los retos vitales así como mantenerse actualizado con el mundo (Clark y Warren, 2007; Stenner et al, 2011; Townsend et al., 2006). Con todo ello, las personas mayores defienden la importancia de ser y sentirse activos (Hasmanová, 2011; Lucena et al, 2010; Stenner et al., 2011; Townsend et al, 2006; Venn y Arber, 2011), ya que las actividades que realizan les dan sentido a su vida (Buys y Miller, 2006; Townsend et al., 2006). Para ellos es importante no sentirse "viejos", siendo esto posible mientras se mantengan activos y productivos en algún sentido y puedan seguir con su vida sin necesitar ayuda o sentir que dependen de los demás (Kaufman, 1986; Stenner et al., 2011; Townsend et al., 2006). La edad viene a ser una experiencia subjetiva en un contexto social, no tan influenciado por la edad cronológica sino por la reducción o limitación de las actividades, por la pérdida de interés, por no poder hacer lo que uno quiere, sufrir incapacidad y problemas de salud, tener menor energía y en definitiva, por sentirse pasivo (Hasmanová, 2011; Stenner et al., 2011). De hecho, para los mayores, la tercera edad es como una especie de culmen de la vida en términos de ocio y autorrealización (Hasmanová, 2011). Los discursos de las personas mayores suelen mostrar la dicotomía actividad-pasividad, asumiendo que si no eres activo, eres pasivo, lo que llevaría a la enfermedad, dependencia, demencia o incluso la muerte, que constituyen sus mayores temores (Clarke y Warren, 2007; Hasmanová, 2011; Stenner et al., 2011; Venn y Arber, 2011). De este modo, ser mayor se asocia a la pasividad, por lo que el envejecimiento activo lleva implícita la idea de esforzarse por mantenerse "joven" a pesar de la edad cronológica, luchando contra la inercia o la pereza en la que no se quiere caer porque es muy complicado salir de ella (Stenner et al., 2011; Hasmanová, 2011). La falta de actividades se percibe incluso como falta de motivos para arreglarse (Hasmanová, 2011). Por ello los mayores se acogen a la ética ocupada ante el miedo al declive físico y cognitivo, a tener que abandonar su vida tal y como la conocen (Katz, 2000) y por el sentimiento subjetivo de éxito que supone ser activo (Hasmanová, 2011). Tanto ha calado este concepto en la sociedad que las propias personas mayores muestran actitudes de rechazo hacia los mayores inactivos o que se rinden ante los retos que supone la vejez (Townsend et al, 2006).

Todo ello apunta a que, posiblemente, detrás de estas percepciones estén las diferentes formas de afrontar las circunstancias adversas internas y externas que suceden a lo largo de la vida, y en mayor medida tras la jubilación (Stenner et al., 2011). No obstante, las estrategias de afrontamiento pueden aprenderse y constituyen un aspecto importante que influye en la capacidad de envejecer de manera activa (Fernández-Ballesteros, 2009).

3.4. EVALUACIÓN DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO

Tras conocer las diferentes aproximaciones del concepto, es momento de analizar la forma en que ha sido evaluado en los diferentes estudios. En este punto, cabe destacar que por lo general ha sido parcialmente evaluado, aludiendo a conceptos aislados relacionados con el empleo, la participación social o la participación en actividades de ocio, siendo relativamente pocos los estudios que han medido el concepto de manera amplia. En esos casos, se utilizaban ítems o escalas de manera separada para medir los diferentes componentes del dominio (Caprara et al., 2013) o se medían mediante una lista de criterios que debían ser cumplidos (Fernández-Ballesteros et al, 2006). El cumplimiento de tales criterios daba lugar a la variable de envejecimiento activo, generalmente operativizada de manera dicotómica. No obstante, esta forma de medición resulta demasiado estricta porque con frecuencia limita el

envejecimiento activo a unos pocos y dificulta el seguimiento de la evolución de las personas. Un avance en este ámbito ha sido la consideración de la medición sumativa de las variables dicotómicas componentes del envejecimiento activo (Perales et al., 2014).

Por otro lado, otros autores han optado por crear herramientas de medición del envejecimiento activo, aunque estas son bastante escasas y cuentan con ciertas limitaciones. Por un lado, a nivel sociopolítico se ha desarrollado una medida poblacional del envejecimiento activo, con la finalidad de evaluar su presencia a nivel territorial y poblacional, generalmente proporcionando información por países. Desde esta perspectiva, la EC y la Comisión Económica Europea de las Naciones Unidas (UNECE) colaboraron para crear el Active Ageing Index 2012 ([AAI] Zaidi et al., 2013). Este se dirige a los responsables políticos y se construye en base al porcentaje de personas que cumplen los criterios en cuatro dominios: el empleo, la participación en la sociedad, la vida independiente, saludable y segura y la capacidad y el entorno facilitador para el envejecimiento activo. Mediante su resultado se informa de la efectividad de las estrategias de envejecimiento activo y señala las áreas de mejora para cambiar los elementos del entorno que permitirán mejorar las oportunidades para envejecer activamente. No obstante, si bien esta herramienta es útil a nivel poblacional, este índice no puede ser utilizado para medir el envejecimiento activo desde una perspectiva individual, tanto por la forma de construir el resultado como por los indicadores utilizados, orientados a la medición a nivel macro. Sin embargo, las iniciativas y programas se aplican a nivel individual, por lo que resulta necesario medir este concepto a nivel micro.

Desde la perspectiva individual se han detectado algunos intentos de desarrollar herramientas para medir este concepto. En primer lugar, se podría decir que la clasificación de vida activa (Avlund, Holstein, Mortensen, y Schroll, 1999) es en cierta medida una medición del envejecimiento activo. Esta combina dos variables dicotómicas; por un lado, la capacidad funcional, siendo dependiente o no dependiente y por otro, la participación social, siendo esta alta o baja. No obstante, el foco de esta herramienta es más limitada, más cercano al envejecimiento con éxito y al ser dicotómica limita el envejecimiento activo a unos pocos.

Por otro lado, Houben et al. (2004) elaboraron un índice de envejecimiento activo consistente en cinco indicadores: trabajo remunerado, provisión de cuidado, voluntariado, deportes y actividades recreativas fuera de casa. Esta herramienta daría como resultado la medición del envejecimiento activo como el cálculo del número medio de horas semanales que se pasan en todas las actividades consideradas de manera conjunta. No obstante, esta herramienta tiene varias limitaciones y es que se centra únicamente en la participación, considerando las actividades de repercusión social y algunas actividades de ocio activas, que requieren esfuerzo físico y/o mental y que ocurren mayormente fuera de casa, es decir, actividades sociales (Boudiny, 2013). Esto es, omite otro elemento clave del envejecimiento activo, la salud e incluye variables más fácilmente accesibles para mayores-jóvenes e independientes, lo que unido a la exclusión de las actividades importantes para las personas mayores-mayores que les permiten mantenerse comprometidos con la vida, pone en duda la bondad de esta medición del envejecimiento activo (Boudiny, 2013).

Otra herramienta para medir el envejecimiento activo fue la escala desarrollada por Thanakwang, Isaramalai y Hatthakit (2014) en Tailandia. Esta escala es multidimensional y culturalmente sensible. Todos los ítems y factores fueron creados a partir de las percepciones de las personas mayores tailandesas y refleja los valores culturales y religiosos de la región,

como la interdependencia, el desarrollo de la sabiduría espiritual y de relaciones familiares para asegurarse ser cuidados en la vejez, además de otros más internacionales, como la autosuficiencia, el compromiso activo con la sociedad, la seguridad financiera, el estilo de vida saludable o el aprendizaje activo. Si bien esta escala es muy completa, la utilización de medidas desarrolladas en otras partes del mundo puede ser problemática debido a las diferencias existentes en los contextos culturales.

Por otro lado, un último instrumento desarrollado en este ámbito es el de Tareque et al., (2013). Estos autores desarrollaron un índice de envejecimiento activo basado en el modelo de la OMS, usando tres dimensiones que agrupan los determinantes de envejecimiento activo. Por un lado la salud, se refiere a la salud física y la ausencia de discapacidades, así como las actividades físicas; la participación, a la participación con la familia, el mercado laboral o en grupos o clubes y la seguridad, incluyendo la seguridad física y financiera. No obstante, este índice muestra ciertos problemas, ya que a pesar de que aparentemente mide el constructo de envejecimiento activo, los autores explícitamente informan de que lo que miden son sus determinantes, sin proporcionar una herramienta para la medición del concepto. Además, limita la medición de la salud casi completamente a la dimensión física y no incluye otras variables importantes para las personas mayores, como la salud cognitiva, afectiva o social.

Tal y como se puede observar, a pesar de la vasta cantidad de literatura científica que versa sobre este tema, apenas se han desarrollado estudios específicos que se hayan dedicado a formular una herramienta de evaluación del concepto. Excluyendo la herramienta que mide los determinantes de envejecimiento activo (Tareque et al., 2013, 2014) y aquellas que miden de forma restrictiva la participación activa y la independencia (Avlund et al., 1999; Houben et al., 2004), las únicas dos existentes referentes al envejecimiento activo no pueden ser utilizadas en el contexto en el que se plantea esta investigación. Por un lado, la escala de Thanakwang et al. (2014) ha sido específicamente creada por y para Tailandia, con componentes ciertamente diferentes a como es entendido el envejecimiento activo en el contexto occidental y por otro, el AAI (Zaidi et al., 2013) requiere una adaptación del nivel poblacional o macro al micro así como una ampliación para que pueda recoger el concepto personal o individual del envejecimiento activo.

3.5. CRÍTICAS AL ENVEJECIMIENTO ACTIVO

A pesar de haberse convertido en el concepto clave tanto en la política, en la investigación e incluso entre la sociedad, este paradigma no está exento de críticas. El primer grupo se relaciona con el excesivo énfasis del envejecimiento activo en el empleo, esto es, con la predominancia de la vertiente productiva y utilitaria que prioriza la extensión de la vida laboral (Boudiny, 2013; Foster y Walker, 2015; Mendes, 2013; Sánchez y Hatton-Yeo, 2012; van Dyk, 2014; Walker, 2006, 2009; Walker y Maltby, 2012). Cuando el foco dominante gira en torno al empleo y se convierte en el eje de la identidad propia (van Dyk, 2014), crea una obligación implícita a trabajar (Mendes, 2013), reduciendo el concepto a su precursor, el envejecimiento productivo (Boudiny, 2013; Foster y Walker, 2013). A la par, este enfoque tiende a excluir a las personas que están fuera del mercado laboral (Foster y Walker, 2013, 2015; Walker, 2009) y a ignorar las contribuciones valiosas que los mayores pueden hacer a la sociedad, como el voluntariado o el cuidado de otras personas, a menudo excluidas de las conceptualizaciones productivas (Boudiny, 2013; Boudiny y Mortelmans, 2011). Por otro lado, el importante desarrollo político del concepto ha dejado de lado la subjetividad del

mismo, tanto en sus componentes como en los beneficios teóricamente derivados (Mendes, 2013; Stenner et al, 2011).

Este énfasis en la participación de los mayores en el mercado laboral puede entenderse por el contexto demográfico en el que se creó el concepto (Hasmanová, 2011). No obstante, es importante tener en cuenta que la jubilación de las personas está influida por múltiples factores que incluyen la salud, la economía, las decisiones personales, los despidos involuntarios, las obligaciones de cuidado o la satisfacción laboral (Brown y Vickerstaff, 2011) así como las edades de jubilación todavía obligatorias (Foster y Walker, 2015). En este sentido, si bien es importante crear las oportunidades para seguir trabajando y flexibilizar la jubilación para satisfacer los deseos tanto de los trabajadores como de los responsables políticos, es necesario no devaluar a los que no desean seguir trabajando (Boudiny, 2013).

Por otro lado, las actividades y valores que se han promovido tanto desde el ámbito político, como de los investigadores y los planificadores de servicios han sido los asociados a los grupos de personas mayores-jóvenes o de personas funcionalmente independientes (Boudiny y Mortelmans, 2011; Clarke y Warren, 2007; Townsend et al., 2006; van Dyk, 2014), creando una asociación directa del envejecimiento activo con personas funcionalmente independientes, en buena forma o muy activos. Esto puede ser explicado porque el objetivo inicial era promover la participación social de los mayores, más concretamente incrementar la participación en el mercado laboral de las personas entre los 55 y los 74 años (Sidorenko y Zaidi, 2013). Además, las políticas propuestas relacionadas con el envejecimiento, que se dirigen bien a los mayores saludables promoviendo la participación activa y la autorresponsabilidad o bien a los mayores dependientes presentados como recibidores de cuidado, contribuyen a que el envejecimiento activo se centre en el primer grupo (Angus y Reeve, 2006; Boudiny, 2013). Este planteamiento dicotómico promueve la creación de una jerarquía poblacional en dos niveles, con una minoría de personas, predominantemente los mayores-jóvenes, que aspiran a cumplir los estándares de éxito en términos de salud, actividad y empleo, lo cual sería inalcanzable para muchos mayores-mayores por la mayor frecuencia relativa de enfermedades o discapacidades (Holstein y Minkler, 2003).

Asimismo, el discurso actual de envejecimiento activo resulta fácil de seguir para las personas que pueden financiarse ese estilo de vida, que quieren o tienen capacidad física o mental para ello y que pueden participar en las instituciones sociales existentes (Biggs, 2001; Bowling, 2005; Hasmanová, 2011). Los propios mayores afirman que ven las demandas creadas por el envejecimiento activo como elevadas, concibiéndose como un reto o una amenaza en función de su situación personal en términos de salud, nivel educativo o ingresos económicos (Pavlova y Silbereisen, 2012). No obstante, el deseo de deshacer los estereotipos negativos asociados a la edad ha creado un énfasis tan grande en la vertiente positiva del envejecimiento, que llega a negar cuestiones relativamente frecuentes entre los mayores, como la fragilidad, la demencia y las dificultades (van Dyk, 2014). Con ello, este paradigma comienza a mostrar cierta incapacidad para integrar la noción de declive (Foster y Walker, 2015; Moulaert y Paris, 2013) y la heterogeneidad de las personas mayores en relación a la capacidad y disposición (Mendes, 2013) así como a ignorar las barreras a las que se enfrentan ciertos grupos sociales para cumplir los ideales de la tercera edad (Hasmanová, 2011).

En este contexto, la actividad física (Boudiny, 2013; Walker y Maltby, 2012) y las actividades típicas de la mediana edad (Katz, 2000; van Dyk, 2014; Williams et al., 2012) se

presentan como un camino para un envejecimiento feliz así como un antídoto contra la vejez, la dependencia y la demencia (Hasmanová, 2011; Katz, 2000). Por el contrario, las actividades no asociadas a los grupos de mediana edad resultan estigmatizadas (Venn y Arber, 2011; Williams et al, 2012), a pesar de los deseos y las experiencias diarias de las personas mayores-mayores (Clarke y Warren, 2007).

Las imágenes promovidas a nivel político y social sobre lo que los mayores pueden realizar y lo que se espera de ellos llegan a ser interiorizadas por ellos mismos, convirtiéndose en su ideal a alcanzar (Foster y Walker, 2015; Katz, 2000; Townsend et al., 2006). Todo ello deriva en la creación de expectativas hacia los mayores, que perciben el imperativo en permanecer activos, productivos, saludables e independientes y cumplir las nuevas imágenes asociadas al envejecimiento, tanto por la expectativa social como por el deber moral, convirtiéndose así en una obligación implícita (Holstein y Minkler, 2003; Katz, 2000; Lassen y Moreira, 2014; Mendes, 2013; Ranzijn, 2010; van Dyk, 2014; Venn y Arber, 2011). No obstante, parece ser que por lo general los mayores tienen estándares para el envejecimiento activo menos ambiciosos, con mayor compromiso en permanecer integrados en el mundo cercano a ellos como su forma de comprometerse con la vida (Boudiny y Mortelmans, 2011; Clarke y Warren, 2007). Además, las expectativas pueden resultar demasiado idealistas y en ocasiones inalcanzables para ciertos grupos sociales más vulnerables o desaventajados, por ejemplo, las personas con algún grado de dependencia (Boudiny, 2013; Foster y Walker, 2015; Katz, 2000; Mendes, 2013; Ranzijn, 2010; van Dyk, 2014; Walker, 2006). Con ello, se restringe la inclusión social que promueve a sólo unos pocos, derivando en una discriminación potencial de las personas mayores que no cumplen los criterios de salud, independencia, productividad y actividad, esto es, de los mayores-mayores, las personas vulnerables, frágiles y dependientes (Boudiny, 2013; Perek-Białas et al., 2008; Ranzijn, 2010; van Dyk, 2014; Walker, 2006; Walker y Maltby, 2012) y promoviendo la autoculpabilización por no cumplir las expectativas sociales (Hasmanová, 2011; Lassen y Moreira, 2014; Mendes, 2013; Ranzijn, 2010; Townsend et al., 2006; van Dyk, 2014). De esta manera, la actividad se presenta como el opuesto a la pasividad, dicotomía que se puede ampliar hasta la salud vs. enfermedad e inclusión vs. exclusión (Mendes, 2013). Sin quererlo, ello contribuye al desarrollo de actitudes discriminatorias con la edad entre los propios mayores, resaltando la superioridad del envejecimiento activo y siendo los propios mayores quienes estigmatizan otros estilos de vida en la vejez (Hasmanová, 2011).

Otra cuestión relevante del envejecimiento activo es el traspaso de la responsabilidad del cuidado en relación a la salud física y mental, la prevención de la dependencia y el envejecimiento activo a los propios mayores (Mendes, 2013; van Dyk, 2014), presentándose como el camino que todos los ciudadanos responsables deberían seguir (Hasmanová, 2011). Si bien se reconoce la importancia de la autorresponsabilidad, como parte de la responsabilidad compartida entre la sociedad y los individuos (Foster y Walker, 2013, 2015; Hasmanová, 2011; Walker y Maltby, 2012), existe una mayor tendencia a la trasposición de las responsabilidades del estado a las personas mayores a nivel micro y los profesionales del ámbito de los mayores (Hasmanová, 2011; Phillipson y Powell, 2004). Los efectos negativos de ello se relacionan con la estigmatización de aquellas personas mayores que cumplan los estereotipos negativos asociados con la vejez, como la fragilidad, algún tipo de discapacidad o la demencia, mostrándolas como personas que no se han esforzado lo suficiente y cuyo estado es voluntario (Katz, 2000; Mendes, 2013; van Dyk, 2014; Williams et al., 2012). A su vez,

ello podría provocar un sentimiento de fracaso, fallo y baja autoestima (Ranzijn, 2010) así como una disminución de la participación en la sociedad (Boudiny y Mortelmans, 2011).

Del mismo modo, la individualización de la responsabilidad ignora la naturaleza estructural de los problemas sociales así como el contexto social más amplio que da forma a los recursos, elecciones y posibilidades individuales (Boudiny, 2013; Hasmanová, 2011; Mendes, 2013), incluso cuando la investigación muestra que una parte importante de las diferencias en salud basadas en la edad tienen un origen social y están unidas al hogar, al empleo, al nivel educativo o a los ingresos (Mendes, 2013; OMS, 2002). Por ello, el estado debe proporcionar oportunidades a las personas para que se mantengan activos (Boudiny, 2013; Mayhew, 2005; Walker, 2006), incluyendo también a las personas frágiles, dependientes y muy mayores y adaptando tales oportunidades a estos grupos poblacionales (OMS, 2002; Walker 2002).

La cuestión que surge aquí es si el envejecimiento activo muestra una posibilidad real de envejecer o si idealiza la vejez de manera que resulta una carga para los propios mayores (Hasmanová, 2011). Para que sea una realidad accesible y no coercitiva, se deberían desarrollar definiciones y estilos de vida activos alternativos (Walker, 2002), siendo necesario constituir una estrategia completa involucrando a las personas a determinar el tipo de rol activo que quieren tener en su vida (Foster y Walker, 2015). Por el contrario, la aplicación y promoción limitada o restringida del concepto crea una vía única para envejecer de manera activa, que excluye a demasiadas personas y falla al abarcar la heterogeneidad de los mayores (Mendes, 2013; Walker, 2002). La amplitud teórica del envejecimiento activo lo diferenciaba de conceptos previos, como el envejecimiento con éxito (Katz, 2005; Mendes, 2013; Ranzijn, 2010; van Dyk, 2014; Venn y Arber, 2011) y de seguir así, tomaría el riesgo de constituir una nueva categorización de la vejez, estrecha, exclusiva y normativa, cayendo en una excesiva idealización que puede terminar siendo contraproducente y opresivo (Foster y Walker, 2015; Holstein y Minkler, 2007). De terminar sucediendo esto, se incurriría en los mismos errores de idealización y estrechez conceptual de los teóricos de la actividad (Boudiny, 2013) y del envejecimiento con éxito (Pruchno et al., 2010b; Strawbrigde et al, 2002).

3.6. PROBLEMAS EN ESTE CAMPO

Además de las críticas realizadas a este concepto, la revisión de la literatura científica en este ámbito ha dilucidado tres grandes debates aún sin resolver. El primero de ellos alude a la inclusión o no de variables relacionadas con la salud. Al respecto, la salud es uno de los elementos clave del envejecimiento activo, siendo necesaria su inclusión en el concepto (OMS, 2002; Walker, 2002). Sin embargo, aunque es importante, la salud no es un prerrequisito estrictamente necesario para envejecer activamente, ya que en ese caso resultaría en la exclusión de mayores frágiles y/o dependientes, yendo en contra de uno de los principios básicos del envejecimiento activo (Boudiny, 2013; Clarke y Warren, 2007; OMS, 2002; Walker, 2002). Por el contrario, Boudiny (2013) afirma que las definiciones que incluyen la salud y la independencia cruzan los límites y se confunden con el envejecimiento saludable, eliminando las características diferenciales del envejecimiento activo. Ello indicaría que esta autora considera ambos conceptos como excluyentes. No obstante, el envejecimiento activo se creó ampliando el concepto previo de envejecimiento saludable, sin rechazarlo, por lo que el envejecimiento activo debería incorporar y apoyar mutuamente el envejecimiento saludable (OMS, 2002; Walker y Maltby, 2012). De hecho, la salud tomada como concepto global es un

elemento componente importante de envejecimiento activo, también para los propios mayores (Bowling, 2008).

En este sentido, quizá el planteamiento de definiciones criteriosales sea el error y no tanto el componente salud en sí mismo. En este tipo de definiciones, en los que la variable de envejecimiento activo se construye por medio de variables dicotómicas, el componente salud suele ir recogido como la buena salud y la independencia, derivando en la exclusión directa de un número considerable de personas mayores, por lo que no sería representativo de la realidad. Por otro lado, la dependencia puede considerarse un estado dinámico, que puede ser variable tanto por circunstancias temporales, como una caída o una enfermedad aguda, como por circunstancias externas y ambientales, como el transporte, la distancia o la disposición de elementos de apoyo (Stenner et al., 2011). De esta manera la variable salud podría considerarse no sólo un estado de ser (Bowling, 2008) sino un elemento susceptible de mejora. Además, también es posible envejecer activamente en situaciones de peor salud, dependencia o fragilidad (Buys et al., 2008; Fernández-Mayoralas et al., 2015; OMS, 2002; Stenner et al., 2011; van Malderen et al., 2013). Por ello sería más favorable la propuesta de una definición de envejecimiento activo que incluya variables de salud contempladas de manera continua, ya que la definición dicotómica no refleja de manera adecuada estos matices.

El segundo gran debate se refiere a la discusión sobre la incorporación de las actividades productivas o las actividades de ocio. Por un lado, la corriente principal en el envejecimiento activo se refiere a la participación de las mayores en la sociedad, incluyendo tan sólo las actividades productivas que crean valor social, tanto en términos remunerados como no remunerados (Buys y Miller, 2006; Di Gessa y Grundy, 2014; Ervik et al., 2008; Hofackër; 2015; Montero et al., 2011; Perales et al., 2014; Perek-Białas et al., 2008; Tareque et al., 2013, 2014; Zaidi et al., 2013). Estas actividades son importantes desde las tres aproximaciones, tanto desde el punto de vista de los investigadores, los responsables políticos y las propias personas mayores (Bowling, 2006). De hecho, la actividad es tan importante que las personas mayores y sus familias no se consideran mayores en la medida que puedan seguir activos y productivos (Kaufman, 1986). Sin embargo, un foco exclusivo en las actividades productivas deriva en varios inconvenientes, como la vuelta a su precursor, el envejecimiento productivo (Boudiny, 2013; Boudiny y Mortelmans, 2011; Bowling, 2009) o la negación del papel del ocio en el envejecimiento activo constituyendo nuevas categorizaciones de la vejez (Lassen y Moreira, 2014) y rechazando caminos alternativos para envejecer activamente (Biggs, 2001; Boudiny y Mortelmans, 2011; Walker, 2002). En relación al ocio, algunos autores enfatizan su incorporación por varios motivos. En primer lugar, los modos formales y públicos del compromiso productivo no encaja con todas las personas (Stenner et al., 2011) y una vez liberados de las responsabilidades de la adultez, el ocio es una forma de reengancharse con la vida (Clarke y Warren, 2007). En segundo lugar, el ocio es importante para las personas mayores y tiene múltiples beneficios como la mejora del estado físico o cognitivo así como el incremento de la satisfacción vital o la compensación de déficits sociales (Boudiny y Mortelmans, 2011; Bowling, 2008; Menec, 2003; Silverstein y Parker, 2002). Por último, los diferentes patrones de ocio pueden promover o impedir la participación en actividades productivas, como el voluntariado (Dury et al., 2015); así, la abstención de actividades de contribución social pueden estar relacionadas con un patrón concreto de ocio y aunque algunas personas no participen en actividades productivas no querría decir que no envejecieran de manera activa.

El tercer debate apunta a la frecuente dicotomía entre actividades activas y pasivas, a la vista de algunos autores considerada ambigua (Boudiny, 2013; Katz, 2000; Lassen y Moreira, 2014; Stenner et al., 2011). Normalmente, en el envejecimiento activo sólo se consideran importantes las actividades de ocio activas, como las aficiones, los deportes, los viajes o las actividades creativas (Avramov y Moskova, 2003; Fernández-Ballesteros et al., 2004; Houben et al., 2004; Perales et al., 2014), por sus conocidos beneficios (Colcombe y Kramer, 2003; Menec, 2003; Silverstein y Parker, 2002). Este foco en la participación activa ha sido parcialmente confirmada por las percepciones de las propias personas mayores sobre el envejecimiento activo (Hasmanová, 2011; Stenner et al., 2011). No obstante, muchos mayores consideran las actividades más corrientes o tradicionalmente consideradas pasivas, como leer o hacer puzzles, como más representativas de su compromiso con la vida (Clarke y Warren, 2007; Pettigrew y Roberts, 2008; Ranzijn, 2010) o necesarias para proseguir con su estilo de vida activo (Venn y Arber, 2011). De hecho, muchos mayores-mayores dedican más tiempo al ocio en el hogar o relacionado con la familia, produciéndose un cierto cambio en las actividades de las personas a medida que envejecen, quizá debido a alteraciones en las preferencias o por las limitaciones (Boudiny, 2013; Gauthier y Smeeding, 2003; Verbrugge, Gruber-Baldini, y Fozard, 1996). De este modo, el énfasis no estaría en el tipo de actividad como tal, sino en la forma activa de su proyecto o tarea (Katz, 2000; Stenner et al., 2011).

Además de estos grandes debates aún sin resolver, en el estudio de este concepto se han detectado varios problemas. Uno de ellos es la tendencia a utilizar muestras de personas mayores extraídas de contextos urbanos (Monreal, 2008); personas mayores-jóvenes (Fernández-Ballesteros et al., 2006; Di Gessa y Grundy, 2014; Montero et al., 2011), personas funcionalmente independientes (Fernández-Mayoralas et al., 2015; Lucena et al., 2010), personas activas (Buys y Miller, 2006; Casado-Muñoz, Lezcano-Barbero, y Rodríguez-Conde, 2015; Hasmanová, 2011) o que ya participan en programas de envejecimiento activo (Hasmanová, 2011; Latorre et al., 2015). Por el contrario, las personas con algún tipo de discapacidad o enfermedad han sido más excluidas, existiendo menos estudios que se hayan centrado en personas con tales problemas de salud, como la discapacidad intelectual crónica (Buys, Aird, y Miller, 2012; Buys et al., 2008; Fernández-Mayoralas et al., 2015) o enfermedades neurodegenerativas (Fereshtehnejad y Lökk, 2014), o se hayan realizado en residencias (Fernández-Mayoralas et al., 2015; van Malderen et al., 2013).

Otro problema importante es la frecuente intercambiabilidad del concepto de envejecimiento activo, exitoso y otros conceptos del paradigma, con la consiguiente mezcla de marco teórico (Blanco, 2010; Caprara et al., 2013; Fernández-Ballesteros et al., 2004; Fernández-Ballesteros, 2009; Fernández-Ballesteros et al., 2013; Fernández-Mayoralas et al., 2015; Kruse y Schmitt, 2012; Lucena et al., 2010; Michael et al., 2006; Montero et al., 2011; Paúl et al., 2012; Perales et al., 2014). La comprensión de la literatura se complica con aquellos estudios que se plantean abordar el envejecimiento activo y sus componentes, pero que finalmente afirman estudiar sus predictores, mezclando así los objetivos y refiriéndose a las mismas variables tanto como componentes como determinantes (Buys y Miller, 2006; Cloos et al., 2010; Paúl et al., 2012; Tareque et al., 2013, 2014). Al respecto, otra cuestión que lleva a confusión es la inclusión de aspectos como la satisfacción vital (Montero et al., 2011) o la calidad de vida (Perales et al., 2014) como componentes del envejecimiento activo, ya que la calidad de vida es un estado de ser y la satisfacción vital es el resultado de valorar cognitivamente las condiciones vitales y del ajuste entre los deseos y los logros (Bowling,

2009; Fernández-Mayoralas et al., 2015), siendo quizá más comprensible su rol como la consecuencia del proceso dinámico de envejecimiento activo que como su componente.

Por último, a pesar de la importancia del concepto y su uso repetido en el ámbito político, el envejecimiento activo es un complejo constructo sobre el que existen más teorizaciones que datos empíricos replicados, con pocos estudios que lo estudien empíricamente de manera completa (Fernández-Ballesteros et al., 2006). De hecho, las definiciones en los estudios se plantean de forma implícita (Fernández-Ballesteros et al., 2004a; Hasmanová, 2011), existiendo la carencia de una definición operativa del concepto universalmente acordada (Avramov y Maskova, 2003; Boudiny y Mortelmans, 2011; Boudiny, 2013; Casado-Muñoz et al., 2015; Clarke y Warren, 2007; Foster y Walker, 2013; Perales et al., 2014; Perek-Białas et al., 2008; Ranzijn, 2010; Walker y Maltby, 2012; Walker, 2002), sin existir criterios o resultados específicos que definan el envejecimiento activo de manera completa (Montero et al., 2011). Al respecto, la conceptualización del envejecimiento activo se ha centrado primordialmente en la participación en el mercado laboral, volviendo a su precursor el envejecimiento productivo (Boudiny, 2013; Boudiny y Mortelmans, 2011) o en una perspectiva fuertemente orientada a la salud, aunque se tome la salud como una visión amplia, volviendo a su otro precursor, el envejecimiento saludable (Paúl et al., 2012). De hecho, han sido relativamente pocos los estudios que aumentan el foco de participación y actividades hasta el ocio (Avramov y Moskova, 2003; Fernández-Mayoralas et al., 2015; Hasmanová, 2001; Houben et al., 2004), lo cual indica que el concepto suele abordarse con el interés de la sociedad en mente (Boudiny y Mortelmans, 2011).

Las pocas ocasiones en las que la variable envejecimiento activo se ha operativizado como un todo, ha sido mayoritariamente de manera dicotómica y criterial, de manera que si no se cumplían todos los elementos predefinidos, no se consideraba que la persona envejecía activamente (Fernández-Ballesteros et al., 2006; Lucena et al., 2010; Montero et al., 2011). Los criterios incluidos suelen ser relativamente altos, lo que unido a la necesidad de cumplir todos ellos para crear la variable de envejecimiento activo, genera unos caminos rígidos que excluyen a las personas con alguna discapacidad de envejecer activamente (Perales et al., 2014). Al contrario, el compromiso con la vida debería ser enfatizado a pesar de las limitaciones, adaptando las formas de compromiso a la situación de cada persona (Boudiny, 2013). Por ello, la realidad práctica del estudio del envejecimiento activo contradice las supuestas bondades del concepto en relación al envejecimiento con éxito (Katz, 2005; Mendes, 2013; Ranzijn, 2010; van Dyk, 2014; Venn y Arber, 2011). Por ello, sería más apropiado tratar el envejecimiento activo como un continuo, ya que conocer cuánto envejecen activamente una persona proporciona una información más rica que simplemente indicar si alguien envejece activamente o no, facilitando con ello el seguimiento la evolución de las personas mayores (Perales et al., 2014).

En función de las problemáticas detectadas en este ámbito, es necesario plantear una definición explícita, operativa, multidimensional, que abarque las tres aproximaciones del concepto de un modo que pueda ser medida de manera continua. Además, es necesario desarrollar una herramienta de medición que cumpla los requisitos anteriores. A continuación se revisarán los componentes del envejecimiento activo que se han ido planteando y que se incluirán en este trabajo.

3.7. COMPONENTES DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO

A pesar de la falta de acuerdo acerca de la definición y los componentes del envejecimiento activo, en los últimos años se ha avanzado hacia el acuerdo de la multidimensionalidad del concepto (Bowling, 2008; Caprara et al. 2013; Fernández-Ballesteros, 2009; Fernández-Ballesteros et al., 2006, 2013).

Por un lado, observando los estudios realizados, se ha llegado a un cierto convenio sobre la inclusión de variables que se podrían denominar de estado como la salud física, el funcionamiento físico, el funcionamiento cognitivo, el afecto positivo y las relaciones sociales (Caprara et al., 2013; Fernández-Ballesteros, 2009; Fernández-Ballesteros et al., 2004a, 2006, 2013). Estos aspectos son considerados los dominios más importantes del envejecimiento activo (Fernández-Ballesteros et al., 2006) y son también confirmados por las percepciones de las propias personas mayores (Bowling, 2008; Stenner et al., 2011).

No obstante, estos elementos por sí solos estarían limitándose al envejecimiento saludable (Fernández-Ballesteros, 2009), por lo que faltaría el otro componente central del envejecimiento activo, la participación (van Malderen et al., 2013). En relación a este otro aspecto, el acuerdo es menor. Si bien algunos autores han incluido la participación en sus definiciones como compromiso o participación social (Caprara et al., 2013; Fernández-Ballesteros et al., 2004a, 2006; Montero et al., 2011), su representación relativa en el concepto es mucho menor que los otros elementos previamente mencionados. En este punto, la mayoría de los autores hacen referencia a las actividades productivas, siendo menos los autores que resaltan el papel clave del ocio (Avramov y Moskova, 2003; Boudiny, 2013; Hasmanová, 2011; Houben et al., 2004; Fernández-Mayoralas et al., 2015), aunque los propios mayores lo consideran un componente importante del envejecimiento activo (Bowling, 2008). Por otro lado, la formación continua (Davey, 2002; Tam, 2011) y el uso de las TIC (Casado-Muñoz et al., 2015) son otros elementos relevantes del mismo, debido a su rol beneficioso para el bienestar (Walker, 2002) y para mantenerse al día en la sociedad de la información (Casado-Muñoz et al., 2015; EC, 2008; Pinazo, 2012).

Si el paradigma de envejecimiento activo quiere resultar una herramienta efectiva, debería representar un concepto dinámico, que incluya las percepciones de las personas y les permita crear sus propias formas de actividad, en lugar de centrarse en un número limitado y predeterminado de dominios de obligado cumplimiento, normalmente desarrollados bajo la perspectiva del experto (Boudiny y Mortelmans, 2011; Bowling, 2005). Por este motivo, en este estudio se incluirán como componentes los elementos aportados tanto desde la perspectiva política, científica como la social. Por ello y con el fin de reconciliar en la medida de lo posible la agenda política, los resultados de la investigación y las percepciones y deseos de las personas mayores, se contemplan muy diversas variables como componentes del envejecimiento activo, que serán expuestos a continuación.

Tabla 7. Elementos más fomentados según la aproximación.

Política	Científica	Social
Empleo	Voluntariado	Salud física
Voluntariado	Funcionalidad física	Salud subjetiva
Aprendizaje continuo	Funcionamiento mental	Funcionalidad física
	Participación social	Funcionamiento mental
	Empleo	Afecto positivo
	Actividad física	Actividades de ocio
		Actividades valiosas
		Participación social
		Relaciones sociales
		Apoyo social

3.7.1. Componentes estado o salud

Dentro de este grupo de variables se incluyen todas aquellas que aluden a la salud desde una perspectiva holística, referida tanto a la salud física (estado y funcionalidad), la salud mental (afectiva y cognitiva) y social.

3.7.1.1. Salud física

En primer lugar, se menciona el componente de salud física, que es uno de los elementos más importantes del envejecimiento activo, no sólo desde la perspectiva de los profesionales de diferentes ámbitos (Caprara et al., 2013; Fernández-Ballesteros et al., 2004a, 2006; Montero et al., 2011; OMS, 2002) sino también por los propios mayores (Bowling, 2008). Este es un elemento clave para llevar a un envejecimiento activo completo, al ser un elemento facilitador para la participación de las personas mayores (Kalache y Keller, 1999).

En las personas mayores existen unos menores niveles de salud con respecto a otros grupos, por la presencia frecuente de diversas enfermedades crónicas (Fernández-Ballesteros et al., 2006; Lee et al., 2011; Lupien y Wan, 2004; OMS, 2002; Pruchno et al., 2010a; Rowe y Kahn, 1987, 1997). Aunque los mayores consideran la salud física como uno de los elementos más importantes para tener un buen envejecimiento (Bowling, 2006, 2008), no lo es todo. Las buenas condiciones de salud, en relación a la ausencia de enfermedades crónicas, son relevantes aunque no son un requisito imprescindible para tener un envejecimiento activo (Clarke y Warren, 2007; OMS, 2002; Stenner et al., 2011). Por otro lado, la percepción subjetiva de la salud es una información muy relevante e incluso en ocasiones, más que los datos objetivos, ya que las auto-evaluaciones del estado de salud son mejores predictores de mortalidad que las mediciones objetivas (Fernández-Ballesteros, 2009).

En relación a este componente, los indicadores de salud física más empleados en el estudio del envejecimiento activo han sido la ausencia o presencia de enfermedades crónicas (Montero et al., 2011; Perales et al., 2014), el número de enfermedades crónicas (Fernández-Ballesteros et al., 2004a; Fernández-Mayoralas et al., 2012, 2015) así como la salud subjetiva o autoevaluada (Fernández-Ballesteros et al., 2006; Montero et al., 2011; Paúl et al., 2012; Tareque et al., 2013, 2014).

3.7.1.2. Funcionalidad

En segundo lugar, el componente de funcionalidad, tiene una gran importancia porque representa la noción de independencia, un aspecto clave en el envejecimiento activo. Esta se refiere a la capacidad objetivamente demostrable de realización de las funciones y las actividades de la vida diaria básicas e instrumentales, sin necesitar ayudas, que son necesarias y suficientes para mantener una vida autónoma e independiente en la comunidad (Lucena et al., 2010). Su relevancia se debe a que repercute a diversos niveles del envejecimiento activo (Bowling, 2008; Buys y Miller, 2006; Paúl et al., 2012; Stenner et al., 2011).

Las actividades de la vida diarias son aspectos centrales de cualquier evaluación del nivel de funcionamiento independiente y una de las más importantes (Katz, 2000). Estas se pueden dividir en actividades básicas e instrumentales. En relación a las actividades básicas, estas se relacionan con las actividades esenciales para el autocuidado, como comer, usar el servicio, asearse o andar. Estas actividades no están influidas por la cultura o el género, y su deterioro se produce de manera ordenada e inversa a su adquisición durante el desarrollo en la infancia. Por otro lado, las instrumentales se refieren a aquellas actividades consideradas importantes y establecidas por los expertos en este campo, que coinciden con las aportadas por las propias personas mayores (realizar las tareas de la casa, ir de compras, cocinar, manejar sus asuntos financieros, etc). Estas actividades son instrumentales desde un punto de vista objetivo aunque de manera subjetiva sean mucho más que eso. Su pérdida marca de manera importante la vida de las personas mayores y son percibidas de manera muy negativa al implicar la dependencia y resultar una carga para los demás. Estas pueden verse alteradas por factores como los propios cambios normales del envejecimiento, la aparición de enfermedades agudas, la presencia de enfermedades crónicas degenerativas, la hospitalización o por caídas. En función de la causa de la alteración de la funcionalidad, la dependencia derivada de la misma puede no ser un estado permanente, sino más bien un proceso dinámico. Por ello, su evolución puede ser modificada, prevenida o reducida si el entorno y la asistencia es adecuado (Lucena et al., 2010).

Por ello, la valoración de la función física es imprescindible en cualquier instrumento que mida el estado de salud para obtener datos objetivos que permiten identificar necesidades individuales de rehabilitación o planificar servicios de atención al hogar, como la preparación de la comida, cuidados personales o de un enfermero, etc. Además, permite la detección precoz de algunos cambios y la comprobación de la potencial necesidad de realizar otras pruebas o intervenciones para prevenir un posible deterioro futuro.

El uso de índices de medición de estas actividades es cada vez más extendido en la investigación y la práctica clínica, especialmente en el grupo de los mayores. En el estudio del envejecimiento activo, la funcionalidad ha sido evaluada mediante la valoración de las actividades diarias básicas e instrumentales (Blanco, 2010; Bowling, 2009; Fernández-Mayoralas et al., 2015; Lucena et al., 2010; Paúl et al., 2012; Tareque et al., 2013, 2014), por la medida de la discapacidad (Perales et al, 2014; Tareque et al., 2013, 2014) o simplemente el autoinforme de las personas mayores de no necesitar ayuda para manejarse en su vida diaria (Montero et al., 2011).

3.7.1.3. Cognición

El aspecto cognitivo entendido como el rendimiento o la capacidad cognoscitiva es incluido también como componente importante del envejecimiento activo, por su influencia en la capacidad de las personas para resolver problemas (OMS, 2002). Durante el envejecimiento normal, algunas capacidades cognitivas como la velocidad de aprendizaje o la memoria disminuyen por estar sujetas a la evolución biológica del cerebro, aunque en la actualidad suelen mantenerse en relativamente buen estado salvo que se sufra algún tipo de enfermedad neurodegenerativa (Fernández-Ballesteros, 2009).

Este componente no sólo es relevante para los profesionales (Caprara et al., 2013; Fernández-Ballesteros, 2009; Fernández-Ballesteros et al., 2004a, 2006, 2013), sino que también lo es para los propios mayores (Bowling, 2008; Buys y Miller, 2006; Clarke y Warren, 2007; Stenner et al., 2011). De hecho, cuidar y mantener la capacidad mental es tan importante como la actividad física (FUTURAGE, 2011).

Por ello, es necesario realizar un seguimiento del componente cognitivo como elemento constituyente de la salud, que a su vez está incluida en el concepto de envejecimiento activo (OMS, 2002; Walker, 2002). En este ámbito, este componente ha sido medido con diferentes instrumentos que miden el rendimiento cognitivo y sirven para establecer un diagnóstico o un cribado de deterioro cognitivo, como el Mini-Mental State Examination, la Evaluación neuropsicológica breve en español o el Cuestionario Portátil del Estado Mental de Pfeiffer Questionnaire (Blanco, 2010; Fernández-Ballesteros et al., 2006; Fernández-Mayoralas et al., 2015; Montero et al. 2011; Paúl et al., 2012; Perales et al., 2014).

3.7.1.4. Afecto

El componente afectivo es también un elemento importante en relación al envejecimiento activo. Normalmente se asocia el envejecimiento al sufrimiento emocional (Kobau, Safra, Zack, Moriarty, y Chapman, 2004), ya que la tristeza y los trastornos de depresión aumentan en la vejez (Fernández-Ballesteros et al., 2004a). No obstante, es posible mantener un afecto positivo en la tercera edad y de hecho es importante, ya que reduce la mortalidad en las personas mayores y mejora los resultados de salud física y funcionalidad (Caprara et al., 2013; Zamarrón, 2007). Es un concepto de gran interés por su relación con la promoción y protección de la salud (Diener, Suh, Lucas, y Smith, 1999; Diener, 1984) ya que puede funcionar tanto como un recurso para la salud o como un indicador o resultado de la misma.

El afecto o balance afectivo es el componente emocional del bienestar subjetivo y se refiere tanto a la experimentación de emociones positivas, como la alegría, el placer o la euforia como de emociones negativas, como el miedo, la ira o la tristeza (Bradburn, 1969). Dentro de él se puede diferenciar el afecto positivo y negativo, que son dimensiones relativamente independientes o bidimensionales, de manera que la experimentación de afecto positivo no implica la ausencia de afecto negativo, ni al contrario, por lo que se recomienda estudiarlos de manera independiente (Bradburn, 1969; Bryant y Veroff, 1982; Diener y Emmons, 1985; Godoy-Izquierdo, Martínez, y Godoy, 2008; Warr, Barter, y Brownbridge, 1983). Un balance afectivo positivo suele indicar la experimentación frecuente de afecto positivo y menor afecto negativo (Godoy-Izquierdo et al., 2008).

De esta manera, el afecto positivo y el afecto negativo se consideran dos constructos diferenciados, teniendo cada uno sus propios valores de intensidad y frecuencia, que podrían producirse de manera simultánea tanto en un momento determinado como a lo largo del tiempo. Así, las personas podrían experimentar un elevado afecto positivo, un elevado afecto negativo o ambos al mismo tiempo. Por otro lado, parece existir cierta covariación entre la experimentación de emociones positivas y negativas tanto en su frecuencia (Diener y Emmons, 1985; Watson y Clark, 1984) como en su intensidad (Diener et al., 1999; Godoy-Izquierdo et al., 2008). Ello estaría indicando que las personas muestran cierta consistencia en su forma de experimentar tanto las emociones negativas como positivas. Sin embargo, se postula que ambos varían de manera inversa en términos de frecuencia e intensidad ya que es infrecuente la experimentación simultánea de altos niveles de afecto positivo y negativo y, de hecho, se ha hallado una robusta asociación inversa entre el afecto positivo y el negativo (Godoy-Izquierdo et al., 2008; Kim y Mueller, 2001). Sin embargo parece factible que tal relación describa más la experimentación afectiva en momentos temporales concretos, en la que ambos afectos, muy fluctuantes no serían independientes en términos de frecuencia e intensidad, estando asociados en sentido negativo. No obstante, si se tienen en cuenta períodos temporales más amplios, ambos tipos de afecto sí podrían ser más independientes (Bryant y Veroff, 1982; Diener y Emmons, 1985; Godoy-Izquierdo et al., 2008).

Este componente, por lo general, ha sido medido mediante cuestionarios que evaluaban la presencia o ausencia de psicopatologías (Paúl et al., 2012), de depresión (Blanco, 2010; Perales et al., 2014) así como el bienestar psicológico (Tareque et al., 2013) y el afecto positivo y negativo (Fernández-Ballesteros et al., 2006).

3.7.1.5. Social

Este aspecto constituye un componente de especial relevancia para las personas mayores (Bowling, 2006, 2008) y diferentes autores han resaltado su relevancia (por ejemplo Fernández-Ballesteros, 2004a, 2009). Ello se debe a que el funcionamiento social, concretamente las relaciones sociales, y la prevalencia de la discapacidad así como la recuperación de la misma están relacionados (Caprara et al., 2013; Morrow-Howell, Hinterlong, Rozario, y Tang, 2003). De esta manera, las personas más activas socialmente informan de menores niveles de discapacidad (Mendes, Glass, y Berkman, 2003) y tienen un mejor funcionamiento cognitivo (Park, Gutchess, Meade, y Morrow, 2007). Dentro de este componente de funcionamiento social pueden encontrarse las relaciones sociales, la conexión social o el apoyo social.

Las relaciones interpersonales y la conexión social son especialmente relevantes para los mayores, ya que en esta edad la tendencia es que disminuyan y lleguen a constituir una carencia para los mayores (McPherson, Smith-Lovin, y Brashears, 2006). Concretamente, mantener buenas relaciones sociales con la familia, los amigos y las redes de confidentes (Bowling, 2006; Lee et al., 2011) así como un buen apoyo social (Aldwin y Gilmer, 2003; Schulz y Heckhausen, 1996; Zunzunegui, Alvarado, Del Ser, y Otero, 2003) es muy importante. De hecho, el aislamiento y la escasez de conexión social son predictores de la morbilidad y la mortalidad, y en cualquier caso, es un riesgo para la salud (Rowe y Kahn, 1997) mientras que la presencia de relaciones sociales ha demostrado prevenir la discapacidad y la depresión y mantener la función cognitiva en la tercera edad (Zunzunegui et al., 2003).

De esta manera, las relaciones más cercanas con familiares y amigos generan sentimientos de seguridad y compromiso y contribuyen al bienestar de la personas (Carmona, 2011).

Por otro lado, el apoyo social o la ayuda incluye tanto el apoyo socioemocional, entendida como la expresión de afecto, respeto y amor, como el apoyo instrumental, que se refiere a la aplicación de ayuda directa, sea ayuda física, con ciertas tareas, proporcionar o facilitar transporte o prestar dinero (House, Kahn, McLeod, y Williams, 1985; Rowe y Kahn, 1997). Ambos tipos de apoyo pueden tener efectos positivos relevantes relacionados con la salud y su efectividad depende de lo apropiado del apoyo a los requerimientos de la situación y la persona. Si bien el apoyo instrumental es muy relevante para los mayores, este se ha asociado con un bajo desempeño físico, lo cual sea posiblemente más como razón por la que se presta esta ayuda que como consecuencia (Seeman, Berkman, Blazer, y Rowe, 1994). Finalmente, ambos tipos de apoyo pueden dividirse a su vez en apoyo real recibido y percibido (Carmona, 2011). Si bien ambos tipos de apoyo influyen directa e indirectamente en el bienestar de las personas, algunos autores indican la mayor importancia relativa del apoyo social percibido (Newsom y Schulz, 1996).

En general, el apoyo social tiende a evolucionar con el paso de los años, por factores como la jubilación, la posible aparición de enfermedades o la defunción del grupo de iguales y personas cercanas, que pueden dificultar el mantenimiento de relaciones sociales en la vejez (Carmona, 2011; Reed, Cook, Childs, y Hall, 2003). Ello provocaría un cambio de foco del apoyo social pasando de provenir de los amigos a la familia o personas que viven a su alrededor, como los vecinos (Monreal, 2008), especialmente relevante cuando el cónyuge fallece. No obstante, por lo general es la familia quien suele dar mayor apoyo a las personas mayores directa e indirectamente (Carmona, 2011).

A la par, parece producirse un cambio desde las redes sociales más grandes a relaciones emocionales más cercanas, que sin embargo no afecta a la satisfacción vital ya que los mayores prefieren la calidad de las relaciones sociales antes que la cantidad (Berg, 2008; Boudiny, 2013). No obstante, las personas mayores tienen mayores probabilidades de perder a sus personas queridas, a su pareja y amigos, volviéndose especialmente vulnerables a la soledad y aislamiento. Provenza de donde provenga, el apoyo social inadecuado o insuficiente y la interrupción de relaciones sociales se concibe como una fuente de estrés, asociándose con un aumento de la mortalidad, la morbilidad y la angustia psicológica así como con la disminución de la salud general y el bienestar físico y mental (OMS, 2002).

Este componente social ha sido incluido en estudios sobre el envejecimiento activo y ha sido reflejado por variables como el apoyo social (Bowling, 2009; Fernández-Ballesteros et al., 2006; Paúl et al., 2012; Perales et al., 2014), la soledad (Paúl et al., 2012), la frecuencia de relaciones sociales (Fernández-Ballesteros et al., 2004; Fernández-Mayoralas et al., 2015; Perales et al., 2014), la satisfacción con las relaciones sociales (Fernández-Ballesteros et al., 2004) o las redes de apoyo (Blanco, 2010).

Tras la revisión de la literatura, se puede decir que los elementos claves del envejecimiento activo que informan del estado de una persona o de la medida en la que está envejeciendo bien serían los factores anteriormente mencionados (físico, funcional, cognitivo, afectivo y social). Todos estos elementos están interrelacionados, siendo unos predictores de otros (Rowe y Kahn, 1997). No obstante, existen otros aspectos muy importantes para el

mismo que quizá no se relacionan tanto con un estado en un momento concreto, sino que serían más elementos procesuales, como serían los distintos tipos de actividad y participación. A continuación se detallan los diferentes componentes del envejecimiento activo relacionados con la participación.

3.7.2. Componentes proceso o actividad

El envejecimiento activo incluye otro componente imprescindible, el de participación o actividad, que va implícito en el adjetivo "activo" (Stenner et al., 2011; van Malderen et al., 2013) y que funciona como un medio y un fin al mismo tiempo (Hasmanová, 2011). Este concepto alude a diferentes formas de participación y actividad, con énfasis distinto en función de los actores (políticos, gerontólogos o mayores), existiendo cierto desacuerdo en su significado (Katz, 2000). A pesar de que la OMS señaló que la participación en este marco va mucho más allá que la actividad física o la participación en el mercado laboral, en la práctica la actividad se ha reducido mayoritariamente a la promoción del empleo (Brooke et al., 2013; Ervik et al., 2008; Di Gessa y Grundy, 2014; Hofäcker, 2015; Perek-Białas et al., 2008) y el ejercicio físico (Ahrentzen, 2010; Correa et al., 2011; Foy et al., 2013; Michael et al., 2006; Sykes y Robinson, 2014; Zeitler et al., 2012).

Sin embargo, la importancia de evaluar las actividades cotidianas en la vejez reside en que el patrón de actividades que lleva a cabo la persona refleja hasta cierto punto sus metas, valores y preferencias (Horgas, Wilms, y Baltes, 1998), recalcando con ello el carácter activo de las personas como seres intencionales que deciden su propia vida (Fernández-Ballesteros, 2009). Por ello, en este trabajo se quiere abordar un rango de actividad más amplio, incluyendo aquellos grupos de actividades que contribuyen al bienestar de los individuos (Walker, 2002; Walker y Maltby, 2012) e integrando las diferentes actividades promovidas desde las distintas aproximaciones. Así, este componente de actividad se refiere tanto las actividades productivas como el empleo o la participación social, las actividades de ocio, la formación continua y el uso de las TIC. Con ello se pretende representar un abanico de actividades que incluya a la mayor parte de personas posible para estudiar los beneficios de una vida activa (Chodzko-Zajko, Schwingel, y Park, 2009; EC, 1999; OMS, 2002) y captar las diferentes formas de comprometerse con la vida de las personas mayores, a pesar de posibles cambios en la salud, la independencia y las preferencias (Boudiny y Mortelmans, 2011; Verbrugge et al., 1996).

3.7.2.1. Empleo

El empleo ha sido, en la práctica, el aspecto más impulsado y estudiado en el envejecimiento activo tanto desde la política (EC, 1999b, 2002; OECD, 2006) como desde la investigación, bien sea como objetivo principal o incluido en un grupo de actividades (Avramovy Moskova, 2003; Brooke et al., 2013; Houben et al., 2004; Myk, 2015; Perek-Białas et al., 2008). Con ello, se ha resaltado la necesidad de prolongar las vidas laborales, se han estudiado los motivos asociados a la jubilación anticipada o se ha reclamado la flexibilización de los programas de jubilación para desincentivar la jubilación temprana (EC, 2012; Walker y Maltby, 2012).

No obstante, conforme avanza la edad es cada vez más infrecuente que los mayores trabajen de forma remunerada, bien por la existencia de una edad de jubilación obligatoria o

bien porque desean acogerse a los planes de jubilación anticipada. Al respecto, el envejecimiento activo en este ámbito debería establecer los derechos y mejorar las oportunidades para trabajar a quien desee seguir realizándolo (Boudiny, 2013; OMS, 2002). Si bien el envejecimiento poblacional requiere mantener a la población activa, el centrarse únicamente en el empleo como estrategia de envejecimiento activo puede resultar negativo al excluir a una gran proporción de personas mayores-mayores cuya salud y discapacidad les impide seguir trabajando (Boudiny, 2013).

Por otro lado, a pesar del énfasis en este componente desde el plano político y científico, y su relevancia para el mantenimiento de los sistemas de bienestar, no existe un acuerdo sobre si el empleo es importante o no para los mayores (Avramov y Moskova, 2003; Bowling, 2006). Aunque una proporción relativamente alta de personas de 65 años desearían seguir trabajando, ese deseo disminuye con la edad (Avramov y Moskova, 2003). No obstante, debido a la importancia de este elemento para las aproximaciones mencionadas, se incluye el empleo como un componente del envejecimiento activo.

3.7.2.2. Participación social

La participación social también es parte del concepto de envejecimiento activo y se entiende como la contribución a la sociedad no remunerada que crea valor social en forma de bienes o servicios, comprendiendo actividades de muy diversa naturaleza (Zaidi et al., 2013). Entre ellas se incluiría por ejemplo, la ayuda informal cuidando a algún miembro de la familia, amigo o vecino, trabajar como voluntario formal (Boudiny y Mortelmans, 2011; Herzog y Morgan, 1992; Rowe y Kahn, 1987, 1997; Zaidi et al., 2013) y la participación política (Zaidi et al., 2013). No obstante, el voluntariado ha acumulado una mayor cantidad de literatura (Dury et al., 2014, 2015; Foy et al., 2013; Harris y Thoresen, 2005; McNamara y Gonzales, 2011; Morrow-Howell et al., 2003; Morrow-Howell, 2010; van Willigen, 2000).

Estas actividades han demostrado ser importantes para las personas mayores (Bowling, 2006) y producen efectos beneficiosos en ellas (Harris y Thoresen, 2005; Herzog, Franks, Markus, y Holmberg, 1998; Morrow-Howell et al., 2003; Siegrist y Wahrendorf, 2009; van Willigen, 2000; Zunzunegui et al., 2003). Entre sus consecuencias positivas se incluyen que aumentan la longevidad, previenen la discapacidad y la depresión, mantienen la función cognitiva en la tercera edad (Herzog et al., 1998; Seeman, 2000; Zunzunegui et al., 2003) y mejoran el bienestar (Herzog et al., 1998). En relación al voluntariado, este disminuye la mortalidad (Harris y Thoresen, 2005; Oxman, Freeman, y Manheimer, 1995) y genera mayores niveles de bienestar (Herzog et al., 1998; Morrow-Howell et al., 2003; OMS, 2002; Siegrist y Wahrendorf, 2009; Zunzunegui et al. 2003) y satisfacción vital (van Willigen, 2000). Por ejemplo, en el caso concreto de las mujeres mayores, que al vivir más tiempo que los hombres tienen mayores probabilidades de quedarse en estado de viudez, el voluntariado se ha presentado como una buena oportunidad para reducir el riesgo de aislamiento así como de mejorar el bienestar y las necesidades sociales (Foster y Walker, 2013; Walker, 2002).

A pesar de ello, algunos estudios cualitativos muestran que las actividades productivas no son necesariamente beneficiosas para todos los mayores (Boudiny y Mortelmans, 2011; Clarke y Warren, 2007), siendo posible que reporten más beneficios a los mayores-jóvenes que a los mayores-mayores (Boudiny, 2013). Además, Siegrist y Wahrendorf (2009) encontraron efectos positivos de las actividades socialmente productivas en el bienestar

cuando hay reciprocidad. Por otro lado, muchos mayores, tras liberarse de las responsabilidades propias de la adultez como el empleo o el cuidado de la familia, prefieren el ocio para volver a comprometerse con su vida (Boudiny y Mortelmans, 2011; Clarke y Warren, 2007; Morrow-Howell, 2000).

3.7.2.3. Ocio

Las actividades de ocio o tiempo libre son aquellas que se realizan porque se desea hacerlas con el objetivo de divertirse, entretenerse, desarrollarse, o cualquier otro que no implique beneficios materiales (Monreal, 2008). Estas se realizan durante el tiempo libre de las obligaciones diarias, entendidas como la educación, el trabajo, las tareas domésticas y el cuidado personal (Avramov y Maskova, 2003; Verghese et al., 2006). Este tipo de actividades es importante para los propios mayores (Bowling, 2008) y tiene el potencial de mejorar la salud y el bienestar (Boudiny y Mortelmans, 2011). No obstante, a pesar de que cada vez más autores y trabajos reconocen su relevancia (Avramov y Moskova, 2003; Boudiny y Mortelmans, 2011; Foster y Walker, 2013; Houben et al., 2004), por lo general se ha dado de lado.

El ocio tiene una especial relevancia en el grupo de los mayores, ya que cuando actividades como el trabajo o la maternidad/paternidad desaparecen o se reducen, queda una mayor cantidad de tiempo libre y disminuyen los contextos de interacción social, especialmente en el caso de la jubilación. Una alta participación en el ocio se relaciona con una mejor salud física, mayor protección contra el daño cognitivo y la demencia (Boudiny y Mortelmans, 2011; Scarmeas, Levy, Tang, Manly, y Stern, 2001; Scarmeas et al., 2003; Verghese et al., 2006), un mayor bienestar (Patterson y Carpenter, 1994), una mayor satisfacción con la vida (Boudiny y Mortelmans, 2011; Lee, 2009 en Lee et al., 2011) y percepción de la felicidad, al aumentar su implicación en los procesos vitales y el ajuste a las circunstancias de la vida (Hutchinson, Susan, Loy, Kleiber, y Dattilo, 2003; Satorres, 2013). Incluso puede compensar déficits físicos y sociales al mejorar la calidad de vida en circunstancias como la viudez, la baja interacción familiar o el declive funcional (Boudiny y Mortelmans, 2011; Silverstein y Parker, 2002). De hecho, la demanda de ocio de los mayores se relaciona con un deseo de escapar de la soledad, con la posibilidad de disfrutar del tiempo libre y de vivir la vida al máximo (Boudiny y Mortelmans, 2011; Hasmanová, 2011; Lucena et al., 2010). Estos beneficios derivados de la participación en el ocio también se producen en personas con demencia, que incrementan su satisfacción vital (Fernández-Mayoralas et al., 2015).

Los propios mayores conciben que la participación en actividades de ocio es un elemento definitorio del envejecimiento activo (Bowling, 2008). Las actividades sociales, productivas y de ocio ayudan a los mayores a envejecer bien (Bowling, 2008; Lee et al., 2011; Menec, 2003) y a mayor cantidad de actividades de ocio, mejor envejecimiento, mayor felicidad, mejor funcionalidad y menor mortalidad (Chaves, Camozzato, Eizirik, y Kaye, 2009; Menec, 2003). En concreto, los mayores que se involucran en más actividades de ocio presentan un riesgo un 38% menor de desarrollar demencia, reduciéndose aproximadamente un 12% por cada actividad de ocio adoptada (Scarmeas et al., 2001). Los mayores pueden aumentar su participación en actividades de diferentes dominios, como el entretenimiento cultural, el crecimiento personal productivo, actividades físicas en el exterior, el ocio artístico-expresivo, la amistad o el grupo formal, y ello provoca la percepción de una mejora en sus condiciones

de vida, incluso en situaciones vitales complicadas (Silverstein y Parker, 2002). Entre ellas, se ha recalcado la importancia del ejercicio físico (Colcombe y Kramer, 2003; Lee et al., 2011) o de las actividades intelectuales entre otros (Scarmeas et al., 2001). Estas últimas intervienen en la reserva cognitiva (Rodríguez y Sánchez, 2004; Scarmeas et al., 2001), concepto desarrollado para intentar explicar las diferencias interindividuales en el grado de cambios patológicos en el cerebro (Scarmeas et al., 2001).

En este punto, cabe resaltar que el ejercicio físico ha sido una de las actividades más estudiadas y promovidas (Boudiny, 2013; OMS, 2002), por el gran acuerdo consolidado acerca de sus beneficios. Este ha sido relacionado positivamente con la función cognitiva y emocional (Ballesteros, 2007; Colcombe y Kramer, 2003; Leveille, Guralnik, Ferrucci, y Langlois, 1999; Netz, Wu, Becker, y Tenenbaum, 2005; OMS, 2002; Rowe y Kahn, 1997; Weuve et al., 2004), con la función física (Ballesteros, 2007; Brach, Simonsick, Kritchevsky, Yaffe, Newman, y Health Aging and Body Composition Study Research Group, 2004; Fries, 1999; OMS, 2002; Rowe y Kahn, 1997), dado que el ejercicio mejora la salud en términos de mortalidad y discapacidad acumulada a lo largo de la vida, al comprimir la morbilidad (Caprara et al., 2013; Fries, 2002, 2012; Haveman-Nies, de Groot, y van Staveren, 2003). Sus beneficios en términos de protección contra el deterioro físico y cognitivo se duplican cuando se realiza en compañía de amigos (Seeman, 2000). Por otro lado, los beneficios de este tipo de actividad se producen incluso cuando existe algún tipo de patología o discapacidad (Lassen y Moreira, 2014; WHO, 1996). De esta manera, el ejercicio físico resulta ser una forma de mejorar la salud poblacional de bajo coste (Fries, 2012), por lo que la involucración en tales actividades puede ser significativa para los individuos y la comunidad, especialmente si se tiene en cuenta la carga pública de salud de los estilos de vida sedentarios (Boudiny, 2013).

No obstante, la actividad no debe ser entendida únicamente en el plano físico, sino que la persona mayor también debe permanecer activa cognitiva y socialmente. Aunque las funciones cognitivas tienden a deteriorarse con la edad (Bentosela y Mustaca, 2005), la actividad cognitiva protege estas funciones compensando en cierto modo su declive (Fernández-Ballesteros, 2000). Sin embargo, en las actividades de ocio suele encontrarse un problema, como es la tendencia a incluir las actividades de ocio más activas (Houben et al., 2004) o a separar las actividades de ocio activas de las pasivas (Avramov y Moskova, 2003). Con ello se establece una distinción dicotómica entre la actividad y la pasividad (Boudiny, 2013), aunque esta es ambigua, por lo que la diferenciación de las actividades en base a este criterio varía entre los autores (Boudiny, 2013; Boudiny y Mortelmans, 2011; Katz, 2000; Lassen y Moreira, 2014). La distinción activo-pasivo lleva implícita otro aspecto, ya que las actividades de ocio etiquetadas como "activos" se asocian a aquellas consideradas deseables o más físicamente activas, mientras que las "pasivas" no son tan deseables o tienen menor carga física (Boudiny y Mortelmans, 2011). Como posible solución a esta dicotomía, se pueden contemplar la actividad y la pasividad como parte de un mismo continuo y aceptar la presencia de estos tipos de actividades por ser ambos importantes para los mayores (Boudiny, 2013; Clarke y Warren, 2007; Lassen y Moreira, 2014; Pettigrew y Roberts 2008; Ranzijn 2010; Townsend et al., 2006; Venn y Arber, 2011).

Además, es necesario entender la actividad como una forma de práctica culturalmente específica, a la que se debe adaptar la política de envejecimiento activo. La participación en actividades altamente físicas o sociales puede ayudar a los mayores jóvenes (Boudiny, 2013), pero los mayores-mayores suelen tener otras preferencias en la dedicación de su tiempo libre,

como el ocio no productivo (Boudiny y Mortelmans, 2011), el asociado al hogar y la familia (Boudiny y Mortelmans, 2011; Gauthier y Smeeding, 2003; Verbrugge et al., 1996) o las actividades más ordinarias como leer, andar en bicicleta, hacer un pasatiempos o cuidar el jardín, más que actividades sociales y físicas (Boudiny, 2013; Clarke y Warren, 2007; Pettigrew y Roberts 2008; Ranzijn 2010; Townsend et al., 2006). De hecho, seguir con sus actividades diarias es la forma que tienen los mayores de mantenerse comprometidos con la vida y ello no siempre cuadra con la imagen juvenil e independiente que se transmite con el paradigma. De no incorporarse tales actividades más ordinarias e incluir sólo las activas, se rechazarían aquellas importantes para los mayores-mayores. Por otro lado, las personas mayores con algún tipo de patología o discapacidad que no pueden desplazarse o salir fuera de casa tampoco deberían ser excluidos del envejecimiento activo (Boudiny y Mortelmans, 2011). Por ello, aunque no puedan realizar las actividades de ocio más exigentes física y socialmente, la inclusión de otras permitiría reconocer el esfuerzo que estas personas estarían realizando para envejecer de manera activa en la medida de sus posibilidades. Ello no niega la importancia de las actividades sociales fuera del hogar (Houben et al., 2004), sino que reconoce el valor de otras más solitarias (Boudiny y Mortelmans, 2011) que han sido generalmente excluidas del ocio en este ámbito.

Algunos ejemplos de las actividades de ocio incluidas en este estudio serían ir de vacaciones (Lee et al., 2011), el ejercicio físico (Avramov y Moskova, 2013; Clarke y Warren, 2007; Houben et al., 2004; Lee et al., 2011; Stenner et al., 2011); entre el ocio social estarían las reuniones o visitas con familia y amigos, la asistencia a clubes o a la iglesia (Stenner et al., 2011) o como actividades recreativas estaría la televisión, escuchar la radio o hacer pasatiempos (Avramov y Moskova, 2003; Clarke y Warren, 2007). Todas ellas han demostrado tener beneficio a nivel biopsicosocial en diferente medida.

3.7.2.4. Aprendizaje o formación continua

La formación continua ha cobrado una importancia mayor en el envejecimiento activo en los últimos años, tanto en la política (EC, 2012; OECD, 2006) como en la investigación (Tam, 2011) por varios motivos. En primer lugar, el cambio producido en los últimos años en la sociedad y por ende, en el mundo laboral, ha generado una necesidad de adaptación y formación continua. Por ello, las personas mayores que siguen trabajando necesitan actualizarse y seguir formándose para incorporar las nuevas estrategias y herramientas en su día a día así como para desarrollar nuevas habilidades (Directorate-General for Education and Culture, 2012).

Por otro lado se encontrarían los beneficios derivados de esta actividad a nivel individual. Entre ellos cabe destacar el desarrollo de contactos sociales (Phillipson y Ogg, 2010), la mejora de la capacidad cognitiva y la posposición de problemas mentales asociados a la edad (Caprara et al., 2013; Phillipson y Ogg, 2010; Verghese et al., 2003) así como del bienestar (Walker, 2002), la salud, la satisfacción vital o la independencia (Sánchez, 2004; Tam, 2011). En relación con ello, la demostración de la asociación de menores niveles de educación con un mayor riesgo de discapacidad y muerte en las personas mayores (OMS, 2002; Sánchez, 2004) ha contribuido al énfasis actual en la formación de los adultos mayores. Si bien el efecto de la educación es acumulativo durante todo el ciclo vital, con gran importancia en los primeros años de vida, actualmente se pretende que las personas que no hayan tenido esa oportunidad en su infancia puedan seguir formándose, desarrollando aptitudes y adquiriendo

conocimiento sobre diversos ámbitos. Además de ello, los propios mayores quieren formarse para aprender sobre nuevas actividades, mantenerse al día, seguir mentalmente activos y estimulados y conseguir ciertas metas vitales (Tam, 2011)

Por estos motivos se considera un componente vital del envejecimiento activo que forma parte de un estilo de vida activo (Boulton-Lewis, Buys, y Lovie-Kitchin, 2006; Hasmanová, 2011; Tam, 2011). Teniendo en cuenta las preferencias de las personas mayores a la hora de aprender, el aprendizaje continuo debería incluir la educación formal e informal proporcionada por organizaciones educativas y no educativas. Por ejemplo, mientras que algunos mayores prefieren ir a clases organizadas formadas con personas de su edad en centros especiales para mayores (Hasmanová, 2011), otros por el contrario prefieren un aprendizaje informal como leer (Tam, 2011).

3.7.2.5. Uso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC)

Este último elemento se ha incorporado por la importancia de las TIC en el envejecimiento activo, ya que las personas necesitan actualizarse e incorporar estas herramientas en su día a día (Gjevjon et al., 2014; OMS, 2002). El uso de las TIC es una forma diferente de que las personas permanezcan activas e incluidas en la sociedad actual, mejorando su nivel de bienestar y manteniendo o aumentando su actividad y compromiso vital. Este aspecto ha sido más estudiado como determinante del envejecimiento activo (Gjevjon et al., 2014; OMS, 2002; Zaidi et al., 2013). No obstante, en este estudio se propone como componente del mismo ya que la inclusión social, el mantenerse actualizados en el mundo en el que viven y las actividades que generan bienestar son aspectos definitorios del envejecimiento activo y estos son precisamente algunos de los efectos derivados del uso de las TIC (EC, 2008; Pinazo, 2012; Stenner et al., 2011; Walker, 2002).

Las nuevas tecnologías, y más concretamente Internet, son muy relevantes ya que pueden compensar potencialmente las pérdidas relacionadas con la salud (Boudiny y Mortelmans, 2011), retrasar la aparición de enfermedades y patologías incapacitantes (Cloos et al., 2010), potenciar el bienestar mental y social (Casado et al., 2015), mejorar el sentido de competencia personal (Kim, 2008), disminuir los niveles de soledad al aumentar la inclusión, la participación y la interacción social (Boudiny y Mortelmans, 2011; Casado-Muñoz et al., 2015; Gjevjon et al., 2014), incrementar el nivel de actividad y mejorar la satisfacción vital (Gatto y Tak, 2008). Conectarse a Internet es mentalmente estimulante, incluso más que leer, ya que buscar activamente información en internet implica un alto nivel de actividad cerebral que no se activa cuando se lee un libro (Small, Moody, Siddarth, y Bookheimer, 2009). Por otro lado, mejora la capacidad de comunicación con otras personas cuando existe poca movilidad o dificultad para quedar con ellas (Boudiny y Mortelmans, 2011; Gjevjon et al., 2014) y de hecho, aunque los mayores prefieren la comunicación cara a cara antes que por Internet (Gjevjon et al., 2014), ambas tienen efectos similares (Casado-Muñoz et al., 2015).

Por lo general, se puede decir que hay bastante interés por la tecnología entre las personas mayores, debido a las posibilidades que ofrece para comunicarse con otras personas, para tener información, para entretenerse o para mantenerse activos (Gjevjon et al., 2014; Thanakwang et al., 2014). Al respecto, aunque algunas personas se consideran muy mayores para aprender y utilizar la tecnología (Gjevjon et al., 2014), en realidad los únicos requisitos

físicos para el manejo de las TIC son las habilidades motoras finas, por lo que su uso podría extenderse incluso hasta las personas mayores más frágiles (Boudiny y Mortelmans, 2011).

La estimulación producida por todas estas actividades potencialmente facilita el mantenimiento de las habilidades cognitivas generales, enlentece las tasas de envejecimiento cognitivo y su evaluación permite detectar los primeros cambios sutiles ante la aparición de un posible deterioro cognitivo. Es por ello que un estilo de vida activo, saludable y estimulante tiene efectos beneficiosos acumulativos para el funcionamiento neuropsicológico (Lee, 2009 en Lee et al., 2011; Scarmeas et al., 2001, 2003; Stern, 2002) y el envejecimiento activo en general.

3.8. DETERMINANTES O ANTECEDENTES

Como posibles determinantes se han incluido en este estudio los estilos de afrontamiento, además de las variables sociodemográficas clásicas. El motivo de la misma es que se ha resaltado su importancia para el envejecimiento activo por el efecto positivo de su entrenamiento en la prevención de las distintas condiciones psicopatológicas en la vejez (Fernández-Ballesteros et al., 2004a; Stenner et al., 2011). No obstante, mientras que algunos autores postulan el lugar de los estilos de afrontamiento como parte del concepto de envejecimiento activo (Stenner et al., 2011), otros lo sitúan como predictor o variable a manipular de manera experimental para fomentarlo (Fernández-Ballesteros, 2009; Fernández-Ballesteros et al., 2004a, 2006).

El afrontamiento es un concepto que se refiere a los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar determinadas demandas externas y/o internas percibidas y creadas por una situación estresante, para mantener intacto el bienestar físico y psicológico (Lazarus y Folkman, 1984). Este es un aspecto importante en el envejecimiento ya que en esta etapa existe una mayor probabilidad de eventos negativos estresantes (Brandtstädter et al., 1993; Satorres, 2013). Sin embargo, estos no parecen afectar de manera significativa a largo plazo al bienestar y la satisfacción con la vida de las personas mayores (Satorres, 2013; Triadó y Villar, 1997), lo que puede deberse a la existencia de procesos adaptativos de afrontamiento de tales cambios negativos (Satorres, 2013). Tales procesos son estables a lo largo del ciclo vital, aunque ciertas habilidades de afrontamiento positivo pueden ser entrenadas y promovidas específicamente en la vejez (Caprara et al., 2013).

En relación a los estilos de afrontamiento, algunos autores defienden la existencia de dos grandes grupos: activo y pasivo (Herrera y Rodríguez, 2009; Vargas-Manzanares, Herrera-Olaya, Rodríguez, y Sepúlveda, 2010). El primero se refiere a aquellos esfuerzos realizados para enfrentarse al problema de forma directa, a través de actividades dirigidas a la modificación y/o minimización del impacto de la situación crítica, la regulación de la emoción y la interpretación positiva o búsqueda de un significado del suceso para valorarlo de forma menos desagradable. Este tipo de afrontamiento podría estar más relacionado con el envejecimiento activo, tal y como defienden tanto algunos autores (Fisher, 1992; Ouwehand, de Ridder, y Bensing, 2007) como los propios mayores, quienes enfatizan la parte activa del afrontamiento como estrategia a la que recurren para hacer frente a los acontecimientos vitales que les van sucediendo (Stenner et al., 2011; Townsend et al., 2006). Por el contrario, el estilo pasivo se refiere a las formas de evitación o escape de la situación problemática (Lazarus y Folkman, 1984). Cada uno de estos estilos constaría de diferentes estrategias, que consisten en

un conjunto de procedimientos o actividades específicas, conscientes o intencionales, que guían la acción hacia el logro de metas adaptativas.

3.9. CONSECUENTES

Por último, el envejecimiento activo debe reflejarse en variables subjetivas como el bienestar (Walker, 2002). En este caso, se decidió medir el efecto del envejecimiento activo sobre la satisfacción con la vida, un indicador importante del bienestar personal.

La satisfacción con la vida es el componente cognitivo del bienestar subjetivo y resulta de la evaluación global que la persona hace sobre su vida en términos de satisfacción (Pavot, Diener, Colvin, y Sandvik, 1991; Veenhoven, 1984). Este resultado se elabora a partir de los juicios personales sobre la propia vida y sus condiciones (Andrews y Withey, 1976) resultado de la confrontación entre las aspiraciones y los logros alcanzados (Carmona, 2011; Veenhoven, 1984). Esto es, la satisfacción de una persona con su vida depende de las comparaciones que el sujeto hace entre las circunstancias de su vida y un estándar que considera apropiado, que es un criterio autoimpuesto.

A lo largo de la vida, las personas van consiguiendo logros y sufriendo pérdidas y estas últimas se incrementan durante el envejecimiento. Con ello, sería esperable una disminución de la satisfacción vital conforme la persona envejece (Carmona, 2011). No obstante, los estudios realizados en personas mayores indican una tendencia de mayor bienestar personal en este grupo respecto a las personas jóvenes (Diener y Suh, 1998). Ello estaría indicando cierta tendencia natural a adaptarse a las circunstancias de la vida, posiblemente por el reajuste de los objetivos según las posibilidades existentes en cada edad (Carmona, 2011).

Para medir la satisfacción vital se evalúan los juicios subjetivos de la persona sobre su propia vida en los que intervienen los estados emocionales experimentados (Diener, 1984). Por tanto, la valoración global de la vida aporta información única y valiosa, que no se puede obtener a través de las medidas parciales de la satisfacción o de los estados emocionales (Atienza, Pons, Balaguer, y García-Merita, 2000).

Este concepto, como componente del concepto global de bienestar personal ha sido un criterio principal del envejecimiento con éxito (Fernández-Ballesteros et al., 2010; Neugarten Havighurst, y Tobin, 1961). No obstante, en relación al envejecimiento activo, este parece funcionar más como un objetivo final del mismo (Caprara et al., 2013). Por otro lado, la satisfacción vital parece estar poco determinado por fluctuaciones o cambios aleatorios en las circunstancias externas o elementos ocasionales (Vázquez, Duque, y Hervás, 2013), lo cual lo convierte en una buena variable resultado del envejecimiento activo.



4. JUSTIFICACIÓN





4. Justificación

Teniendo en cuenta la literatura publicada en este ámbito de conocimiento, se han detectado varias cuestiones que no han sido resueltas así como algunos espacios de conocimiento que quedaban sin cubrir.

En primer lugar, se han observado diversas concepciones del envejecimiento activo, relativamente diferentes entre sí. No obstante, este ámbito carece de una definición operativa (Avramov y Maskova, 2003; Boudiny y Mortelmans, 2011; Boudiny, 2013; Casado-Muñoz et al., 2015; Clarke y Warren, 2007; Foster y Walker, 2013; Perales et al., 2014; Perek-Białas et al., 2008; Ranzijn, 2010; Walker y Maltby, 2012; Walker, 2002) y que integre las distintas aproximaciones del envejecimiento activo, referidas a los componentes promovidos desde la vertiente política, científica y social. Este paso es poder alcanzar una definición empíricamente validada (Peel et al., 2004).

En segundo lugar, se ha identificado la carencia de herramientas para medir el concepto de envejecimiento activo a nivel individual, de cuya aplicación derive un resultado numérico único que cuantifique el nivel de envejecimiento activo de la persona. Sin embargo, estas medidas son necesarias para evaluar la eficacia de los programas e iniciativas cuyos objetivos se refieran a la promoción del envejecimiento activo. Por ello, se debería contar con una medición del concepto que dé cuenta de la variabilidad inter e intraindividual y que se presente como un continuo. Además, cada individuo debería tener una posición relativa, dependiendo de la media y la desviación típica de la distribución estándar tanto en las diferentes dimensiones del concepto como en la variable global de envejecimiento activo.

En tercer lugar, se ha querido contribuir a este ámbito de conocimiento con un estudio encuadrado en el nivel micro, cuyas variables cubran diferentes dimensiones y sean susceptibles de mejora por medio de intervenciones a nivel individual. Por ello, se han incluido variables individuales modificables en la definición y como variables independientes, en lugar de la inclusión de variables macro o mesoestructurales u otras variables más estáticas. Además, en relación a los estilos de afrontamiento, aunque algunos autores hayan señalado su importancia en el envejecimiento activo (Fernández-Ballesteros, 2009), apenas se han estudiado empíricamente como predictores en este marco concreto.

En cuarto lugar, se cree conveniente estudiar el efecto del envejecimiento activo en la satisfacción vital, ya que no ha recibido mucha atención por parte de los responsables políticos ni los investigadores, aunque se ha establecido que el envejecimiento activo debería reflejarse en el bienestar de los individuos (Walker, 2002). Por este motivo, la satisfacción vital ha sido incluida como consecuente y no como componente.





5. OBJETIVOS





5. Objetivos

5.1. OBJETIVO GENERAL

El objetivo general de este estudio consiste en desarrollar un Índice Personal de Envejecimiento Activo (IPEA) que permita cuantificar el tipo de envejecimiento de la población y de las personas, facilitando de este modo la evaluación de la eficacia de las iniciativas y políticas orientadas a la promoción del envejecimiento activo. En otras palabras, se trata de elaborar una herramienta breve, sencilla y de fácil aplicación que permita valorar cuantitativa y objetivamente el grado de envejecimiento poblacional en términos de envejecimiento activo, y en relación con ello, observar su evolución. Por otro lado, se pretende proporcionar evidencia empírica del estado actual del envejecimiento en la Comunidad Autónoma de Galicia e identificar las áreas o dimensiones que requieren mayor impulso en la actualidad.

El cumplimiento de este objetivo general requiere de varios pasos intermedios, representados por los objetivos específicos que se describen a continuación.

5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

OBJETIVO 1: Desarrollo de una definición operativa de envejecimiento activo

El primer paso necesario consiste en la propuesta de una definición operativa de envejecimiento activo. Para reconciliar las diferentes acepciones del concepto provenientes de las aproximaciones política, científica y social, se propone desarrollar un modelo empírico que integre los elementos propuestos por tales aproximaciones como elementos de un concepto superior que sería el envejecimiento activo. Con ello se pretende comprobar si todas estas propuestas son empíricamente válidas.

Esta definición se centra en el nivel individual o micro e incluye múltiples componentes de diferente naturaleza, tanto objetivos como percibidos. Además, tales componentes aluden tanto a la salud concebida de manera multidimensional como a la participación, con multitud de posibilidades para representar a los diversos grupos poblacionales generalmente excluidos en este ámbito.

OBJETIVO 2: Desarrollo y validación de un índice personal de envejecimiento activo

En este paso se pretende elaborar un índice personal de envejecimiento activo, adaptado al contexto gallego y con unas propiedades psicométricas adecuadas, en términos de fiabilidad y validez. Con ello se proporciona una herramienta de evaluación individual que permite obtener una puntuación única que cuantifique el nivel de envejecimiento que está teniendo la persona e identifique las áreas que tienen un menor desempeño para su adecuada intervención.

De esta manera, la disposición de esta herramienta facilita la evaluación de la eficacia de las iniciativas y las políticas orientadas a la mejora del envejecimiento activo en términos personales.

OBJETIVO 3: Análisis de la situación actual de Galicia

Tras la validación empírica de este Índice de Envejecimiento Activo, se acomete analizar la situación actual de esta comunidad en términos de envejecimiento activo, recurriendo a análisis de diferentes niveles.

A nivel descriptivo, se analiza la situación actual de Galicia tanto en cada una de las variables identificadas, como en la variable global de envejecimiento activo.

A nivel bivariado, se quiere conocer las posibles diferencias existentes en función de una serie de variables sociodemográficas clásicas (género, grupo de edad, entorno, nivel socioeconómico, nivel educativo y estado civil) tanto en el índice de envejecimiento activo como en cada una de las dimensiones que lo componen. Además se quieren conocer las relaciones de las diferentes dimensiones entre sí, así como entre estas y la satisfacción vital.

A nivel multivariado, se quiere estudiar el efecto del envejecimiento activo sobre la satisfacción vital mediante un análisis de regresión y por otro lado, analizar el rol predictivo de las variables sociodemográficas clásicas así como de los estilos de afrontamiento sobre el envejecimiento activo, mediante un análisis de regresión logística.



6. MÉTODO



6. Método

6.1. DISEÑO Y MUESTRA

Para dar cuenta de los objetivos señalados, se seleccionó una metodología selectiva, que consistió en la realización de una entrevista personal estructurada. Se definió como población de referencia a todas las personas de 60 años o mayores censadas en la Comunidad Autónoma de Galicia, según los datos del Padrón de Habitantes de 2012 (804.403 habitantes). Para la determinación de la muestra se recurrió a un muestreo bietápico, por Conglomerados para la selección de las unidades de primer nivel (ayuntamientos) y por cuotas según entorno o hábitat, género y grupo de edad (60-74 años y 75 años o más), para la selección de las unidades de segundo nivel (individuos). La variable "entorno" o "hábitat" se contempló en función del número de habitantes, agrupando a los ayuntamientos en dos categorías de acuerdo con su censo: aquellos con una población inferior a 20.000 habitantes (entorno rural y semirural) y aquellos con más de 20.000 habitantes (entorno semiurbano y urbano).

La muestra estaba compuesta por 404 individuos (176 hombres y 228 mujeres) con edades comprendidas entre 60 y 94 años ($\bar{X}=72,55$; $SX=8,08$). En relación al hábitat, el 59,2% residía en un entorno rural o semirural mientras que el 40,8% eran de un área urbana o semiurbana. En relación al nivel de estudios, el 30,0% no tenían los estudios primarios terminados, el 32,9% sí los terminaron, el 21% tenían estudios secundarios o de bachillerato o FP y el 16,1% de los mayores entrevistados habían finalizado los estudios universitarios medios o superiores. El 27,6% de los entrevistados vivía sólo y el 72,4% vivía con alguien (pareja o familiares). En relación al estado civil, el 56,7% de los mayores estaban casados, el 30,7% estaban viudos, el 9,1% eran solteros y el 3,5% estaban separados o divorciados.

6.2. PROCEDIMIENTO

Los datos fueron recogidos a través de una entrevista personal estructurada en el entorno habitual de los participantes por un equipo de tres psicólogos de la Universidad de Santiago de Compostela. Las entrevistas fueron realizadas con la ayuda de un cuestionario creado para este estudio compuesto por diferentes escalas de uso habitual en el ámbito gerontológico, unido a otras escalas elaboradas en este estudio y otras preguntas de tipo sociodemográfico. La duración de las entrevistas fue variable, aunque por lo general oscilaban entre 20 y 30 minutos.

Previo al inicio del trabajo de campo, se realizó una sesión formativa para el manejo y pilotaje del cuestionario, con el fin de unificar criterios y procedimientos de recogida de la información.

6.3. VARIABLES E INSTRUMENTOS

Entre las variables incluidas en el estudio, que se propusieron como componentes del envejecimiento activo, se incluyeron diez grandes dominios, como la salud (objetiva y subjetiva), la funcionalidad, mediante las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, el estado cognitivo, el estado afectivo, el estado social (en relación al apoyo familiar y social percibido y la frecuencia de contacto con personas fuera del hogar), el uso de las TIC, el aprendizaje a lo largo de la vida, el empleo, la participación social y las actividades de ocio.

Por otro lado se incluyó también la satisfacción vital como variable consecuente y se propuso estudiar el papel de los estilos de afrontamiento en relación al envejecimiento activo. A continuación se describen con mayor detalle las variables y las herramientas utilizadas para su evaluación.

6.3.1. Componente de salud física

Para abordar la dimensión física en relación a la salud, se recurrió tanto a variables de tipo objetivo como subjetivo. Concretamente se evaluó la sintomatología física, la presencia de enfermedades crónicas y agudas, la salud percibida y la afectación percibida en su vida diaria a causa de la salud.

Para medir la salud objetiva, se recurrió a tres ítems. Dos de ellos incluían la presencia de enfermedades crónicas (“¿Tiene usted alguna enfermedad crónica?”) y de enfermedades agudas (“¿Ha tenido alguna enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos tres meses?”), cuya opción de respuesta es dicotómica “Si” y “No”. Por otro lado, para medir la sintomatología física se utilizó un ítem derivado de la aplicación de una subescala previamente adaptada del Cuestionario Breve de Calidad de Vida (CUBRECAVI, Fernández-Ballesteros y Zamarrón, 2007). Concretamente, se incluyó la subescala de la salud objetiva perteneciente a la escala salud, y que recoge un listado de 22 síntomas físicos comunes en los mayores. En ella originalmente se solicitó al sujeto que respondiese la frecuencia con la que hayan estado presentes ciertas molestias o dolores en las últimas dos semanas, con cuatro categorías de respuesta (Nunca, algunas veces, bastantes veces, muchas veces). No obstante, en este caso, se consideró oportuno incluir un quinto nivel en la frecuencia de los síntomas, para observar qué molestias se padecían diariamente.

Por otro lado, para evaluar la salud percibida se utilizaron cuatro ítems. Dos de ellos medían la autovaloración de la salud: “En comparación con las personas de su edad, ¿cómo diría que es su salud?” y “¿En qué medida se siente usted satisfecho con su estado de salud actual?”; mientras que los otros dos consideraban la limitación percibida en su vida diaria en relación a la salud: “¿En qué medida su estado de salud actual le limita la realización de sus actividades diarias?” y “¿En qué medida su memoria o su atención afecta su vida diaria?”. Estos ítems tenían cinco opciones de respuesta, siendo para el primero desde “mucho peor” hasta “mucho mejor” y para los tres últimos ítems desde “nada” hasta “totalmente”.

6.3.2. Componente Funcional

Para medir la funcionalidad de los sujetos, se ha recurrido a la medición de las actividades básicas de la vida diaria, medidas a través del Índice de Barthel (Mahoney y Barthel, 1965) y las actividades instrumentales de la vida diaria, mediante la Escala de Lawton y Brody (Lawton y Brody, 1969).

En relación a la medición de las actividades básicas de la vida diaria, se ha recurrido a la versión en español del Índice de Barthel o Índice de Discapacidad de Maryland (Mahoney y Barthel, 1965) elaborada por Baztán et al. (1993). Este es uno de los instrumentos más utilizados en este ámbito y en España, es la escala de valoración funcional más empleada en los servicios de geriatría y rehabilitación. La versión más conocida y difundida a día de hoy incluye una modificación realizada por Granger, Albrecht y Hamilton (1979), que substituyó el ítem inicial “traslado en silla de ruedas a cama” por el de “traslado de sillón a cama”.

Esta se considera la escala más adecuada para valorar las actividades básicas de la vida diaria (Cid-Ruzafa y Damián-Moreno, 1997; Collin, Wade, Davies, y Horne, 1988). Se trata de una medida genérica que valora el nivel de independencia/dependencia del paciente respecto a la realización de algunas actividades básicas de la vida diaria, asignando diferentes puntuaciones según su capacidad para llevarlas a cabo, del tiempo empleado y la necesidad de ayuda para realizarlas. Concretamente, se mide el nivel de funcionalidad en diez actividades diarias universales y esenciales para el autocuidado, tanto las más elementales (comer, usar el servicio, contener esfínteres) como las inmediatamente superiores (asearse, vestirse, andar). Dichas actividades no están influidas por la cultura o el sexo y su deterioro se produce de forma ordenada e inversa a su adquisición durante el desarrollo en la infancia.

Además, esta escala muestra información del nivel de funcionalidad global y parcial en cada actividad, mostrando así las deficiencias específicas de la persona y facilitando su evolución temporal. Se trata de una herramienta rápida y de fácil aplicación e interpretación, con una buena adaptación a distintos ámbitos culturales, cuya extensa utilización facilita la comparabilidad de los estudios. Cuenta con adecuadas propiedades psicométricas, tanto en relación a la fiabilidad, con una buena reproducibilidad inter e intraobservador, con coeficientes de correlación de 0,88 y 0,98 respectivamente, como en relación a la validez (Cid-Ruzafa y Damián-Moreno, 1997). Retomando la literatura científica sobre esta escala, apenas se han encontrado estudios que evaluaran la dimensionalidad de la misma y los que lo realizaron obtuvieron sólo un factor que explicaba el 63,86% (Minosso, Amendola, Alvarenga y Oliveira, 2010). Dicha escala no se basa en un modelo teórico previo que justifique la elección de las actividades evaluadas, sino que dicha selección fue empírica, a partir de las opiniones de fisioterapeutas, enfermeras y médicos (Cid-Ruzafa y Damián-Moreno, 1997; Mahoney y Barthel, 1965). No obstante, no está exenta de ciertas limitaciones, como la vinculación de las tareas evaluadas a las extremidades inferiores y la dificultad para detectar cambios en la funcionalidad en situaciones extremas, tanto en el nivel inferior como en el superior. A pesar de ello, siendo una escala de uso muy recomendable.

Aunque inicialmente se cumplimentaba a través de la observación directa, en la actualidad se obtiene información verbal directamente del individuo o de su cuidador principal, ya que ambos métodos ofrecen una fiabilidad similar. Consta de diez ítems y las puntuaciones asignadas a cada nivel de funcionalidad varían de 5 en 5, aunque no se trata de

una escala continua, ya que el cambio de cinco puntos en una situación funcional de mayor dependencia no es equivalente al mismo cambio en el rango de mayor independencia. A continuación se muestra una tabla en la que se recogen todos los ítems que componen esta escala, presentando también las posibles respuestas para cada uno de ellos así como la puntuación que se asignaría a cada opción de respuesta.

Tabla 8. Índice de Barthel

Ítems	Respuesta	Puntuación
1. ¿Es usted capaz de comer sólo?	Independiente (la comida está al alcance de la mano)	10
	Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.	5
	Incapaz	0
2. ¿Es usted capaz de trasladarse sólo de la silla/sillón a la cama?	Independiente	15
	Necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)	10
	Necesita ayuda importante (1 persona entrenada o 2 personas), puede estar sentado	5
3. ¿Es usted capaz de encargarse por completo de su aseo personal?	Incapaz. No se mantiene sentado	0
	Independiente para lavar la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse	5
4. ¿Es usted capaz de utilizar por usted mismo el baño?	Necesita ayuda con el aseo personal	0
	Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)	10
5. ¿Es usted capaz de bañarse o ducharse sólo?	Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo sólo	5
	Dependiente	0
	Independiente para bañarse o ducharse	5
6. ¿Es usted capaz de desplazarse sólo (o con muleta, bastón)?	Dependiente	0
	Independiente por lo menos 50 m., con cualquier tipo de muleta, excepto andador	15
	Anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal)	10
7. ¿Es usted capaz de subir y bajar escaleras sólo o con muleta/bastón?	Independiente en silla de ruedas en 50 m	5
	Inmóvil	0
	Independiente para subir y bajar	10
8. ¿Es usted capaz de vestirse y desvestirse sólo?	Necesita ayuda física o verbal. Puede llevar cualquier tipo de muleta	5
	Incapaz	0
	Independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc.	10
9. ¿Es usted capaz de tener un adecuado control de heces?	Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda	5
	Dependiente	0
	Continente	10
10. ¿Es usted capaz de tener un adecuado control de orina?	Accidente excepcional (uno/semana)	5
	Incontinente (o necesita que le suministren enema)	0
	Continente, durante por lo menos 7 días	10
	Accidente excepcional (máximo uno/24 horas)	5
	Incontinente o sondado incapaz de cambiarse la bolsa	0

En función de estas puntuaciones se puede calcular una puntuación global de la escala, sumando los valores asignados en cada uno de los ítems o actividades básicas. El resultado final puede oscilar entre 0 y 100 puntos, quedando la clasificación como sigue.

Tabla 9: Clasificación de las puntuaciones por nivel de dependencia en el Índice de Barthel.

Nivel de dependencia	Puntuación
1. Máxima dependencia	0-20
2. Dependencia severa	20-35
3. Dependencia moderada	35-55
4. Dependencia leve	55-60
5. Independencia	60-100

Junto a las actividades básicas de la vida diaria, es necesario también evaluar otro tipo de actividades más complejas. Este es el caso de las denominadas actividades instrumentales de la vida diaria, que están relacionadas con las funciones que permiten vivir independientemente en la comunidad y relacionarse con el entorno. Su medición permite detectar los primeros grados de deterioro en los mayores.

Por dicho motivo se recurrió a la Escala de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria de Lawton y Brody (Lawton y Brody, 1969). En la actualidad es la más utilizada en las consultas y hospitales de día a nivel mundial y en las unidades de geriatría de España y una de las primeras desarrolladas en este ámbito. Permite valorar funcionalmente a los mayores en estadios iniciales de dependencia, siendo especialmente recomendada para aquellos no institucionalizados y que presentan riesgo de perder su autonomía. Además, es especialmente útil para identificar las mejoras o el deterioro en el funcionamiento a lo largo del tiempo.

Esta herramienta valora la capacidad de realizar tareas que requieren utensilios habituales, así como actividades sociales de la vida diaria. Consta de ocho ítems, que evalúan ocho funciones diferentes referidas a actividades como el cuidado del hogar, el lavado de la ropa, la preparación de la comida, la realización de las compras, el uso del teléfono, el uso de los medios de transporte, el manejo del dinero y la responsabilidad respecto a la medicación. A cada ítem se le asigna un valor numérico: 1, cuando es independiente, o 0, cuando es dependiente en esa tarea. La puntuación final es la suma de los valores de las respuestas y oscila entre 0, reflejando la máxima dependencia y 8, que indica independencia total. Una gran ventaja de esta escala es que permite estudiar y analizar no sólo su puntuación global sino también cada uno de los ítems. A continuación se muestran los ítems que componen la escala, mostrando en cada caso la puntuación correspondiente a cada posible respuesta.

Tabla 10. Escala de Lawton y Brody (1969).

Ítems	Respuesta	Puntuación Hombres	Puntuación Mujeres
1. ¿Es capaz de utilizar sólo el teléfono?	Utiliza el teléfono por iniciativa propia, busca y marca los números, etc.	1	1
	Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1	1
	Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar	1	1
	No utiliza el teléfono	0	0
2. ¿Es capaz de realizar las compras necesarias usted mismo?	Realiza independientemente las compras necesarias	1	1
	Realiza independientemente pequeñas compras	0	0
	Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra	0	0
	Totalmente incapaz de comprar	0	1
3. ¿Es capaz de preparar la comida usted mismo?	Organiza, prepara y sirve las comidas por sí sólo adecuadamente	-	1
	Prepara adecuadamente las comidas, si se le proporcionan los ingredientes	-	0
	Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	-	0
	Necesita que le preparen y sirvan la comida	-	0
4. ¿Es capaz de encargarse del cuidado de la casa usted mismo?	Mantiene sólo la casa o con ayuda ocasional para trabajos pesados	-	1
	Realiza tareas domésticas ligeras, como lavar platos o hacer las camas	-	1
	Realiza tareas domésticas ligeras pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	-	1
	Necesita ayuda en todas las labores de la casa	-	1
5. ¿Es capaz de encargarse del lavado de la ropa?	No participa en ninguna labor de la casa	-	0
	Lava por sí sólo toda su ropa	-	1
	Lava por sí sólo prendas pequeñas	-	1
	Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otra persona	-	0
6. ¿Es capaz de utilizar los medios de transporte que necesita por usted mismo?	Viaja sólo en transporte público o conduce su propio coche	1	1
	Es capaz de organizar su propio transporte usando taxi, pero no otro medio de transporte	1	1
	Viaja en transporte público cuando va acompañado de otra persona	1	1
	Utiliza el taxi o automóvil pero sólo con ayuda de otros	0	0
7. ¿Es usted capaz de encargarse por completo de la toma de la medicación?	No viaja en absoluto	0	0
	Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correctas	1	1
	Toma su medicación si la dosis está previamente preparada	0	0
	No es capaz de administrarse su medicación	0	0
8. ¿Es capaz de encargarse por usted mismo de sus asuntos económicos?	Se encarga de sus asuntos económicos por sí sólo	1	1
	Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras y bancos	1	1
	Incapaz de manejar dinero	0	0

La información es recogida por el profesional, preguntando directamente al individuo y el tiempo medio de aplicación es de 4 minutos. Está orientada al grupo de los mayores en

contextos comunitarios, clínicos, hospitalarios y de investigación, aunque no es muy útil para evaluar mayores institucionalizados.

Su principal limitación es la influencia de factores culturales y que presenta un sesgo de género, ya que incluye tareas que a veces la persona mayor nunca realizó por razones socioculturales (Montorio, 1990), como para los hombres cocinar, o las mujeres, los asuntos económicos. De hecho, se propone recoger únicamente información de los ocho dominios en el género femenino, y dejar sin puntuar en los hombres tareas como la preparación de la comida, el mantenimiento del hogar y el lavado de la ropa. Además es necesario adaptarse al nivel cultural de la persona, ya que algunas actividades requieren ser aprendidas o precisan elementos externos para su realización. Por otro lado, al emplear medidas de autoinforme es posible cierta sobreestimación o infraestimación de la habilidad, y puede no ser sensible a pequeños incrementos graduales en las funciones. Por último, no se recomienda su aplicación a los pacientes institucionalizados, ya que estas actividades son difíciles de valorar debido a las limitaciones impuestas por el entorno social del centro.

Existen pocos estudios que evalúen las propiedades psicométricas de la escala. A pesar de ello, todos coinciden en señalar que posee buena fiabilidad interjueces (Montorio, Fernández, López, y Sánchez, 1998) y una gran consistencia interna, presentando valores de alfa de Cronbach entre 0,81 (Lyons, Zarit, Sayer, y Whitlatch, 2002) y 0,94 (Vergara et al., 2012). Tiene además una buena validez concurrente con otras escalas que miden dichas actividades y con escalas de evaluación cognitiva (Montorio et al., 1998). Demostró ser útil como método de valoración objetivo y breve, siendo recomendada por su adecuación para evaluar las actividades instrumentales, ya que puede distinguir niveles de gravedad en relación a la funcionalidad (Montorio, 1994). Respecto del estudio de la dimensionalidad de la escala, la versión en español mostró una solución factorial de un sólo factor que explicaba el 70,6% de la varianza, hallado a través de un Análisis Factorial Exploratorio. Teniendo en cuenta el género, este análisis dio cuenta también de un sólo factor cuya varianza explicada fue de 62,21% en el caso de los hombres y de 72,7% en el caso de las mujeres (Vergara et al. 2012).

Como se puede ver en la siguiente tabla, los hombres pueden alcanzar una puntuación máxima de 5, que indicaría autonomía de la persona, mientras que la puntuación máxima de las mujeres puede ser de hasta 8 puntos, en función de las actividades que se evalúan en cada grupo. En la siguiente tabla se muestra la distribución de las puntuaciones y el nivel de dependencia asignado a cada una de ellas para los hombres y las mujeres por separado.

Tabla 11. Clasificación de las puntuaciones por nivel de dependencia en la escala de Lawton y Brody.

Nivel de dependencia	Hombres	Mujeres
1. Dependencia total	0	0-1
2. Dependencia severa	1	2-3
3. Dependencia moderada	2-3	4-5
4. Dependencia ligera	4	6-7
5. Autonomía	5	8

6.3.3. Componente cognitivo

Para evaluar el rendimiento cognitivo y comprobar la posible presencia de algún grado de deterioro, se decidió incorporar la versión española del Mini-Mental State Examination

(MMSE) (Folstein, Folstein, y McHugh, 1975): el Mini-Examen Cognoscitivo (MEC) (Lobo et al., 1999; Lobo, Ezquerra, Gómez, Sala, y Seva, 1979). Esta herramienta es un test de cribado o de *screening* del estado cognitivo, que permite tanto la rápida detección del deterioro cognitivo como el seguimiento de la evolución cognitiva de las personas. Es el instrumento cognitivo más utilizado tanto en la práctica clínica como en la investigación a nivel internacional (Davey y Jamieson, 2004; Lobo et al., 1999; Shulman et al., 2006). En este caso se utilizó la versión de 30 puntos (MEC-30) que ha sido validada y normalizada en población española y que facilita la comparación internacional del instrumento (Lobo et al., 1999). El MMSE y el MEC-30 son prácticamente equivalentes, aunque el segundo tiende a crear más falsos positivos al clasificar un mayor porcentaje de personas como "posible deterioro cognitivo" (Lobo et al., 2001).

En este instrumento, los ítems están agrupados en cinco apartados que evalúan la orientación temporoespacial, la memoria inmediata y diferida, la concentración y cálculo, el lenguaje y la capacidad visuconstructiva. De esta manera, observando las puntuaciones parciales en estos apartados, es posible tener cierta orientación sobre la posible localización del déficit por áreas. En referencia al punto de corte, en la versión española se recomienda utilizar diferentes valores en función de si se trata de población geriátrica o de personas de 65 o más años, siendo en este caso de 22/23, y para la población no geriátrica o menores de 65 años, con un punto de corte de 27/28 para la población general (Lobo, 1987; Lobo et al., 1999). En ambos casos una puntuación inferior sugiere una sospecha de déficit cognitivo.

Tabla 12. Mini-Examen Cognoscitivo - MEC-30

Ítems	Puntuación
1. Dígame el día, fecha, mes, estación, año	5
2. Dígame el lugar, planta, ciudad, provincia, nación	5
3. Repita estas tres palabras: peseta - caballo- manzana	3
4. Si tiene 30 euros y me los va dando de 3 en 3: ¿cuántas le van quedando?	5
5. ¿Recuerda las tres palabras que le he dicho antes?	3
6. Mostrar un bolígrafo: ¿Qué es esto? Repetirlo con el reloj	2
7. Repita esta frase "en un trigal había cinco perros"	1
8. Coja este papel con la mano derecha, dóblelo, y póngalo encima de la mesa	3
9. Lea esto y haga lo que dice: CIERRE LOS OJOS	1
10. Escriba una frase	1
11. Copie este dibujo - Pentágonos	1

Entre sus ventajas se incluye su sencillez y rapidez, ya que el tiempo de administración medio oscila entre cinco y diez minutos. Además este test se puede adaptar para ser administrado a personas analfabetas y/o con dificultades sensoriales o manuales que impidan completar algunos ítems mediante la aplicación del factor de corrección propuesto por los autores, que consiste en el cálculo de una puntuación ponderada (Lobo, Escolar, Ezquerra, y Seva, 1980; Lobo et al., 1979; Lobo, 1987).

Ambas versiones muestran propiedades psicométricas aceptables, si bien la versión de 30 puntos alcanza resultados más similares al MMSE en EE.UU., dado que tanto la distribución por grupos de edad y la clasificación en grupos por nivel de escolaridad, sus puntuaciones medias y percentiles son muy similares a los americanos (Crum, Anthony, Basset, y Folstein, 1993; Lobo et al., 1999). Se trata de un instrumento fiable y válido en población general geriátrica para la evaluación del deterioro cognoscitivo, mostrando una fiabilidad test/retest satisfactoria, concretamente de un valor de kappa ponderado de 0,63 (Lobo et al., 1999). En

relación a la validez, el test da evidencias de validez de constructo, de construcción y de procedimiento al utilizar diferentes administradores con un procedimiento ciego. Por otro lado, se ha hallado una sensibilidad del 89,8%, una especificidad del 75,1% y un coeficiente de mal clasificados del 22,6% cuando el punto de corte es de 23/24, mientras que la prueba alcanza una especificidad del 80,8% cuando el punto de corte es de 22/23. En este caso, el punto de corte del MEC-30 es un punto inferior al utilizado en el MMSE en la bibliografía internacional (Lobo et al., 1999). En relación con ello, dado que se ha detectado la influencia negativa de la edad y la deficiente escolaridad en el rendimiento del MEC (Crum et al., 1993; Lobo et al., 1980, 1979; Manubens et al., 1998), los autores aportan datos normalizados que facilitan la comparación e interpretación del rendimiento de pacientes concretos, pudiéndose disponer de información sobre la distribución de las puntuaciones de corte diferenciada por grupo de edad y nivel de escolarización. Por último, la estructura factorial del MEC-30 no es estable y varía en función de la población objeto de estudio y de los métodos utilizados. No obstante, aunque la mejor solución es la de cinco factores, que explican el 68,5% de la varianza, por lo general se asume que el test es básicamente unidimensional (Blanco, 2003).

Esta herramienta ha sido puesta a prueba con una exigente metodología utilizando una muestra de población general y representativa, por lo que se puede decir que es válida para ser utilizada tanto en el entorno hospitalario como en la población general. No obstante, aunque es una buena herramienta tiene algunas limitaciones, como el efecto suelo existente en sujetos con demencia avanzada y/o con poca escolaridad (Schultz-Larsen, Kreiner, y Lomholt, 2007; Vertesi et al., 2001), su efecto techo, que no sigue una distribución normal (Lobo et al., 1999) y la influencia de factores sociodemográficos como el género, la edad y la educación (Blesa et al., 2001; Lobo et al., 1999; Rosselli et al., 2000). Por ejemplo, las puntuaciones descienden con la edad y con el nivel de escolaridad, existiendo una mayor dispersión en los grupos de mayor edad y menor nivel educativo (Lobo et al., 1999). Asimismo, se podría considerar que tanto los rangos de puntuaciones como las tareas solicitadas son limitados. Por último, si bien se trata de una herramienta sensible a la presencia de demencia, sobre todo cuando el deterioro cognitivo es moderado o severo, tiene una menor sensibilidad en los casos de deterioro leve (Crum et al., 1993). No obstante, cabe recordar que se trata simplemente de una herramienta de cribado, por lo que una puntuación significativamente baja en la prueba solamente indicaría la necesidad de una evaluación neuropsicológica más exhaustiva, sin que pueda ser utilizada con finalidades diagnósticas o clasificatorias. A pesar de ello, tiene un gran valor ya que los datos normalizados y los resultados de validación son similares a los aportados por el grupo de autores original por primera vez con el MMSE y con el “patrón oro” del diagnóstico de demencia, como es el DSM-III-R.

6.3.4. Componente afectivo

Para evaluar este componente se recurrió a la Escala de Balance Afectivo (Godoy-Izquierdo et al., 2008), la versión española de la Escala de Balance Afectivo (Warr et al., 1983). Consta de 18 ítems con medida de autoinforme que contemplan la experimentación de diferentes estados afectivos en la última semana, con una escala tipo Likert de tres alternativas de respuesta (1: poco o nunca, 2: a veces, 3: mucho o generalmente). De los 18 ítems, diez pertenecen de la Escala de Balance Afectivo de Bradburn (1969), junto a ocho nuevos añadidos por Warr et al. (1983) con el fin de mejorar la escala original. Godoy-Izquierdo y colaboradores modificaron la escala de respuesta, transformándola desde el formato dicotómico (Sí/No) y la escala tipo Likert con 4 alternativas de respuesta, como se presenta en

los instrumentos de Bradburn (1969) y Warr et al. (1983) respectivamente con el fin de facilitar la elección de la respuesta.

Esta herramienta incluye dos subescalas de 9 ítems cada una, una para el afecto positivo y otra para el negativo, con un rango de puntuaciones de cada escala que oscilan entre 9 y 27. La puntuación total de la escala da como resultado el balance afectivo, calculado como la diferencia entre el afecto positivo y el negativo, con una puntuación que varía entre -18 y 18 puntos. Los valores inferiores a 0 indicarían un balance afectivo negativo, y valores superiores, un balance afectivo positivo. El contenido de los ítems hace un amplio barrido por la afectividad positiva y negativa y se muestran a continuación.

Tabla 13. Escala de Balance Afectivo.

Ítems	Opciones de respuesta		
	Poco o Nunca	A veces	Generalmente o mucho
¿Experimentó en la última semana los siguientes estados?			
1. ¿Se ha sentido molestado por alguien?	1	2	3
2. ¿Se ha sentido muy solo o distante de la gente?	1	2	3
3. ¿Ha sentido que las cosas iban como usted quería?	1	2	3
4. ¿Se ha sentido muy preocupado?	1	2	3
5. ¿Se ha sentido contento por tener gente con la que poder contar o hacer algo?	1	2	3
6. ¿Ha tenido miedo de lo que pudiera suceder?	1	2	3
7. ¿Se ha sentido particularmente estimulado o interesado por algo?	1	2	3
8. ¿Se ha sentido deprimido o muy infeliz?	1	2	3
9. ¿Se ha sentido lleno de energía?	1	2	3
10. ¿Se ha sentido muy cansado?	1	2	3
11. ¿Se ha sentido usted muy nervioso, agobiado, tenso?	1	2	3
12. ¿Ha sentido que se estaba divirtiendo mucho?	1	2	3
13. ¿Se ha sentido muy alegre o feliz?	1	2	3
14. ¿Se ha sentido con ganas de llorar?	1	2	3
15. ¿Se ha sentido eufórico (muy contento, dichoso)?	1	2	3
16. ¿Se ha sentido seguro respecto al futuro?	1	2	3
17. ¿Se ha sentido aburrido?	1	2	3
18. ¿Se ha sentido contento o satisfecho por haber logrado algo?	1	2	3

Esta escala muestra buenas propiedades psicométricas tanto en población no española (Alvarado y Vera, 1996; Warr et al., 1983) como española (Amor, Holgado-Tello, Lasaristú, Domínguez-Sánchez y Delgado, 2015; Godoy et al., 2008). Aunque la consistencia interna de la escala global no es muy elevada, con un alfa de Cronbach de 0,47, las subescalas muestran una alta fiabilidad con valores para las subescalas de afecto positivo y negativo de 0,82 y 0,75 respectivamente. Por ello, ambos componentes deberían ser estudiados de manera separada. Además, estos autores propusieron unas modificaciones de los ítems 5 y 11, dado que mostraron bajos coeficientes de asociación con la subescala positiva y negativa, respectivamente (Godoy-Izquierdo et al., 2008). Por otro lado, esta escala mostró una buena capacidad discriminativa así como una adecuada validez de constructo convergente con constructos teóricamente relacionados con el balance afectivo como la competencia personal inespecífica o global, diferentes indicadores de salud física y mental y con la satisfacción vital. Se considera, por tanto, una medida útil y apropiada para la evaluación del balance afectivo en la población española.

Por último, esta escala muestra varias soluciones factoriales posibles. Tras la realización de varios análisis de componentes principales, se comprobó que la solución forzada a dos factores es adecuada y explica el 40,0% de la varianza (Godoy-Izquierdo et al., 2008). El primero de ellos, denominado afecto positivo, incluye todos los ítems referidos al afecto

positivo y tiene una mayor capacidad explicativa de la varianza de los datos. Por su parte, el segundo incluye todos los ítems del afecto negativo, por lo que se denominó *afecto negativo*. Teniendo esta información en cuenta y dado que se pueden estudiar ambas subescalas por separado, se ha optado por incluir en este estudio la subescala de afecto positivo.

6.3.5. Componente social

Para evaluar este componente social se utilizó una escala previamente validada (Piñeiro et al., 2015), que evalúa la situación sociofamiliar compuesta por 12 ítems y que se refiere a la medida en que la situación social actual de las personas se ajusta a sus deseos. Para su creación, se recurrió a dos cuestionarios de amplia utilización en el ámbito gerontológico, como el cuestionario de apoyo social de DUKE-UNC-11 (Bellón, Delgado, Luna, y Lardelli, 1996a), que es la versión en español del Duke-UNC-11 Functional Social Support Questionnaire (Broadhead, Gehlbach, Degruy, y Kaplan, 1988) y el cuestionario APGAR de función familiar (Bellón, Delgado, Luna, y Lardelli, 1996b), que es la versión en español del cuestionario family APGAR diseñado por Smilkstein (1978). Se añadieron además dos ítems de elaboración propia y un ítem adaptado del AAI (Zaidi et al., 2013) para evaluar la frecuencia de contacto social.

Esta escala fue elaborada con el objetivo de crear una escala breve que recogiese ciertos elementos definitorios de las buenas relaciones familiares y del apoyo social de escalas probadas y validadas en España. En este sentido, la finalidad de la escala no era diagnosticar la funcionalidad de la familia ni el tipo de apoyo social, sino valorar desde el punto de vista de los propios mayores en qué medida las diferentes relaciones sociales que mantienen se ajustan a sus deseos. Por ello, para cubrir las áreas más relevantes y evitar la redundancia de los ítems entre sí, se escogieron tan sólo unos ítems de cada una de ellas. Además de estas dos escalas, se formularon dos ítems adicionales para obtener información acerca de la relación que los mayores mantienen con sus amigos y con sus vecinos y se añadió un ítem del AAI que mide la conexión social. A continuación se muestra la escala final y de donde se obtuvieron cada uno de los elementos que la componen.

Tabla 14. Ítems que componen la escala de evaluación sociofamiliar y escala de referencia.

Ítems	Escala original
1. ¿Con qué frecuencia suele verse con sus amigos, parientes o compañeros de trabajo?	Active Ageing Index
2. ¿En qué medida recibe visitas de sus amigos y familiares?	Escala Duke-UNC-11
3. ¿En qué medida cuenta con personas que se preocupan de lo que le sucede?	Escala Duke-UNC-11
4. ¿En qué medida tiene la posibilidad de hablar con alguien de sus problemas personales y familiares?	Escala Duke-UNC-11
5. ¿En qué medida recibe invitaciones para distraerse y salir con otras personas?	Escala Duke-UNC-11
6. ¿En qué medida recibe ayuda cuando está enfermo en la cama?	Escala Duke-UNC-11
7. ¿En qué medida recibe amor y afecto?	Escala Duke-UNC-11
8. ¿En qué medida recibe ayuda de su familia?	Adaptado de Escala Apgar familiar
9. ¿En qué medida está satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasan juntos?	Adaptado de Escala Apgar familiar
10. ¿En qué medida siente que su familia le quiere?	Adaptado de Escala Apgar familiar
11. ¿En qué medida está satisfecho con la relación que mantiene con sus vecinos/personas de la residencia?	Elaboración propia
12. ¿En qué medida está satisfecho con la relación que mantiene con sus amigos?	Elaboración propia

La escala resultante permite conocer de una forma sencilla aspectos sociofamiliares como el apoyo social percibido, la satisfacción con la familia, incluyendo especialmente a las personas que viven con ellos (cónyuge, hijos, nietos y/o hermanos/as) y la satisfacción con la

relación mantenida con otras personas fuera del hogar, como los vecinos y los amigos. Cada uno de los ítems que la conforman evalúa la satisfacción respecto al aspecto planteado en una escala de respuesta que va desde el uno al cinco con los siguientes significados (1: mucho menos de lo que deseo; 2: bastante menos de lo que deseo; 3: algo menos de lo que deseo; 4: poco menos de lo que deseo; 5: tanto como deseo). A continuación se muestra la escala final de evaluación sociofamiliar, con su escala de respuesta.

Tabla 15. Escala de evaluación sociofamiliar y opciones de respuesta.

Ítems	Opciones de respuesta				
1. ¿Con qué frecuencia suele verse con sus amigos, parientes o compañeros de trabajo?	1	2	3	4	5
2. ¿En qué medida recibe visitas de sus amigos y familiares?	1	2	3	4	5
3. ¿En qué medida cuenta con personas que se preocupan de lo que le sucede?	1	2	3	4	5
4. ¿En qué medida tiene la posibilidad de hablar con alguien de sus problemas personales y familiares?	1	2	3	4	5
5. ¿En qué medida recibe invitaciones para distraerse y salir con otras personas?	1	2	3	4	5
6. ¿En qué medida recibe ayuda cuando está enfermo en la cama?	1	2	3	4	5
7. ¿En qué medida recibe amor y afecto?	1	2	3	4	5
8. ¿En qué medida recibe ayuda de su familia?	1	2	3	4	5
9. ¿En qué medida está satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasan juntos?	1	2	3	4	5
10. ¿En qué medida siente que su familia le quiere?	1	2	3	4	5
11. ¿En qué medida está satisfecho con la relación que mantiene con sus vecinos/personas de la residencia?	1	2	3	4	5
12. ¿En qué medida está satisfecho con la relación que mantiene con sus amigos?	1	2	3	4	5

6.3.6. Componente de empleo

Con la finalidad de recoger el componente de participación social remunerada se recurrió a un ítem del AAI (Zaidi et al., 2013): "¿Trabaja o ha trabajado usted en la última semana de manera remunerada?". Además, siguiendo las recomendaciones de la herramienta se incluyeron también aquellas personas que no habían trabajado por enfermedad o baja temporal pero que estaban contratados o eran autónomos.

6.3.7. Componente de participación social

Para medir la participación social se recurrió a los ítems utilizados en el AAI para medir este componente (Zaidi et al., 2013), aludiendo a la participación política, el cuidado de personas mayores, el cuidado de hijos o nietos y el voluntariado. Las opciones de respuesta de la participación política es dicotómica (1: si/2: no), mientras que los otros tres ítems contemplan 5 opciones de respuesta (desde 1: nunca hasta 5: todos o casi todos los días). En la actualidad no se han comprobado las propiedades psicométricas de esta escala, por lo que no se conoce ni la consistencia interna ni la validez.

Tabla 16. Escala de participación social.

Ítems	Opciones de respuesta				
1. ¿Con qué frecuencia queda al cuidado de sus hijos/nietos?	1	2	3	4	5
2. ¿Con qué frecuencia queda al cuidado de personas adultas o con discapacidad?	1	2	3	4	5
3. ¿Con que frecuencia ha realizado trabajo de voluntariado en los últimos 12 meses?	1	2	3	4	5
4. ¿En los últimos 12 meses ha asistido a una reunión de un sindicato, partido político o grupo de acción política; asistido a una protesta o manifestación; contactado con un político o funcionario público (que no sea contacto rutinario derivado del uso de servicios públicos)?	1			2	

6.3.8. Componente de Ocio

Otro componente de la participación incluido es el ocio, que fue medido a través de la escala de actividades (Scarmeas et al., 2003). Esta escala fue elaborada para estudiar la relación de las actividades con la reserva cognitiva y la progresión de demencia. En ella se evalúan un total de 18 actividades intelectuales, sociales y físicas y se pide al sujeto que estime la frecuencia con la que participa en cada una de las actividades en dos momentos temporales diferentes: en los “últimos 6 meses” y “a lo largo de la vida”. La frecuencia de participación se recoge con una escala tipo Likert de 3 puntos que va desde “nunca” hasta “a menudo”, asignando un punto en el caso de no haberse realizado nunca en los últimos seis meses, 2 en caso de ser realizada a veces, y 3 en caso de ser realizada a menudo. En este caso, se ha añadido a la escala un ítem adicional considerado de interés (“Hacer pasatiempos: crucigramas, sudokus, sopas de letras, autodefinidos...”). Esta escala no ha sido validada, por lo que no se conocen las propiedades psicométricas de la misma. No obstante, se ha decidido incluir esta herramienta en el estudio debido a que es una herramienta de interés que recoge distintos tipos de actividades de ocio cuya vinculación con el deterioro cognitivo ha sido demostrada.

Tabla 17. Escala de actividades.

Ítems	Opciones de respuesta		
1. Jugar a las cartas o algún juego de mesa	1	2	3
2. Leer periódicos, revistas, libros	1	2	3
3. Cantar o tocar algún instrumento	1	2	3
4. Asistir a charlas, conferencias	1	2	3
5. Ir al cine o al teatro	1	2	3
6. Dar caminatas o paseos	1	2	3
7. Practicar algún deporte, ejercicio, baile	1	2	3
8. Viajar o hacer excursiones	1	2	3
9. Visitar amigos, vecinos	1	2	3
10. Participar en algún tipo de asociación o club	1	2	3
11. Ir a misa o participar en actividades religiosas	1	2	3
12. Participar en alguna actividad de voluntariado	1	2	3
13. Arreglar la huerta o el jardín	1	2	3
14. Hacer dibujos o manualidades	1	2	3
15. Cocinar	1	2	3
16. Ver la televisión o escuchar la radio	1	2	3
17. Tener tiempo para uno mismo	1	2	3
18. Coleccionar cosas como pasatiempo	1	2	3
19. Hacer pasatiempos (crucigramas, sudokus, sopas de letras, autodefinidos...)	1	2	3

6.3.9. Componente de Uso de las TIC

Para medir este componente, se ha creado una escala formada por tres ítems que evalúan la frecuencia de utilización del teléfono móvil, el ordenador o la tablet e Internet en los últimos tres meses. Las opciones de respuesta de los ítems abarcan cinco categorías (1: nunca, 2: esporádicamente, 3: al menos una vez al mes, 4: al menos una vez a la semana y 5: todos o casi todos los días). Los ítems específicos que componen dicha escala se muestran a continuación.

Tabla 18. Escala de uso de las TIC

Ítems	Opciones de respuesta				
1. ¿Con qué frecuencia ha utilizado el teléfono móvil en los últimos tres meses?	1	2	3	4	5
2. ¿Con qué frecuencia ha utilizado el ordenador en los últimos tres meses?	1	2	3	4	5
3. ¿Con qué frecuencia ha utilizado Internet en los últimos tres meses?	1	2	3	4	5

6.3.10. Componente de Formación continua

En relación a esta dimensión, se partió de un ítem que evalúa la participación de la persona mayor en formación tanto formal como no formal en cualquier materia, con una escala de respuesta tipo Likert de tres puntos: 1: nunca; 2: a veces y 3: a menudo.

Además de los componentes del envejecimiento activo medidos, se han incluido la medición de estilos de afrontamiento y la satisfacción vital.

6.3.11. Estilos de afrontamiento

Para evaluar los estilos de afrontamiento, se utilizó el cuestionario el Brief COPE Inventory (Carver, 1997), que es la versión abreviada de la Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (COPE). En este caso se ha partido de la versión en español (Morán, Landero, y González, 2010; Vargas-Manzanares et al., 2010). Consta de 28 ítems que evalúan 14 estrategias de afrontamiento, cada una con dos ítems con opción de respuesta tipo Likert de 4 puntos (1: nunca; 2: a veces; 3: casi siempre; 4: siempre). Estas dimensiones son la autodistracción, afrontamiento activo, negación, uso de sustancias, apoyo emocional, apoyo instrumental, abandono o resolución o renuncia, descarga emocional, reformulación positiva, planeamiento o planificación, humor, aceptación, religión y autocrítica. Además, se defiende que todas ellas se pueden agrupar en dos grandes dimensiones: afrontamiento activo y pasivo (Carver, 1997; Vargas-Manzanares et al., 2010).

Esta herramienta fue utilizada en países como Francia, Estados Unidos, o Argentina, obteniendo un valor alfa de Cronbach entre 0,60 y 0,90, lo que evidencia su utilidad para conocer y evaluar las estrategias de afrontamiento ante una situación de estrés (Carver, 1997; Vargas-Manzanares et al., 2010). No obstante, a pesar de tener buena consistencia interna, no ha obtenido suficiente validez de constructo, ya que el análisis factorial no mostró el ajuste de las dimensiones teóricas propuestas por los autores a los factores obtenidos (Vargas-Manzanares et al., 2010). Teniendo ello en cuenta, así como la recomendación de dividir el afrontamiento en activo-pasivo (Herrera y Rodríguez, 2009) se seleccionó un ítem de cada una de las catorce dimensiones teóricas (Hsu y Tung, 2011) para conocer de forma breve y rápida la tendencia de afrontamiento de las personas mayores. Los ítems específicos empleados fueron los que se muestran a continuación.

Tabla 19. Estilos de afrontamiento

Ítems	Opciones de respuesta			
1. Hago todo lo posible para poder cambiar o mejorar la situación	1	2	3	4
2. Pienso mucho en cuáles son los pasos que debo seguir para revolver mis problemas	1	2	3	4
3. Trato de ser positivo y aprender de las situaciones difíciles	1	2	3	4
4. Tomo la situación difícil con humor	1	2	3	4
5. Acepto esta situación como una realidad que me toca vivir	1	2	3	4
6. Busco apoyo emocional y afecto de alguien	1	2	3	4
7. Busco ayuda y consejo de otras personas	1	2	3	4
8. Admito que no puedo con la situación y dejo de enfrentarla	1	2	3	4
9. Me dedico a alguna tarea para distraerme y no preocuparme por lo que me está pasando	1	2	3	4
10. Me niego a creer lo que me está pasando	1	2	3	4
11. Trato de encontrar consuelo en una religión o creencia espiritual	1	2	3	4
12. Tomo medicamentos (tranquilizantes)/alcohol para pasar mejor la situación	1	2	3	4
13. Me culpo a mí mismo de lo que me pasa	1	2	3	4
14. Digo lo que siento y expreso mis sentimientos o mi disgusto por alguna situación	1	2	3	4

6.3.12. Satisfacción vital

Por último se evaluó la satisfacción con la vida, para lo que se recurrió a la versión española de la Escala de Satisfacción Vital (Diener, Emmons, Larsen, y Griffin, 1985), de Vázquez et al., (2013) para evaluar el grado de satisfacción de los mayores con su vida en general.

Tabla 20. Escala de satisfacción vital

Ítems	Opciones de respuesta						
	1	2	3	4	5	6	7
1. En la mayoría de los aspectos, mi vida se acerca a mi ideal	1	2	3	4	5	6	7
2. Las condiciones de mi vida son excelentes	1	2	3	4	5	6	7
3. Estoy completamente satisfecho con mi vida	1	2	3	4	5	6	7
4. Hasta ahora, he conseguido las cosas importantes que quiero en mi vida	1	2	3	4	5	6	7
5. Si pudiera vivir mi vida de nuevo, no cambiaría nada	1	2	3	4	5	6	7

Está compuesta por 5 ítems y las personas evaluadas indican el grado de acuerdo con cada afirmación usando una escala Likert de siete puntos, desde 1: fuertemente en desacuerdo a 7: fuertemente de acuerdo. La puntuación total puede variar entre 5 y 35 puntos, derivadas de la suma de los ítems, indicando las puntuaciones más altas mayor satisfacción. Si bien no se han proporcionado datos normativos de la escala, se propusieron criterios para clasificar a los individuos (Pavot y Diener, 1993), que se muestran a continuación.

Tabla 21. Clasificación de las puntuaciones en satisfacción vital

Grado de satisfacción	Puntuación
1. Muy insatisfecho	5-9 puntos
2. Insatisfecho	10-14 puntos
3. Ligeramente insatisfecho	15-19 puntos
4. Neutral	20 puntos
5. Ligeramente satisfecho	21-25 puntos
6. Satisfecho	26-30 puntos
7. Muy satisfecho	31-35 puntos

Sus propiedades psicométricas han sido estudiadas en población española (Atienza et al., 2000; Vázquez et al., 2013) y han mostrado una elevada consistencia interna, con un valor de alfa de Cronbach que oscila entre 0,79 y 0,88. También ha mostrado una buena estabilidad temporal, con índices que oscilan entre 0,83, para períodos de dos meses, y 0,50, para períodos más largos, pudiendo estar influida por los sucesos más sobresalientes ocurridos en la historia reciente del sujeto (Pavot y Diener, 1993). En relación a la validez, ha mostrado una estructura unifactorial que explica entre un 60,0 y un 75,0% de la varianza (Atienza et al., 2000; Pavot y Diener, 1993; Vázquez et al., 2013).

6.4. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

En primer lugar se realizó un estudio psicométrico de las escalas utilizadas, para garantizar la calidad de la medida. Ello se realizó mediante el análisis de la consistencia interna así como con la realización de análisis factoriales exploratorios de componentes principales para cada escala con rotación Varimax.

En segundo lugar, previamente a la creación del índice compuesto de envejecimiento activo, se propuso un modelo para ser probado mediante técnicas multivariantes. Previamente, se detectó que alguna de las escalas incluidas era formativa (participación social), en cuyo caso se evaluó la multicolinealidad, que fue rechazada mediante la comprobación de las intercorrelaciones entre las variables ($r < 0,5$) y el factor de inflación de la varianza (Variance Inflation Factor, VIF) que estaba por debajo del valor recomendado de 3,3 (Diamantopoulos y Winklhofer, 2001; Diamantopoulos y Siguaw, 2006; Lowry y Gaskin, 2014). Además, se evaluaron los sesgos metodológicos comunes con el test de factor único de Harman, obteniendo 21 factores diferentes donde el valor más alto representaba el 14,33% de la varianza del modelo. Este resultado, combinado con el examen de la matriz de correlaciones de los constructos, señaló que los datos no sufrían tales sesgos.

Posteriormente se propuso un modelo complejo de la estructura del índice que fue probado mediante Partial Least Squares (PLS). Este algoritmo fue elegido por ser adecuado para los análisis exploratorios requeridos para la construcción teórica cuando en el campo no hay suficiente desarrollo teórico ni pruebas empíricas. Por otro lado, es adecuado cuando existen ítems o variables latentes formadas por ítems con diferentes opciones de respuesta así como para la inclusión de constructos formativos, lo que justifica su utilización en este estudio. El modelo especificado era un modelo molar, con 21 factores de primer orden, de los cuales uno de ellos era formativo, la participación social, y los otros eran reflexivos, con diez factores de segundo orden, dos constructos de tercer orden y un constructo de cuarto orden. Siguiendo las sugerencias de Lowry y Gaskin (2014) y Esposito, Chin, Henseler y Wang (2010), tras la realización de las mejoras necesarias del modelo de medida, mediante la eliminación de dos ítems que no cumplían los criterios estadísticos requeridos, se comprobó la validez de constructo y la validez convergente de los constructos reflexivos a través del análisis de las cargas factoriales significativas en cada constructo teórico mediante un bootstrapping de 500 muestras. La validez discriminante fue comprobada mediante el análisis de las cargas cruzadas entre los indicadores y los constructos de primer orden así como comparando las correlaciones entre la raíz cuadrada de la varianza media extraída y otras variables latentes. La fiabilidad fue probada mediante el indicador de confiabilidad compuesto. La validez de constructo del factor formativo fue comprobado comprobando que los pesos eran igualmente fuertes y tenían valores t significativos. Finalmente se llevó a cabo un análisis factorial de cuarto orden mediante la estrategia de varios pasos sucesivos para alcanzar el constructo de cuarto orden formativo llamado envejecimiento activo. Tras ello, se comprobó el poder predictivo del modelo al analizar los coeficientes de las relaciones propuestas en el modelo, siendo todos ellos significativos a través de la prueba t mediante un bootstrapping. Todos los análisis fueron llevados a cabo en SmartPLS 2.0 y el nivel de significación establecido fue 0.05.

Tras comprobar que era apropiado el modelo sobre el que se basa el índice, se procedió a la construcción del índice compuesto siguiendo la metodología y los pasos propuestos de la OECD (2008). Previamente se adaptaron algunas puntuaciones para que la ausencia de valor fuera representada por el valor 0. Tras ello, se calculó un índice para cada dimensión utilizando la puntuación obtenida tras la suma de todos los ítems, normativizando cada una de tales puntuaciones utilizando el método mínimo-máximo. Con ello se transformaron todas las puntuaciones para cada dimensión en una escala de valor de 0 a 1 donde el 0 sería el peor resultado posible y el 1, el mejor. La fórmula aplicada para ello se muestra a continuación.

$$\text{Índice de la dimensión} = \frac{\text{Puntuación real} - \text{Puntuación mínima}}{\text{Puntuación máxima} - \text{Puntuación mínima}}$$

Sin embargo, cabe destacar que las pruebas realizadas pusieron de manifiesto que la forma de medir el ocio, con una puntuación en función de la frecuencia, así como la gran cantidad y variedad de actividades recogidas implicaría casi la imposibilidad de cumplir todas las actividades de ocio al máximo nivel, suponiendo a su vez una penalización a la hora de calcular la participación en términos de ocio. Por ello, se recodificaron aquellas variables que diferenciaban la frecuencia de participación previamente al cálculo del índice de las dimensiones (tabla 22).

Tabla 22. Transformación de las puntuaciones del componente de ocio.

	Subescala	Rango de la subescala	Valores recodificados
			0: 0
	Artísticas	0-4	1-2: 0,5 3-4: 1
	Físicas	0-4	0: 0 1-2: 0,5 3-4: 1
	Productivas	0-4	0: 0 1-2: 0,5 3-4: 1
Ocio	Recreativas	0-4	0: 0 1-2: 0,5 3-4: 1
	Sociales	0-6	0: 0 1-3: 0,5 4-6: 1
	Solitarias	0-4	0: 0 1-2: 0,5 3-4: 1
	Fuera del hogar	0-6	0: 0 1-3: 0,5 4-6: 1

Una vez calculadas las puntuaciones para cada dimensión, para pasar a una dimensión superior, se realizaba una media de todos los índices que componían tal puntuación superior, asignándole el mismo peso a cada una de ellas. En el caso del índice de participación global, se ajustó el peso otorgado a las subdimensiones dada la escasa participación de la muestra en el empleo, por las características diferenciales de esta variable. Por ello, tras la realización previa de un análisis factorial que probase la posibilidad de incluir la subdimensión "empleo" en la "participación social", se optó por calcular el valor de la dimensión de participación global en base a cuatro subdimensiones.

Cada índice se podía clasificar en tres niveles, en base a los criterios del Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas para el nivel de desarrollo humano (Naciones Unidas para el Desarrollo, 2006; Tareque et al., 2014), resultando en:

Un valor de índice menor que 0,5 es un nivel bajo

Un valor de índice entre 0,5 y 0,79 es un nivel moderado

Un valor de índice igual o mayor que 0,8 es un nivel elevado

Para clarificar la construcción del índice, se muestra a continuación las dimensiones y los ítems que corresponden a cada dimensión.



Tabla 23. Esquema de las subescalas previas a la construcción del índice de envejecimiento activo.

Dimensión superior	Dimensión	Subescala	No. ítems	Ítems	Rango de los ítems	Rango de la subescala
Salud	Física	Salud objetiva	3	Presencia de síntomas en las últimas dos semanas. Recodificado en 0/1 respecto a la media Ausencia/presencia de enfermedad crónica Ausencia/presencia de enfermedad aguda o situación de estrés psicológico últimos 3 meses	0-1	0-3
		Salud subjetiva	4	Limitación percibida en las actividades de la vida diaria Percepción de la medida en que el estado cognitivo limita la vida diaria Satisfacción con el estado de salud Percepción de la salud en comparación con iguales	0-4	0-16
		Funcionalidad	2	Independencia en las Actividades Básicas de la Vida Diaria Independencia en las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria	0-4	0-8
	Estado cognitivo	Estado cognitivo	1	MEC-30. Buen estado cognitivo vs. Posible deterioro cognitivo	0-1	0-1
	Afectiva	Condiciones de la vida	4	Sentir que las cosas iban bien Sentirse contento por tener gente con la que poder contar Sentirse lleno de energía Sentirse seguro con respecto al futuro	0-2	0-8
		Emociones	3	Diversión Alegría o felicidad Euforia	0-2	0-6
		Metas	2	Interés Logros	0-2	0-4
	Social	Amigos	3	Frecuencia de contacto con amigos, familiares, etc Satisfacción con la relación con vecinos Satisfacción con la relación con amigos	0-4	0-12
		Familia	9	Visitas Contar con personas que se preocupan de lo que le sucede Posibilidad de hablar con alguien de problemas Recibir invitaciones para distraerse y salir con otras personas Recibir ayuda cuando está enfermo en la cama Recibir amor y afecto Satisfacción con la ayuda proveniente de la familia Satisfacción con el tiempo que pasa con la familia Sentirse querido por la familia	0-4	0-36

Tabla 23 (cont.) Esquema de las subescalas previas a la construcción del índice de envejecimiento activo.

Dimensión superior	Dimensión	Subescala	No. ítems	Ítems	Rango de los ítems	Rango de la subescala
Participación	Empleo	Empleo	1	Trabaja de forma remunerada	0-1	0-1
	Participación en la sociedad	Participación en la sociedad	3	Cuidado de hijos o nietos Participación política Voluntariado	0-1	0-3
	Uso de las TIC	Uso de las TIC	3	Frecuencia del uso del móvil Frecuencia de uso del ordenador/tablet Frecuencia de uso de Internet	0-4	0-12
	Aprendizaje continuo	Aprendizaje continuo	3	Asistencia a conferencias Asistencia a cursos Lectura de libros	0-1	0-1
		Artísticas	2	Cantar/tocar un instrumento Dibujos o manualidades	0-2	0-1
		Físicas	2	Paseos Deporte, ejercicio o baile	0-2	0-1
		Productivas	2	Cocinar Huerta	0-2	0-1
	Ocio	Recreativas	2	Televisión, radio Pasatiempos	0-2	0-1
		Sociales	2	Jugar a las cartas, juego de mesa Visitar amigos, vecinos	0-2	0-1
		Solitarias	2	Tiempo para uno mismo Coleccionar cosas	0-2	0-1
		Fuera del hogar	3	Cine/teatro Viajes Asociación o club	0-2	0-1

Posteriormente, tras el cálculo del índice se procedió al análisis de datos a distintos niveles, en este caso utilizando el programa SPSS versión 21.0 para Windows (IBM Corporation, Nueva York, EE.UU.).

En primer lugar, se comenzó con el análisis de datos descriptivo, proporcionando la media, desviación estándar de todas las variables, ya cuantitativas tras el cálculo del índice de envejecimiento activo.

En segundo lugar, se procedió al análisis bivariado de los resultados, mediante la comparación de medias de todas las variables. Previamente se analizó la normalidad de las variables cuantitativas derivadas de la construcción del índice mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Salvo el índice afectivo y el índice total de envejecimiento activo, ninguna variable tenía una distribución normal. Por ello, para el estudio comparativo del envejecimiento activo y sus diferentes subdimensiones se realizó mediante la prueba U de Mann Whitney para el género y la edad, salvo en el índice afectivo y el índice total, que se utilizó la prueba t de Student. Por otro lado, se empleó la prueba H de Kruskal-Wallis para la comparación según entorno, estado civil, nivel educativo y nivel de ingresos, salvo en el índice afectivo y el índice total, que se utilizó la prueba ANOVA.

Se procedió también a un análisis de correlación de Pearson con la finalidad de cuantificar el grado y la dirección de la relación entre las variables que componen la dimensión salud y las que componen la dimensión participación del envejecimiento activo. Por otra parte, se realizó el mismo análisis entre la satisfacción vital y cada una de las subdimensiones y dimensiones que componen el índice de envejecimiento activo para explorar el grado de relación existente entre ellos.

Por último, el tercer nivel de análisis se refiere al análisis multivariado. En este punto se analizó el efecto del envejecimiento activo sobre la satisfacción vital. Además se realizó un análisis de regresión logística binaria, para conocer aquellos factores que incrementan la probabilidad de aparición de un suceso (el envejecimiento activo) en función de las variables independientes consideradas. La obtención de las odd ratio para cada variable independiente indica cuánto es más probable la aparición del evento (envejecimiento activo) en función de un determinado valor de la variable independiente. La variable dependiente de envejecimiento activo se recodificó en una variable dicotómica ($<0,5 = 0$ o ausencia de envejecimiento activo vs. $\geq 0,5 = 1$ o presencia del mismo). Como variables independientes se incluyeron las variables género, edad (60-74 vs. 75 y más), entorno (rural-semirural vs. semiurbano-urbano), nivel de estudios (primarios vs. superiores), nivel de ingresos (bajo umbral de la pobreza o menos de 500 euros al mes en el hogar vs. >500 euros al mes en el hogar), situación económica percibida (mala vs. buena), estado civil (casado vs. otros), afrontamiento activo y afrontamiento externo.



7. RESULTADOS





7. Resultados

7.1. ESTUDIO PSICOMÉTRICO DE LAS ESCALAS UTILIZADAS

Antes de comenzar con el análisis psicométrico de las escalas, se realizó un análisis preliminar y exploratorio de los datos introducidos con el fin de detectar y corregir posibles errores en la introducción de los datos, datos perdidos o ausentes, valores anómalos así como comprobar supuestos paramétricos. Para establecer la significación estadística de las pruebas realizadas, el nivel de significación se fijó en todos los análisis en $p < 0.05$ bilateral.

Posteriormente, con el fin de asegurar la calidad de la medida de las escalas utilizadas, se realizó un estudio de la fiabilidad (consistencia interna) y la validez de constructo.

7.1.1. Componente físico

En primer lugar, para la evaluación del componente físico, se ha formado una escala propia a partir de diversos ítems. En primer lugar se evaluaron las propiedades psicométricas de la subescala de salud objetiva del CUBRECAVI, que evalúa la sintomatología física en los mayores. Las opciones de respuesta de sus ítems fueron recodificados con el fin de que los valores más elevados informasen de los mejores resultados en términos de ausencia de sintomatología. A continuación se evaluó la consistencia interna de la escala, en la que se obtuvo un alfa de 0,82. Posteriormente se procedió a realizar un análisis de la dimensionalidad de la escala, mediante un Análisis Factorial Exploratorio de Componentes Principales utilizando el criterio de extracción de factores de autovalores mayores que 1, con una rotación Varimax. Para ello, con anterioridad se comprobó si la realización de dicho análisis era adecuada, obteniendo un determinante igual a 0,01, un valor de la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) de 0,85 y una prueba de esfericidad de Bartlett de 1805,48 ($p < 0,001$), siendo todos ellos adecuados. El análisis factorial exploratorio proporcionó cinco factores que explicaban el 47,04% de la varianza. El primero de ellos estaba compuesto por seis ítems (1, 2, 4, 5, 7 y 20), el segundo por cuatro elementos (8, 9, 10 y 21); el tercero por seis ítems (6, 11, 13, 15, 18, 19); el cuarto por cuatro elementos (12, 16, 17 y 22) y el quinto por los ítems 3 y 14. Teniendo en cuenta el elevado alfa global, se probó a forzar la solución factorial a un solo factor, siendo la varianza explicada de 24,03%. Todas las cargas factoriales fueron superiores a 0,30, salvo el ítem “Levantarse u orinar por las noches”, cuyo valor fue de 0,28.

Tabla 24. Cargas factoriales de los ítems de la subescala de sintomatología física adaptada del CUBRECAVI.

	Componente
1. Dolor de huesos, columna o articulaciones	0,39
2. Mareos o vahídos	0,50
3. Tos, catarro o gripe	0,30
4. Tobillos hinchados	0,60
5. Cansancio sin razón aparente	0,63
6. Dificultad para dormir	0,43
7. Flojedad de piernas	0,57
8. Dificultad para respirar o sensación de falta de aire	0,42
9. Palpitaciones	0,48
10. Dolor u opresión en el pecho	0,50
11. Manos o pies fríos	0,41
12. Estar adormilado durante el día	0,54
13. Boca seca	0,57
14. Sensación de náusea o ganas de vomitar	0,49
15. Gases	0,55
16. Levantarse u orinar por las noches	0,28
17. Escapársele la orina	0,53
18. Zumbido de oídos	0,25
19. Hormigueos en los brazos o en las piernas	0,60
20. Picores en el cuerpo	0,52
21. Sofocos	0,43
22. Llorar con facilidad	0,56

A continuación se presenta una tabla que incluye los resultados descriptivos de cada ítem en relación a la media y la desviación típica, el índice de homogeneidad corregido (IHc) y el valor del alfa si se elimina el ítem. Las correlaciones de los ítems con la puntuación de la escala fueron moderadas y elevadas, oscilando entre 0,22 y 0,53, siendo los ítems 3, 16 y 18 aquellos con menor relación con la escala. En relación con la distribución de las puntuaciones, todos los ítems salvo el 1 y el 16 tuvieron una marcada asimetría estandarizada negativa, con valores absolutos superiores a 3. Respecto a la curtosis, la mayoría de los ítems mostraron una distribución leptocúrtica, salvo los ítems 1 y 16, que mostraron una distribución platicúrtica.

Tabla 25. Descriptivos de los ítems de la subescala de sintomatología física adaptada del CUBRECAVI.

Ítems	M	dt	Escala		
			Asimetría	Curtosis	IHc
1	3,04	1,82	-0,36	-7,63	0,32
2	4,59	0,93	-20,68	23,84	0,41
3	4,37	1,10	-15,3	10,69	0,24
4	4,53	1,13	-20,38	19,52	0,51
5	4,27	1,25	-13,96	6,50	0,53
6	3,98	1,49	-9,53	-1,08	0,37
7	4,38	1,16	-15,72	10,21	0,47
8	4,58	0,95	-21,83	26,96	0,32
9	4,81	0,59	-31,63	67,56	0,36
10	4,84	0,53	-38,06	105,04	0,40
11	4,27	1,32	-13,68	5,27	0,35
12	4,67	0,85	-25,27	38,16	0,45
13	4,37	1,26	-15,94	9,34	0,48
14	4,89	0,51	-46,24	141,21	0,41
15	4,41	1,08	-15,88	11,47	0,49
16	3,09	1,70	-1,29	-7,04	0,23
17	4,65	0,89	-24,59	35,15	0,45
18	4,52	1,12	-19,89	18,71	0,22
19	4,56	1,04	-20,51	21,19	0,51
20	4,68	0,76	-23,15	32,00	0,43
21	4,82	0,60	-34,90	81,72	0,34
22	4,53	0,90	-16,36	13,12	0,49

Tras comprobar que la subescala de sintomatología física era aceptable, se evaluaron las propiedades psicométricas de la escala propuesta para la medición del componente físico. Las correlaciones de los ítems con la puntuación de la escala eran moderadas y elevadas, oscilando entre 0,41 y 0,59, siendo el ítem de relacionado con la presencia de enfermedades crónicas el de menor relación con la escala. El alfa de Cronbach global de la escala fue de 0,72 y la eliminación de cualquiera de los ítems no mejoraría la consistencia interna de la escala. Los ítems 4 y 5 mostraron una elevada asimetría estandarizada negativa y una distribución leptocúrtica.

Tabla 26. Descriptivos de los ítems de la escala de componente físico.

Ítems	M/%	dt	Escala		
			Asimetría	Curtosis	IHc
1	63,1%	-	-	-	0,39
2	32,9%	-	-	-	0,27
3	82,9%	-	-	-	0,32
4	3,40	1,01	-13,89	7,92	0,55
5	3,58	0,76	-17,24	19,38	0,50
6	3,50	1,06	-2,18	-1,45	0,59
7	3,59	0,83	-1,28	-1,00	0,41

En segundo lugar, para evaluar la validez de constructo factorial de la escala del componente físico, se realizó un Análisis Factorial Exploratorio de Componentes Principales con una rotación Varimax. Antes de proceder con el Análisis Factorial Exploratorio, se comprobó si los criterios permitían su análisis con garantías, obteniendo un determinante de 0,22, un KMO de 0,74 y una prueba de esfericidad de Bartlett de 466,11 ($p < 0,001$) para el global de la muestra, apuntando que el consiguiente análisis era oportuno. Se han obtenido dos factores que explican el 52,93% de la varianza. El primero de ellos, que podría denominarse salud física objetiva en relación a la ausencia de sintomatología y enfermedades físicas, estaría conformado por el ítem derivado de la aplicación de la escala CUBRECAVI y dos ítems relativos a las enfermedades crónicas y agudas. El segundo, que podría ser denominado salud subjetiva, incluye los ítems relativos a la ausencia de limitación física, el estado cognitivo percibido, la satisfacción con la salud y la percepción del estado de salud en comparación con otras personas. En todos los casos las cargas factoriales eran superiores a 0,40. La consistencia interna del primer factor es de 0,53 y la del segundo factor de 0,71.

Tabla 27. Cargas factoriales de los ítems de la escala de componente físico.

	Componente	
	1	2
1. CubrecaviMEDIA		0,81
2. ¿Tiene usted alguna enfermedad crónica?		0,54
3. ¿Tiene usted alguna enfermedad aguda?		0,67
4. ¿En qué medida su estado de salud actual le limita la realización de sus actividades diarias?	0,66	
5. ¿En qué medida su memoria o su atención le afectan en su vida diaria?	0,49	
6. ¿Se siente usted satisfecho con su estado de salud actual?	0,79	
7. En comparación con las personas de su edad, ¿cómo diría que es su salud?	0,79	

7.1.2. Componente funcional

En relación al componente funcional, en el que se incluyeron dos escalas relativas a las actividades de la vida diaria, se realizó también un estudio psicométrico de las escalas para garantizar la calidad de la medida.

En primer lugar, el Índice de Barthel obtuvo un alfa de Cronbach global de 0,89. Las correlaciones de los ítems con la puntuación de la escala eran moderadas y elevadas, oscilando entre 0,42 y 0,79, siendo el último ítem el que menor correlación tiene con el total de la escala. En relación a los ítems, la gran mayoría de los resultados se concentraron en las respuestas indicativas de independencia, que mostraron unos porcentajes de respuesta muy elevados.

Tabla 28. Descriptivos de los ítems del Índice de Barthel.

Ítems	Dependencia	Escala			IHc
		Mucha ayuda	Ayuda	Independencia	
1	0,0	-	2,2	97,8	0,65
2	0,7	0,2	2,2	96,8	0,71
3	0,0	-	4,0	96,0	0,58
4	0,7	-	1,7	97,6	0,78
5	6,4	-	-	93,6	0,67
6	0,7	0,5	1,5	97,3	0,79
7	3,0	-	5,2	91,8	0,68
8	0,7	-	4,2	95,0	0,78
9	0,2	-	0,7	99,0	0,61
10	0,5	-	3,5	96,0	0,42

Para evaluar la dimensionalidad de la escala se realizó un Análisis Factorial Exploratorio de Componentes Principales y con una rotación Varimax. Tanto el determinante (0,001), como el KMO (0,84) como la prueba de esfericidad de Bartlett (2806,62; $p < 0,001$), indicaron que el análisis era posible. Con él se obtuvieron dos factores que explican el 67,6% de la varianza. El primero estaba compuesto por seis elementos, concretamente los ítems 1, 2, 4, 6, 9 y el 10, que alcanzaron un alfa de Cronbach de 0,85 y el otro por 4 ítems (3, 5, 7 y 8), con un alfa de Cronbach de 0,83. Dado que se ha defendido la unidimensionalidad de la escala (Minosso et al., 2010), se repitió el análisis fijando el número de factores a extraer en 1, obteniendo una varianza explicada de 55,2%, lo cual supone un resultado aceptable. Todas las cargas factoriales fueron elevadas, siendo todas ellas superiores a 0,5.

Tabla 29. Cargas factoriales de los ítems del Índice de Barthel.

	Componente
	1
1. ¿Es usted capaz de comer solo?	0,73
2. ¿Es usted capaz de trasladarse sólo de la silla/sillón a la cama?	0,77
3. ¿Es usted capaz de encargarse por completo de su aseo personal?	0,65
4. ¿Es usted capaz de utilizar por usted mismo el baño?	0,85
5. ¿Es usted capaz de bañarse o ducharse sólo?	0,74
6. ¿Es usted capaz de desplazarse sólo (o con muleta/bastón)?	0,83
7. ¿Es usted capaz de subir y bajar escaleras sólo, o con muleta o bastón?	0,74
8. ¿Es usted capaz de vestirse y desvestirse sólo?	0,84
9. ¿Es usted capaz de tener un adecuado control de heces?	0,70
10. ¿Es usted capaz de tener un adecuado control de orina?	0,52

En relación a la Escala de Lawton y Brody, se obtuvo un alfa de Cronbach para el total de la escala de 0,92. Como la escala está compuesta por un número de ítems diferentes en función del género, se repitió ese mismo análisis para hombres y mujeres por separado, con la escala completa para estas últimas y con los ítems 1, 2, 6, 7 y 8 para los hombres. En este último caso se obtuvo un alfa de 0,74 y para el género femenino, dicho alfa asciende a 0,94. Las correlaciones de los ítems con la puntuación de la escala oscilaron entre 0,44 y 0,91 para los hombres y entre 0,45 y 0,85 para las mujeres, siendo valores entre moderados y elevados en ambos casos. En relación a los ítems, la gran mayoría de los resultados se concentraron en las respuestas indicativas de independencia, tanto en el caso de los hombres como de las mujeres.

Tabla 30. Descriptivos de los ítems de la Escala de Lawton y Brody diferenciado por género.

	Ítems	Escala					
		Dependencia	Acompañado	Mucha ayuda	Ayuda	Independencia	IHc
Hombres	1	2,8	-	1,7	4,6	90,9	0,44
	2	2,9	-	-	8,1	89,0	0,52
	6	4,5	2,8	0,6	1,1	93,8	0,52
	7	1,7	1,7	-	1,7	96,6	0,63
	8	2,8	-	-	0,0	97,2	0,74
Mujeres	1	1,8	-	4,4	2,6	91,2	0,71
	2	5,3	-	2,2	4,0	88,5	0,90
	3	6,7	-	0,0	1,3	91,9	0,91
	4	5,8	0,9	1,3	9,9	82,1	0,91
	5	7,6	-	-	1,4	90,6	0,86
	6	7,5	4,4	2,6	3,1	82,5	0,78
	7	3,5	-	-	4,4	92,1	0,77
	8	7,0	-	-	3,1	89,9	0,90

Antes de proceder con el Análisis Factorial Exploratorio, se comprobó que los criterios permitían su análisis con garantías, obteniendo un determinante de 0,002, un KMO de 0,88 y una prueba de esfericidad de Bartlett altamente significativa ($p < 0,001$) para el global de la muestra. Se ha obtenido un solo factor que explica el 66,67% de la varianza. Por otro lado, se probó este mismo análisis dividiendo la muestra en función del género, siendo de 0,26 el determinante, el KMO de 0,70 y la esfericidad de Bartlett de 360,05 ($p < 0,001$) para los hombres y un determinante de 0,002, un KMO de 0,88 y la esfericidad de Bartlett de 2080,71 ($p < 0,001$), para las mujeres, indicando que es oportuno realizar dicha prueba. En ambos casos se obtuvo una solución factorial formada con un solo factor que explicaba el 49,45% de la varianza en el caso de los hombres y el 66,67% para las mujeres. A continuación se expone una tabla en la que se incluyen las cargas factoriales diferenciados en función del género.

Tabla 31. Cargas factoriales de los ítems de la Escala de Lawton y Brody.

	Hombres	Mujeres
	Componente 1	Componente 1
1. ¿Es capaz de usar solo el teléfono?	0,44	0,53
2. ¿Es capaz de realizar las compras necesarias usted mismo?	0,71	0,84
3. ¿Es capaz de preparar la comida usted mismo?		0,89
4. ¿Es capaz de encargarse del cuidado de la casa usted mismo?		0,89
5. ¿Es capaz de encargarse del lavado de la ropa?		0,86
6. ¿Es capaz de utilizar los medios de transporte que necesita por usted mismo?	0,69	0,76
7. ¿Es capaz de encargarse por completo de la toma de la medicación?	0,73	0,82
8. ¿Es capaz de encargarse por usted mismo de sus asuntos económicos?	0,88	0,88

Dado que ambas escalas se incluyen en un componente superior, se analizaron sus propiedades psicométricas en conjunto, obteniendo un alfa global de 0,90. Para estudiar la dimensionalidad de la escala se realizó un Análisis Factorial Exploratorio de Componentes Principales con el que se obtuvieron tres factores que explican el 75,71% de la varianza. El primero de ellos estaría formado por los ítems 1, 2, 4, 6, 9 y 10 del Índice de Barthel, el segundo por los ítems 3, 5, 7 y 8 del Índice de Barthel y el tercero, por todos los ítems que conforman la Escala de Lawton y Brody.

7.1.3. Componente cognitivo

En lo referente al componente cognitivo, se han analizado las propiedades psicométricas del MEC-30. En este caso se ha obtenido un alfa de Cronbach que asciende a 0,73. En términos de las correlaciones de los ítems con la puntuación de la escala, esta oscila entre 0,33 y 0,92, siendo unos valores entre moderados y elevados. Respecto a la asimetría, todos los ítems salvo el 5 mostraron una alta asimetría estandarizada negativa, con valores absolutos superiores a 3. En relación con la curtosis, la mayoría de los ítems apuntaron a una distribución leptocúrtica, salvo los ítems 5, 10 y 11 que mostraron una distribución platicúrtica.

Tabla 32. Descriptivos de los ítems del MEC-30.

Ítems	Escala				
	M	dt	Asimetría	Curtosis	IHc
1	4,55	0,92	-22,47	34,82	0,59
2	4,83	0,58	-31,82	64,08	0,64
3	2,94	0,40	-48,59	177,80	0,33
4	4,11	1,53	-14,10	6,93	0,60
5	1,42	1,16	0,22	-6,05	0,39
6	1,95	0,27	-48,54	149,11	0,38
7	0,98	0,15	-53,52	166,88	0,35
8	2,94	0,30	-55,20	221,05	0,92
9	0,91	0,29	-23,41	25,22	0,49
10	0,75	0,44	-9,30	-3,01	0,52
11	0,70	0,46	-7,13	-5,19	0,49

Para evaluar la validez de constructo factorial de la escala se realizó un Análisis Factorial Exploratorio de Componentes Principales. Previamente se comprobó si los criterios permitían su análisis con garantías, obteniendo un determinante de 0,08, un KMO de 0,85 y una prueba de esfericidad de Bartlett altamente significativa (1028,64; $p < 0,001$), obteniendo unos datos que indican que dicho análisis es oportuno. Se obtuvieron dos factores que explican el 46,04% de la varianza, el primero formado por los ítems 1, 2, 3, 6 y 7, mientras que el segundo lo conformaban los 8, 9, 10 y 11. Los ítems 4 y 5 obtuvieron unas cargas muy similares en ambos factores. Dado que la escala original proporciona una puntuación global, se ha probado forzar la solución factorial a un solo factor que en este caso explica el 34,17% de la varianza. En este caso, todas las cargas factoriales son elevadas, por encima de 0,40 en todos los ítems, salvo en el caso del ítem 8 cuyo valor es de 0,17.

Tabla 33. Cargas factoriales de los ítems del MEC-30.

	Componente
	1
1. Orientación temporal MEC	0,72
2. Orientación espacial MEC	0,76
3. Repetir peseta-caballo-manzana MEC	0,44
4. Restar a 30 de tres en tres	0,74
5. ¿Recuerda las tres palabras que le he dicho antes?	0,51
6. Bolígrafo y reloj	0,51
7. Repetir frase	0,48
8. Coger papel con mano derecha, doblar por la mitad y poner en el suelo	0,17
9. Lea esto y haga lo que dice (cierre los ojos)	0,63
10. Escriba una frase	0,64
11. Pentágonos	0,60

7.1.4. Componente afectivo

En relación a la Escala del Balance Afectivo (EBA; Godoy-Izquierdo et al., 2008) se ha obtenido un alfa de Cronbach de 0,42 para la escala completa, lo cual resulta un valor bajo pero muy similar al conseguido por los autores originales (alfa de Cronbach = 0,47). Siguiendo la recomendación de los autores de estudiar los componentes del afecto negativo y positivo de manera independiente (Bradburn, 1969; Godoy-Izquierdo et al., 2008; Warr et al., 1983), se ha realizado el mismo análisis en sus respectivas subescalas de afecto negativo y positivo, con un alfa de 0,80 para la subescala de afecto negativo y un alfa de 0,76 para el afecto positivo. Ambos resultados son indicativos de una fiabilidad elevada en términos de consistencia interna.

Se presentan también los resultados sobre las subescalas de la EBA, mostrando tanto los resultados descriptivos (media y desviación típica) obtenidos para cada ítem, así como el valor del IHC y el valor del alfa si se elimina el ítem. Los participantes han puntuado más alto en todos los ítems de afecto positivo en comparación con los de afecto negativo. Por otro lado, las desviaciones típicas de los ítems fueron muy elevadas, mostrando así una adecuada capacidad discriminativa que a su vez indica una alta sensibilidad a la variabilidad en la respuesta. Los valores de las correlaciones de los ítems con la puntuación en su respectiva subescala oscilaron entre moderadas a elevadas, con valores comprendidos entre 0,24 y 0,64. En este caso, los valores más bajos corresponden al ítem 1 de la subescala de afecto negativo y el ítem 7 perteneciente a la subescala de afecto positivo, 0,24 y 0,25 respectivamente, de manera similar a la escala original. La inclusión de las modificaciones propuestas por los autores ha mejorado sus resultados tanto en el ítem 5 como en el ítem 11 (Godoy-Izquierdo et al., 2008). Respecto a la asimetría, todos los ítems de la subescala de afecto negativo así como los ítems 7, 15 y 18 pertenecientes a la subescala de afecto positivo han mostrado una alta asimetría estandarizada positiva, mientras que los ítems 3, 5 y 13 pertenecientes a la subescala de afecto positivo han alcanzado una asimetría estandarizada negativa. En relación con la curtosis, los ítems 1, 2, 8, 14 y 17 de la subescala de afecto negativo y los ítems 5 y 15 pertenecientes a la subescala de afecto positivo han mostrado una distribución leptocúrtica mientras que los ítems 4 y 6 de la subescala de afecto negativo y los ítems 3, 7, 9, 12, 16 y 18 de la subescala de afecto positivo han mostrado una distribución platicúrtica.

Tabla 34. Descriptivos de los ítems de la Escala de Balance Afectivo.

Ítems	Afecto negativo					Afecto positivo					
	M	dt	Asimetría	Curtosis	Ihc	Ítems	M	dt	Asimetría	Curtosis	Ihc
1	1,17	0,45	22,38	28,22	0,25	3	2,23	0,78	-3,53	-5,03	0,51
2	1,32	0,65	14,80	7,30	0,46	5	2,72	0,57	-15,76	10,68	0,42
4	1,67	0,81	5,55	-4,73	0,55	7	1,59	0,83	7,38	-3,86	0,24
6	1,64	0,76	5,90	-3,87	0,49	9	2,03	0,84	-0,54	-6,47	0,44
8	1,36	0,64	12,74	4,63	0,64	12	1,83	0,87	2,70	-6,60	0,63
10	1,58	0,76	7,20	-3,01	0,40	13	2,43	0,74	-7,31	-2,70	0,53
11	1,55	0,78	7,96	-2,85	0,53	15	1,33	0,65	14,50	6,73	0,48
14	1,31	0,61	14,97	8,49	0,59	16	2,17	0,81	-2,66	-5,86	0,37
17	1,28	0,56	15,35	10,15	0,54	18	1,71	0,88	4,89	-5,96	0,44

Posteriormente se realizó un Análisis Factorial Exploratorio de Componentes Principales, previa comprobación de los criterios que permiten dicho análisis con garantías, obteniendo un determinante de 0,007, un KMO de 0,86 y una significación de la prueba de esfericidad de Bartlett de 734,89 ($p < 0,001$), obteniendo unos datos que indican que las pruebas son oportunas. Se obtuvo una solución factorial de cuatro factores que explican el 52,24% de la varianza. Siguiendo los pasos realizados por los autores, se probó a forzar la solución factorial a dos factores, utilizando el análisis de Componentes Principales con rotación Varimax. En este caso, los dos factores explican el 39,9% de la varianza, el primero incluye todos los ítems de afecto negativo y el segundo, todos los ítems de afecto positivo.

Tabla 35. Cargas factoriales de los ítems de la EBA.

	Componente	
	1	2
Afecto negativo		
1. ¿Se ha sentido molesto por alguien en la última semana?	0,35	
2. ¿Se ha sentido muy solo o distante de la gente?	0,58	
4. ¿Se ha sentido muy preocupado?	0,65	
6. ¿Ha tenido miedo de lo que pudiera suceder?	0,53	
8. ¿Se he sentido deprimido o muy infeliz?	0,75	
10. ¿Se ha sentido muy cansado?	0,46	
11. ¿Se ha sentido nervioso, agobiado, tenso?	0,70	
14. ¿Se ha sentido con ganas de llorar?	0,72	
17. ¿Se ha sentido aburrido?	0,68	
Afecto positivo		
3. ¿Ha sentido que las cosas iban como usted quería?		0,48
5. ¿Se ha sentido contento por tener gente con la que poder contar o hacer algo?		0,50
7. ¿Se ha sentido particularmente estimulado o interesado por algo?		0,44
9. ¿Se ha sentido lleno de energía?		0,43
12. ¿Ha sentido que se estaba divirtiendo mucho?		0,78
13. ¿Se ha sentido muy alegre o feliz?		0,51
15. ¿Se ha sentido eufórico (muy contento o dichoso)?		0,69
16. ¿Se ha sentido seguro con respecto al futuro?		0,32
18. ¿Se ha sentido contento o satisfecho por haber logrado algo?		0,68

Finalmente, dado que en este estudio se decidió incluir la subescala de afecto positivo, se repitió el análisis factorial exploratorio con los ítems de dicha subescala. Para ello se comprobaron los criterios que permiten la realización de tal análisis con, obteniendo un determinante de 0,02, un KMO de 0,83 y una significación de la prueba de esfericidad de Bartlett de 734,89 ($p < 0,001$), indicando que el análisis exploratorio era oportuno. En este caso, se obtuvo una solución factorial de tres factores que explican el 58,89% de la varianza. El primero de ellos estaba compuesto por los ítems 1, 2, 4 y 8, de la subescala de afecto

positivo, el segundo por los ítems 5, 6 y 7 y el tercero por los ítems 3 y 9. En función de ello, el primer factor hacía referencia a los afectos relacionados con las condiciones de la vida de las personas, el segundo con la experimentación de emociones positivas y el tercero a los afectos relacionados con objetivos o metas personales. En todos los casos las cargas factoriales fueron mayores que 0.40.

Tabla 36. Cargas factoriales de los ítems de la subescala de afecto positivo.

	Componente		
	1	2	3
1. ¿Ha sentido que las cosas iban como usted quería?	0,70		
2. ¿Se ha sentido contento por tener gente con la que poder contar o hacer algo?	0,51		
3. ¿Se ha sentido particularmente estimulado o interesado por algo?			0,92
4. ¿Se ha sentido lleno de energía?	0,48		
5. ¿Ha sentido que se estaba divirtiendo mucho?		0,75	
6. ¿Se ha sentido muy alegre o feliz?		0,54	
7. ¿Se ha sentido eufórico (muy contento o dichoso)?		0,80	
8. ¿Se ha sentido seguro con respecto al futuro?	0,81		
9. ¿Se ha sentido contento o satisfecho por haber logrado algo?			0,58

7.1.5. Componente social

Para evaluar la calidad de la medida del componente social, se ha procedido al análisis de la escala propuesta. La escala resultante cuenta con buenas propiedades psicométricas en términos de fiabilidad (consistencia interna) y validez. El alfa de Cronbach obtuvo un valor elevado (0,88). Las puntuaciones medias fueron muy elevadas para todos los ítems, así como sus desviaciones típicas, mostrando así una adecuada capacidad discriminativa y una elevada sensibilidad a la variabilidad en la respuesta. Los valores de las correlaciones de los ítems con la puntuación en su subescala correspondiente fueron entre moderadas a elevadas, con valores comprendidos entre 0,43 y 0,68. El ítem 1 y el ítem 9 mostraron unos valores más bajos, aunque con una correlación moderada. En este caso, todos los ítems mostraron una marcada asimetría estandarizada negativa así como una distribución leptocúrtica.

Tabla 37. Descriptivos de los ítems del Componente social.

Ítems	Escala				
	M	dt	Asimetría	Curtosis	Ihc
1	4,47	0,86	-15,31	13,46	0,43
2	4,49	1,03	-16,50	12,53	0,64
3	4,72	0,79	-26,46	41,76	0,66
4	4,72	0,81	-26,12	40,09	0,61
5	4,56	1,04	-20,08	19,89	0,62
6	4,71	0,82	-25,80	39,35	0,60
7	4,72	0,77	-26,14	41,90	0,68
8	4,71	0,82	-26,05	40,15	0,66
9	4,29	1,19	-12,69	4,93	0,45
10	4,78	0,72	-31,39	60,95	0,62
11	4,77	0,74	-30,62	56,74	0,47
12	4,79	0,79	-33,16	63,55	0,53

Respecto de la validez de constructo factorial de la escala, se evaluó la dimensionalidad de la escala, mediante un Análisis Factorial Exploratorio de Componentes Principales. Tras comprobar que el análisis era pertinente (determinante = 0,004; KMO = 0,86 y una prueba de

esfericidad de Bartlett de 2156,39, $p < 0,001$), se obtuvo una solución factorial de dos factores que explican el 56,09% de la varianza. El primero de ellos evalúa los aspectos relacionados con la familia (9 ítems), y tiene un alfa de Cronbach de 0,87, mientras que el segundo mide específicamente las relaciones con los vecinos y los amigos a través de dos ítems que alcanzan un alfa de 0,79. Dada la moderada correlación entre las puntuaciones de las subescalas, en este caso se realizó una rotación Oblimin directo. Todas las cargas factoriales fueron superiores a 0,40.

Tabla 38. Cargas factoriales de la escala del Componente social.

	Componente	
	1	2
1. ¿Con qué frecuencia suele verse con sus amigos, parientes o compañeros de trabajo?		0,66
2. ¿En qué medida recibe visitas de sus amigos y familiares?	0,52	
3. ¿En qué medida cuenta con personas que se preocupan de lo que le sucede?	0,72	
4. ¿En qué medida tiene la posibilidad de hablar con alguien de sus problemas personales y familiares?	0,82	
5. ¿En qué medida recibe invitaciones para distraerse y salir con otras personas?	0,50	
6. ¿En qué medida recibe ayuda cuando está enfermo en la cama?	0,67	
7. ¿En qué medida recibe amor y afecto?	0,82	
8. ¿En qué medida está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia?	0,82	
9. ¿En qué medida está satisfecho con el tiempo que su familiar y usted pasan juntos?	0,49	
10. ¿En qué medida siente que su familia le quiere?	0,82	
11. ¿En qué medida está satisfecho con la relación que mantiene con sus vecinos/personas de la residencia?		0,90
12. ¿En qué medida está satisfecho con la relación que mantiene con sus amigos?		0,87

7.1.6. Componente Uso de las TIC

En relación al componente del Uso de las TIC, la escala resultante ha demostrado tener buenas propiedades psicométricas en términos de fiabilidad (consistencia interna) y validez. El alfa de Cronbach obtuvo un valor elevado (0,80). Las puntuaciones medias fueron bajas y las desviaciones típicas mostraron una elevada variabilidad en la respuesta. Los valores de las correlaciones de los ítems con la puntuación en su subescala correspondiente fueron entre moderadas y elevadas, con valores comprendidos entre 0,39 y 0,79. Por otro lado, mientras que el ítem 1 mostró una asimetría estandarizada negativa, los ítems 2 y 3 reflejaron una asimetría positiva. En relación a la curtosis, el ítem 3 reflejó una distribución platicúrtica.

Tabla 39. Descriptivos de los ítems del Componente Uso TIC.

Ítems	M	dt	Escala		
			Asimetría	Curtosis	IHc
1	2,92	1,65	-9,03	-2,65	0,39
2	1,11	1,72	8,04	-3,99	0,79
3	1,01	1,67	9,11	-2,82	0,79

Respecto de la validez de constructo factorial de la escala, se evaluó la dimensionalidad de la misma mediante un Análisis Factorial Exploratorio de Componentes Principales. Tras comprobar que el análisis era pertinente (determinante = 0,15; KMO = 0,58 y una prueba de esfericidad de Bartlett de 840,53, $p < 0,001$), se obtuvo una solución unifactorial que explica el 72,42% de la varianza. Todas las cargas factoriales fueron superiores a 0,40.

Tabla 40. Cargas factoriales de la escala del Componente Uso TIC.

	Componente 1
1. ¿Con qué frecuencia ha utilizado el teléfono móvil en los últimos meses?	0,62
2. ¿Con qué frecuencia ha utilizado un ordenador en los últimos meses?	0,95
3. ¿Con qué frecuencia ha utilizado internet en los últimos meses?	0,95

7.1.7. Componente Ocio

Para evaluar la calidad de la medida del componente de ocio, se ha procedido al análisis de la escala propuesta. La escala resultante cuenta con propiedades psicométricas aceptables en términos de fiabilidad (consistencia interna) y validez. El alfa de Cronbach obtuvo un valor moderado pero aceptable (0,68). Las puntuaciones medias fueron elevadas para todos los ítems, así como sus desviaciones típicas, mostrando así una adecuada capacidad discriminativa y una elevada sensibilidad a la variabilidad en la respuesta. Los valores de las correlaciones de los ítems con la puntuación en su subescala correspondiente fueron entre moderadas a elevadas, con valores comprendidos entre 0,06 y 0,47. En relación a la asimetría, los ítems 2, 6, 9, 14, 15 y 16 reflejaron una asimetría estandarizada negativa mientras que los ítems 3, 4, 5, 7, 10, 13, 17 y 18 han mostrado una asimetría estandarizada positiva, con valores absolutos mayores que 3. Por otro lado, la mayoría de los ítems mostraron una distribución platicúrtica salvo los ítems 3, 5, 15 y 17 reflejaron una distribución leptocúrtica.

Tabla 41. Descriptivos de los ítems del Componente de Ocio.

Ítems	Escala				
	M	dt	Asimetría	Curtosis	IHc
1	1,84	0,92	2,63	-7,22	0,14
2	2,53	0,76	-10,05	-0,74	0,31
3	1,27	0,64	17,55	11,77	0,23
4	1,55	0,75	7,84	-2,39	0,47
5	1,28	0,57	15,59	10,26	0,35
6	2,60	0,68	-11,94	2,76	0,24
7	1,58	0,88	7,60	-4,36	0,30
8	1,90	0,88	1,64	-6,89	0,47
9	2,35	0,81	-5,91	-4,54	0,27
10	1,63	0,92	6,66	-5,45	0,41
11	2,03	0,88	-0,44	-7,03	0,06
12	1,84	0,93	2,64	-7,31	0,11
13	1,61	0,87	6,93	-4,73	0,28
14	2,29	0,90	-5,01	-6,11	0,25
15	2,86	0,40	-23,89	33,63	0,16
16	2,34	0,86	-5,98	-5,21	0,30
17	1,20	0,58	21,97	21,99	0,25
18	1,69	0,90	5,45	-5,96	0,29

Respecto de la validez de constructo factorial de la escala, se evaluó la dimensionalidad de la escala, mediante un Análisis Factorial Exploratorio de Componentes Principales. Tras comprobar que el análisis era pertinente (determinante = 0,12; KMO = 0,74 y una prueba de esfericidad de Bartlett de 847,14, $p < 0,001$), se obtuvo una solución factorial de siete factores que explican el 58,01% de la varianza. Todas las cargas factoriales fueron superiores a 0,40.

Tabla 42. Cargas factoriales del Componente Ocio.

	Componente						
	1	2	3	4	5	6	7
1. Jugar a las cartas o algún juego de mesa					0,74		
2. Leer periódicos, revistas o libros		0,66					
3. Cantar, tocar algún instrumento o ir al coro							-0,62
4. Asistir a charlas, conferencias o conciertos	0,72						
5. Ir al cine o al teatro	0,64						
6. Dar caminatas o paseos			0,69				
7. Practicar algún deporte, ejercicio o baile			0,63				
8. Viajar o hacer excursiones	0,48						
9. Visitar amigos o vecinos				0,65			
10. Participar en algún tipo de asociación o club			0,50				
11. Ir a misa a participar en actividades religiosas					0,71		
12. Arreglar la huerta o el jardín				0,72			
13. Hacer dibujos o manualidades		0,50					
14. Cocinar						0,84	
15. Ver la televisión o escuchar la radio							0,64
16. Tener tiempo para uno mismo	0,42		0,42				
17. Coleccionar cosas como pasatiempo	0,67						
18. Hacer crucigramas, sudokus, sopas de letras, autodefinidos		0,74					

Esta representación de cargas factoriales lleva a pensar que debería hacerse algún ajuste en la escala para poder extraer la solución factorial tras la escala. Las actividades no muestran ningún patrón para la extracción de factores. Por ello, guiados por un análisis de contenido basado en la literatura sobre el tema, se llevó a cabo un análisis más profundo con PLS y será mostrado en la presentación del modelo en el epígrafe 7.2.

7.1.8. Componente Participación social

Como se ha mencionado previamente, se propuso la escala de participación social como una escala formativa, por lo que el análisis factorial exploratorio o la consistencia interna no reflejaría la calidad de la medición de esta escala. Por ello se realizaron los análisis pertinentes mediante el análisis de la multicolinealidad. Esta fue rechazada al hallarse correlaciones entre los ítems menores del valor recomendado ($r < 0,5$) y el factor de inflación de la varianza (Variance Inflation Factor, VIF) para los factores formativos, que estaban por debajo del valor recomendado de 3,3.

7.1.9. Estilos de afrontamiento

Para evaluar la calidad de la medida de los estilos de afrontamiento, se ha procedido al análisis de la escala propuesta. El alfa de Cronbach obtuvo un valor muy bajo (0,37). Por ello se evaluó directamente la validez de constructo factorial de la escala, mediante un Análisis Factorial Exploratorio de Componentes Principales. Tras comprobar que el análisis era pertinente (determinante = 0,04; KMO = 0,80 y una prueba de esfericidad de Bartlett de 1300,09; $p < 0,001$), se obtuvo una solución de 5 factores que explica el 63,07% de la varianza. Todas las cargas factoriales fueron superiores a 0,40 salvo el ítem, "acepto la situación como una realidad de la vida que me toca vivir", por lo que se eliminó del análisis y se procedió a realizar un nuevo análisis exploratorio.

Tabla 43. Cargas factoriales de los Estilos de afrontamiento.

	Componente			
	1	2	3	4
1. Hago todo lo posible para poder cambiar o mejorar la situación	0,81			
2. Pienso mucho en cuáles son los pasos que debo seguir para resolver mis problemas	0,67			
3. Trato de ser positivo y aprender de las situaciones difíciles	0,80			
4. Tomo la situación difícil con humor	0,64			
5. Busco apoyo emocional y afecto de alguien		0,73		
6. Busco ayuda y consejo de otras personas		0,71		
7. Admito que no puedo con la situación y dejo de enfrentarla	-0,79			
8. Me dedico a alguna tarea para distraerme y no preocuparme por lo que está pasando	-0,18	0,48	0,45	-0,50
9. Me niego a creer lo que me está pasando	-0,43	0,16	0,28	0,17
10. Trato de encontrar consuelo en una religión o creencia espiritual	-0,24	0,34	0,26	0,35
11. Tomo medicamentos (tranquilizantes) o alcohol para pasarla mejor				0,64
12. Me culpo a mí mismo de lo que me pasa	-0,35	0,22	0,23	0,22
13. Digo lo que siento y expreso mis sentimientos o mi disgusto por alguna situación		0,69		

Estos resultados llevaron a descartar casi todos los ítems relacionados con los estilos pasivos de afrontamiento, concretamente desde el ítem 7 hasta el 12, por mostrar resultados que indicarían una baja calidad de la medida. Tras ello, se recalculó el análisis factorial exploratorio obteniendo dos factores que explican el 59,90% de la varianza. Teniendo en cuenta el contenido de los ítems, el primer factor puede denominarse afrontamiento activo y el segundo, afrontamiento externo. Todos los ítems mostraron una carga factorial superior a 0,40.

Tabla 44. Cargas factoriales de los Estilos de afrontamiento activos y externos.

	Componente	
	1	2
1. Hago todo lo posible para poder cambiar o mejorar la situación	0,84	
2. Pienso mucho en cuáles son los pasos que debo seguir para resolver mis problemas	0,71	
3. Trato de ser positivo y aprender de las situaciones difíciles	0,84	
4. Tomo la situación difícil con humor	0,69	
5. Busco apoyo emocional y afecto de alguien		0,86
6. Busco ayuda y consejo de otras personas		0,84
7. Digo lo que siento y expreso mis sentimientos o mi disgusto por alguna situación		0,57

A continuación se estudió la consistencia interna de cada subescala por separado, obteniendo un alfa de Cronbach elevado para el estilo de afrontamiento activo (alfa = 0,76) mientras que el alfa en el estilo de afrontamiento externo es también elevado (alfa = 0,64). Ambos resultados son indicativos de una fiabilidad elevada en términos de consistencia interna. Además, se calcularon los descriptivos para los ítems, siendo los valores medios elevados y las desviaciones típicas mostraron una elevada variabilidad en la respuesta. Los valores de las correlaciones de los ítems con la puntuación en su subescala correspondiente fueron entre moderadas y elevadas, con valores comprendidos entre 0,46 y 0,65 en el caso de los estilos de afrontamiento activo y de 0,28 y 0,56 en relación a los estilos de afrontamiento externo. En relación a la asimetría, los ítems 1, 2 y 3 de los estilos de afrontamiento activo han mostrado una marcada asimetría estandarizada negativa, con valores absolutos superiores a 3. En relación a la curtosis, los valores de los ítems de los estilos de afrontamiento activos y externos han mostrado en su mayoría una distribución platicúrtica, salvo el ítem 1 del afrontamiento activo, que muestra una distribución leptocúrtica.

Tabla 45. Descriptivos de los ítems de los estilos de afrontamiento activos y externos.

Ítems	Afrontamiento activo					Afrontamiento externo					
	M	dt	Asimetría	Curtosis	Ihc	Ítems	M	dt	Asimetría	Curtosis	Ihc
1	3,43	0,91	-11,79	3,48	0,67	5	2,75	1,25	-2,32	-6,53	0,56
2	3,10	1,17	-6,87	-3,80	0,49	6	2,66	1,22	-0,99	-6,51	0,54
3	3,28	1,09	-9,47	-1,00	0,65	7	2,50	1,28	0,34	-6,97	0,28
4	2,29	1,27	2,78	-6,44	0,46						

7.1.10. Satisfacción vital

En relación a la satisfacción vital, la escala resultante ha demostrado tener buenas propiedades psicométricas en términos de fiabilidad (consistencia interna) y validez. El alfa de Cronbach fue un valor elevado (0,82). Las puntuaciones medias fueron elevadas para los ítems y las desviaciones típicas mostraron una elevada variabilidad en la respuesta. Los valores de las correlaciones de los ítems con el total de la escala fueron aceptables, con valores comprendidos entre 0,44 y 0,75. En relación a la distribución, todos los ítems mostraron una asimetría estandarizado negativa y los ítems 2, 3 y 4 reflejaron una distribución leptocúrtica mientras que el ítem 5 mostró una platicúrtica.

Tabla 46. Descriptivos de los ítems de la escala de satisfacción vital.

Ítems	Escala				
	M	dt	Asimetría	Curtosis	Ihc
1	5,35	1,85	-8,50	-0,46	0,73
2	5,73	1,45	-12,73	9,04	0,65
3	5,96	1,45	-14,52	11,32	0,75
4	5,92	1,44	-14,77	12,73	0,64
5	5,07	2,15	-6,31	-3,69	0,44

Posteriormente, se ejecutó un Análisis Factorial Exploratorio de Componentes Principales para comprobar la dimensionalidad de la escala. Tras comprobar que el análisis era pertinente (determinante = 0,11; KMO = 0,83 y una prueba de esfericidad de Bartlett de 894,55; $p < 0,001$), se obtuvo una solución unifactorial que explica el 63,39% de la varianza. Todas las cargas factoriales fueron superiores a 0,40.

Tabla 47. Cargas factoriales de los ítems de la escala de satisfacción vital.

	Componente
	1
1. En la mayoría de los aspectos, mi vida se acerca a mi ideal	0,86
2. Las condiciones de mi vida son excelentes	0,82
3. Estoy completamente satisfecho con mi vida	0,88
4. Hasta ahora, he conseguido las cosas importantes que quiero en mi vida	0,78
5. Si pudiera vivir mi vida de nuevo, no cambiaría nada	0,58

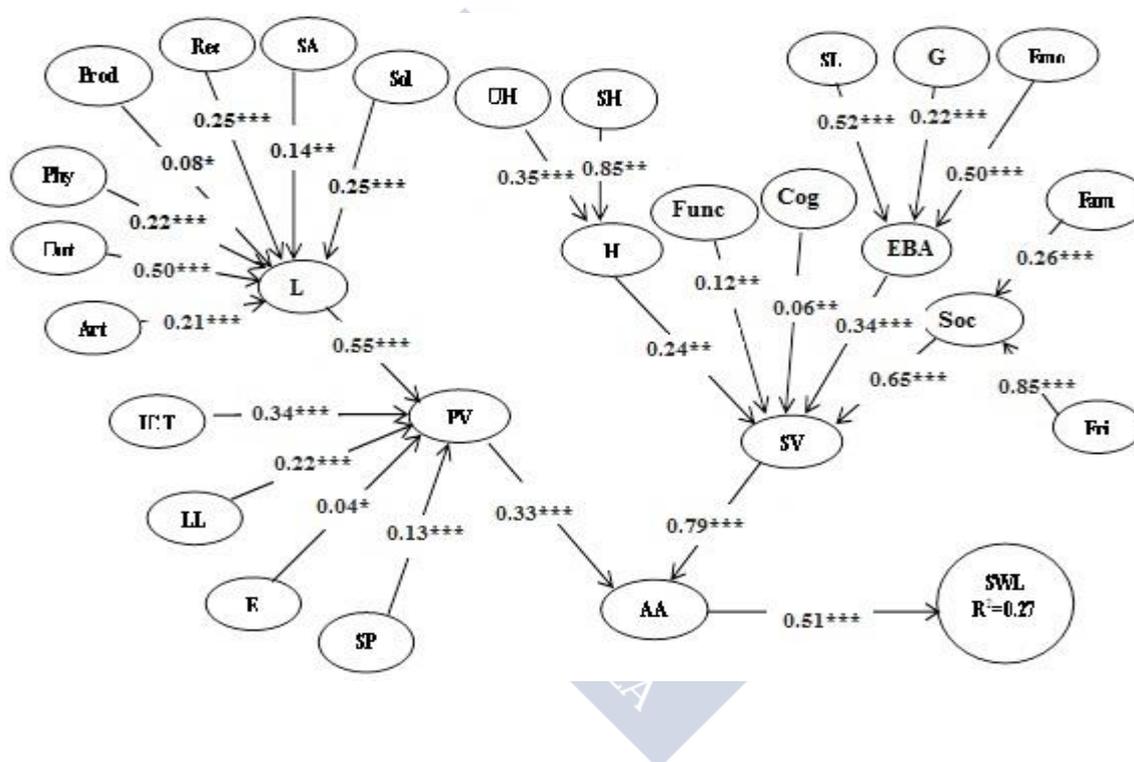
7.2. INSTRUMENTO DE MEDIDA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO: VALIDEZ

A continuación se muestran el modelo estructural y de medida realizados con un análisis PLS. En relación al modelo de medida, se propusieron dos grandes categorías de variables, denominadas variables proceso o de participación (PV) y variables estado o de salud (SV). Dentro de las primeras se han incluido el empleo (E), la participación social (SP), el

aprendizaje durante toda la vida (LL), el uso de las TIC (ICT) y el ocio (L). Previamente se había detectado que la estructura factorial de la variable de ocio no era unidimensional, por lo que guiada por la literatura científica y el análisis del contenido de los ítems, estos se reestructuraron en siete grupos de actividades de ocio: actividades artísticas (ArtAct), físicas (PhyAct), recreativas (RecreAct), sociales (SocAct), solitarias (SolAct), productivas (ProdAct) y fuera del hogar (OutAct).

Por otro lado, el grupo de variables estado o salud aglutina la funcionalidad (F), el estado cognitivo (Cog), el estado social (Soc), formado por la familia (Fam) y los amigos (Fri), la salud física (H), tanto por la salud objetiva (OH) como subjetiva (SH) y la variable afectiva (EBA), en relación a las condiciones vitales (SL), emociones (Emo) y metas (G).

Figura 8. Modelo estructural y de medida.



En relación al modelo de medida, se crearon 21 constructos de primer orden. Se realizó un primer análisis factorial tras el cual se eliminaron dos ítems por no resultar significativos para el modelo: la asistencia a la iglesia como actividad de ocio social (Fernández-Mayoralas et al., 2015) y cuidar de personas mayores del componente de participación social. Tras ello, se realizó un nuevo análisis factorial para obtener la significación y las propiedades psicométricas de los ítems mostrados en la tabla 48. Todas las cargas factoriales alcanzaron el umbral mínimo de 0,5 y mostraron una validez convergente adecuada al alcanzar un valor del estadístico t significativo.

Tabla 48. Estadísticos descriptivos de las escalas del modelo PLS de envejecimiento activo.

	Ítem	Media	Desviación estándar	Valores t para la validez convergente	Fiabilidad compuesta	Varianza media extraída
SP	SP1	0,23	0,42	3,56	-	-
	SP2	0,13	0,34	1,32		
	SP3	0,10	0,30	5,94		
	SP4	0,05	0,23	6,01		
ICT	ICT1	3,92	1,65	27,23	0,88	0,72
	ICT2	2,11	1,72	94,51		
	ICT3	2,01	1,67	89,68		
LL	LL1	2,53	0,76	17,03	0,77	0,52
	LL2	1,55	0,75	32,07		
	LL3	1,47	0,83	34,73		
ArtAct	Art1	1,27	0,64	7,92	0,70	0,52
	Art2	1,61	0,87	7,81		
PhyAct	Phy1	2,60	0,68	9,64	0,74	0,58
	Phy2	1,58	0,88	16,80		
OutAct	Out1	1,28	0,57	13,17	0,75	0,51
	Out2	1,90	0,88	28,54		
	Out3	1,63	0,92	19,93		
ProdAct	Prod1	1,84	0,93	2,00	0,70	0,54
	Prod2	2,29	0,90	14,85		
RecreAct	Recr1	2,86	0,40	3,67	0,71	0,54
	Recr2	1,69	0,90	19,00		
SocAct	SA1	1,84	0,92	3,93	0,73	0,59
	SA2	2,35	0,81	20,25		
	SA3	2,03	0,88	0,47		
SolAct	Sol1	2,34	0,86	20,67	0,75	0,60
	Sol2	1,20	0,58	14,08		
OH	OH1	0,97	0,17	27,40	0,74	0,50
	OH2	0,33	0,47	12,89		
	OH3	0,83	0,38	15,04		
SH	SH1	3,41	1,01	29,02	0,82	0,53
	SH2	3,57	0,76	15,72		
	SH3	2,51	1,06	41,33		
	SH4	2,59	0,83	12,22		
Func	Func1	4,84	0,46	39,96	0,90	0,81
	Func2	4,67	0,86	38,76		
SL	SL1	2,23	0,78	31,23	0,78	0,50
	SL2	2,72	0,57	16,93		
	SL3	2,03	0,84	16,73		
	SL4	2,17	0,81	16,16		
G	G1	1,59	0,83	10,70	0,78	0,65
	G2	1,71	0,88	40,21		
Emo	Emo1	1,83	0,87	70,11	0,84	0,64
	Emo2	2,43	0,74	44,43		
	Emo3	1,33	0,65	30,97		
Fam	Fam1	4,47	1,04	18,85	0,90	0,51
	Fam2	4,72	0,81	16,05		
	Fam3	4,72	0,81	14,89		
	Fam4	4,56	1,04	14,45		
	Fam5	4,71	0,82	12,98		
	Fam6	4,72	0,77	20,68		
	Fam7	4,72	0,82	15,57		
	Fam8	4,28	1,20	9,79		
	Fam9	4,78	0,72	13,87		
Fri	Fri1	4,47	0,86	10,81	0,84	0,64
	Fri2	4,77	0,74	20,16		
	Fri3	4,79	0,78	34,67		

Tabla 48 (cont.). Estadísticos descriptivos de las escalas del modelo PLS de envejecimiento activo.

	Ítem	Media	Desviación estándar	Valores t para la validez convergente	Fiabilidad compuesta	Varianza media extraída
SWL	SWL1	5,35	1,85	53,68	0,89	0,62
	SWL2	5,73	1,45	37,34		
	SWL3	5,96	1,45	59,70		
	SWL4	5,92	1,44	26,34		
	SWL5	5,07	2,15	10,54		
AC	AC1	3,43	0,91	42,82	0,85	0,60
	AC2	3,10	1,17	18,77		
	AC3	3,28	1,08	37,76		
	AC4	2,29	1,27	17,57		
EC	EC1	2,75	1,25	4,76	0,81	0,59
	EC2	2,66	1,22	4,81		
	EC3	2,50	1,28	4,27		

En los siguientes pasos se crearon los constructos factoriales de segundo, tercer y cuarto orden siguiendo la estrategia de pasos sucesivos. En este estudio, el constructo de envejecimiento activo se planteó como un constructo compuesto por dos grandes categorías de variables. Por un lado estarían las variables relacionadas con la participación, que capturan el significado de la actividad del envejecimiento activo y por otro, las variables estado, que más relacionadas con el concepto salud. Cada una de ellas está compuesta por cinco constructos de segundo orden.

Todas las variables latentes tenían propiedades psicométricas satisfactorias en términos de consistencia interna, al mostrar valores de fiabilidad compuesta de cada variable latente reflexiva superior a 0,70. Por su parte, la participación social como variable formativa también mostró una calidad de la medida adecuada, con pesos similares en todos los ítems en el concepto y valores t significativos.

La validez convergente y discriminante de los constructos de primer orden se analizó a través de la matriz de cargas y cargas cruzadas. Los valores de la carga de los ítems fueron superiores en las variables latentes a las que teóricamente pertenecían que en las variables restantes. Por otro lado, la diferencia entre las cargas cruzadas de los ítems con las variables latentes a las que pertenecían era al menos 0,1 mayores con respecto a las otras variables latentes (tabla 49). La validez discriminante se examinó también comparando la raíz cuadrada de la varianza media extraída con las correlaciones de otras variables. La evidencia de validez se mostraba cuando los valores de la diagonal eran mayores que los de otras correlaciones, siendo posible observarlo en la tabla 50.

Tabla 49. Cargas y cargas cruzadas de los ítems de medida.

	Art	Out	Phy	Prod	Recr	SA	Sol	ICT	LL	OH	SH	Func	SL	G	Emo	Fam	Fri	SWL	AC	EC
Art1	0,72	0,25	0,16	0,07	0,09	0,09	0,12	0,13	0,30	0,02	0,08	0,01	0,06	0,12	0,05	0,07	0,11	0,00	0,06	0,08
Art2	0,72	0,19	0,03	0,22	0,21	0,19	0,06	0,11	0,28	0,14	0,09	0,17	0,07	0,12	0,04	0,09	0,06	0,11	0,20	0,03
Out1	0,22	0,63	0,16	0,09	0,17	0,12	0,25	0,26	0,43	0,12	0,15	0,11	0,06	0,19	0,01	0,09	0,06	-0,06	0,10	0,06
Out2	0,17	0,78	0,28	0,20	0,22	0,17	0,30	0,30	0,39	0,12	0,34	0,33	0,20	0,18	0,19	0,23	0,22	0,19	0,19	0,13
Out3	0,26	0,71	0,28	0,06	0,15	0,12	0,33	0,29	0,40	-0,01	0,18	0,24	0,13	0,30	0,14	0,11	0,10	0,04	0,11	0,20
Phy1	0,03	0,25	0,71	0,10	0,00	0,12	0,20	0,10	0,15	-0,03	0,27	0,29	0,20	0,18	0,18	0,15	0,10	0,08	0,09	0,18
Phy2	0,15	0,28	0,82	0,14	0,16	0,11	0,11	0,19	0,31	0,02	0,18	0,12	0,11	0,10	0,10	0,06	0,08	0,10	0,14	0,10
Prod1	0,06	0,06	0,05	0,52	-0,06	0,17	0,02	-0,08	0,02	0,03	0,10	0,27	0,03	0,11	0,05	0,00	-0,01	0,06	0,14	0,03
Prod2	0,20	0,17	0,15	0,95	0,17	0,07	0,07	0,04	0,12	0,01	0,11	0,34	0,01	0,08	0,04	0,03	0,12	0,01	0,10	0,19
Recr1	0,00	0,10	0,02	0,12	0,50	0,08	0,15	0,04	0,08	-0,05	0,00	0,05	0,03	0,04	0,02	0,08	0,06	-0,08	-0,06	0,03
Recr2	0,24	0,24	0,11	0,10	0,92	0,08	0,13	0,30	0,38	0,07	0,19	0,21	0,16	0,16	0,15	0,13	0,17	0,13	0,17	-0,04
SA1	0,09	0,08	-0,01	0,11	0,09	0,55	-0,01	-0,07	-0,02	0,17	0,07	0,10	0,10	0,02	0,11	0,10	0,21	0,14	0,11	-0,03
SA2	0,19	0,19	0,18	0,09	0,08	0,93	-0,02	0,08	0,17	0,09	0,16	0,23	0,23	0,04	0,07	0,17	0,28	0,20	0,15	0,03
Sol1	0,06	0,34	0,21	0,12	0,18	-0,03	0,81	0,16	0,21	-0,14	0,21	0,16	0,11	0,32	0,26	0,16	0,11	-0,07	0,04	0,26
Sol2	0,15	0,29	0,08	-0,01	0,09	0,00	0,74	0,16	0,31	0,05	0,14	0,08	0,05	0,19	0,09	0,06	0,05	0,00	0,05	0,08
ICT1	0,16	0,31	0,17	0,22	0,24	0,12	0,18	0,66	0,32	0,09	0,28	0,44	0,15	0,26	0,11	0,16	0,15	0,08	0,22	0,12
ICT2	0,15	0,36	0,15	-0,07	0,24	0,00	0,16	0,93	0,46	0,11	0,19	0,22	0,17	0,20	0,05	0,15	0,11	0,09	0,18	0,04
ICT3	0,12	0,35	0,17	-0,10	0,24	0,01	0,17	0,93	0,45	0,09	0,19	0,22	0,19	0,21	0,08	0,13	0,10	0,10	0,14	0,04
LL1	0,20	0,30	0,12	-0,05	0,36	0,13	0,19	0,37	0,62	0,19	0,25	0,23	0,20	0,18	0,15	0,12	0,17	0,20	0,21	-0,02
LL2	0,30	0,51	0,21	0,15	0,19	0,14	0,34	0,32	0,79	0,06	0,19	0,19	0,11	0,27	0,12	0,15	0,14	0,04	0,16	0,08
LL3	0,37	0,41	0,32	0,14	0,26	0,04	0,18	0,37	0,75	0,05	0,12	0,16	0,05	0,28	0,00	0,09	0,08	0,06	0,12	0,06
OH1	0,08	0,08	0,00	-0,01	-0,03	0,10	-0,05	0,12	0,11	0,77	0,29	0,10	0,14	-0,07	0,03	0,05	0,15	0,31	0,25	-0,20
OH2	0,10	0,10	0,05	0,06	0,04	0,13	-0,02	0,11	0,11	0,63	0,25	0,15	0,10	0,04	0,05	-0,03	0,08	0,17	0,20	-0,06
OH3	0,05	0,05	0,03	-0,01	0,07	0,07	-0,05	0,02	0,06	0,70	0,26	0,12	0,15	0,02	0,18	0,07	0,05	0,28	0,20	-0,10
SH1	0,05	0,30	0,29	0,20	0,10	0,18	0,16	0,25	0,17	0,30	0,77	0,50	0,28	0,20	0,23	0,17	0,23	0,39	0,31	0,04
SH2	0,11	0,25	0,10	0,13	0,10	0,09	0,14	0,19	0,19	0,30	0,67	0,33	0,28	0,16	0,21	0,14	0,19	0,32	0,27	0,02
SH3	0,09	0,19	0,23	0,04	0,14	0,13	0,18	0,19	0,19	0,32	0,81	0,26	0,40	0,15	0,34	0,20	0,21	0,45	0,33	-0,05
SH4	0,09	0,22	0,22	0,00	0,15	0,06	0,19	0,11	0,19	0,16	0,65	0,13	0,29	0,20	0,27	0,16	0,10	0,25	0,16	0,05
Func1	0,09	0,28	0,27	0,29	0,13	0,20	0,15	0,28	0,20	0,18	0,39	0,90	0,14	0,18	0,13	0,12	0,13	0,29	0,24	0,04
Func2	0,12	0,30	0,19	0,42	0,23	0,22	0,13	0,31	0,28	0,13	0,38	0,90	0,10	0,16	0,08	0,13	0,27	0,24	0,33	0,08
SL1	0,05	0,09	0,14	-0,03	0,07	0,18	0,02	0,11	0,03	0,14	0,29	0,10	0,78	0,22	0,45	0,27	0,17	0,39	0,21	0,10
SL2	0,07	0,13	0,11	0,03	0,15	0,17	0,15	0,15	0,11	-0,02	0,17	0,06	0,65	0,25	0,38	0,37	0,25	0,20	0,14	0,20
SL3	0,09	0,18	0,16	0,09	0,11	0,12	0,08	0,12	0,18	0,25	0,44	0,18	0,64	0,23	0,40	0,16	0,12	0,44	0,35	0,01
SL4	0,06	0,13	0,12	-0,05	0,09	0,18	0,04	0,18	0,13	0,14	0,28	0,02	0,65	0,14	0,31	0,20	0,16	0,30	0,16	0,02
G1	0,25	0,33	0,13	0,08	0,17	-0,01	0,26	0,30	0,37	0,01	0,15	0,12	0,18	0,69	0,16	0,06	0,07	-0,03	0,13	0,16
G2	0,07	0,22	0,16	0,10	0,10	0,06	0,29	0,16	0,23	-0,02	0,23	0,18	0,30	0,91	0,41	0,15	0,12	0,10	0,07	0,22
Emo1	0,04	0,15	0,19	0,06	0,13	0,09	0,27	0,05	0,09	0,03	0,29	0,07	0,51	0,37	0,86	0,19	0,16	0,25	0,11	0,18
Emo2	0,06	0,12	0,08	0,05	0,14	0,16	0,08	0,08	0,11	0,23	0,33	0,19	0,49	0,23	0,78	0,30	0,22	0,46	0,29	0,09
Emo3	0,05	0,13	0,14	-0,01	0,06	-0,02	0,20	0,09	0,09	0,02	0,24	0,01	0,35	0,32	0,74	0,07	0,06	0,21	0,07	0,19

Tabla 49 (cont.). Cargas y cargas cruzadas de los ítems de medida.

	Art	Out	Phy	Prod	Recr	SA	Sol	ICT	LL	OH	SH	Func	SL	G	Emo	Fam	Fri	SWL	AC	EC
Fam1	0,08	0,13	0,09	0,12	0,13	0,23	0,00	0,12	0,14	0,06	0,16	0,24	0,26	0,02	0,10	0,68	0,46	0,31	0,15	-0,01
Fam2	0,03	0,17	0,14	-0,03	0,11	0,17	0,08	0,16	0,14	0,10	0,17	0,11	0,23	0,07	0,17	0,76	0,37	0,28	0,14	0,05
Fam3	0,07	0,15	0,12	-0,05	0,08	0,12	0,13	0,13	0,15	0,09	0,25	0,11	0,31	0,10	0,19	0,74	0,30	0,28	0,12	0,10
Fam4	0,15	0,23	0,10	0,14	0,14	0,19	0,20	0,18	0,13	-0,02	0,15	0,24	0,29	0,17	0,24	0,67	0,47	0,20	0,11	0,23
Fam5	0,08	0,19	0,10	-0,10	0,08	0,15	0,17	0,16	0,14	0,08	0,28	0,04	0,32	0,14	0,27	0,70	0,37	0,33	0,08	0,09
Fam6	0,07	0,10	0,09	-0,02	0,13	0,15	0,08	0,10	0,11	0,02	0,12	0,02	0,26	0,07	0,16	0,80	0,38	0,28	0,12	0,10
Fam7	0,09	0,12	0,07	0,02	0,11	0,06	0,13	0,10	0,10	0,00	0,17	0,05	0,26	0,11	0,15	0,77	0,32	0,18	0,06	0,10
Fam8	0,07	0,13	0,05	0,02	0,05	0,01	0,12	0,04	0,09	0,00	0,11	0,03	0,19	0,15	0,18	0,56	0,26	0,16	-0,02	0,07
Fam9	0,09	0,09	0,07	0,09	0,11	0,08	0,05	0,10	0,09	-0,06	0,09	0,05	0,23	0,11	0,10	0,75	0,28	0,14	0,10	0,13
Fri1	0,08	0,09	0,08	0,07	0,09	0,35	-0,02	0,03	0,05	0,11	0,16	0,16	0,20	0,05	0,17	0,37	0,69	0,24	0,17	0,11
Fri2	0,06	0,16	0,06	0,05	0,16	0,21	0,12	0,17	0,18	0,13	0,19	0,15	0,18	0,11	0,11	0,38	0,82	0,21	0,12	0,01
Fri3	0,14	0,19	0,14	0,14	0,16	0,22	0,14	0,13	0,18	0,10	0,25	0,22	0,23	0,12	0,17	0,44	0,88	0,23	0,20	0,04
SWL1	0,05	0,06	0,05	0,01	0,08	0,24	-0,11	0,09	0,09	0,31	0,40	0,27	0,43	0,03	0,32	0,26	0,26	0,85	0,30	-0,09
SWL2	0,11	0,13	0,12	0,01	0,06	0,24	-0,04	0,07	0,14	0,38	0,48	0,27	0,39	0,04	0,29	0,30	0,24	0,83	0,28	-0,07
SWL3	0,04	0,07	0,09	0,03	0,06	0,20	-0,05	0,07	0,12	0,32	0,44	0,21	0,48	0,08	0,38	0,29	0,22	0,89	0,33	-0,03
SWL4	0,04	0,03	0,15	0,04	0,06	0,13	0,02	0,14	0,13	0,23	0,40	0,26	0,35	0,04	0,30	0,28	0,23	0,78	0,23	0,02
SWL5	0,04	0,04	0,03	0,06	0,07	0,02	-0,04	0,03	0,01	0,11	0,19	0,09	0,24	0,07	0,21	0,20	0,14	0,55	0,17	0,00
AC1	0,08	0,16	0,13	0,16	0,13	0,13	0,07	0,18	0,16	0,22	0,32	0,31	0,25	0,11	0,19	0,14	0,21	0,29	0,86	0,05
AC2	0,12	0,17	0,17	0,12	0,10	0,15	0,03	0,16	0,23	0,20	0,28	0,23	0,16	0,03	0,02	0,10	0,12	0,22	0,71	0,08
AC3	0,17	0,17	0,11	0,05	0,10	0,09	0,13	0,21	0,19	0,26	0,34	0,23	0,30	0,13	0,22	0,12	0,16	0,24	0,85	0,09
AC4	0,19	0,07	0,08	0,09	0,06	0,18	-0,10	0,07	0,10	0,30	0,19	0,20	0,25	0,04	0,16	0,05	0,14	0,31	0,65	-0,06
EC1	0,10	0,16	0,16	0,14	-0,04	0,07	0,05	0,05	0,06	-0,10	0,00	0,03	0,08	0,13	0,14	0,13	0,06	0,03	0,06	0,82
EC2	0,07	0,11	0,08	0,06	0,00	0,00	0,03	0,06	0,03	-0,07	-0,01	0,02	0,09	0,14	0,08	0,12	0,06	0,00	0,11	0,78
EC3	-0,01	0,16	0,15	0,20	-0,01	-0,04	0,41	0,06	0,04	-0,22	0,05	0,11	0,11	0,28	0,20	0,06	0,03	-0,13	-0,02	0,68

Tabla 50. Correlaciones inter-constructo y raíz cuadrada de la varianza media extraída de los constructos de primer orden.

	Art	Out	Phy	Prod	Recr	SA	Sol	ICT	LL	OH	SH	Func	SL	G	Emo	Fam	Fri	SWL	AC	EC
Art	0,72																			
Out	0,30	0,71																		
Phy	0,13	0,34	0,76																	
Prod	0,20	0,17	0,16	0,73																
Recr	0,21	0,26	0,11	0,14	0,73															
SA	0,20	0,20	0,15	0,12	0,10	0,77														
Sol	0,13	0,41	0,20	0,07	0,18	-0,02	0,77													
ICT	0,17	0,40	0,19	0,01	0,28	0,04	0,20	0,85												
LL	0,40	0,57	0,31	0,12	0,36	0,14	0,33	0,49	0,72											
OH	0,11	0,10	0,04	0,02	0,04	0,14	-0,06	0,12	0,13	0,71										
SH	0,12	0,33	0,29	0,13	0,17	0,16	0,23	0,25	0,25	0,38	0,73									
Func	0,12	0,32	0,26	0,39	0,20	0,23	0,16	0,33	0,27	0,17	0,43	0,90								
SL	0,10	0,19	0,19	0,02	0,15	0,24	0,10	0,20	0,16	0,19	0,43	0,13	0,71							
G	0,16	0,31	0,18	0,11	0,15	0,04	0,34	0,26	0,34	-0,01	0,24	0,19	0,31	0,81						
Emo	0,06	0,17	0,18	0,05	0,14	0,10	0,24	0,09	0,12	0,12	0,36	0,12	0,57	0,38	0,80					
Fam	0,11	0,20	0,13	0,03	0,15	0,18	0,15	0,17	0,17	0,04	0,23	0,14	0,37	0,14	0,24	0,72				
Fri	0,12	0,19	0,12	0,11	0,17	0,32	0,10	0,14	0,17	0,14	0,26	0,22	0,26	0,12	0,19	0,50	0,80			
SWL	0,07	0,09	0,12	0,03	0,09	0,22	-0,05	0,10	0,13	0,36	0,50	0,29	0,49	0,06	0,39	0,34	0,28	0,79		
AC	0,18	0,19	0,16	0,14	0,13	0,17	0,06	0,21	0,22	0,31	0,37	0,32	0,31	0,11	0,20	0,14	0,21	0,34	0,77	
EC	0,07	0,19	0,18	0,18	-0,02	0,01	0,23	0,08	0,06	-0,18	0,02	0,07	0,12	0,24	0,19	0,14	0,07	-0,05	0,06	0,76

Tras comprobar las propiedades psicométricas y la calidad del modelo, se puede decir que las dos grandes categorías de variables propuestas eran constructos significativos de tercer orden, que mostraron pesos elevados en el constructo de cuarto orden. Las variables estado, referidas a los elementos más relacionados con el concepto global de salud, mostraron un mayor peso ($\beta = 0,79$) que las variables de participación ($\beta = 0,33$). Todas las variables incluidas en el modelo probaron ser significativas. Sin embargo, algunas variables, como las actividades de ocio productivas o más relacionadas con tareas dentro del hogar, como cocinar o arreglar la huerta o el jardín, el empleo o el estado cognitivo mostraron pesos bajos en sus respectivos constructos de orden superior. Sin embargo, dado que todos ellos eran significativos, fueron mantenidos en el modelo. En relación a las variables procesuales o de participación, el ocio, el uso de las TIC y el aprendizaje continuo mostraron un peso superior comparados con el empleo o la participación social. Por otro lado, el apoyo y las relaciones sociales, el afecto y la salud física alcanzaron una mayor importancia en el grupo de variables estado, en comparación con el estado cognitivo o la funcionalidad.

7.3. RESULTADOS DESCRIPTIVOS

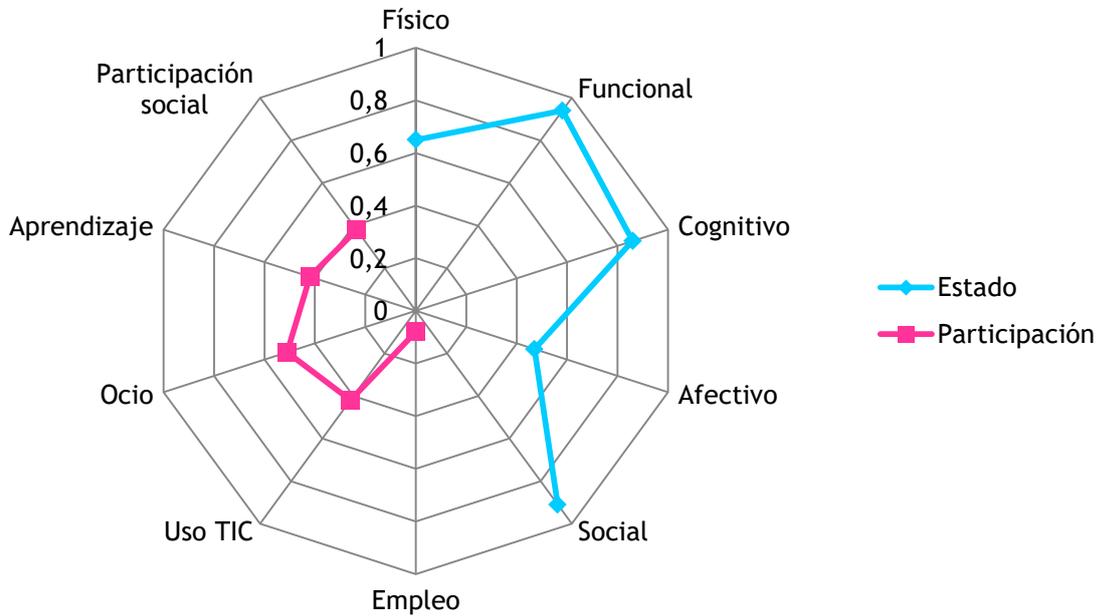
Tras la construcción del índice se calcularon los resultados a nivel descriptivo del envejecimiento activo en Galicia. El nivel de envejecimiento activo global mostró un nivel moderado ($\bar{X} = 0,66$) aunque la contribución de las dos dimensiones varía considerablemente. Por un lado se observó una tendencia a mostrar resultados más elevados en la dimensión de salud o estado global ($\bar{X} = 0,77$) que en la participación global ($\bar{X} = 0,45$). Por su parte, el nivel de funcionalidad y el estado social son las dimensiones que alcanzaron valores más elevados ($\bar{X} = 0,94$) y ($\bar{X} = 0,91$) respectivamente, mientras que las metas y las emociones positivas mostraron los valores más bajos ($\bar{X} = 0,33$) y ($\bar{X} = 0,43$) respectivamente. Dentro de la participación global, el nivel más elevado se encontró en el ocio ($\bar{X} = 0,51$) seguido del uso de las TIC y la formación continua ($\bar{X} = 0,42$). No obstante, el empleo mostró el nivel más bajo de participación ($\bar{X} = 0,08$).

Tabla 51. Resultados descriptivos del envejecimiento activo y sus dimensiones

Índice de dimensión	Media	Desv. típica	Mínimo	Máximo
Índice de salud física	0,65	0,20	0,03	0,97
Índice salud física objetiva	0,60	0,32	0	1
Índice salud física subjetiva	0,70	0,16	0,06	0,94
Índice de funcionalidad	0,94	0,15	0	1
Índice cognitivo	0,86	0,35	0	1
Índice afectivo	0,47	0,23	0	1
Índice afectivo: metas	0,33	0,35	0	1
Índice afectivo: emociones	0,43	0,30	0	1
Índice afectivo: situación vital	0,65	0,26	0	1
Índice social	0,91	0,14	0	1
Índice familia	0,91	0,16	0	1
Índice amigos	0,92	0,16	0	1
Índice salud global	0,77	0,13	0,27	0,99
Índice empleo	0,08	0,28	0	1
Índice participación social	0,38	0,49	0	1
Índice uso TIC	0,42	0,35	0	1
Índice aprendizaje	0,42	0,28	0	1
Índice ocio	0,51	0,17	0,07	0,93
Índice participación global	0,45	0,25	0,02	1,00
Índice envejecimiento activo IPEA	0,66	0,15	0,18	1,00

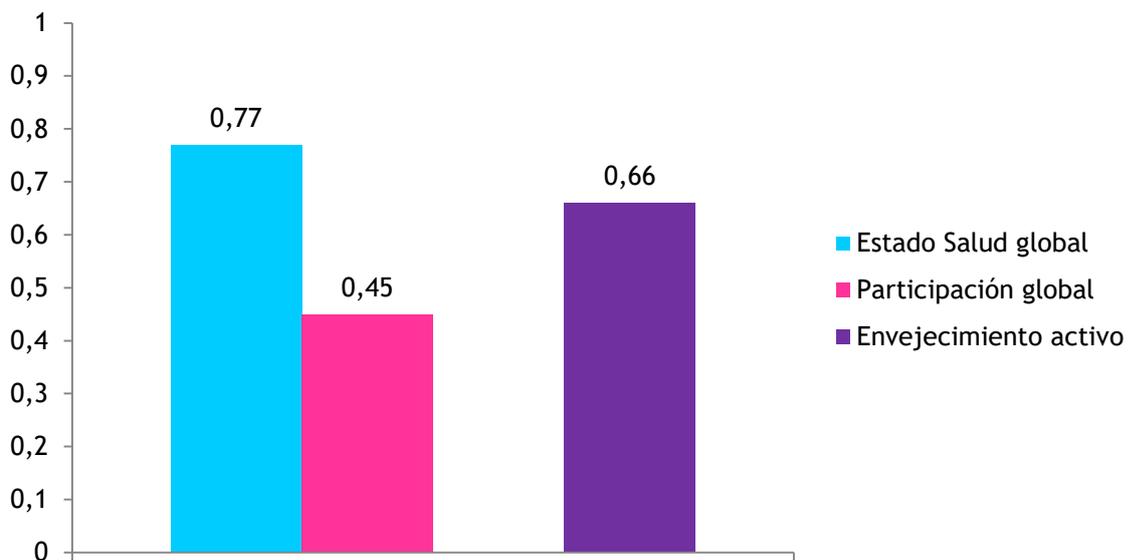
A continuación se muestra el resultado medio obtenido en cada dimensión, diferenciando las dimensiones estado de las relacionadas con la participación. Como se puede observar, en Galicia la participación media fue baja, mientras que el estado de salud general fue elevado.

Figura 9. Representación de los resultados descriptivos de los componentes del envejecimiento activo.



A nivel de dimensiones globales, se comprobó la diferencia entre la participación y la salud. Ambos resultados deberían ser mejorados, aunque la dimensión de participación requeriría un mayor énfasis, en base a las diferencias entre el máximo posible y los resultados obtenidos, siendo tales diferencias de 0,23 y de 0,55 en el caso del estado de salud global y la participación global respectivamente.

Figura 10. Representación de los resultados descriptivos del envejecimiento activo y sus dimensiones globales.



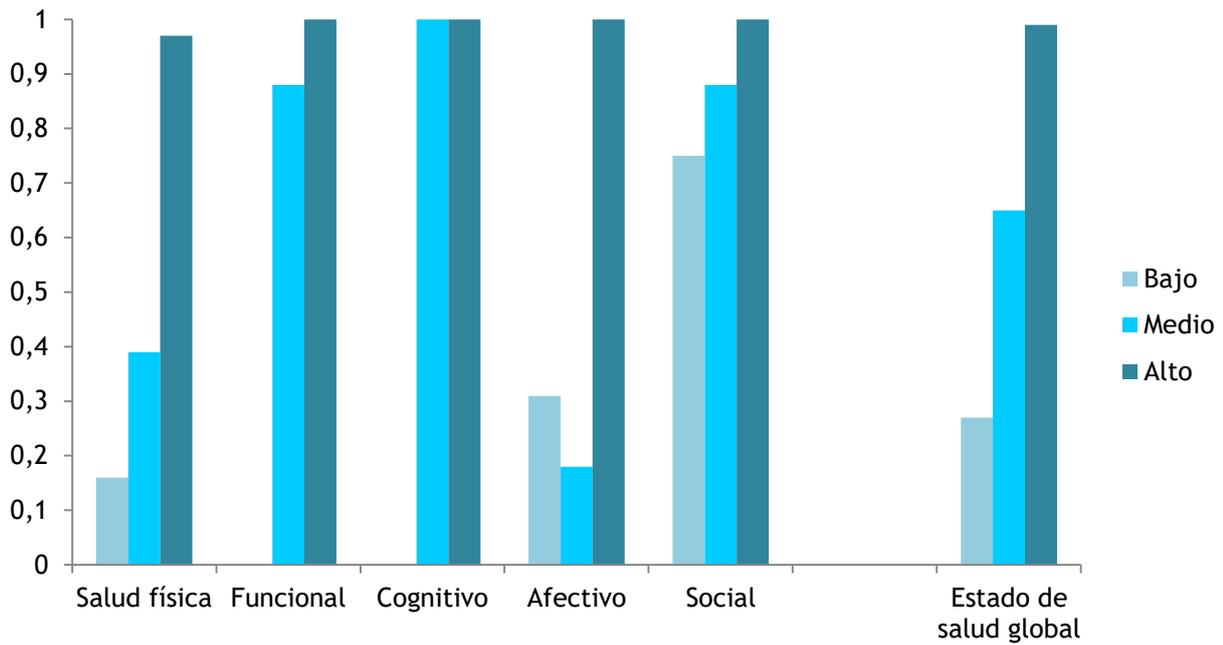
Con este índice es posible obtener información individual en relación a las dimensiones que componen el índice así como conocer el grado de envejecimiento activo que está llevando la persona. A modo de ejemplo se seleccionaron tres perfiles, el de la persona con el nivel de envejecimiento activo más bajo, el más alto y aquel cuya puntuación final coincide con la media. De esta manera se puede observar la distribución de las puntuaciones en las dimensiones.

Tabla 52. Resultados descriptivos de tres perfiles de envejecimiento activo.

Índice de dimensión	Bajo	Medio	Alto
Índice de salud física	0,16	0,39	0,97
Índice salud física objetiva	0	0,33	1
Índice salud física subjetiva	0,31	0,44	0,94
Índice de funcionalidad	0	0,88	1
Índice cognitivo	0	1	1
Índice afectivo	0,31	0,18	1
Índice afectivo: metas	0	0	1
Índice afectivo: emociones	0,17	0,17	1
Índice afectivo: situación vital	0,75	0,38	1
Índice social	0,75	0,88	1
Índice familia	1	0,75	1
Índice amigos	0,5	1	1
Índice salud global	0,27	0,65	0,99
Índice empleo	0	0	1
Índice participación social	0	1	1
Índice uso TIC	0	0,58	0,83
Índice aprendizaje	0	0,50	1
Índice ocio	0,07	0,57	0,57
Índice participación global	0,02	0,66	1
Índice envejecimiento activo IPEA	0,18	0,66	1
Género	Mujer	Mujer	Hombre
Edad	85	64	73
Entorno	Semirrural	Urbano	Urbano
Estado civil	Soltero	Casada	Casado
Nivel educativo	Secundarios	Primarios	Superior
Nivel de ingresos	Medios	Medios	Alto
Satisfacción vital	7	28	35
Caso n°	58	186	11

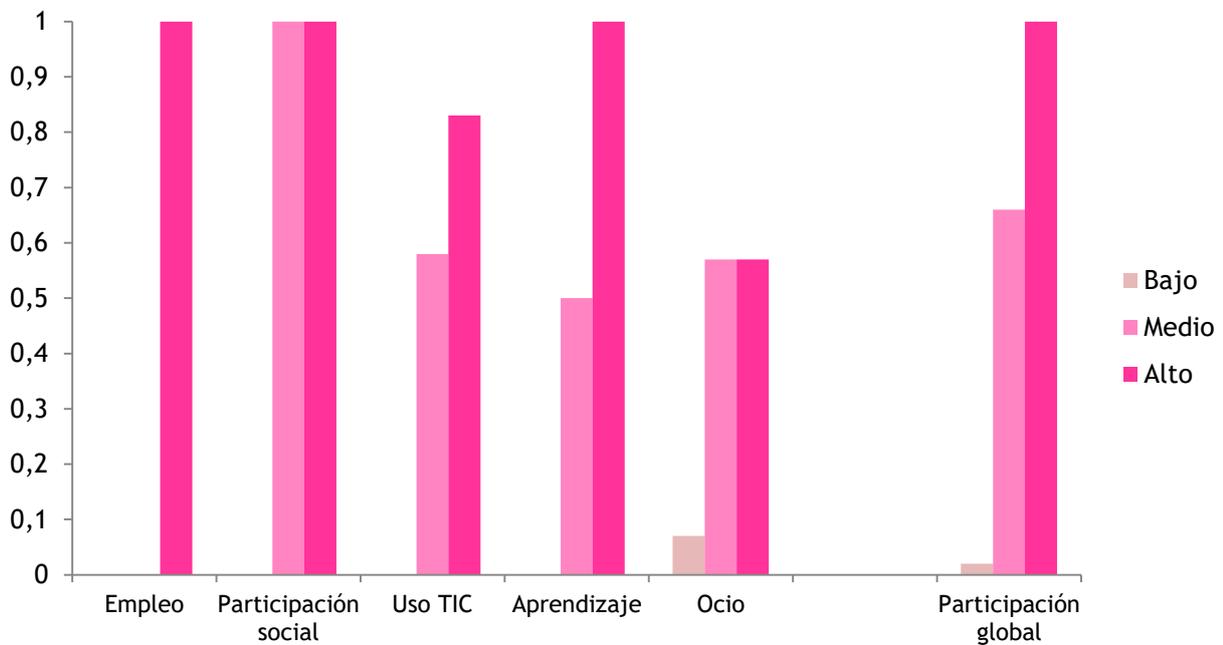
En base a estos resultados, se podría afirmar que existe una gran variabilidad en el perfil de cada persona. En el primer caso, la persona con la puntuación más elevada correspondía a un hombre de 73 años, casado, que vivía en un entorno urbano, con un nivel educativo superior y un nivel de ingresos alto. Mostró una elevada participación en un rango muy diferente de actividades y su estado de salud era muy bueno. Además, su nivel de satisfacción vital correspondía con el valor máximo. Por otro lado, la persona con el valor más bajo sería una mujer de 85 años, que vivía en un entorno semirrural, con un nivel de estudios secundarios y un nivel de ingresos medios. Esta persona tendría un nivel de salud global bajo, aunque sus valores en el ámbito social fueron bastante buenos. Además, esta persona tiene un nivel de satisfacción vital muy bajo (7 en una escala de 5 a 35). Por último, la persona que tiene un nivel de envejecimiento activo que está en la media fue una mujer de 64 años casada, que vivía en un entorno urbano, terminó los estudios primarios y su nivel de ingresos es medio. En términos de envejecimiento activo, tenía unos niveles de salud global y de participación aceptables. Por otro lado, su nivel de satisfacción con la vida era moderado.

Figura 11. Representación de los resultados descriptivos de los tres perfiles en relación al estado de salud.



En la gráfica anterior se puede observar la diferencia en relación al estado de salud entre los tres perfiles. Las mayores diferencias se produjeron en la salud física y el afecto, mientras que el estado social mostró resultados similares entre los tres perfiles.

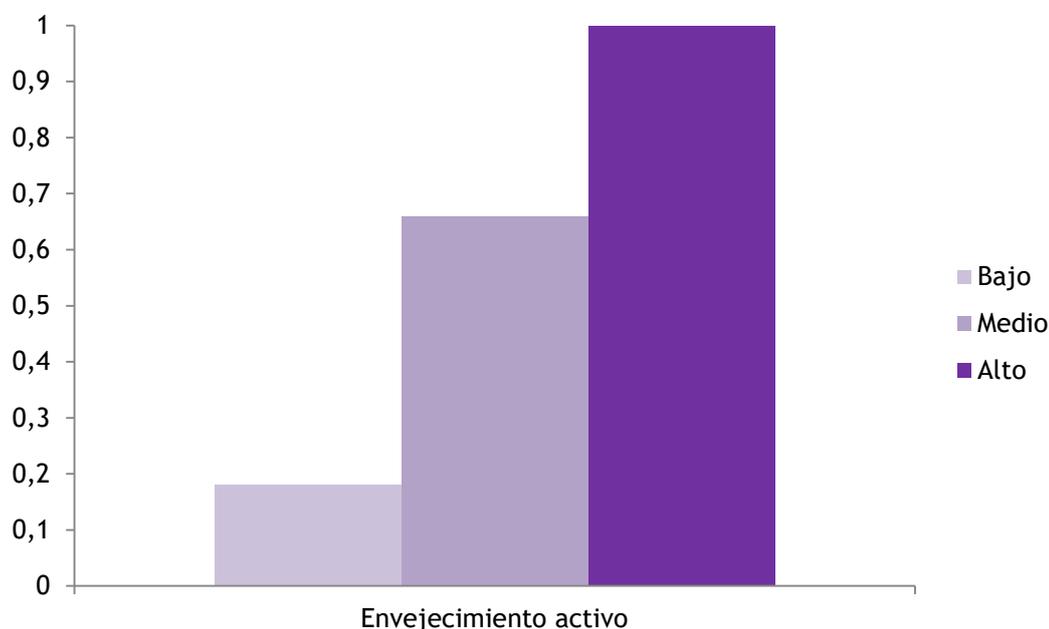
Figura 12. Representación de los resultados descriptivos de los tres perfiles en relación a la participación.



En términos de participación las diferencias fueron más acusadas. Mientras que el ocio mostró resultados más similares entre sí, el empleo, el uso de las TIC o la formación dieron

cuenta de grandes diferencias entre los tres perfiles. Finalmente, los tres casos mostraron también grandes diferencias en relación al envejecimiento activo en términos globales.

Figura 13. Representación de los resultados descriptivos de los tres perfiles en relación al envejecimiento activo.



No obstante, teniendo en cuenta las diferencias producidas entre estos tres perfiles, es posible que existan diferencias en función de variables sociodemográficas, que se explorarán a continuación.

7.4. RESULTADOS BIVARIADOS

7.4.1. Envejecimiento activo en función del género

En función del género, se observaron diferencias significativas en la dimensión de salud global ($U = -3,25$; $p = 0,001$), siendo mayor el valor obtenido en los hombres que en las mujeres. Concretamente, se hallaron diferencias tanto en la salud física objetiva ($U = -3,07$; $p = 0,002$), como subjetiva ($U = -1,98$; $p = 0,05$), en la funcionalidad ($U = -1,51$; $p = 0,01$), el estado cognitivo ($U = -2,54$; $p = 0,01$) y en las emociones positivas ($U = -2,14$; $p = 0,03$) y en las metas ($U = -2,14$; $p = 0,03$) siendo en todos los casos las puntuaciones más elevadas en los hombres que en las mujeres. Por otro lado, en relación a la participación global no se encontraron diferencias significativas, aunque sí se produjeron en dimensiones concretas como el empleo ($U = -2,96$; $p = 0,003$), el uso de las TIC ($t = -2,31$; $p = 0,02$) y el ocio ($t = -3,00$; $p = 0,003$), siendo las puntuaciones de los hombres superiores en relación al empleo y el uso de las TIC, mientras que en relación al ocio y tiempo libre, las puntuaciones fueron más elevadas en el grupo de las mujeres.

Tabla 53. Resultados comparativos en función del género.

Índice de dimensión	Hombres	Mujeres	U (sig)/t (sig)
Índice de salud física	0,69 (0,18)	0,61 (0,21)	-3,25 (0,001)**
Índice salud física objetiva	0,65 (0,30)	0,55 (0,32)	-3,07 (0,002)**
Índice salud física subjetiva	0,72 (0,14)	0,68 (0,18)	-1,98 (0,05)*
Índice de funcionalidad	0,96 (0,10)	0,92 (0,18)	-1,51 (0,13)
Índice cognitivo	0,91 (0,29)	0,82 (0,38)	-2,54 (0,01)*
Índice afectivo	0,48 (0,23)	0,46 (0,23)	1,16 (0,25)
Índice afectivo: metas	0,32 (0,35)	0,33 (0,34)	-2,14 (0,03)*
Índice afectivo: emociones	0,47 (0,29)	0,40 (0,31)	-2,14 (0,03)*
Índice afectivo: situación vital	0,66 (0,26)	0,63 (0,26)	-1,32(0,19)
Índice social	0,92 (0,13)	0,91 (0,14)	-1,85 (0,06)
Índice familia	0,92 (0,15)	0,90 (0,17)	-1,66 (0,10)
Índice amigos	0,93 (0,15)	0,91 (0,17)	-0,78 (0,43)
Índice salud global	0,79 (0,11)	0,74 (0,15)	-3,00 (0,003)**
Índice empleo	0,13 (0,34)	0,05 (0,21)	-2,96 (0,003)**
Índice participación social	0,35 (0,48)	0,40 (0,49)	-1,08 (0,28)
Índice uso TIC	0,47 (0,38)	0,38 (0,33)	-2,31 (0,02)*
Índice aprendizaje	0,42 (0,25)	0,43 (0,30)	-0,122 (0,90)
Índice ocio	0,49 (0,16)	0,53 (0,17)	-3,00 (0,003)**
Índice participación global	0,46 (0,26)	0,45 (0,25)	-0,49 (0,62)
Índice envejecimiento activo IPEA	0,68 (0,14)	0,65 (0,16)	2,41 (0,02)*

Por último tales diferencias se manifestaron en la puntuación global del envejecimiento activo ($t = 2,41$; $p = 0,02$), siendo superior la puntuación en el caso de los hombres que de las mujeres.

7.4.2. Envejecimiento activo en función de la edad

En función de la edad también se hallaron diferencias significativas en la mayoría de las dimensiones. En relación a la salud global ($U = -6,62$; $p < 0,001$), se han hallado diferencias significativas en relación la salud física ($U = -4,78$; $p < 0,001$), la salud física objetiva ($U = -4,30$; $p < 0,001$) y subjetiva ($U = -3,32$; $p = 0,001$), siendo mayores las puntuaciones en el grupo de menor edad. Por otro lado, el estado funcional también ha mostrado un patrón de resultados similar ($U = -7,03$; $p < 0,001$). También se han hallado diferencias en el estado cognitivo ($U = -5,65$; $p < 0,001$), siendo las puntuaciones muy diferentes entre sí. En la dimensión de afecto, se han encontrado diferencias significativas en la dimensión de metas ($U = -2,15$; $p = 0,03$), hallándose valores más elevados en el grupo de mayores-jóvenes, patrón de puntuaciones que se repite en el estado afectivo en global ($t = 2,00$; $p = 0,05$). En relación al estado social, no se han hallado diferencias.

Tabla 54. Resultados comparativos en función de la edad.

Índice de dimensión	60-74	75 y más	U (sig)/t (sig)
Índice de salud física	0,69 (0,19)	0,59 (0,21)	-4,78 (<0,001)***
Índice salud física objetiva	0,66 (0,30)	0,52 (0,32)	-4,30 (<0,001)***
Índice salud física subjetiva	0,72 (0,13)	0,66 (0,19)	-3,32 (0,001)**
Índice de funcionalidad	0,98 (0,07)	0,88 (0,20)	-7,03 (<0,001)***
Índice cognitivo	0,94 (0,23)	0,75 (0,44)	-5,65 (<0,001)***
Índice afectivo: metas	0,36 (0,35)	0,28 (0,33)	-2,15 (0,03)*
Índice afectivo: emociones	0,44 (0,30)	0,42 (0,31)	-0,94 (0,35)
Índice afectivo: situación vital	0,66 (0,25)	0,62 (0,26)	-1,60 (0,11)
Índice afectivo	0,49 (0,23)	0,44 (0,24)	2,00 (0,05)*
Índice familia	0,93 (0,14)	0,89 (0,18)	-2,09 (0,04)*
Índice amigos	0,93 (0,14)	0,91 (0,18)	-0,68 (0,49)
Índice social	0,93 (0,13)	0,90 (0,15)	-1,90 (0,06)
Índice salud global	0,81 (0,10)	0,71 (0,15)	-6,62 (<0,001)***
Índice empleo	0,14 (0,35)	0,01 (0,11)	-4,54 (<0,001)***
Índice participación social	0,45 (0,50)	0,27 (0,45)	-3,75 (<0,001)***
Índice uso TIC	0,53 (0,35)	0,28 (0,31)	-7,50 (<0,001)***
Índice aprendizaje	0,48 (0,27)	0,35 (0,27)	-5,18 (<0,001)***
Índice ocio	0,56 (0,15)	0,46 (0,17)	-5,61 (<0,001)***
Índice participación global	0,54 (0,23)	0,34 (0,23)	-8,04 (<0,001)***
Índice envejecimiento activo IPEA	0,72 (0,12)	0,59 (0,16)	8,82 (<0,001)***

Por otro lado, en relación a la participación se encontraron diferencias significativas en la dimensión en global ($U = -8,04$; $p < 0,001$) así como en todas las subdimensiones que la componen, con unos mayores niveles de participación en el grupo de menor edad. Por último tales diferencias se manifestaron en la puntuación global del envejecimiento activo ($t = 8,82$; $p < 0,001$), siendo superior la puntuación en el grupo de mayores-jóvenes.

7.4.3. Envejecimiento activo en función del entorno

El entorno constituye otra variable que muestra diferencias significativas, no obstante tales diferencias se producen en mayor medida en la dimensión global de participación ($H = 41,96$; $p < 0,001$), que en la dimensión global de salud ($H = 5,97$; $p = 0,05$). En relación a la primera, se produjeron diferencias significativas en todas las formas de participación salvo en el empleo. Concretamente, las mayores puntuaciones se encontraron en el entorno urbano, seguido del entorno semirural/semiurbano en todos los casos salvo en el ocio, en el que el entorno semirural/semiurbano alcanzó valores superiores. En el ámbito de la salud, se han hallado diferencias en función del entorno en la salud física subjetiva ($H = 9,04$; $p = 0,01$), con menores puntuaciones en el entorno rural y las mayores en el urbano. Por otro lado, se han hallado diferencias significativas en el estado cognitivo ($H = 9,60$; $p = 0,008$) con menores puntuaciones en el ámbito rural. En relación al estado afectivo, las metas también mostraron diferencias estadísticamente significativas ($H = 13,51$; $p = 0,001$), siendo las puntuaciones mayores en el entorno urbano.

Tabla 55. Resultados comparativos en función del entorno.

Índice de dimensión	Rural	Semirrural/Semiurbano	Urbano	H (sig.)/F (sig.)
Índice de salud física	0,63 (0,21)	0,67 (0,19)	0,65 (0,20)	2,78 (0,25)
Índice salud física objetiva	0,59 (0,32)	0,65 (0,29)	0,57 (0,32)	3,82 (0,15)
Índice salud física subjetiva	0,67 (0,17)	0,69 (0,17)	0,73 (0,15)	9,04 (0,01)*
Índice de funcionalidad	0,94 (0,15)	0,93 (0,16)	0,94 (0,15)	0,46 (0,79)
Índice cognitivo	0,80 (0,40)	0,90 (0,30)	0,91 (0,29)	9,60 (0,008)**
Índice afectivo	0,45 (0,22)	0,43 (0,24)	0,50 (0,24)	3,10 (0,05)*
Índice afectivo: metas	0,27 (0,32)	0,28 (0,34)	0,41 (0,37)	13,51 (0,001)**
Índice afectivo: emociones	0,44 (0,29)	0,42 (0,30)	0,43 (0,31)	0,47 (0,79)
Índice afectivo: situación vital	0,65 (0,26)	0,59 (0,27)	0,67 (0,24)	4,57 (0,10)
Índice social	0,90 (0,17)	0,93 (0,11)	0,92 (0,11)	1,92 (0,38)
Índice familia	0,89 (0,19)	0,93 (0,13)	0,92 (0,13)	0,10 (0,95)
Índice amigos	0,91 (0,18)	0,93 (0,14)	0,93 (0,13)	0,56 (0,75)
Índice salud global	0,74 (0,14)	0,78 (0,13)	0,78 (0,12)	5,97 (0,05)*
Índice empleo	0,10 (0,30)	0,06 (0,24)	0,08 (0,27)	1,16 (0,56)
Índice participación social	0,26 (0,44)	0,43 (0,50)	0,49 (0,50)	19,23 (<0,001)***
Índice uso TIC	0,32 (0,30)	0,31 (0,30)	0,60 (0,37)	50,44 (<0,001)***
Índice aprendizaje	0,34 (0,25)	0,40 (0,28)	0,54 (0,27)	44,50 (<0,001)***
Índice ocio	0,49 (0,17)	0,55 (0,17)	0,52 (0,16)	7,62 (0,02)*
Índice participación global	0,37 (0,22)	0,43 (0,25)	0,56 (0,25)	41,96 (<0,001)***
Índice envejecimiento activo IPEA	0,62 (0,15)	0,66 (0,15)	0,71 (0,14)	29,86 (<0,001)***

Por último tales diferencias se manifestaron en la puntuación global del envejecimiento activo ($F = 29,86$; $p < 0,001$), obteniéndose las mayores puntuaciones en el entorno urbano, seguido del entorno semirrural/semiurbano y del rural. En este caso, las mayores diferencias se produjeron entre el entorno rural con el entorno urbano.

7.4.4. Envejecimiento activo en función del estado civil

También se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en función del estado civil. En primer lugar, en relación al estado de salud global se han hallado diferencias ($H = 22,54$; $p < 0,001$), tanto en relación a la salud física ($H = 7,88$; $p = 0,05$), a la funcionalidad ($H = 16,37$; $p = 0,001$) como al estado cognitivo ($H = 34,11$; $p < 0,001$). En todos los casos las puntuaciones más altas correspondían a las personas casadas y divorciadas, aunque las siguientes posiciones variaban en función del caso. Por el contrario, el grupo de personas viudas mostraron menores puntuaciones.

Tabla 56. Resultados comparativos en función del estado civil.

Índice de dimensión	Soltero	Casada	Separado/Divorciado	Viuda	H (sig.)/F (sig.)
Índice de salud física	0,63 (0,21)	0,66 (0,20)	0,73 (0,14)	0,61 (0,21)	7,88 (0,05)*
Índice salud física objetiva	0,59 (0,31)	0,62 (0,32)	0,74 (0,19)	0,54 (0,33)	7,00 (0,07)
Índice salud física subjetiva	0,67 (0,18)	0,71 (0,15)	0,71 (0,11)	0,67 (0,19)	2,44 (0,49)
Índice de funcionalidad	0,85 (0,29)	0,97 (0,09)	0,98 (0,05)	0,91 (0,17)	16,37 (0,001)**
Índice cognitivo	0,81 (0,40)	0,93 (0,25)	1,00 (0,00)	0,72 (0,45)	34,11 (<0,001)***
Índice afectivo	0,52 (0,25)	0,47 (0,24)	0,47 (0,20)	0,45 (0,23)	0,94 (0,42)
Índice afectivo: metas	0,39 (0,38)	0,32 (0,35)	0,34 (0,40)	0,31 (0,33)	1,25 (0,74)
Índice afectivo: emociones	0,48 (0,32)	0,43 (0,31)	0,38 (0,27)	0,43 (0,29)	1,46 (0,69)
Índice afectivo: situación vital	0,70 (0,24)	0,65 (0,26)	0,68 (0,27)	0,61 (0,25)	4,45 (0,22)
Índice social	0,87 (0,21)	0,92 (0,13)	0,92 (0,08)	0,92 (0,12)	1,14 (0,77)
Índice familia	0,86 (0,25)	0,92 (0,15)	0,91 (0,10)	0,91 (0,15)	0,72 (0,87)
Índice amigos	0,89 (0,22)	0,92 (0,16)	0,93 (0,10)	0,93 (0,14)	1,83 (0,61)
Índice salud global	0,74 (0,17)	0,79 (0,11)	0,82 (0,08)	0,72 (0,15)	22,54 (<0,001)***
Índice empleo	0,03 (0,16)	0,13 (0,33)	0,14 (0,36)	0,02 (0,13)	14,96 (0,002)**
Índice participación social	0,30 (0,46)	0,42 (0,50)	0,50 (0,52)	0,30 (0,46)	7,27 (0,06)
Índice uso TIC	0,41 (0,39)	0,48 (0,36)	0,48 (0,35)	0,31 (0,29)	15,86 (0,001)**
Índice aprendizaje	0,46 (0,31)	0,45 (0,27)	0,46 (0,23)	0,37 (0,30)	9,11 (0,03)*
Índice ocio	0,48 (0,21)	0,53 (0,15)	0,49 (0,18)	0,50 (0,17)	3,42 (0,33)
Índice participación global	0,42 (0,27)	0,50 (0,25)	0,52 (0,22)	0,37 (0,23)	22,22 (<0,001)***
Índice envejecimiento activo IPEA	0,64 (0,18)	0,69 (0,14)	0,72 (0,11)	0,60 (0,16)	10,91 (<0,001)***

Por otro lado, con respecto a la participación se observaron también diferencias significativas ($H = 22,22$; $p < 0,001$). En este caso la participación en el mercado laboral varió entre los cuatro grupos ($H = 14,96$; $p = 0,002$), siendo mayor en el caso de las personas casadas y divorciadas que en el de las personas solteras y viudas. En relación al uso de las TIC, se han obtenido también diferencias ($H = 15,86$; $p = 0,001$), produciéndose también los mayores resultados en el grupo de las personas casadas y divorciadas que en el de las viudas y solteras.

Por último tales diferencias se manifestaron en la puntuación global del envejecimiento activo ($F = 10,91$; $p < 0,001$), siendo mayores en el grupo de personas divorciadas, seguidas del de personas casadas, de personas solteras y en último lugar, personas viudas.

7.4.5. Envejecimiento activo en función del nivel educativo

En relación al nivel de estudios se produjeron importantes diferencias en las puntuaciones de las dimensiones de salud global ($H = 54,78$; $p < 0,001$) así como en el de participación global ($H = 101,12$; $p < 0,001$). En relación al primer grupo de variables, se mantuvo un patrón similar de puntuaciones entre los grupos, siendo mayores en el nivel de estudios superiores, seguidos de los secundarios, los estudios primarios terminados y los estudios sin terminar. En relación al estado de salud física ($H = 23,75$; $p < 0,001$), se hallaron diferencias importantes tanto en la salud física objetiva ($H = 13,97$; $p = 0,003$) como subjetiva ($H = 25,79$; $p < 0,001$). Además, se halló un patrón similar en el estado funcional ($H = 24,95$; $p < 0,001$) así como en el cognitivo ($H = 45,98$; $p < 0,001$), aunque en este caso la diferencia entre los resultados fue mucho mayor. En relación al estado afectivo se han hallado también diferencias en función del nivel educativo ($F = 4,33$; $p = 0,005$), con diferencias importantes en la subdimensión de metas ($H = 16,63$; $p = 0,001$) así como en el caso del estado afectivo en relación a la situación vital ($H = 10,16$; $p = 0,02$).

Tabla 57. Resultados comparativos en función del nivel educativo.

Índice de dimensión	Primarios no terminados	Primarios terminados	Secundarios	Superiores	H (sig.)/F (sig.)
Índice de salud física	0,58 (0,21)	0,66 (0,19)	0,68 (0,21)	0,70 (0,19)	23,75 (<0,001)***
Índice salud física objetiva	0,52 (0,31)	0,60 (0,31)	0,66 (0,33)	0,65 (0,29)	13,97 (0,003)**
Índice salud física subjetiva	0,64 (0,19)	0,71 (0,14)	0,71 (0,16)	0,76 (0,13)	25,79 (<0,001)***
Índice de funcionalidad	0,89 (0,19)	0,96 (0,13)	0,95 (0,15)	0,97 (0,06)	24,95 (<0,001)***
Índice cognitivo	0,69 (0,47)	0,90 (0,30)	0,93 (0,26)	1,00 (0,00)	45,98 (<0,001)***
Índice afectivo	0,41 (0,23)	0,47 (0,22)	0,50 (0,24)	0,53 (0,24)	4,33 (0,005)**
Índice afectivo: metas	0,25 (0,31)	0,28 (0,33)	0,40 (0,36)	0,45 (0,38)	16,63 (0,001)**
Índice afectivo: emociones	0,40 (0,29)	0,47 (0,30)	0,43 (0,30)	0,44 (0,33)	3,54 (0,32)
Índice afectivo: situación vital	0,59 (0,27)	0,65 (0,25)	0,67 (0,24)	0,70 (0,25)	10,16 (0,02)*
Índice social	0,89 (0,15)	0,94 (0,11)	0,91 (0,16)	0,92 (0,13)	7,35 (0,06)
Índice familia	0,88 (0,17)	0,93 (0,13)	0,91 (0,19)	0,92 (0,12)	6,40 (0,09)
Índice amigos	0,90 (0,18)	0,94 (0,13)	0,91 (0,17)	0,92 (0,15)	6,48 (0,09)
Índice salud global	0,69 (0,15)	0,78 (0,11)	0,79 (0,13)	0,83 (0,08)	54,78 (<0,001)***
Índice empleo	0,02 (0,16)	0,08 (0,28)	0,06 (0,24)	0,23 (0,42)	24,31 (<0,001)***
Índice participación social	0,26 (0,44)	0,35 (0,48)	0,47 (0,50)	0,52 (0,50)	16,88 (0,001)**
Índice uso TIC	0,22 (0,23)	0,34 (0,28)	0,56 (0,38)	0,77 (0,30)	109,85 (<0,001)***
Índice aprendizaje	0,25 (0,25)	0,41 (0,24)	0,51 (0,23)	0,65 (0,26)	100,12 (<0,001)***
Índice ocio	0,46 (0,17)	0,53 (0,15)	0,53 (0,18)	0,56 (0,15)	20,08 (<0,001)***
Índice participación global	0,30 (0,20)	0,43 (0,21)	0,53 (0,25)	0,68 (0,22)	101,12 (<0,001)***
Índice envejecimiento activo IPEA	0,56 (0,15)	0,66 (0,12)	0,71 (0,15)	0,78 (0,11)*	42,35 (<0,001)***

En relación a la participación, se han encontrado diferencias importantes siguiendo el mismo patrón de resultados. Esto es, las personas con mayor nivel educativo han mostrado mayor participación social ($H = 16,88$; $p = 0,001$), mayor participación en el mercado laboral ($H = 24,31$; $p < 0,001$), en actividades de aprendizaje ($H = 100,12$; $p < 0,001$), en el ocio ($H = 20,08$; $p < 0,001$) y en el uso de las TIC ($H = 109,85$; $p < 0,001$).

Por último, en relación al IPEA global, se han hallado también diferencias significativas ($F = 42,35$; $p < 0,001$), siguiendo el mismo patrón de resultados.

7.4.6. Envejecimiento activo en función del nivel de ingresos

Por último, en relación al nivel de ingresos se han encontrado también diferencias significativas en las que, por lo general, las personas con nivel de ingresos más elevado mostraron mayores puntuaciones en las distintas dimensiones y las subdimensiones. Este patrón de resultados se ha hallado tanto en relación al estado de salud global ($H = 24,19$; $p < 0,001$), el nivel de salud subjetiva ($H = 27,95$; $p < 0,001$), el estado funcional ($H = 11,20$; $p = 0,004$), el estado cognitivo ($H = 26,94$; $p < 0,001$), la subdimensión metas ($H = 11,80$; $p = 0,003$) y la subdimensión situación vital del estado afectivo ($H = 11,69$; $p = 0,003$), correspondiendo las mayores puntuaciones al nivel de ingresos superior, seguido de los ingresos medios.

Tabla 58. Resultados en función del nivel de ingresos.

Índice de dimensión	Bajos	Medios	Elevados	H (sig.)/F (sig.)
Índice de salud física	0,67 (0,20)	0,62 (0,21)	0,68 (0,19)	7,09 (0,03)*
Índice salud física objetiva	0,69 (0,28)	0,58 (0,33)	0,61 (0,31)	3,14 (0,21)
Índice salud física subjetiva	0,66 (0,18)	0,67 (0,17)	0,75 (0,14)	27,95 (<0,001)***
Índice de funcionalidad	0,88 (0,20)	0,93 (0,17)	0,97 (0,08)	11,20 (0,004)**
Índice cognitivo	0,67 (0,48)	0,82 (0,38)	0,98 (0,15)	26,94 (<0,001)***
Índice afectivo	0,33 (0,21)	0,46 (0,23)	0,51 (0,24)	7,43 (0,001)***
Índice afectivo: metas	0,16 (0,25)	0,31 (0,33)	0,40 (0,37)	11,80 (0,003)**
Índice afectivo: emociones	0,31 (0,25)	0,43 (0,29)	0,45 (0,33)	4,00 (0,14)
Índice afectivo: situación vital	0,53 (0,27)	0,63 (0,25)	0,70 (0,25)	11,69 (0,003)**
Índice social	0,88 (0,17)	0,92 (0,14)	0,92 (0,14)	2,08 (0,35)
Índice familia	0,84 (0,20)	0,91 (0,16)	0,91 (0,15)	4,38 (0,11)
Índice amigos	0,91 (0,17)	0,92 (0,16)	0,92 (0,16)	1,11 (0,57)
Índice salud global	0,68 (0,19)	0,75 (0,13)	0,81 (0,10)	24,19 (<0,001)***
Índice empleo	0,04 (0,19)	0,06 (0,23)	0,14 (0,35)	8,67 (0,01)*
Índice participación social	0,33 (0,48)	0,30 (0,46)	0,53 (0,50)	20,33 (<0,001)***
Índice uso TIC	0,27 (0,22)	0,31 (0,29)	0,67 (0,36)	83,64 (<0,001)***
Índice aprendizaje	0,37 (0,30)	0,37 (0,27)	0,54 (0,26)	36,82 (<0,001)***
Índice ocio	0,49 (0,20)	0,50 (0,17)	0,54 (0,15)	5,63 (0,06)
Índice participación global	0,37 (0,23)	0,38 (0,22)	0,60 (0,25)	63,11 (<0,001)***
Índice envejecimiento activo IPEA	0,58 (0,19)	0,63 (0,14)	0,74 (0,12)	33,51 (<0,001)***

Por otro lado, con respecto a la participación se observaron también diferencias significativas ($H = 63,11$; $p < 0,001$). En este caso, se produjeron diferencias significativas en todas las formas de participación salvo en el ocio. Además, se mantuvo el mismo patrón de resultados, siendo más alto el nivel de participación en el grupo de personas con ingresos elevados, con respecto a los ingresos medios y bajos.

Por último, el nivel de envejecimiento activo global ha variado en función del nivel de ingresos percibidos ($F = 33,51$; $p < 0,001$) siguiendo el mismo patrón de resultados previamente descrito.

7.4.7. Correlaciones entre dimensiones

Dado que se planteó que la salud y la participación son dos grandes componentes del envejecimiento activo, se quiso evaluar el grado de correlación existente entre tales dimensiones y subdimensiones.

En relación a la participación global y la salud global, se encontró una correlación significativa moderada entre ambos grupos de variables ($r^2 = 0,55$; $p < 0,001$). Además, se han encontrado correlaciones significativas entre la participación global y las subdimensiones del grupo de variables de la salud, como en el caso de la funcionalidad, ($r^2 = 0,43$; $p < 0,001$), el estado cognitivo ($r^2 = 0,40$; $p < 0,001$), la salud física subjetiva ($r^2 = 0,37$; $p < 0,001$) y la subdimensión metas del estado afectivo ($r^2 = 0,36$; $p < 0,001$).

Tabla 59. Correlaciones entre las subdimensiones de la participación con la salud global.

	Índice participación global	Índice ocio	Índice aprendizaje	Índice uso TIC	Índice participación social	Índice empleo
Índice de salud física	0,28***	0,24***	0,19***	0,20***	0,13**	0,21***
Índice salud física objetiva	0,17**	0,13**	0,12*	0,12*	0,05	0,19***
Índice salud física subjetiva	0,37***	0,36***	0,26***	0,26***	0,23***	0,14**
Índice de funcionalidad	0,43***	0,48***	0,28***	0,35***	0,24***	0,12*
Índice cognitivo	0,40***	0,28***	0,36***	0,32***	0,23***	0,12*
Índice afectivo: metas	0,36***	0,34***	0,36***	0,29***	0,21***	-0,001
Índice afectivo: emociones	0,15**	0,22***	0,12*	0,09	0,07	0,08
Índice afectivo: situación vital	0,26***	0,24***	0,17**	0,20***	0,15**	0,12*
Índice afectivo	0,34***	0,35***	0,29***	0,26***	0,19***	0,08
Índice familia	0,23***	0,24***	0,17***	0,18***	0,13*	0,06
Índice amigos	0,21***	0,30***	0,17**	0,14**	0,14**	-0,01
Índice social	0,25***	0,31***	0,19***	0,18***	0,15**	0,03
Índice salud global	0,55***	0,51***	0,45***	0,43***	0,31***	0,19***

Por otro lado, en relación a las subdimensiones de la participación, se ha encontrado una correlación aceptable entre el ocio y la salud global ($r^2 = 0,51$; $p < 0,001$), entre el ocio y la funcionalidad ($r^2 = 0,48$; $p < 0,001$) y entre este y la salud física subjetiva ($r^2 = 0,36$; $p < 0,001$). Por otro lado, se ha encontrado una correlación moderada entre el aprendizaje y la salud global ($r^2 = 0,45$; $p < 0,001$). Por último, se podría destacar la correlación entre el aprendizaje con el estado cognitivo, así como con la subdimensión metas del estado afectivo, siendo de ambos casos moderada ($r^2 = 0,36$; $p < 0,001$)

7.4.8. Correlaciones entre dimensiones y la satisfacción vital

Respecto a la correlación entre las subdimensiones y la satisfacción vital, se ha hallado una relación positiva moderada con la salud global ($r^2 = 0,47$; $p < 0,001$), concretamente con la salud física subjetiva ($r^2 = 0,47$; $p < 0,001$), con los afectos relacionados con la situación vital ($r^2 = 0,48$; $p < 0,001$), como estar contento por tener alguien con quien contar, estar seguro con respecto al futuro, sentirse lleno de energía o porque las cosas le están yendo bien.

Además, las emociones positivas ($r^2 = 0,38$; $p < 0,001$) y el índice social ($r^2 = 0,35$; $p < 0,001$) mostraron una relación también importante con la satisfacción vital.

Por el contrario, la relación entre la satisfacción vital con la participación global ($r^2 = 0,13$; $p = 0,01$), con el ocio ($r^2 = 0,16$; $p = 0,01$) y con el aprendizaje ($r^2 = 0,12$; $p = 0,01$), si bien es significativa, el tamaño de la relación es baja. Por último, la relación de la satisfacción vital con el envejecimiento activo global es moderada y significativa ($r^2 = 0,34$; $p < 0,001$).

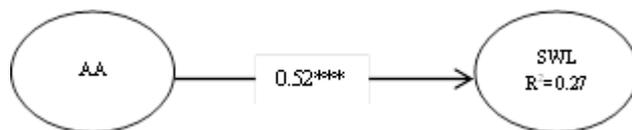
Tabla 60. Correlaciones entre las subdimensiones y dimensiones del envejecimiento activo con la satisfacción vital.

Dimensiones y subdimensiones	Satisfacción vital
Índice de salud física	0,45***
Índice salud física objetiva	0,33***
Índice salud física subjetiva	0,47***
Índice de funcionalidad	0,26***
Índice cognitivo	0,13**
Índice afectivo	0,36***
Índice afectivo: metas	0,05
Índice afectivo: emociones	0,38***
Índice afectivo: situación vital	0,48***
Índice social	0,35***
Índice familia	0,33***
Índice amigos	0,28***
Índice salud global	0,47***
Índice empleo	0,07
Índice participación social	0,31
Índice uso TIC	0,10
Índice aprendizaje	0,12*
Índice ocio	0,16**
Índice participación global	0,13**
Índice envejecimiento activo IPEA	0,34***

7.5. RESULTADOS MULTIVARIADOS

En este punto se quiso comprobar la relación de predicción entre el envejecimiento activo (AA) y la satisfacción vital (SWL), hallándose una relación predictiva significativa entre ambos. El coeficiente de la relación fue relativamente elevado ($\beta = 0,52$) y el coeficiente de determinación mostró un valor moderado de $R^2 = 0,27$. Ello significa que el 27% de la varianza de satisfacción vital es explicada por el envejecimiento activo, y que un aumento de una unidad en el envejecimiento activo implica un incremento de la satisfacción vital en 0,52. Ambos conceptos mostraron una relación moderada pero con un elevado poder predictivo.

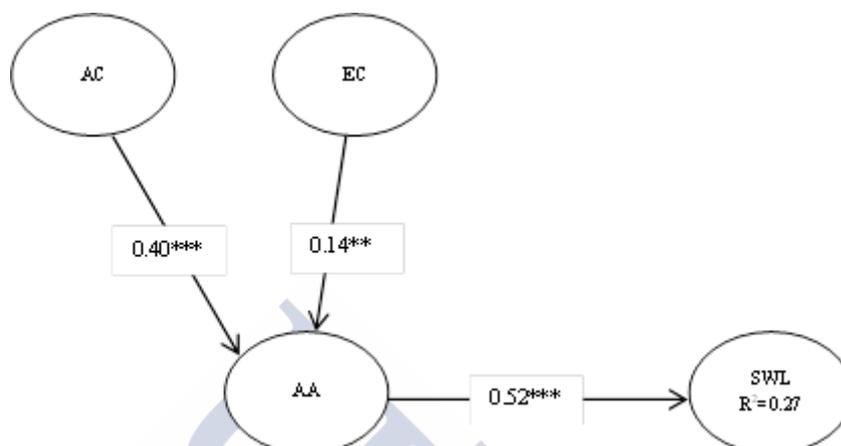
Figura 14. Modelo de la relación entre el envejecimiento activo y la satisfacción vital.



Por otro lado, en relación al papel que juegan los estilos de afrontamiento, se ha comprobado que los estilos o estrategias de afrontamiento activos (AC) tienen una relación positiva y significativa con el envejecimiento activo ($\beta = 0,40$), mientras los estilos de afrontamiento externos (EC) mostraron un coeficiente bajo ($\beta = 0,14$). Dicho de otro modo, el

incremento de una unidad en el afrontamiento activo significa un incremento de 0,40 en el envejecimiento activo, siendo el incremento de 0,14 en el caso del afrontamiento externo. El coeficiente de determinación en el envejecimiento activo fue moderado ($R^2=0,18$). En global, se podría decir que este modelo tiene un buen poder predictivo.

Figura 15. Rol de los estilos de afrontamiento en relación al envejecimiento activo.



Finalmente se quiso examinar el efecto de las diferentes variables potencialmente predictoras, incluyendo variables de género, edad, entorno, situación económica percibida, estado civil, nivel educativo y estilos de afrontamiento activo y externo en la presencia de envejecimiento activo, para lo que se ha utilizado el análisis de regresión logística binaria.

Tabla 61. Modelo predictivo de envejecimiento activo.

Variabes	B	p	Wald	OR	95% IC
Afrontamiento activo	0,26	<0,001	25,19	1,29	1,17-1,43
Edad	1,85	<0,001	16,89	6,37	2,63-15,40
Situación económica (1°)	1,60	<0,001	16,62	4,94	0,09-0,44
Entorno (1°)	0,93	0,04	4,13	2,53	0,16-0,97
Estado civil (1°)	0,80	0,05	3,98	2,22	0,21-0,99

-2LL=185,55

Nagelkerke $r^2 = 0,44$

En base a esta información, los resultados obtenidos en relación al afrontamiento activo ($B = 0,26$; $p < 0,001$; $OR = 1,29$) indicaron que por cada unidad que se incremente el afrontamiento activo aumenta 1,29 veces la probabilidad de envejecer activamente. En relación a la variable edad, se ha obtenido unos valores más elevados ($B = 1,85$; $p < 0,001$; $OR = 6,37$), según los que una persona entre 60 y 74 años tiene una probabilidad 6,37 veces mayor de envejecer de manera activa que otra persona mayor de 75 años. Por el contrario, en relación a la situación económica ($B = 1,60$; $p < 0,001$; $OR = 4,94$), percibir unos ingresos mensuales superiores a 500 euros conlleva una probabilidad 4,94 veces mayor de tener un envejecimiento activo que cuando los ingresos mensuales son menores. Por su parte, en lo referente al entorno ($B = 0,93$; $p = 0,04$; $OR = 2,53$), el vivir en un entorno semiurbano o urbano supone una probabilidad 2,53 veces mayor de envejecer de forma activa frente a vivir en un entorno rural o semirural. Por último, en relación al estado civil, ($B = 0,80$; $p = 0,05$; $OR = 2,22$), el estar casado implica una probabilidad 2,22 veces mayor de envejecer de manera activa frente a otros estados civiles, como estar viudo, soltero o separado.





8. DISCUSIÓN



8. Discusión

Este estudio fue desarrollado con la finalidad de explorar y desarrollar una definición empíricamente validada del concepto de envejecimiento activo, así como de proponer una herramienta de medida individual del mismo que permitiese cuantificar el grado de envejecimiento activo que tiene una persona. Con ello, se ha contribuido a la literatura del paradigma de envejecimiento activo proponiendo una aproximación innovadora, empírica y holística del constructo. Las principales contribuciones de esta investigación son (1) la validación de una nueva aproximación al constructo de envejecimiento activo que unifica dos grandes grupos de variables, las relacionadas con el estado de salud global y las relacionadas con la participación, (2) el desarrollo de un instrumento válido de medición del envejecimiento activo a nivel individual, (3) el hallazgo de la relación positiva y elevada del concepto de envejecimiento activo con la satisfacción vital y (4) el hallazgo de una relación elevada y significativa de los estilos de afrontamiento activos y externos con el envejecimiento activo.

El primer resultado de investigación resaltable es la constatación de que el envejecimiento activo es un concepto superior y más amplio que los conceptos previos del paradigma (el envejecimiento saludable y el envejecimiento productivo). Dicho de otro modo, el envejecimiento activo abarca ambos conceptos (OMS, 2002; Walker, 2002; Walker y Maltby, 2012), al contrario de lo que defienden otros autores (Blanco, 2010; Boudiny, 2013). Por otro lado, se avanza en una de las primordiales limitaciones de este campo, como es la falta de una definición que aglutine elementos y componentes importantes para todos los grupos implicados, ya que por lo general se ha abordado bien desde las perspectivas políticas, gerontológicas o bien desde las populares (Bowling, 2008; Walker y Maltby, 2012).

Estrechamente relacionada con esta primera aportación se encontraría la segunda, referente al desarrollo de una herramienta de medición del envejecimiento activo empíricamente validada y construida según los pasos marcados por el Índice sobre el Desarrollo Humano (Naciones Unidas para el Desarrollo, 2006) y la guía de la OECD (2008). Con ella se puede obtener la puntuación de cada individuo en cada uno de los elementos que componen el envejecimiento activo, facilitando así la identificación de las áreas de mejora individuales a impulsar para promover un mejor proceso de envejecimiento. Asimismo permite la obtención de una única puntuación que indicaría el nivel de envejecimiento activo que tiene una persona. Este índice solventa así una de las grandes ausencias en este campo como es la disposición de una herramienta de medición personal que unifique en una misma puntuación todos los componentes y que cuantifique el nivel de envejecimiento activo de manera continua. De este modo, este índice sería útil para identificar los perfiles en riesgo y diferenciarlos de aquellos que envejecen activamente así como para ubicar a una persona en una distribución concreta en función de la media y la desviación típica de la muestra, siendo

ambas otras de las cuestiones detectadas en la literatura que debían ser resultas (Fernández-Ballesteros, 2009; Paúl et al., 2012).

En este caso, el desarrollo del concepto y la herramienta de medición han sido realizados tomando como centro el individuo, por lo que sus componentes aluden principalmente a las condiciones individuales. En caso de considerar los aspectos ambientales o socioeconómicos como componentes del envejecimiento activo en este nivel micro supondría un problema conceptual, ya que se acercaría a otro concepto de orden superior, la calidad de vida (Fernández-Ballesteros, 2009). No obstante, con esto no se niegan las influencias de factores externos o ambientales sino que se postulan como condiciones que afectan al proceso y al resultado final, sin formar parte del mismo (Boudiny, 2013; Fernández-Ballesteros, 2009).

En relación a los componentes estudiados, se han incluido los ámbitos físico, funcional, psicológico en términos afectivos y cognitivos, social y el participativo considerando un rango amplio e inclusivo de actividades. Además, en el abordaje de este concepto se han incluido tanto variables objetivas como subjetivas para captar la vertiente personal del mismo (Bowling, 2006; Stenner et al., 2011). Concretamente, las variables objetivas se refieren al nivel de salud cognitiva, evaluado por un test de cribado, como a la salud física, funcional, emocional y social así como la participación, medidas a través de escalas cuyos ítems se responden a modo de auto-informes, ya que los individuos pueden proporcionar informes fiables y válidos de los mismos (Pruchno et al., 2010a). Por otro lado, las variables subjetivas captan la opinión o las percepciones de la propia persona respecto a diferentes aspectos, siendo en este caso sobre la salud, las condiciones y el apoyo sociofamiliar. Ambos tipos de variables son necesarias ya que mientras lo subjetivo aporta la percepción de las personas mayores, que enriquece y ayuda a entender la información proporcionada por ellos mismos, la parte objetiva propone unos criterios más claros de intervención e impide que se considere una situación como buena sólo con que la persona así lo valore. De este modo, si bien las auto-evaluaciones son mejores predictores de mortalidad que las mediciones objetivas (Fernández-Ballesteros, 2009; Schoenfeld, Malmrose, Blazer, y Gold, 1994), el incluir este último tipo de criterios evita caer en la denominada paradoja del bienestar, es decir, en una situación en la que siendo muy desfavorable y que debería ser claramente mejorada, la persona puede contemplarla de forma relativamente optimista.

Concretamente, los componentes del envejecimiento activo se refieren, por un lado, a la salud como concepto multidimensional, en términos de salud física, psicológica y social. Estos resultados son consistentes con diferentes tipos de estudios, como Montero y colaboradores (2011) o Perales y colaboradores (2014) o con otro tipo de trabajos que incluyen las percepciones de las personas mayores sobre el envejecimiento activo (Bowling, 2008). No obstante, la salud como componente del concepto de envejecimiento activo no es un elemento totalmente aceptado por todos los autores (Boudiny, 2013). Ello puede deberse a que, por lo general, en la literatura se ha restringido el concepto de salud a los componentes físicos y a la ausencia de enfermedades y en ocasiones se ha convertido en el centro del concepto, dejando de lado otros elementos relevantes. Además, la definición de la variable de envejecimiento activo realizada en diversos estudios como resultado del cumplimiento obligado de un listado de criterios, entre los que suele incluirse la ausencia de enfermedades crónicas y/o de discapacidad, contribuye a la restricción del concepto a grupos poblacionales muy concretos y a que la salud sea rechazada como componente de este concepto por provocar que el envejecimiento activo se convierta en un concepto muy excluyente (Boudiny,

2013). No obstante, en este caso se ha optado por incluir la salud de un modo amplio, aludiendo al aspecto físico, funcional, cognitivo, afectivo y social por su importancia en el envejecimiento activo (Bowling, 2008; Fernández-Ballesteros, 2009; OMS, 2002; Walker, 2002) y proponiéndolo como un concepto continuo conformado por variables continuas. En relación a este grupo de variables, el elemento social ha mostrado una mayor importancia relativa, confirmando así la relevancia de las relaciones sociales en la vejez (Bowling, 2006; Lee et al., 2011; Schulz y Heckausen, 1996). Su inclusión en este grupo de variables está justificada por la definición de salud de la OMS (1946) y por la OMS (2002). No obstante, en esta edad no se valoran tanto las redes sociales amplias sino las relaciones emocionalmente más cercanas debido a un cambio de preferencias que se producen en la vejez (Berg, 2008). Por este motivo, en este momento vital en el que prima más la calidad de los contactos que la cantidad, se ha querido conocer la percepción de los mayores sobre las circunstancias de su vida sociofamiliar así como la satisfacción con la misma.

Junto a este gran componente del envejecimiento activo denominado salud global, se ha incluido otro referente a la participación, reconociendo así que la salud no puede convertirse en el eje único del concepto de envejecimiento activo y que no es un aspecto ni suficiente ni estrictamente necesario para envejecer de manera activa (Clarke y Warren 2007; Stenner et al. 2011). Este segundo gran grupo de variables incluye la participación de las personas mayores de una forma amplia y funciona tanto como un medio como un fin en el envejecimiento activo (Hasmanová, 2011). En este caso se alude tanto a variables de tipo productivo como variables de ocio, optando así por la versión más inclusiva del debate en torno a qué tipo de participación debería ser incluida en este concepto. La importancia de esta propuesta se debe a que unifica tanto la visión institucional, científica y de las propias personas mayores acerca de la definición del concepto del envejecimiento activo, al incluir tanto las actividades productivas promovidas por los responsables políticos y el ámbito científico, más preocupados por el empleo y la participación social (EC, 1999, 2002, 2012; Herzog y Morgan, 1992) así como las actividades de ocio, más defendidas por otro grupo de investigadores y las propias personas mayores (Avramov y Moskova, 2003; Boudiny, 2013; Boudiny y Mortelmans, 2011; Bowling, 2008; Foster y Walker, 2013; Hasmanová, 2011; Sidorenko y Zaidi, 2013; Stenner et al., 2011). Sin la combinación de ambos elementos, el envejecimiento activo estaría restringido a la productividad y el empleo, volviendo a su concepto precursor, el envejecimiento productivo (Boudiny, 2013; Foster y Walker, 2013).

En este caso, en relación al ocio, se ha contemplado una amplia variedad de actividades de ocio, con lo que se pretende superar la tendencia de excluir las actividades corrientes que resultan importantes para los mayores-mayores, como leer, resolver pasatiempos y cuidar el jardín o la huerta, que son indicadores más importantes de su involucración con la vida que algunas actividades sociales y físicas (Boudiny, 2013; Clarke y Warren 2007; Pettigrew y Roberts 2008; Ranzijn 2010; Townsend et al., 2006). Por otro lado, se ha evitado la distinción de actividades activas y pasivas, siguiendo las recomendaciones de autores como Boudiny (2013) y Lassen y Moreira (2014), ya que esta distinción suele realizarse en base al aspecto físico sin contemplar la parte cognitiva o social. Además, a la hora de mantener las actividades de ocio se ha tenido en cuenta la tendencia explicitada en la literatura científica acerca del cambio en las actividades debido a los declives de salud y capacidades físicas así como la evolución de las preferencias, que resulta en una mayor prevalencia de ocio en el hogar (Gauthier y Smeeding 2003; Venn y Arber, 2011; Verbrugge et al. 1996). Por estos motivos, se han incluido actividades realizadas dentro del hogar, sin rechazarlas como hacen

Houben y colaboradores (2004), así como actividades solitarias, ya que a pesar de la importancia de las sociales, las realizadas individualmente no deberían ser obviadas (Boudiny, 2013). En este estudio, la distinción de actividades alude más a su contenido o finalidad, como las actividades artísticas o creativas (Avramov y Moskova, 2003), las actividades solitarias, las que se realizan fuera del hogar, como la participación en un club o asociación, la asistencia a actividades culturales como el cine o el teatro (Fernández-Mayoralas et al., 2015; Houben et al., 2004) o los viajes (Avramov y Moskova, 2003); las actividades deportivas o físicas (Avramov y Moskova, 2003; Fernández-Mayoralas et al., 2015; Houben et al., 2004; Perales et al., 2014), incluyendo actividades recreativas como ver la televisión o hacer pasatiempos, sin tildarlas de pasivas, como hacen Avramov y Moskova (2003) o Fernández-Mayoralas et al. (2015). De esta manera, se reconocerían diversos caminos alternativos para envejecer de manera activa sin juzgar a priori la superioridad de unas actividades frente a otras (Biggs, 2001; Boudiny y Mortelmans, 2011; Walker, 2002).

Dentro de las variables participativas, el ocio es la que más ha contribuido al concepto de envejecimiento activo, seguido del uso de las TIC y el aprendizaje continuo. Al contrario que la mayor parte de las definiciones en este ámbito, que priman la participación social remunerada y no remunerada (Buys y Miller, 2006; Ervik et al., 2008; Di Gessa y Grundy, 2014; Hofäcker, 2015; Montero et al., 2011; Perales et al., 2014; Perek-Białas et al., 2008; Tareque et al., 2013, 2014; Zaidi et al., 2013), en este caso el ocio tiene mayor presencia en el concepto de envejecimiento activo. Esto puede estar relacionado con que la actividad productiva no encaja con todas las personas (Stenner et al., 2011), con que la ausencia de participación en tales actividades previamente a la jubilación se asocia con su ausencia durante la vejez (Dury et al., 2015) y con el hecho de que el ocio constituye una forma de reengancharse con la vida tras la liberación de las responsabilidades de la adultez (Clarke y Warren, 2007). El uso de las TIC ha demostrado ser otro componente importante del envejecimiento activo. Al respecto, algunos autores defienden que su utilización resulta cognitivamente estimulante, puede compensar pérdidas relacionadas con la edad, mantener a las personas actualizadas con la sociedad en la que viven e incrementar el apoyo social mientras que facilitan la comunicación con las personas importantes para ellos que están lejos (Boudiny y Mortelmans, 2011; Small et al., 2009). Este trabajo ha permitido avanzar un paso más al dar soporte empírico a esta variable como componente del envejecimiento activo. Junto a estas, el aprendizaje continuo es otra importante variable componente del mismo, que contribuye al bienestar de los mayores (Walker, 2002). En este sentido, estas actividades son importantes para ellos al permitirles aprender cosas nuevas o formarse en algo que por circunstancias vitales no pudieron hacer con anterioridad, estar al día en la sociedad en la que viven y seguir siendo independientes a medida que envejecen (OMS, 2002).

Un aspecto a resaltar en este gran grupo de variables de participación es la baja contribución y presencia de la vertiente productiva en el constructo de envejecimiento activo, tanto en términos de empleo como de participación social. En relación al primero, este resultado puede ser entendido porque la muestra en edad de trabajar era muy pequeña en relación con el total de la misma, por la actual situación de elevado desempleo y por las menores oportunidades laborales de los mayores, provocadas por la existencia de edades de jubilación obligatorias, por la tendencia a no contratar a personas en torno a los 55 años así como a prescindir del grupo de personas más mayores ante un desempleo generalizado (Avramov y Moskova, 2003; Boudiny, 2013; Hirsch, Macpherson, y Hardy, 2000; OMS, 2002; Walker, 2006). Por otro lado, la participación social ha mostrado un ajuste significativo

en el modelo tal y como es entendida en el ámbito institucional europeo, a excepción del ítem relacionado con el cuidado de personas mayores. Una posible razón para ello es que esta es una labor que, en la práctica, se lleva a cabo de manera completamente diferente al resto de las actividades incluidas como participación social. En este caso, los mayores tienden a convertirse en cuidadores de personas dependientes o con alguna enfermedad crónica casi de manera obligatoria y continua, a tiempo completo y a largo plazo, resultando en una carga psicológica para la persona que la realiza. No obstante, aunque se defiende que los mayores-jóvenes deberían cuidar de los mayores-mayores para empoderar ambos grupos implicados y así reducir la presión sobre los servicios públicos, esta no parece ser la mejor solución ya que resulta ser una actividad estresante y que refuerza la subcultura de los mayores sin mejorar su bienestar (Avramov y Moskova, 2003). De hecho, algunos autores han demostrado que el cuidado de personas mayores o dependientes puede afectar de manera negativa al bienestar y a la salud física y mental de los cuidadores, dependiendo de los factores estructurales que los rodean (Boudiny y Mortelmans, 2011; Boudiny, 2013; Morrow-Howell, 2000).

A grandes rasgos, se puede decir que el nivel de salud en este estudio es elevado, mostrando mejores resultados en la funcionalidad, el estado cognitivo y en la vertiente social. Esto tiene sentido ya que en la actualidad, el deterioro funcional y cognitivo se produce en edades más avanzadas, de manera que la población de mayores-jóvenes mantiene un buen estado de salud (Baltes y Smith, 2003; Fries, 1989a, b). Por otro lado, el estado social es también elevado, coincidiendo con otros estudios que muestran un alto apoyo social percibido en este grupo de edad (Blanco, 2010; Perales et al., 2014). En términos de salud física, la vertiente subjetiva obtiene mejores resultados que la objetiva, ya que las enfermedades crónicas son bastante frecuentes en esta edad (Strawbridge et al., 2002). En relación al componente afectivo, los resultados son relativamente buenos (Fernández-Ballesteros et al., 2006), aunque destaca la baja puntuación del afecto relacionado con objetivos o logros cotidianos.

En el caso del componente de la participación, el nivel general es más bajo, siendo el ocio la actividad que muestra una mayor implicación de las personas mayores, seguida de la formación y el uso de las TIC. Ello puede deberse a que la participación en el ocio es importante para ellas y por lo general reporta beneficios como la mejora del estado físico o cognitivo así como el incremento de la satisfacción vital o la compensación de déficits sociales (Boudiny y Mortelmans, 2011; Bowling, 2008; Menec, 2003; Silverstein y Parker, 2002). Dentro del ocio, las actividades que mayor participación han mostrado son ver la televisión o escuchar la radio, cocinar, visitar a amigos o vecinos, así como dar paseos o caminar. Las dos primeras son actividades más cotidianas y cuya realización puntual no implica necesariamente pasividad (Lassen y Moreira, 2014), mientras que las visitas son un tipo de actividades sociales que permiten a las personas disfrutar de sus amistades o sus lazos sociales (Carmona, 2011). En relación al ejercicio físico, los mayores parecen preferir los paseos al deporte, ya que el hábito de caminar está muy integrado en la rutina diaria bien para moverse, para compartir tiempo con los vecinos o la familia o incluso para hacer recados (Zunzunegui y Béland, 2010). De esta manera, los mayores disfrutan de múltiples beneficios derivados de la misma, como la práctica de actividad física, la interacción social y la producción de vitamina D gracias a las radiaciones solares que reciben durante la misma (Zunzunegui y Béland, 2010). En referencia a la participación social, en este estudio se han alcanzado resultados medianamente bajos, en los que se postula la posible influencia de ciertos factores externos estructurales (Carmona, 2011). Por ejemplo, a pesar de que este tipo

de participación es frecuentemente promocionada entre las personas mayores por parte de las instituciones, en la práctica diaria muchas son excluidas, por ejemplo en el caso del voluntariado, por el establecimiento de un límite de edad superior (Boudiny, 2013; Foster y Walker, 2013; Gauthier y Smeeding 2003; Walker, 2006). Otro elemento importante a considerar es la alta proporción de población residente en entornos suburbanos, cuya distancia con respecto a centros de voluntariado o a sus familiares o nietos dificultaría la involucración en las actividades de cuidado o de voluntariado (Monreal, 2008). Además, en ocasiones existe cierta tensión entre el trabajo, las responsabilidades del cuidado, el voluntariado o el ocio, ya que las responsabilidades de cuidado pueden provocar la salida anticipada del mercado laboral (OMS, 2002) y diferentes patrones de ocio pueden promover o impedir la participación en actividades productivas, como el voluntariado (Dury et al., 2015). Por ello, la abstención de actividades de contribución social puede estar relacionada con un patrón concreto de ocio, por lo que aunque no se participe en actividades productivas no querría decir que las personas no envejecen de manera activa.

A mayores, este estudio ha permitido confirmar la existencia de diferencias en base a ciertas variables sociodemográficas. Por un lado, se ha encontrado que el envejecimiento activo difiere en función del género, siendo los hombres quienes tienen mejores resultados que las mujeres, coincidiendo con autores como Montero et al. (2011), Perales et al. (2014) y al contrario que otros como Blanco (2010), que encontró una mayor presencia en las mujeres. La diferencia de resultados puede deberse a la definición de la variable dependiente, siendo en este únicamente en función de la participación mientras que los primeros incluyen también variables de salud. De hecho, cuando en este estudio se diferencian las dos grandes dimensiones, se observa que aunque las mujeres han mostrado un peor nivel de salud global, la participación es similar en ambos géneros. Respecto de la salud, las mujeres han mostrado una peor salud en términos objetivos y subjetivos, así como una menor funcionalidad, un peor estado cognitivo y una menor frecuencia de emociones positivas. En este sentido, dado que las mujeres tienden a vivir más años y que la mayor prevalencia de discapacidades surgen en edades más avanzadas, es normal que los peores resultados de salud afecten más a las mujeres (Fernández-Ballesteros et al., 2006; Montero et al., 2011). En relación a la participación, las mujeres muestran mayores puntuaciones en ocio (Blanco, 2010) y en participación social (Zaidi et al., 2013), aunque en este caso tales diferencias no llegan a ser significativas. Por otro lado, obtienen resultados más bajos en términos de empleo y uso de las TIC, de manera congruente con otros autores (Avramov y Moskova, 2003; Casado-Muñoz et al., 2015). Ello puede estar asociado con sus menores oportunidades tanto en relación al acceso a la formación, al empleo, a las medidas de protección social, a la asistencia sanitaria, a los ingresos y a alcanzar una pensión adecuada así como a la mayor tendencia a retirarse en caso de necesidad de cuidado familiar (Avramov y Moskova, 2003; Carmona, 2011; Foster y Walker, 2013; OMS, 2002). Todo ello provoca una desventaja que se va acumulando a lo largo de la vida y que produce generalmente un peor envejecimiento en términos de salud global y una menor participación, a la par que aumenta la tendencia a la pobreza y la discapacidad en la vejez entre las mujeres respecto a los hombres (OMS, 2002).

Con relación a la edad, se han obtenido resultados en la línea de lo esperado, siendo estos más bajos conforme avanza la edad (Perales et al., 2014). Por una parte, como se ha mencionado, los peores niveles de salud o la discapacidad física han demostrado estar relacionados con la edad, aunque en los primeros años de la vejez se mantengan buenos niveles (Avramov y Moskova, 2003; Baltes y Smith, 2003). Este patrón se mantiene también

en la salud autopercebida, que es peor en los grupos de mayor edad (Lorenzo, Millán-Calenti, Lorenzo-López, Sánchez, y Maseda, 2013). En relación al ámbito social, los resultados son más bajos en el grupo de mayor edad, lo cual puede estar asociado con la frecuente disminución de los contactos sociales conforme aumentan los años (Avramov y Maskova, 2003; Reed et al., 2003). No obstante, en la parte familiar apenas se observan diferencias en función de la edad, cuya razón puede ser el cambio de preferencias en los grupos de mayor edad respecto a las relaciones sociales optando por las más cercanas e íntimas (Berg, 2008; Boudiny, 2013). Por otra parte, la participación disminuye en todas las variables implicadas. En estos términos, el empleo se reduce bien por la aparición de enfermedades que empujan hacia una jubilación anticipada o por las leyes laborales vigentes que retiran a las personas mayores al llegar una edad concreta (Avramov y Moskova, 2003). Otros tipos de participación son también más elevados en el grupo de mayores-jóvenes, tanto en el cuidado de niños, como el voluntariado, los deportes o el ocio, descendiendo en mayor medida a partir de los 75 años (Erlinghagen y Hank, 2006; van Groenou y van Tilburg, 2010; Verbrugge et al., 1996). En este resultado pueden influir otros motivos estructurales ya mencionados, como los límites de edad superior para los voluntarios, junto a otros aspectos situacionales, como el crecimiento de los nietos, que ya no requieren ser cuidados, así como los cambios en la salud y las preferencias (Avramov y Moskova, 2003; Gauthier y Smeeding 2003; van Groenou y van Tilburg, 2010). El uso de las TIC también es menor conforme avanza la edad (Casado-Muñoz et al., 2015), lo que puede estar asociado con la tendencia encontrada de que las personas más mayores tienen un perfil socioeconómico menor, tanto a nivel educativo como de ingresos debido a las disparidades en las oportunidades vitales de estas generaciones (Avramov y Moskova, 2003). Por último, aunque todas estas actividades, el trabajo comunitario, los deportes, las aficiones, los contactos sociales y la asistencia a actividades de formación parecen reflejar patrones de actividad que continúan desde la adultez, especialmente en el caso del voluntariado (Avramov y Moskova, 2003), los cambios relacionados con la edad pueden tener como base la aparición de enfermedades en edades más tardías o la ruptura con la actividad cotidiana al comenzar la jubilación (Reed et al., 2003).

Por otro lado, la forma de envejecer es muy diferente en función del hábitat en el que se vive (Monreal, 2008; García, 1998). En este estudio se han obtenido resultados más bajos en el entorno rural en relación con otros entornos, especialmente en el caso de la participación, aunque estas diferencias no fueron halladas previamente (Perales et al., 2014). En este sentido, estos hallazgos pueden estar influidos por la dispersión geográfica propia de los entornos rurales, la lejanía y la mayor dificultad de acceso y desconocimiento de diversos servicios, entre los que se incluyen centros socioculturales o centros de voluntariado (Monreal, 2008). A estos factores ha de unirse la escasez de transporte público tanto en cercanía como en frecuencia de horarios, lo que provoca la dependencia de los mayores que viven en el entorno rural de medios de transporte privados de familiares, amigos o vecinos o incluso la utilización de taxis para desplazarse y realizar las actividades necesarias (Monreal, 2008; Michael et al., 2006; OMS, 2002; Zeitler et al., 2012; Zunzunegui y Béland, 2010). En este sentido, las personas llegan a modificar sus rutinas diarias para continuar en su hogar, por lo que estos entornos se convierten en cierto modo en una barrera para el envejecimiento activo cuando no es posible disponer de un transporte adecuado (Zeitler et al., 2012). El uso de las TIC y la formación también muestran valores menores en el entorno rural, lo que puede deberse a que el nivel educativo suele ser menor que en el urbano (Monreal, 2008). Además, la forma de afrontar la jubilación difiere entre ambos entornos, ya que en el caso del entorno rural la ruptura con la actividad habitual e incluso el trabajo suele estar marcada por la

capacidad física, lo que puede verse reflejado en el valor del empleo remunerado un poco más elevado respecto al urbano. Por el contrario, en el hábitat urbano la jubilación suele producirse con la edad correspondiente, que llegado el momento puede provocar el cese de las actividades diarias y las relaciones asociadas al trabajo, lo que requiere construir nuevos patrones de actividad y relaciones (Monreal, 2008).

Asimismo, el envejecimiento activo también ha mostrado diferencias en función del estado civil, al igual que en estudios previos (Perales et al., 2014). En este caso, por lo general se han obtenido mejores resultados en el grupo de mayores casados que en el de solteros y viudos. Esto podría explicarse en base a que la relación de pareja es la más importante para los mayores (Carmona, 2011). Al respecto, el hecho de que los divorciados tuvieran mayores puntuaciones incluso que los casados puede deberse a que este grupo tiene también una menor edad media. En lo relativo a las diferencias halladas en la funcionalidad y el estado cognitivo, con mayores resultados en las personas casadas que en las viudas y solteras, estas pueden estar asociadas con los efectos negativos de la falta de pareja en la vejez, como la disminución de los ingresos, de la intimidad y el apoyo en situaciones cotidianas así como en situación de enfermedad y discapacidad (Carmona, 2011). En relación a la participación, son el empleo y el uso de las TIC las variables que muestran diferencias significativas, con mayores resultados en el caso de las personas casadas y divorciadas, lo que también podría estar relacionado con la menor edad relativa con respecto a los otros grupos. En lo relativo al nivel educativo así como el nivel de ingresos, los resultados de envejecimiento activo son mayores en los valores más elevados, tanto en la salud como en la participación, siendo congruentes con otros resultados previos (Blanco, 2010; Montero et al., 2011; Perales et al., 2014). En ambos casos, los bajos niveles de estas variables constituyen factores que limitan la capacidad de envejecer activamente de las personas, provocando una mayor inactividad, posiblemente por desventajas acumuladas a lo largo del ciclo vital que se manifiestan en mayor medida en la vejez en términos de salud y participación (OMS, 2002). Por ejemplo, los ingresos bajos estarían relacionados con la vulnerabilidad de los mayores en relación a la salud y la discapacidad (OMS, 2002); de hecho, se ha afirmado que los mayores con ingresos bajos tienen sólo un tercio de probabilidades de mantener un nivel elevado de funcionalidad con respecto a aquellos con ingresos elevados (Guralnik y Kaplan, 1989).

Partiendo de la hipótesis probada de que la salud y la participación son dos grandes componentes del envejecimiento activo, en este estudio se ha comprobado la relación entre ambos conceptos. En base a ello, se podría decir que el mantenimiento de la actividad es una buena forma de prolongar la autonomía y la salud personal (Ballesteros, 2007), funcionando en el concepto de envejecimiento activo como un medio y un fin al mismo tiempo (Hasmanová, 2011). De hecho, son las dimensiones de funcionalidad, estado cognitivo y salud física auto-percibida las que mayor relación guardan con la participación. Así, estas tres dimensiones pueden influir y, a la vez, estar influidas por la participación en el ocio, la formación, el uso de las TIC, la participación social e incluso el empleo, en este orden. Un dato curioso al respecto es el hecho de que el afecto asociado con las metas muestra una relación moderada y positiva con el ocio y la formación, siendo posible que ambas actividades planteen nuevos retos a los mayores con los que se sienten a gusto y tratan de superar.

Además, el envejecimiento activo está relacionado con la satisfacción vital tanto en su puntuación global como en la dimensión de salud global. Más concretamente, son las dimensiones de la salud subjetiva, el estado afectivo relacionado con las condiciones de la

vida, las emociones y el índice social las que mayor relación guardan con la satisfacción vital, de manera similar a otros estudios (Jang, Mortimer, Haley, y Borenstein, 2004; Lyubomirsky, Sheldon, y Schkade, 2005; Okun, Stock, Haring, y Witter, 1984). Por otra parte, tales relaciones son menores en el caso de la participación, aunque el ocio ha obtenido una relación positiva con la satisfacción vital, siendo congruente con la defensa de algunos autores (Boudiny y Mortelmans, 2011; Clarke y Warren, 2007; Lee et al., 2011; Menec y Chipperfield, 1997; Silverstein y Parker, 2002). Una posible razón que explicaría esta menor asociación de la participación con la satisfacción vital respecto de la salud es que la satisfacción vital deriva de la evaluación cognitiva de las situaciones experimentadas a lo largo de la vida y muestra el ajuste entre las aspiraciones y los logros alcanzados (Diener, 1984; Pavot et al., 1991; Veenhoven, 1984). En este sentido, algunos autores han postulado que conforme avanza la edad parece existir un ajuste de las condiciones y experiencias vitales a la realidad subjetiva mediante estrategias de regulación individuales (Carmona, 2011; Ferring y Filipp, 2000; Ferring et al., 2004). Dicho de otro modo, parece producirse una adaptación de las expectativas y los objetivos a las experiencias vividas más que realizar un mayor esfuerzo por cumplir objetivos no alcanzados hasta el momento (Carmona, 2011; Satorres, 2013). Ello puede funcionar como un mecanismo para enfrentarse a esta etapa vital y adaptarse a las circunstancias vitales (Carmona, 2011) o puede ser el resultado del cambio en las preferencias o aspectos más valorados en la vida, que modifica a su vez la forma de obtener la satisfacción vital (Boudiny, 2013). Posiblemente en edades más avanzadas la satisfacción vital no provenga de la participación activa y social o quizá aumente cuando esta se incrementa, pero lo que parecen indicar estos resultados es que la menor participación en diferentes actividades no influye en la obtención de satisfacción vital, ya que la vida cotidiana de los mayores parece ser suficiente para ello, quizá por el reajuste de expectativas previamente mencionado. A pesar de ello, el modelo multivariante realizado ha permitido comprobar la relación positiva relativamente elevada entre el envejecimiento activo y la satisfacción vital.

La última de las aportaciones de este trabajo se asocia con la clarificación del rol de los estilos de afrontamiento en el envejecimiento activo, en el que se demuestra el efecto positivo del afrontamiento activo e incluso del externo en este proceso de envejecimiento. Estos resultados cuadran con la defensa de las capacidades agénticas y el afrontamiento proactivo de los obstáculos para poder envejecer activamente (Fernández-Ballesteros, 2009; Ouwehand et al., 2007; Stenner et al., 2011). Ello es una constatación más de que el individuo tiene la capacidad de envejecer bien y que afrontar de un modo activo los problemas que van surgiendo a lo largo del ciclo vital permite tener un mejor proceso de envejecimiento (Brandtstädter et al., 1993; Satorres, 2013). Los estilos de afrontamiento que lo permiten son repertorios de comportamiento aprendidos a lo largo de la vida de las personas y por tanto, son susceptibles de mejora mediante intervención (Fernández-Ballesteros et al., 2004a, 2013). En función de ello, podría ser interesante llevar a cabo una intervención para promover los estilos de afrontamiento activos y probar así la hipótesis sobre la posible relación de causalidad entre estos y el envejecimiento activo.

A pesar de los hallazgos aquí presentados, este estudio no está exento de limitaciones. En primer lugar, debido a la naturaleza transversal de la investigación, no es posible verificar la causalidad de las relaciones entre las variables estudiadas. En este ámbito, cada componente del envejecimiento activo podría actuar como predictor de otros y estarían relacionados entre ellos. Sin embargo, el modelo propuesto parece una buena imagen o representación de los

diferentes componentes del envejecimiento activo defendidos en la literatura desde las distintas aproximaciones. En segundo lugar, aunque se quiso conocer la influencia del envejecimiento activo en el componente cognitivo y subjetivo de bienestar, la satisfacción vital, podría ser también interesante evaluar este mismo efecto con el bienestar psicológico o la calidad de vida. En tercer lugar, la mayoría de las variables se evalúan a modo de auto-informe y quizá la percepción estaría influyendo en los resultados. Por esta razón sería interesante recopilar otras variables objetivamente medidas, como la especificación de la red social como complemento del apoyo social percibido. Finalmente, incluir más variables antecedentes o predictores de efecto a largo plazo y cubrir el modelo multinivel (Fernández-Ballesteros, 2009) incorporando elementos de evaluación del vecindario o la ciudad donde vive en relación a la amigabilidad del entorno, podría aportar una información mucho más completa. Sin embargo, este estudio fue llevado a cabo con el objetivo principal de obtener una herramienta de medición empíricamente válida del envejecimiento activo centrada en el nivel individual, basada en un concepto de envejecimiento activo amplio e inclusivo que cubriese todas las aproximaciones, con el fin de proporcionar una forma de medir la eficacia de las iniciativas relacionadas con la promoción de este modo de envejecer. Además, se decidió que todos elementos incluidos fueran susceptibles de ser mejorados mediante los programas de intervención de envejecimiento activo. No obstante, aunque este estudio fue desarrollado para explorar este ámbito y tratar de aportar a la construcción teórica basada en la investigación empírica, estas consideraciones deberían ser tenidas en cuenta.

En base a los resultados obtenidos en esta investigación, con la finalidad de seguir promoviendo el envejecimiento activo en esta región, es necesario trabajar simultáneamente en una doble aproximación. Esto es, debería impulsarse el envejecimiento activo tanto a nivel micro, dirigiéndose a las propias personas mayores, como a nivel sociopolítico, aludiendo al nivel meso, en relación al vecindario y las comunidades así como al nivel macro en términos de políticas públicas y entornos institucionales del país (Sidorenko y Zaidi, 2013; Zaidi, 2014). También es necesario avanzar desde el pensamiento de discapacitación hasta la capacitación, fomentando el mantenimiento de la salud, la actividad y la independencia a pesar de la aparición de limitaciones, para evitar situaciones de aislamiento y dependencia de los mayores. En este sentido, a pesar de que conforme las personas envejecen suelen surgir tales restricciones, estas cuentan con habilidades de sustitución y superación de las mismas (Hansson, Robson, y Limas, 2001). No obstante, el traslado del foco hacia la capacitación requiere de la coordinación de las medidas desarrolladas en sectores como el urbanismo, el socio-sanitario, la educación, el empleo o el transporte entre otros (OMS, 2002).

A nivel individual, se debería seguir concienciando sobre los beneficios de continuar un proceso de envejecimiento activo, fomentando la participación activa de las personas mayores en la sociedad, pero no sólo como contribución social, sino mediante la inclusión de las personas mayores en todos los ámbitos de la vida social y en las decisiones que a ellos les repercutan. Unido a ello, se recomienda la implantación de programas que promuevan el envejecimiento activo de manera integral, cuya eficacia sea demostrada (Fernández-Ballesteros et al., 2004a). Este fomento del conocimiento acerca del envejecimiento y de los beneficios derivados de envejecer activamente así como de la promoción de la actividad, la participación y la salud, debe ser extendido a lo largo del ciclo vital, debido a la gran importancia de las experiencias vitales tempranas en las posibilidades de envejecer activamente (Boudiny, 2013; Boudiny y Mortelmans, 2011; OMS, 2002; Zaidi, 2014). Para ello, se debe empezar con un énfasis en la primera mitad de la vida y continuar fomentando el

potencial de las personas mayores (Aldwin, Spiro, y Park, 2006; Schroots, 2012). Tomando tan sólo un ejemplo, el énfasis en la actividad física debería seguir realizándose desde los primeros años de la vida e incidiendo en la adultez, ya que el sedentarismo sigue siendo un problema actual y la inactividad física es uno de los predictores de mortalidad y discapacidad más importante (OMS, 2002; Fries, 2012). Además, el ejercicio físico beneficia tanto a las personas independientes como aquellas con alguna patología, siempre y cuando se realice de manera controlada y bajo las recomendaciones de un especialista (OMS, 2002). Este énfasis se podría aplicar a todos los tipos de participación, ya que el mantenimiento de la actividad en la vejez provoca beneficios tanto a nivel individual, mejorando la salud física, emocional y cognitiva de las personas (Antonucci et al., 2012) como institucional, reduciendo los gastos médicos (Antonucci et al., 2012; OMS, 2002). Sin embargo, es necesario recordar que el significado de la vida activa puede cambiar a lo largo del ciclo vital, por lo que se debería mantener el énfasis en un concepto inclusivo (Boudiny, 2013).

A nivel sociopolítico, se deberían emprender diversas acciones. En primer lugar, se debería cuidar que este paradigma no se convierta en una obligación ni traslade la responsabilidad únicamente a las personas. En ambos casos, ello causaría consecuencias negativas como el malestar personal, la culpabilización y la opresión de las personas mayores, cayendo así en los mismos errores que los conceptos previos más estrechos como el envejecimiento con éxito o el envejecimiento productivo (Boudiny, 2013; Hasmanová, 2011; Ranzijn, 2010). Al contrario, las modificaciones y las intervenciones realizadas desde los niveles macro-estructurales deberían fomentar y facilitar las oportunidades de envejecer activamente así como promover y salvaguardar los derechos de los mayores, de manera que la toma de decisiones saludables y activas sea más sencilla, lógica y sobre todo, que tenga más beneficios que costes para ellos. De este modo, es más probable que permanezcan saludables durante más años, reduciendo así los costes del cuidado social y de la salud, y que se mantengan más tiempo en el empleo, disminuyendo con ello los gastos de las pensiones, que son precisamente las mayores preocupaciones de los niveles sociopolíticos (Foster y Walker, 2013). Para continuar avanzando hacia ello, el enfoque de los sistemas sociales, de cuidado de la salud y de la sociedad en general deberían reorientarse desde el modelo curativo al preventivo, así como del apoyo de la dependencia a la promoción de la rehabilitación y la vida independiente (OMS, 2002; Walker y Maltby, 2012). Por otro lado, las instituciones podrían ayudar en mayor medida a que las personas se adapten a los cambios y limitaciones que les vayan sucediendo a lo largo de sus vidas, integrándolos en la sociedad mediante la formación, el uso de la tecnología, la provisión de dispositivos asistenciales y las modificaciones del entorno para compensar las limitaciones funcionales (Boudiny, 2013; Foster y Walker, 2015). En este sentido, se ha resaltado que el uso de ayudas, desde sencillas ayudas personales, como bastones, andadores o pasamanos, hasta las tecnologías dirigidas al conjunto de la población, pueden reducir la dependencia de las personas con diversidad funcional (OMS, 2002). Además, el incremento del uso de las TIC ha multiplicado el rango de posibilidades y en este sentido, el desarrollo de TIC basadas en las necesidades de las personas mayores pueden ayudarles a continuar comprometidos con actividades importantes para ellos a pesar de ciertas limitaciones relacionadas con la salud (Malanowski, 2009; Wejbrandt, 2014).

Por otra parte, es necesario seguir trabajando para romper los estereotipos negativos y la discriminación asociada a la edad, todavía existentes, ya que limitan la capacidad de los mayores de elegir ciertas actividades y de permanecer enganchados con la vida (Boudiny, 2013; OMS, 2002). En este sentido, aunque se han realizado algunas iniciativas para

promover la participación y el contacto social entre los mayores y tratar de derrocar la visión negativa hacia la edad, como mediante la creación de instalaciones locales donde se desarrollan actividades dirigidas a estos grupos (Bowling, 2005; Hasmanová, 2011), estas iniciativas han derivado en ocasiones en actitudes de discriminación hacia los más jóvenes (Hasmanová, 2011). Por ello, ahora toca orientar los esfuerzos a la promoción de la solidaridad intergeneracional, que constituye uno de los retos y principios del envejecimiento activo, mediante la integración de los mayores en la sociedad como ciudadanos de pleno derecho (Foster y Walker, 2015; Walker, 2002, 2006). Para ello, es necesario implicar a toda la sociedad utilizando organizaciones como los colegios, comunidades o las ONG, como entornos propicios para fomentar dicha integración intergeneracional y creando oportunidades reales para llevarla a cabo (OMS, 2002). En relación con esta idea, el aprendizaje intergeneracional sería una buena forma de promoverla y este a su vez facilitaría la transmisión de valores culturales, fomentaría la valía de personas de todas las edades y promovería actitudes positivas y realistas hacia la edad (OMS, 2002). En este sentido, los mayores podrían convertirse, por ejemplo, en modelos de envejecimiento activo y mentores de las personas más jóvenes.

Para que este cambio en las estructuras sociales y las representaciones cognitivas del envejecimiento sea posible, es necesario la coordinación de las políticas de diferentes sucursales para poder abordar de forma integral los aspectos económicos, laborales y sociales del envejecimiento (EC, 2002; Lassen y Moreira, 2014). En el plano laboral, deberían retirarse las barreras estructurales como las edades de jubilación obligatorias vigentes, con el fin de luchar contra la discriminación por edad en los lugares de trabajo, ya que ignora la diversidad entre las personas mayores de la misma edad (Walker, 2002). No se trata de obligar a las personas a trabajar, sino de avanzar hacia planes de jubilación graduales y adaptados en los que la persona mayor pueda decidir cuándo y cómo se quiere jubilar (Boudiny, 2013; Walker, 2002). Ya en la Segunda Asamblea Mundial del Envejecimiento de la ONU (2002), celebrada en Madrid, se afirmó que ‘las personas mayores deben tener la oportunidad de trabajar tanto como deseen y sean capaces en trabajos satisfactorios y productivos’. En este punto, el rediseño de los puestos laborales en términos de horarios y entornos en función de los resultados de la evaluación de competencias permitiría a los mayores seguir trabajando, incluso a aquellos con algún tipo de déficit, mientras se mejora su bienestar en el puesto laboral (Boudiny, 2013; Brooke et al., 2013; OMS, 2002). Los puestos de trabajo actuales tienen una menor exigencia física generalizada y aunque requieren una formación y adaptación continua, sus características permiten replantearse las políticas laborales que fomentaban la jubilación anticipada (Boudiny, 2013; Walker y Maltby, 2012).

En relación a la participación social, las restricciones estructurales que limitan la involucración de personas mayores en sistemas de voluntariado, como la fijación de un límite de edad superior, deberían ser eliminadas mediante el rediseño de las tareas desempeñadas por los mayores (Boudiny, 2013; Deeming, 2009). Por otro lado, en términos del cuidado de otras personas, actualmente se fomenta el cuidado de personas mayores en el hogar dado que la creciente proporción de mayores dificulta el acceso a las instituciones de cuidado público y profesional de todas las personas que lo necesitan (Boudiny, 2013; Zaidi, 2014; Zaidi et al., 2013). De esta manera, la provisión de cuidado se presenta como una forma positiva de participar en la sociedad y como una oportunidad para empoderar a los mayores por permitirles superar el aislamiento social tanto al cuidador como al receptor de cuidado (Zaidi, 2014; Zaidi et al., 2013). No obstante, la falta de recursos familiares, con cada vez menos hijos

por núcleo familiar, unida a los efectos negativos derivados del cuidado continuo de personas mayores dependientes o enfermas, como el empeoramiento del bienestar psicológico (Avramov y Moskova, 2003; Boudiny y Mortelmans, 2011; Morrow-Howel, 2000), la experimentación de ansiedad, sentimientos negativos y fatiga o la disminución de recursos económicos (Carmona, 2011), evidencian la necesidad de reajustar las políticas para mejorar la situación de los cuidadores (Walker y Maltby, 2012). Por ejemplo, es necesario proveer de mayores y mejores ayudas institucionales y económicas a los cuidadores, incrementar el conocimiento de la enfermedad de la persona a la que cuidan, informarles de las ayudas asistenciales disponibles, proporcionar ayudas para adaptar el hogar y facilitar el disfrute de tiempo de ocio y de descanso (Boudiny, 2013; OMS, 2002). Todo ello les permitiría tener un mayor control sobre su propia vida, un buen nivel de bienestar y compensar sus actuales desventajas sociales y económicas, avanzando hacia un equilibrio entre autocuidado, la ayuda informal y la atención formal (Boudiny, 2013; OMS, 2002).

Al respecto, la opción residencial sigue siendo la opción menos preferida por los mayores, que optan por seguir en su hogar siempre y cuando sea posible, incluso con limitaciones funcionales y de hecho, suelen optar por cambiar sus rutinas diarias antes que abandonar su hogar (Monreal, 2008; Zeitler et al., 2012). Esta postura es comprensible, ya que trasladarse a una residencia suele suponer un gran cambio para las personas, no sólo en lo referente al lugar donde vivir sino también a la ruptura con su entorno social (Boudiny, 2013). Además, aunque en la actualidad las residencias están modificando su atención mediante iniciativas centradas en la persona, como por ejemplo enfatizando la decisión conjunta de los elementos que les afectan, ciertos subgrupos son todavía susceptibles de ser tratados de forma paternalista (Boudiny, 2013; Thompson y Thompson, 2001). Por ello, debería ampliarse la promoción del envejecimiento activo desde el ámbito residencial y tratar de involucrar más a los mayores en la vida diaria de las mismas y de la sociedad así como de promover la participación en decisiones incluso de asuntos corrientes (Boudiny, 2013). Por otro lado, es necesario modificar y adaptar los elementos físicos a las necesidades y deseos de los mayores, cuidando elementos como el entorno o el jardín (Pettigrew y Robers, 2008), incrementando la presencia de la familia y amigos y explotando las oportunidades que supone vivir de manera colectiva para socializar en función de intereses comunes (Boudiny, 2013; Edwards, Courtney, y O'Reilly, 2003; Reed et al., 2003). Otro aspecto en el que se debería seguir trabajando es en la adaptación del paradigma para incluir grupos poblacionales con algún grado de diversidad funcional o de dependencia, adaptando las iniciativas a sus características y necesidades, ya que el compromiso con la vida y la dependencia no son mutuamente excluyentes (Boudiny, 2013; Boudiny y Mortelmans, 2011; Buys et al., 2008; Ranzijn, 2010; Walker, 2002, 2006). Al respecto, se debe comprometer a toda la sociedad para facilitar su interacción con personas con estas características. Por ejemplo, teniendo en cuenta que la disminución de la capacidad auditiva es una limitación sensorial relativamente común, sería interesante involucrar a la sociedad en el aprendizaje del lenguaje de signos para facilitar su comunicación con los demás (OMS, 2002).

Adicionalmente, de manera similar a lo mostrado por los resultados de este estudio, se recalca la necesidad de abordar las desigualdades existentes en función del género, los ingresos económicos o el hábitat, ya que los entornos rurales, las mujeres y las personas con menores ingresos tienen menos oportunidades de envejecer activamente (Zunzunegui y Béland, 2010). Por una parte, es necesario dar una respuesta coordinada a la desigualdad de género, todavía vigente, compensando las dificultades que afrontan las mujeres a lo largo del

proceso de envejecimiento (Foster y Walker, 2013; OMS, 2002). Por otra, es necesario erradicar la pobreza, enfocándose en este caso en la vejez, facilitando el alcance de un buen nivel económico así como el acceso a los servicios de salud y sociales y los relacionados con la dependencia, ya que ello permitirá mantener la funcionalidad hasta edades más avanzadas (OMS, 2002; Zunzunegui y Béland, 2010). Por último, coincidiendo con los resultados aportados en esta investigación, se ha puesto de manifiesto la importancia de abordar el envejecimiento en el medio rural, por sus menores oportunidades relativas de envejecer activamente y porque este seguirá incrementándose en los próximos años, aumentando con ello las personas que requieran atención (Monreal, 2008; OMS, 2002; Zunzunegui y Béland, 2010). En estos entornos, los patrones de enfermedad suelen ser diferentes a los de las zonas urbanas por sus condiciones medioambientales, por la ausencia de servicios de asistencia cercanos y adecuados, por el aislamiento respecto a personas jóvenes y por la carencia de un servicio de transporte público apropiado, suponiendo todos estos factores un mayor riesgo para las personas que envejecen ahí (OMS, 2002; Zunzunegui y Béland, 2010).

Teniendo en cuenta que el ambiente físico, social y económico donde se envejece supone un fuerte determinante de la salud y la capacidad funcional (OMS, 2002; Zaidi, 2014; Zunzunegui y Béland, 2010), los gobiernos se enfrentan a un reto importante para asegurar que los entornos comunitarios cumplan las necesidades de movilidad de una población que envejece (Zeitler et al., 2012), faciliten las decisiones de comportamiento saludables y restablezcan la funcionalidad de los mayores así como la participación en la vida social incluso en situaciones de fragilidad (OMS, 2002). Por este motivo en los últimos años ha cobrado tanta relevancia el estudio de los entornos amigables con los mayores (Buffel et al., 2014; Buffel, Phillipson, y Scharf, 2012, 2013; Plouffe y Kalache, 2010) y de los elementos físicos del entorno que influyen en el envejecimiento activo (Michael et al., 2006; Zeitler et al., 2012). La adaptación de los materiales y construcciones urbanísticas para prevenir caídas y proporcionar seguridad a los vecindarios permitiría a las personas ser independientes más tiempo, ya que los mayores que viven en entornos inseguros o zonas con múltiples barreras físicas son menos proclives a salir, y por tanto, más propensos al aislamiento, la depresión, al peor estado físico y a los problemas de movilidad (OMS, 2002). Por ello, es importante que se incorpore el conocimiento sobre el envejecimiento activo en los programas de formación de los trabajadores sanitarios, los servicios sociales y de animación y de los arquitectos (OMS, 2002). Este último grupo es especialmente relevante ya que así se podrá tener en cuenta a la población mayor a la hora de diseñar y organizar la urbanización de las ciudades para crear entornos ambientales inclusivos y facilitadores del envejecimiento activo.

Por último, es necesario favorecer la participación de las personas mayores en los órganos de decisión de las entidades locales y de las asociaciones comunitarias. Con esto se podría evitar la imposición de iniciativas y proyectos desde los responsables políticos y los investigadores, favoreciendo el diálogo bidireccional con los propios mayores y concienciando sobre su realidad tanto en sentido positivo como negativo, de modo que se puedan solventar sus necesidades (Holstein y Minkler, 2007; OMS, 2002; Walker, 2002). Así, su participación en diferentes áreas de la comunidad hará visible su valiosa contribución social, facilitando su reconocimiento, la aplicación de su conocimiento y la mejora de la sociedad (Foster y Walker, 2013). Todo este fomento de la participación en sus comunidades locales requiere la entrada de recursos para no disminuir la salud y el bienestar de los mayores (Lloyd et al., 2014), por lo que las iniciativas realizadas en este ámbito deberían abordarse de un modo integral y coordinado, incluyendo a todos los grupos de interés y armonizando las

actuaciones en términos de educación, empleo, economía, vivienda, transporte y sector socio-sanitario (OMS, 2002).







9. CONCLUSIONS





9. Conclusions

In conclusion, the results of this dissertation can be considered a step forward in the way of clarifying the debates found in the literature and the unification of the different approximations which study the concept of active ageing at an individual level. Firstly, the problematic about the absence of an operative definition of the concept was addressed. Its current diversity of meanings makes the research and the implementation of politics national and internationally difficult (Sidorenko & Zaidi, 2013). This dissertation contributed to the empiric and quantitative study of the concept, making progress towards a more inclusive and fair version of active ageing to all age groups.

Secondly, an attempt to shed light on the disagreement among the studies has been made. Even though only a few studies conceived this concept in a global way, their results differ. A possible explanation alludes to the way of measurement of the concept of active ageing being different among the studies, either based on a criteria list composed of dichotomist variables which are necessary to meet, or through the sum of numbers of criteria fulfilled. That is why the main objective of this dissertation was to provide a tool which can measure the concept of active ageing in an integral, quantitative and continue way, also making possible to obtain scores for each dimension. Moreover, this tool is aimed at an individual level and could contribute to meet the needs of providing empirical evidence about the effectiveness of intervention programmes (Bowling & Iliffe, 2006).

The approach of active ageing as a continuum provided in this dissertation does not reject people with disabilities and includes a variety of activities as alternative ways to age actively. In doing this, the recommendations about incorporating the heterogeneity of older people as a continuum are incorporated (Fernández-Ballesteros, 2009). Its importance is reflected in the manifest concern about the transformation of this paradigm in an excessively idealised one which ignores the actual features of this age group and which makes a negative impact on older people's wellbeing (Boudiny, 2013; Hasmanová, 2011; Holstein & Minkler, 2007). The results hereby obtained supports the hypothesis of including two big types of variables as components of active ageing, those referring to global health and those alluding to different ways of participation. All these variables are proposed from a multidimensional perspective, by matching different spheres of people's life. Thus, the triangle created by the three approximations found in the literature (political, scientific and social) is reconciled in a certain way.

Thirdly, the findings of this study evidenced the existing inequalities when ageing actively in this region, by highlighting the work that is still necessary to do in order to diminish them. Nevertheless, having an empirically validated tool available will allow monitoring this process in the future, as well as the effect of the initiatives developed both on active ageing of the global population and the efforts oriented to solve the current inequalities.

Finally, this dissertation shows that the global concept of active ageing is important in older people's lives in terms of life satisfaction. In addition, active coping styles are related to higher possibilities of following an active process of ageing. In conclusion, it seems that the active ageing paradigm is moving in the right direction and maybe, with some considerations and improvements in the implementation of measures at an institutional level as showed above, it could benefit not only older people but also the whole society.





10. BIBLIOGRAFÍA



10. Bibliografía

- Abellán A., y Pujol, R. (2016). Un perfil de las personas mayores en España, 2016. Indicadores estadísticos básicos. Madrid, Informes Envejecimiento en red nº 14. [Fecha de publicación 22/01/2016]. Recuperado de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos16.pdf>
- Ahrentzen, S. (2010). On their own turf: community design and active aging in a naturally occurring retirement community. *Journal of Housing For the Elderly*, 24, 267-290. doi: 10.1080/02763893.2010.522453
- Ahtonen, A. (2012). Healthy and active ageing: turning the “silver” economy into gold. Policy brief. Brussels, Belgium: Autor. Recuperado de https://www.dcu.ie/sites/default/files/afu/Healthy_and_active_ageing_2012.pdf
- Aldwin, C. M., y Gilmer, D. F. (2003). Health, illness and optimal aging: biological and psychosocial perspectives. Thousand Oaks, USA: SAGE.
- Aldwin, C. M., Spiro, A. I., y Park, C. L. (2006). Health, behavior, and optimal aging: A Lifespan developmental perspective. En J. Birren y K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the Psychology of Aging* (6th ed., pp. 85-104). San Diego, USA: Academic Press.
- Alvarado, R., y Vera, A. (1996). La Escala de Balance Afectivo y su relación con algunas variables psicosociales. *Revista de Psiquiatría*, 12, 67-73.
- Amor, P. J., Holgado-Tello, F. P., Lasa-Aristu, A., Domínguez-Sánchez, F. J., y Delgado, B. (2015). Estructura factorial de la Escala de Balance Afectivo en población normativa. *Clínica y Salud*, 26, 73-80. doi:10.1016/j.clysa.2015.03.001
- Andrews, F. M., y Withey, S. B. (1976). *Social indicators of well-being: American's Perceptions of life quality*. New York, USA: Plenum Press.
- Angus, J., y Reeve, P. (2006). Ageism: a threat to “aging well” in the 21st century. *Journal of Applied Gerontology*, 25, 137–152. doi: 10.1177/0733464805285745
- Annear, M., Keeling, S., Wilkinson, T. I. M., Cushman, G., Gidlow, B. O. B., y Hopkins, H. (2014). Environmental influences on healthy and active ageing: a systematic review. *Ageing & Society*, 34, 590-622. doi: 10.1017/S0144686X1200116X
- Antonucci, T. C., Ashton-Miller, J. A., Brant, J., Falk, E. B., Halter, J. B., Hamdemir, L., ... Webster, N. J. (2012). The Right to Move: A Multidisciplinary Lifespan Conceptual Framework. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 2012(873937), 11. doi: 10.1155/2012/873937
- Arking, R. (1991). *Biology of Aging: Observations and Principles*. New Jersey, USA: Prentice Hall.
- Atchley, R. (1989). A continuity theory of normal aging. *The Gerontologist*, 29, 183-190.
- Atchley, R. (1999). *A continuity and adaptation theory in aging. Creating positive experiences*. Baltimore, USA: John Hopkins University Press.
- Atchley, R. C. (2006). Activity theory. En R. Schulz (Ed.), *The Encyclopedia of aging* (4o ed., pp. 9–13). New York, USA: Springer.
- Atienza, F. L., Pons, D., Balaguer, I., y García-Merita, M. (2000). Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en adolescentes. *Psicothema*, 12, 314-319.

- Avlund, K., Holstein, B. E., Mortensen, E. L., y Schroll, M. (1999). Active life in old age. Combining measures of functional ability and social participation. *Danish Medical Bulletin*, 46, 345-349.
- Avramov, D., y Maskova, M. (2003). Active ageing in Europe - Volume 1. Population studies, 41, 1-152. Recuperado de <http://www.avramov.org/media/upload/2013/12/demoen.pdf>
- Ballesteros, S. (2007). Envejecimiento saludable: una introducción. En S. Ballesteros (Ed.), *Envejecimiento saludable: Aspectos biológicos, psicológicos y sociales* (pp. 10-49). Madrid: Universitas., UNED - Editorial.
- Baltes, M. M. (1994). Aging well and institutional living: A paradox? En R. P. Abeles, H. C. Gift, y M. G. Ory (Eds.), *Aging and quality of life* (pp. 185-201). New York, USA: Springer.
- Baltes, M. M., y Carstensen, L. L. (1996). The process of successful aging. *Aging & Society*, 16, 397-422.
- Baltes, P. B., y Baltes, M. M. (1990). *Successful Aging: Perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Baltes, P. B., y Smith, J. (2003). New frontiers in the future of aging: from successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology*, 49, 123-135.
- Bandura, A. (1986). *Social foundation of thoughts and actions*. California, USA: Englewood Cliffs, Prentice Hall.
- Barrett, G., y McGoldrick, C. (2013). Narratives of (in)active ageing in poor deprived areas of Liverpool, UK. *International Journal of Sociology and Social Policy*, 33, 347-366. doi: 10.1108/IJSSP-09-2012-0084
- Bass, S., Caro, F., y Chen, Y. P. (1993). *Achieving a productive aging society*. Westport, USA: Auburn House.
- Baztán, J. J., Pérez, J., Alarcón, T., San Cristóbal, E., Izquierdo, G., y Manzarbeitia, J. (1993). Índice de Barthel: instrumento válido para la validación funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 28, 32-40.
- Bearon, L. B. (1996). Successful aging: what does the "goodlife" look like? *The Forum*, 3, 1-7.
- Bellón, J. A., Delgado, A., Luna, J., y Lardelli, P. (1996a). Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. *Atención Primaria*, 18, 153-163.
- Bellón, J. A., Delgado, A., Luna, J. D., y Lardelli, P. (1996b). Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. *Atención Primaria*, 18, 289-295.
- Bentosela, M., y Mustaca, A. E. (2005). Efectos cognitivos y emocionales del envejecimiento: aportes de investigaciones básicas para las estrategias de rehabilitación. *Interdisciplinaria*, 22, 211-235.
- Berg, A. I. (2008). *Life Satisfaction in Late Life: Markers and Predictors of Level and Change Among 80+ Year Olds*. (Tesis doctoral, University of Gothenburg, Suecia). Recuperado de https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/17873/1/gupea_2077_17873_1.pdf
- Berkman, L. F., Seeman, T. E., Albert, M., Blazer, D., Kahn, R., Mohs, R., ... McClearn, G. et al. (1993). High, usual and impaired functioning in community-dwelling older men and women: findings from the MacArthur Foundation Research Network on Successful Aging. *Journal of Clinical Epidemiology*, 46, 1129-1140.
- Biggs, S. (2001). Toward a critical narrativity: Stories of aging in contemporary social policy. *Journal of Aging Studies*, 15, 303-316.

- Birren, J. (1985). Age, Competence, Creativity and Wisdom. En R.N. Butler y H. P. Gleason (Eds.), *Productive aging. Enhancing vitality in later life* (pp. 29-36). New York, USA: Springer.
- Birren, J. (1996). *Encyclopedia of Gerontology. Aging, age and the aged*. New York, USA: Pergamon Press.
- Blanco, J. A. (2003). *La Demencia y el Deterioro Cognoscitivo en el anciano Institucionalizado en la provincia de Zamora: Estudio médico-psicológico y clínico-epidemiológico acerca de la prevalencia y factores relacionados, y validación del mini-examen cognoscitivo (MEC)*. (Tesis doctoral: Universidad de Valladolid, España). Recuperado de http://www.psiquiatria.com.es/ficha_tesis.php?submit=802
- Blanco, M. (2010). Predictores psicosociales del envejecimiento activo: Evidencias en una muestra de personas adultas mayores. *Anales en Gerontología*, 6, 11-29. Recuperado de <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/gerontologia/article/view/8868>
- Blesa, R., Pujol, M., Aguilar, M., Santacruz, P., Bertran-Serra, I., Hernández, G., ..., & NORMACODEM Group. NORMALisation of Cognitive and Functional Instruments for DEMentia. (2001). Clinical validity of the “mini-mental state” for Spanish speaking communities. *Neuropsychologia*, 39, 1150-1157.
- Boudiny, K. (2013). “Active ageing”: From empty rhetoric to effective policy tool. *Ageing & Society*, 33, 1077-1098. doi:10.1017/S0144686X1200030X
- Boudiny, K., y Mortelmans, D. (2011). A critical perspective: Towards a broader understanding of “ active ageing ”. *Electronic Journal of Applied Psychology*, 7(1), 8-14. doi:10.7790/ejap.v7i1.232
- Boulton-Lewis, G. M., Buys, L., y Lovie-Kitchin, J. (2006). Learning and Active Aging. *Educational Gerontology*, 32, 271-282. doi:10.1080/03601270500494030
- Bowling, A. (1993). The concepts of successful and positive ageing. *Family Practice*, 10, 449-453.
- Bowling, A. (2005). *Ageing well. Quality of Life in Old Age*. Maidenhead, UK: Open University Press.
- Bowling, A. (2006). Lay perceptions of successful ageing: Findings from a national survey of middle aged and older adults in Britain. *European Journal of Ageing*, 3, 123-136. doi:10.1007/s10433-006-0032-2
- Bowling, A. (2007). Aspirations for older age in the 21st Century: What Is Successful Aging? *The International Journal of Aging and Human Development*, 64, 263-297.
- Bowling, A. (2008). Enhancing later life: how older people perceive active ageing? *Ageing and Mental Health*, 12, 293-301. doi: 10.1080/13607860802120979.
- Bowling, A. (2009). Perceptions of active ageing in Britain: Divergences between minority ethnic and whole population samples. *Age and Ageing*, 38, 703-710. doi:10.1093/ageing/afp175
- Bowling, A., y Dieppe, P. (2005). What is successful ageing and who should define it? *BMJ British Medical Journal*, 331, 1548-1551. doi:10.1136/bmj.331.7531.1548
- Bowling, A., y Iliffe, S. (2006). Which model of successful ageing should be used? Baseline findings from a British longitudinal survey of ageing. *Age and Ageing*, 35, 607-614. doi:10.1093/ageing/afl100
- Brach, J. S., Simonsick, E. M. Kritchevsky, S., Yaffe, K., Newman, A. B., y Health Aging and Body Composition Study Research Group (2004). The association between physical function and lifestyle activity and exercise in the health, aging and body composition study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52, 502-509.
- Bradburn, N. M. (1969). *The structure of psychological well-being*. Chicago, USA: Aldine.

- Brandtstädter, J., Wentura, D., y Greve, W. (1993). Adaptive resources of the aging self: Outlines of an emergent perspective. *International Journal of Behavioural Development*, 16, 323-349.
- Broadhead, W. E., Gehlbach, S. H., Degruy, F. V., y Kaplan, B. H. (1988). The Duke-UNC functional social support questionnaire: measurement of social support in family medicine patients. *Medical Care*, 26, 709-723.
- Brooke, E., Taylor, P., Mcloughlin, C., y Di Biase, T. (2013). Managing the working body: active ageing and limits to the “flexible” firm. *Ageing & Society*, 33, 1295-1314. doi:10.1017/S0144686X12000426
- Brown, P., y Vickerstaff, S. (2011). Health subjectivities and labor market participation: Pessimism and older workers’ attitudes and narratives around retirement. *Research on Aging*, 33, 529-550. doi:10.1177/0164027511410249
- Bryant, F. B., y Veroff, J. (1982). The structure of psychological well-being: A sociohistorical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 43, 653-673.
- Buffel, T., McGarry, P., Phillipson, C., De Donder, L., Dury, S., De Witte, N., ... Verte, D. (2014). Developing age-friendly cities: case studies from Brussels and Manchester and implications for policy and practice. *Journal of Aging and Social Policy*, 26, 52-72. doi:10.1080/08959420.2014.855043
- Buffel, T., Phillipson, C., y Scharf, T. (2012). Ageing in urban environments: Developing “age-friendly” cities. *Critical Social Policy*, 32, 597-617. doi:10.1177/0261018311430457
- Buffel, T., Phillipson, C., y Scharf, T. (2013). Experiences of neighbourhood exclusion and inclusion among older people living in deprived inner-city areas in Belgium and England. *Ageing & Society*, 33, 89-109. doi:10.1017/S0144686X12000542
- Butler, R. (1974). Successful aging and the role of the life review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 22, 529-535.
- Butler, R. N., y Gleason, H. P. (1985). *Productive aging: Enhancing vitality in later life*. New York, USA: Springer.
- Butler, R. N., Oberlink, M., y Schechter, M. (1990). *The promise of Productive Aging*. New York, USA: Springer.
- Butler, R., y Schechter, M. (1995). Productive Aging. En G. L. Maddox (Ed.), *The encyclopedia of aging* (pp. 763-764). New York, USA: Springer.
- Buys, L., Aird, R., y Miller, E. (2012). Service providers’ perceptions of active ageing among older adults with lifelong intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 56, 1133-1147. doi:10.1111/j.1365-2788.2011.01500.x
- Buys, L., Boulton-Lewis, G., Tedman-Jones, J., Edwards, H., Knox, M., y Bigby, C. (2008). Issues of active ageing: Perceptions of older people with lifelong intellectual disability. *Australasian Journal on Ageing*, 27, 67-71. doi:10.1111/j.1741-6612.2008.00287.x
- Buys, L., y Miller, E. (2006). The meaning of “active ageing” to older Australians: Exploring the relative importance of health, participation and security. En 39th Australian Association of Gerontology Conference. Sydney. Recuperado de <http://eprints.qut.edu.au/6671/>
- Caprara, M., Molina, M. Á., Schettini, R., Santacreu, M., Orosa, T., Mendoza-Núñez, V. M., ... Fernández-Ballesteros, R. (2013). Active aging promotion: Results from the vital aging program. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 2013(817813), 14. doi:10.1155/2013/817813

- Carmona, S. E. (2011). Envejecimiento activo: la clave para vivir más y mejor. Monterrey, México: Universidad Autónoma de Nuevo León. Retrieved from <http://envejecimiento.sociales.unam.mx/articulos/ENVEJECIMIENTO%20ACTIVO.pdf>
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol is too long. Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4, 92-100.
- Casado-Muñoz, R., Lezcano-Barbero, F., y Rodríguez-Conde, M.-J. (2015). Active Ageing and Access to Technology: An Evolving Empirical Study. *Comunicar*, 45, 37-46. doi:10.3916/C45-2015-04
- Chaves, M. L., Camozzato, A. L., Eizirik, C. L., y Kaye, J. (2009). Predictors of normal and successful aging among urban-dwelling elderly brazilians. *The Journals of Gerontology - Series B: Psychological Sciences*, 64B, 597-602. doi:10.1093/geronb/gbp059
- Chodzko-Zajko, W., Schwingel, A., y Park, C. H. (2009). Successful aging: the role of physical activity. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 3, 20-28. doi:10.1177/1559827608325456
- Christensen, K., Doblhammer, G., Rau, R., y Vaupel, J. W. (2009). Ageing populations: the challenges ahead. *The Lancet*, 374, 1196-1208. doi:10.1016/S0140-6736(09)61460-4
- Cid-Ruzafa, J., y Damián-Moreno, J. (1997). Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Revista Española de Salud Pública*, 71, 127-137. doi:10.1590/S1135-57271997000200004
- Clarke, A., y Warren, L. (2007). Hopes, fears and expectations about the future: what do older people's stories tell us about active ageing? *Ageing & Society*, 27, 465-488. doi:10.1017/S0144686X06005824
- Cloos, P., Allen, C. F., Alvarado, B. E., Zunzunegui, M. V., Simeon, D. T., y Eldemire-Shearer, D. (2010). "Active ageing": A qualitative study in six Caribbean countries. *Ageing & Society*, 30, 79-101. doi:10.1017/S0144686X09990286
- Colcombe, S., y Kramer, A. (2003). Fitness effects on the cognitive function of older adults: a meta-analytic study. *Psychological Science*, 14, 125-130. doi:10.1111/1467-9280.t01-1-01430
- Collin, C., Wade, D. T., Davies, S., y Horne, V. (1988). The Barthel ADL Index: a reliability study. *International Disability Studies*, 10, 61-63.
- Corral, M., Rodríguez, M., Amenedo, E., Sánchez, J. L., y Díaz, F. (2006). Cognitive reserve, age, and neuropsychological performance in healthy participants. *Developmental Neuropsychology*, 29, 479-491. doi:10.1207/s15326942dn2903_6
- Correa, J. E., Gámez, E. R., Ibáñez, M., y Rodríguez, K. D. (2011). Aptitud física en mujeres adultas mayores vinculadas a un programa de envejecimiento activo. *Revista Salud de la Universidad Industrial de Santander*, 43, 263-270. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3961193&info=resumen&idioma=SPA>
- Crum, R. M., Anthony, J. C., Bassett, S. S., y Folstein, M. F. (1993). Population-based norms for the Mini-Mental State Examination by age and educational level. *Journal of American Medical Association*, 269, 2386-2391.
- Cumming, E., y Henry, W. (1961). *Growing old. The process of disengagement*. New York, USA: Basic Books.
- Curb, J. D., Guralnik, J. M., LaCroix, A. Z., Korper, S. P., Deeg, D., Miles, T., y Al., E. (1990). Effective aging: Meeting the challenge of growing older. *Journal of the American Geriatrics Society*, 28, 827-828.
- Davey, J. A. (2002). Active Ageing and education in mid and later life. *Ageing & Society*, 22, 95-113.

- Davey, R. J., y Jamieson, S. (2004). The validity of using the mini mental state examination in NICE dementia guidelines. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 75, 343-344.
- Deeming, C. (2009). "Active ageing" in practice: a case study in East London, UK. *Policy & Politics*, 37, 93-111. doi: 10.1332/030557309X397946
- Depp, C. A., y Jeste, D. V. (2006). Definitions and predictors of successful aging: A comprehensive review of larger quantitative studies. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 6-20. doi:10.1097/01.JGP.0000192501.03069.bc
- Di Gessa, G., y Grundy, E. (2014). The relationship between active ageing and health using longitudinal data from Denmark, France, Italy and England. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 68, 261-267. doi:10.1136/jech-2013-202820
- Diamantopoulos, A., y Siguaw, J. A. (2006). Formative versus reflective indicators in organizational measure development: A comparison and empirical illustration. *British Journal of Management*, 17, 263-282. doi:10.1111/j.1467-8551.2006.00500.x
- Diamantopoulos, A., y Winklhoferidi, H. M. (2001). Index Construction with Formative Indicators: An Alternative to Scale Development. *Journal of Marketing Research*, 38, 269-277.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.
- Diener, E., y Emmons, R. (1985). The independence of positive and negative affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47, 1105-1117.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., y Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., y Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-302.
- Díez-Nicolás, J. (1999). Envejecimiento y políticas hacia los mayores en la Unión Europea. En S. Muñoz, J. L. García, y L. González (Eds.), *Las estructuras del Bienestar en Europa* (pp. 779-793). Madrid: Colección: Estudios de la Fundación Once sobre el Bienestar II. Escuela Libre Editorial/Fundación ONCE y Civitas.
- Diggs, J. (2008). Activity theory of aging. En S. Loue y M. Sajatovic (Eds.), *Encyclopedia of Aging and Public Health* (pp. 79-81). New York, USA: Springer. doi:10.1007/978-0-387-33754-8
- Directorate-General for Education and Culture. (2012). *Learning for Active Ageing and Intergenerational Learning - Final Report*. Brussels, Belgium: Autor.
- Dury, S., Donder, L. D., Witte, N. D., Brosens, D., Smetcoren, A.-S., Regenmortel, S. V., y Verte, D. (2015). Is volunteering in later life impeded or stimulated by other activities? *Research on Aging*, 38, 1-25. doi:10.1177/0164027515574777
- Dury, S., Willems, J., De Witte, N., De Donder, L., Buffel, T., y Verté, D. (2014). Municipality and Neighborhood Influences on Volunteering in Later Life. *Journal of Applied Gerontology*, 601-626. doi:10.1177/0733464814533818
- Edwards, H. E., Courtney, M. D., y O'Reilly, M. T. (2003). Involving older people in research to examine quality of life in residential aged care. *Quality in Ageing: Policy, Practice and Research*, 4(4), 38-43.
- Erlinghagen, M., y Hank, K. (2006). The participation of older Europeans in volunteer work. *Ageing & Society*, 26, 567-584. doi: 10.1017/S0144686X06004818
- Ervik, R., Helgøy, I., y Christensen, D. A. (2008). Ideas and policies on active ageing in Norway and the UK. *International Social Science Journal*, 58, 571-584. doi:10.1111/j.1468-2451.2008.00656.x

- Esposito, V., Chin, W. W., Henseler, J., y Wang, H. (2010). *Handbook of Partial Least Squares: Concepts, Methods and Applications in Marketing and Related Fields*. Berlin, Germany: Springer. Retrieved from <http://link.springer.com/10.1007/978-3-540-32827-8>
- Estes, C. (1979). *The aging enterprise*. San Francisco, USA: Jossey-Bass.
- European Commission (1999). *Towards a Europe for All Ages*. Brussels, Belgium: Author. Recuperado de http://ec.europa.eu/employment_social/social_situation/docs/com221_en.pdf
- European Commission (2002). *Europe's response to World ageing — Promoting economic and social progress in an ageing world: A contribution of the European Commission to the 2nd World Assembly on Ageing*. Brussels, Belgium. Author. Recuperado de <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=celex:52002DC0143>
- European Commission (2005a). *Common actions for growth and employment: The Community Lisbon programme*. Brussels, Belgium. Author. Recuperado de <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=URISERV%3Ac10528>
- European Commission (2005b). *Working together, working better: A new framework for the open coordination of social protection and inclusion policies in the European Union*. Brussels, Belgium: Autor. Recuperado de <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=celex%3A52005DC0706>
- European Commission (2008). *Joint report on social protection and social inclusion 2008 - social inclusion, pensions, healthcare and long-term care*. Brussels, Belgium: Author.
- European Commission (2012). *Demography, active ageing and pensions - Social Europe guide Volume 3*. Luxembourg, Luxembourg: Autor. Recuperado de <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=738&langId=en&pubId=6805>
- Eurostat (2011). *The greying of the babyboomers: A century-long view of ageing in European Populations. Statistics in Focus*. Eurostat: Statistical Office of the European Union, 23/2011.
- Facal-Mayo, D., Juncos-Rabadán, O., Álvarez, M., Pereiro, A. X., y Díaz, F. (2006). Efectos del envejecimiento en el acceso al léxico. El fenómeno de la punta de la lengua ante los nombres propios. *Revista de Neurología*, 43, 719-723.
- Fereshtehnejad, S.-M., y Lökk, J. (2014). Active aging for individuals with Parkinson's Disease: definitions, literature review, and models. *Parkinson's Disease*, 2014 (739718), 8. doi:10.1155/2014/739718
- Fernández-Ballesteros, R. (1986). *Hacia una vejez competente*. En M. Carretero, A. Marchesi, y J. Palacios (Eds.), *Psicología evolutiva*, vol III. Madrid, España: Alianza.
- Fernández-Ballesteros, R. (2000). *Gerontología Social*. Madrid, España: Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. (2005). Evaluation of "Vital Ageing-M": A psychosocial programme for promoting optimal ageing. *European Psychologists*, 10, 146-156. doi 10.1027/1016-9040.10.2.146
- Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Envejecimiento activo: Contribuciones de la psicología*. Madrid, España: Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R., et al. (2006). *Estudio Longitudinal sobre Envejecimiento Activo (ELEA)*. Madrid, IMSERSO, Estudios I+D+I, n°37. Recuperado de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/imserso-estudiosidi-38.pdf>
- Fernández-Ballesteros, R., y Calero, M. D. (1995). Training effects in intelligence of older persons. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 20, 135-148.
- Fernández-Ballesteros, R., Caprara, M. G., y García, L. F. (2004a). *Vivir con vitalidad-M® : Un programa europeo multimedia*. *Intervención Psicosocial*, 13, 63-85.

- Fernández-Ballesteros, R., Kruse, A., Zamarrón, M. D., y Caprara, M. G. (2007). Quality of life, life satisfaction, and positive ageing. En R. Fernández-Ballesteros (Ed.), *Geropsychology. An European perspective for an ageing world* (pp. 196-223). Göttingen, Germany: Hogrefe y Huber.
- Fernández-Ballesteros, R., Robine, J. M., Walker, A., y Kalache, A. (2013). Active aging: A global goal. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 2013(298012). doi:10.1155/2013/298012
- Fernández-Ballesteros, R., y Zamarrón, M. D. (2007). CUBRECAVI. Cuestionario Breve de Calidad de Vida. TEA ediciones.
- Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M. D., López, M. D., Molina, M. Á., Díez, J., Montero, P., y Schettini, R. (2010). Envejecimiento con éxito: Criterios y predictores. *Psicothema*, 22, 641-647.
- Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M. D., Rudinger, G., Schroots, J. J. F., Hekkinen, E., Drusini, A., ... Rosenmayr, L. (2004b). Assessing competence: The European Survey on Aging Protocol (ESAP). *Gerontology*, 50, 330-347. doi:10.1159/000079132
- Fernández-Mayoralas, G., Giráldez-García, C., Forjaz, M. J., Rojo-Pérez, F., Martínez-Martín, P., y Prieto-Flores, M. P. (2012). Design, measures and sample characteristics of the CadeViMa-Spain survey on quality of life in community-dwelling older adults. *International Psychogeriatrics*, 24, 425-438. doi:10.1017/S1041610211002018
- Fernández-Mayoralas, G., Rojo-Pérez, F., Martínez-Martín, P., Prieto-Flores, M.-E., Rodríguez-Blázquez, C., Martín-García, S., ... Forjaz, M.-J. (2015). Active ageing and quality of life: factors associated with participation in leisure activities among institutionalized older adults, with and without dementia. *Ageing & Mental Health*, 19, 1031-1041. doi:10.1080/13607863.2014.996734
- Fernández-Prado, S., Conlon, S., Mayán-Santos, J. M., y Gandoy-Crego, M. (2012). The influence of a cognitive stimulation program on the quality of life perception among the elderly. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 54, 181-184. doi:10.1016/j.archger.2011.03.003
- Ferring, D., Balducci, C., Burholt, V., Wenger, C., Thissen, F., Weber, G., ..., Hallberg, I. (2004). Life satisfaction of older people in six European countries: findings from the European Study on Adult Well-Being. *European Journal of Ageing*, 1, 15-25. doi:10.1007/s10433-004-0011-4
- Ferring, D., y Philipp, S.-H. (2000). Coping as a "reality construction": on the role of attentive, comparative, and interpretative processes in coping with cancer. En J. Harvey y E. Miller (Eds.), *Loss and trauma. General and close relationship perspectives*. (pp. 146-165). Philadelphia, USA: Brunner/Mazel.
- Fisher, B. J. (1992). Successful aging and life satisfaction: A pilot study for conceptual clarification. *Journal of Aging Studies*, 6, 191-202. doi:10.1016/0890-4065(92)90012-U
- Fisher, B. J. (1995). Successful aging, life satisfaction, and generativity in later life. *The International Journal of Aging and Human Development*, 41, 239-250.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., y McHugh, P. R. (1975). Mini-Mental State. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.
- Foster, L., y Walker, A. (2013). Gender and active ageing in Europe. *European Journal of Ageing*, 10, 3-10. doi:10.1007/s10433-013-0261-0
- Foster, L., y Walker, A. (2015). Active and successful aging: A European policy perspective. *The Gerontologist*, 55, 83-90. doi:10.1093/geront/gnu028

- Foy, C. G., Vitolins, M. Z., Case, L. D., Harris, S. J., Massa-Fanale, C., Hopley, R. J., ... Gaspari, J. (2013). Incorporating prosocial behavior to promote physical activity in older adults: Rationale and design of the program for active aging and community engagement (PACE). *Contemporary Clinical Trials*, 36, 284-297. doi:10.1016/j.cct.2013.07.004
- Franco, P., y Sánchez, A. (2008). Saber envejecer: aspectos positivos y nuevas perspectivas. *Foro de Educación*, 10, 369-383.
- Freund, A. M., y Baltes, P. B. (1998). Selection, optimization, and compensation as strategies of life management: correlations with subjective indicators of successful aging. *Psychology and Aging*, 13, 531-543.
- Fries, J. F. (1989a). *Aging well*. New Cork: Addison-Wesley Publishing Company.
- Fries, J. F. (1989b). The Compression of Morbidity: Near or far?. *The Milbank Quarterly*, 67, 208-232. doi:10.1016/B978-0-12-411596-5.00019-8
- Fries, J. F. (1990). Medical perspectives upon successful aging. En P. B. Baltes y M. M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences* (pp. 35-49). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Fries, J. F. (1999). The case for healthy aging and the compression of morbidity. En K. Dychtwald (Ed.), *Healthy Aging: Challenges and Solutions*. (pp. 45-60). Gaithersburg, USA: Aspen Publications.
- Fries, J. F. (2002). Successful aging - an emerging paradigm of gerontology. *Clinics in Geriatric Medicine*, 18, 371-382. doi:10.1016/S0749-0690(02)00021-6
- Fries, J. F. (2012). The theory and practice of active aging. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 2012(420637), 7. doi:10.1155/2012/420637
- Fries, J. F., y Crapo, L. (1981). *Vitality and Aging: Implications of the Rectangular Curve*. San Francisco, USA: W.H. Freeman.
- FUTURAGE. (2011). *FUTURAGE: A road map for ageing research*. Recuperado de <http://futurage.group.shef.ac.uk/>
- García, B. (1998). Los mayores y el mundo rural. *Documentación social*, 112, 97-108. Recuperado de <http://www.caritas.es/imagesrepositorio/CapitulosPublicaciones/590/07%20-%20LOS%20MAYORES%20EN%20EL%20MUNDO%20RURAL.PDF>
- Gatto, S. L., y Tak, S. H. (2008). Computer, Internet, and e-mail use among older adults: Benefits and barriers. *Educational Gerontology*, 34, 800-811. doi: 10.1080/03601270802243697
- Gauthier, A. H., y Smeeding, T. M. (2003). Time use at older ages: Cross-national differences. *Research on Ageing*, 25, 247-274.
- Gergen, M. M., y Gergen, K. J. (2001). Positive aging: New images for a new age. *Ageing International*, 27, 3-23.
- Gibson, R. C. (1995). Promoting successful and productive aging in minority populations. En L. A. Bond, S. J. Cutler, y A. Grams (Eds.), *Promoting successful and productive aging* (pp. 279-288). Thousand Oaks, USA: Sage.
- Gjevjon, E. R., Øderud, T., Wensaas, G. H., y Moen, A. (2014). Toward a typology of technology users: How older people experience technology's potential for active aging. *Studies in Health Technology and Informatics*, 201, 25-31. doi:10.3233/978-1-61499-415-2-25
- Godoy-Izquierdo, D., Martínez, A., y Godoy, J. F. (2008). La Escala de Balance Afectivo: Propiedades psicométricas de un instrumento para la medida del afecto positivo y negativo en población española. *Clínica y Salud*, 19, 157-189.

- González, J. (2006). Desarrollo de una batería de Test para la valoración de la capacidad funcional en las personas mayores, y su relación con los estilos de vida, el bienestar subjetivo y la salud. Madrid, IMSERSO, Estudios I+D+I, n° 45. Recuperado de <http://www.imsero.es/InterPresent2/groups/imsero/documents/binario/vacafun.pdf>
- González, M. F., Facal, D., y Yaguas, J. (2013). Funcionamiento cognitivo en personas mayores e influencia de variables socioeducativas - Resultados del Estudio ELES. *Escritos de Psicología*, 6(3), 34–42. doi:10.5231/psy.writ.2013.1611
- Granger, C. V., Albrecht, G. L., y Hamilton, B. B. (1979). Outcome of comprehensive medical rehabilitation: measurement by PULSES profile and the Barthel Index. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 60, 145-154.
- Guralnik, J. M., y Kaplan, G. A. (1989). Predictors of healthy aging: prospective evidence from the Alameda County Study. *American Journal of Public Health*, 79, 703-708.
- Hansson, R. O., Robson, S. M., y Limas, M. J. (2001). Stress and coping among older workers. *Work: A Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation*, 17, 247-256.
- Harman, D. (2003). The free radical theory of aging. *Antioxidant & Redox Signaling*, 5, 557-561.
- Harris, A. H. S., y Thoresen, C. E. (2005). Volunteering is associated with delayed mortality in older people: analysis of the longitudinal study of aging. *Journal of Health Psychology*, 10, 739-752. doi:10.1177/135910530505057310
- Hasmanová, J. (2011). Leisure in old age: Disciplinary practices surrounding the discourse of active ageing. *International Journal of Ageing and Later Life*, 6(1), 5-32. doi:10.3384/ijal.1652-8670.11615
- Haveman-Nies, A., de Groot, L., y van Staveren, W. A. (2003). Dietary quality, lifestyle factors and healthy ageing in Europe: the SENECA study. *Age and Ageing*, 32, 427-434.
- Havighurst, R. (1953). The leisure activities of the middle-aged. *American Journal of Sociology*, 63, 152-162.
- Havighurst, R. (1963). Successful ageing. En R. Williams, C. Tibbitts, y W. Donahue (Eds.), *Process of ageing* (Vol. 1) (pp. 299-320). New York, USA: Atherton.
- Havighurst, R. J. (1961). Successful aging. *The Gerontologist*, 1, 8-13. doi:10.1093/geront/1.1.8
- Havighurst, R. J., Neugarten, B. L., y Tobin, S. S. (1963). Disengagement, personality and life satisfaction in the later years. En P. F. Hansen (Ed.), *Age with a future* (pp. 419-425). Copenhagen, Denmark: Munksgaard.
- Herrera, G. P., y Rodríguez, L. (2009). Estudio piloto de validación del instrumento Brief COPE Inventory en su versión en español para evaluar estrategias de afrontamiento en mujeres con cáncer de seno. (Tesis de grado. Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá). Recuperado de <http://javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/2009/DEFINITIVA/tesis13.pdf>
- Herzog, A. R., Franks, M. M., Markus, H. R., y Holmberg, D. (1998). Activities and well-being in older age: Effects of self-concept and educational attainment. *Psychology and Aging*, 13, 179-185. doi:10.1037/0882-7974.13.2.179
- Herzog, A. R., y Morgan, J. N. (1992). Age and gender differences in the value of productive activities: Four different approaches. *Research on Aging*, 14, 169-198. doi:10.1177/0164027592142002
- Hirai, H., Kondo, K., y Kawachi, I. (2012). Social determinants of active aging: Differences in mortality and the loss of healthy life between different income levels among older japanese in the ages cohort study. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 2012 (701583), 9. doi:10.1155/2012/701583

- Hirsch, B. T., Macpherson, D. A., y Hardy, M. A. (2000). Occupational age structure and access for older workers. *Industrial and Labor Relations Review*, 53, 401-418.
- Hofäcker, D. (2015). In line or at odds with active ageing policies? Exploring patterns of retirement preferences in Europe. *Ageing & Society*, 35, 1529–1556. doi:10.1017/S0144686X1400035X
- Holstein, M. B., y Minkler, M. (2003). Self, society, and the “new gerontology.” *The Gerontologist*, 43, 787-796.
- Holstein, M. B., y Minkler, M. (2007). Critical gerontology: Reflections for the 21st century. En M. Bernard y T. Scharf (Eds.), *Critical perspectives on ageing societies* (pp. 13-26). Cambridge, UK: Polity Press.
- Horgas, A. L., Wilms, H. U., y Baltes, M. M. (1998). Daily life in very old age: everyday activities as expression of successful living. *The Gerontologist*, 38, 556-568.
- Houben, M., Audenaert, V., y Mortelmans, D. (2004). Vrije tijd en tijdsbesteding [Leisure and time allocation]. En T. Jacobs, L. Vanderleyden, y L. Vanden Boer (Eds.), *Op latere leeftijd. De leefsituatie van 55-plussers in Vlaanderen*. (pp. 225-252). Antwerp, Belgium: Garant.
- House, J. S., Kahn, R. L., McLeod, J. D., y Williams, D. (1985). Measures and concepts of social support. En S. Cohen y S. L. Syme (Eds.), *Social support and health* (pp. 83-108). San Diego, USA: Academic Press.
- Hsu, H. C., y Tung, H. J. (2011). Coping strategies and adaptation for the disabled elderly in Taiwan. *Geriatrics and Gerontology International*, 11, 488-495. doi:10.1111/j.1447-0594.2011.00701.x
- Hutchinson, Susan, L., Loy, D. P., Kleiber, D. A., y Dattilo, J. P. (2003). Leisure as a coping resource: variations in coping with traumatic injury and illness. *Leisure Sciences*, 25, 143-161. doi:10.1080/01490400306566
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2011). *Envejecimiento activo. Libro blanco. Imserso. Madrid, España: Autor. Recuperado de http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/8088_8089libro_blancoenv.pdf*
- INE (2015) *Estado de salud (estado de salud percibido, enfermedades crónicas, calidad de vida, dependencia funcional). Recuperado de http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926692949&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout*
- Jang, Y., Mortimer, J. A., Haley, W. E., y Borenstein, A. R. (2004). The role of social engagement in life satisfaction: Its significance among older individuals with disease and disability. *Journal of Applied Gerontology*, 23, 266-278. doi: 10.1177/0733564804267579
- Juengst, E. (2005). Can aging be interpreted as a healthy, positive process? En M. Wykle, P. Whitehouse, y D. Norris (Eds.), *Successful aging through the life span. Intergenerational Issues in health* (pp. 3–19). New York, USA: Springer.
- Kahana, E., y Kahana, B. (1996). Conceptual and empirical advances in understanding aging well through proactive adaptation. En V. Bengtson (Ed.), *Adulthood and aging: Research on continuities and discontinuities* (pp. 18-40). New York, USA: Springer.
- Kahana, E., y Kahana, B. (2003). Contextualizing successful aging: New directions in age-old search. En R. Settersen Jr. (Ed.), *Invitation to the life course. A new look at old age* (pp. 225–255). Amityville, USA: Baywood Publishing.

- Kahn, R. L. (2003). Successful aging: Intended and unintended consequences of a concept. En L. W. Poon, S. H. Gueldner, y B. M. Sprouse (Eds.), *Successful aging and adaptation with chronic diseases*. (pp. 55-69). New York, USA: Springer.
- Kahng, S. K. (2008). Overall successful aging: Its factorial structure and predictive factors. *Asian Social Work and Policy Review*, 2, 61-74. doi:10.1111/j.1753-1411.2008.00010.x
- Kalache, A. (1999). Active ageing makes the difference. *Bulletin of the World Health Organization*, 77, 299. doi:10.1097/00001504-199907000-00012
- Kalache, A., y Kickbusch, I. (1997). A global strategy for healthy ageing. *World Health*, 4, 4-5.
- Kane, R. (2003). The contribution of geriatric health services research to successful aging. *Annals of Internal Medicine*, 139, 460-462.
- Katz, S. (2000). Busy Bodies: Activity, aging, and the management of everyday life. *Journal of Aging Studies*, 14, 135-152. doi:10.1016/S0890-4065(00)80008-0
- Katz, S. (2005). *Cultural Aging: Life Course, Lifestyle and Senior Worlds*. Peterborough, Canada: Broadview Press.
- Katz, S. (2013). Active and successful aging. Lifestyle as a gerontological idea. *Recherches Sociologiques et Anthropologiques*, 9, 53-75. doi:10.4000/rsa.910
- Kaufman, S. R. (1986). *The Ageless Self*. Madison, USA: University of Wisconsin Press.
- Kim, K. A., y Mueller, D. J. (2001). To balance or not to balance: Confirmatory factor análisis of the Affect-Balance Scale. *Journal of Happiness Studies*, 2, 289-306.
- Kim, Y. S. (2008). Reviewing and critiquing computer learning and usage among older adults. *Educational Gerontology*, 34, 709-735. doi:10.1080/03601270802000576
- Kliegl, R., Smith, J., y Baltes, P. B. (1989). Testing the limits in the study of adult age differences in cognitive plasticity of a mnemonic skill. *Developmental Psychology*, 25, 247-256.
- Knight, T., y Ricciardelli, L. A. (2003). Successful aging: perceptions of adults aged between 70 and 101 years. *The International Journal of Aging and Human Development*, 56, 223-245.
- Kobau, R., Safra, M. A., Zack, M. M., Moriarty, D. G., y Chapman, D. (2004). Sad, blue, or depressed days, health behaviors and health-related quality of life, Behavioral Risk Factor Surveillance System, 1995-2000. *Health and Quality of Life Outcomes*, 30, 40. doi:10.1186/1477-7525-2-40
- Kruse, A., y Schmitt, E. (2012). Generativity as a route to active ageing. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 2012(647650), 9. doi:10.1155/2012/647650
- LaCroix, A. Z., Newton, K. M., Leveille, S. G., y Wallace, J. (1997). Healthy aging. A women's issue. *Western Journal of Medicine*, 167, 220-232.
- Lassen, A. J., y Moreira, T. (2014). Unmaking old age: Political and cognitive formats of active ageing. *Journal of Aging Studies*, 30, 33-46. doi:10.1016/j.jaging.2014.03.004
- Latorre, J. M., Serrano, J. P., Ricarte, J., Bonete, B., Ros, L., y Sitges, E. (2015). Life Review Based on Remembering Specific Positive Events in Active Aging. *Journal of Aging and Health*, 27, 140-157. doi:10.1177/0898264314541699
- Lawton, M. P. (1983). Environment and other determinants of well-being in older people. *The Gerontologist*, 13, 349-357.
- Lawton, M. P., y Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9, 179-186. doi:10.1093/geront/9.3_Part_1.179
- Lazarus, R. S., y Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York, USA: Springer Publishing.

- Lee, P.-L., Lan, W., y Yen, T.-W. (2011). Aging successfully: A four-factor model. *Educational Gerontology*, 37, 210-227. doi:10.1080/03601277.2010.487759
- Lehr, U. (1982). Socio-psychological correlates of longevity. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 3, 102-147.
- Lemon, B. W., Bengston, V. L., y Peterson, J. A. (1972). An exploration of the activity theory of aging: Activity types and life satisfaction among in-movers to a retirement community. *The Journal of Gerontology*, 27, 511-523.
- Leveille, S. G., Guralnik, J. M., Ferrucci, L., y Langlois, J. A. (1999). Aging successfully until death in old age: opportunities for increasing active life expectancy. *American Journal of Epidemiology*, 149, 654-664.
- Liang, J., Shaw, B. A., y Krause, N. M. (2003). Changes in functional status among older adults in Japan: successful and usual aging. *Psychology and Aging*, 18, 684-695.
- Lie, M., Baines, S., y Wheelock, J. (2009). Citizenship, volunteering and active ageing. *Social Policy & Administration*, 43, 702-718. doi:10.1111/j.1467-9515.2009.00690.x
- Lin, W., Chen, M. L., y Cheng, J. C. (2013). The promotion of Active Aging in Taiwan. *Ageing International*, 39, 81-96. doi:10.1007/s12126-013-9192-5
- Lloyd, L., Tanner, D., Milne, A., Ray, M., Richards, S., Sullivan, M., ... Phillips, J. (2014). Look after yourself: Active ageing, individual responsibility and the decline of social work with older people in the UK. *European Journal of Social Work.*, 17, 322-335. doi:10.1080/13691457.2013.829805
- Lobo, A. (1987). *Screening de trastornos psíquicos en la práctica médica*. Zaragoza: Secretariado de publicaciones-Universidad de Zaragoza
- Lobo, A., Escolar, V., Ezquerro, J., y Seva, A. (1980). El "Mini-Examen Cognoscitivo": un test sencillo, práctico, para detectar alteraciones intelectivas en pacientes psiquiátricos. *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica*, 5, 39-57.
- Lobo, A., Ezquerro, J., Gómez, F., Sala, J., y Seva, A. (1979). El Mini-Examen Cognoscitivo. Un test sencillo y práctico para detectar alteraciones intelectuales en pacientes médicos. *Actas Luso Españolas de Neurología Y Psiquiatría*, 7, 189-201.
- Lobo, A., Saz, P., Marcos, G., Día, J. L., de la Cámara, C., Ventura, T., ... Lacámara, C. (1999). Revalidación y normalización del Mini-Examen Cognoscitivo (primera versión en castellano del Mini-Mental Status Examination) en la población general geriátrica. *Medicina Clínica*, 112, 767-774. doi:10.1007/s13398-014-0173-7.2
- Lorenzo, T., Millán-Calenti, J. C., Lorenzo-López, L., Sánchez, A. y Maseda, A. (2013). Predictores de mala salud autopercebida en una población de personas mayores. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 48, 272-275. doi:10.1016/j.regg.2013.04.002
- Lowry, P. B., y Gaskin, J. (2014). Partial least squares (PLS) structural equation modeling (SEM) for building and testing behavioral causal theory: When to choose it and how to use it. *IEEE Transactions on Professional Communication*, 57, 123-146. doi:10.1109/TPC.2014.2312452
- Lucena, O. G., Maciel, S. C., Silva, A. O., dos Santos, W. S., y Moreira, M. A. S. P. (2010). Active aging from the perspective of aged individuals who are functionally independent. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 44, 1065-1069. doi:10.1590/S0080-62342010000400030
- Lupien, S., y Wan, N. (2004). Successful ageing: from cell to self. *Philosophical Transaction of the Royal Society of London: Biological Sciences*, 359, 1413-1426.
- Lyons, K. S., Zarit, S. H., Sayer, A. G., y Whitlatch, C. J. (2002). Caregiving as a dyadic process: perspectives from caregiver and receiver. *The Journals of Gerontology - Series B: Psychological Sciences*, 57B, 195-204.

- Lyubomirsky, S., Sheldon, K. M., y Schkade, D. (2005). Pursuing happiness: The architecture of sustainable change. *Review of General Psychology*, 9, 111-131.
- Madero-Cabib, I., y Kaeser, L. (2016). How voluntary is the active ageing life? A life-course study on the determinants of extending careers. *European Journal of Ageing*, 13, 25-37. doi:10.1007/s10433-015-0355-y
- Mahoney, F. I., y Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: the Barthel Index. *Maryland Medicine Journal*, 13, 61-65.
- Malanowski, N. (2009). ICT-based applications for active ageing: challenges and opportunities. En M. Cabrera y N. Malanowski (Eds.), *Information and Communication Technologies for Active Ageing: Opportunities and Challenges for the European Union* (pp. 107-127). Amsterdam, Netherlands: IOS Press.
- Manton, K. G. (1991). The dynamics of population aging: Demography and policy analysis. *The Milbank Quarterly*, 69, 309-338.
- Manubens, J. M., Martínez-Lage, P., Martínez-Lage, J. M., Larumbe, R., Muruzabal, J., Martínez-González, M. A., y Al., E. (1998). Variación de las puntuaciones en el Mini-Mental-State con la edad el nivel educativo. Datos normalizados en la población mayor de 70 años de Pamplona. *Neurología*, 13, 111-119.
- Mayhew, L. (2005). Active ageing in the UK— issues, barriers, policy directions. *Innovation: The European Journal of Social Science Research*, 18, 455-477. doi:10.1080/13511610500384202
- McNamara, T. K., y Gonzales, E. (2011). Volunteer transitions among older adults: The role of human, social, and cultural capital in later life. *The Journals of Gerontology - Series B: Social Sciences*, 66B, 490-501. doi:10.1093/geronb/gbr055
- McPherson, M., Smith-Lovin, L., y Brashears, M. E. (2006). Social isolation in America: changes in core discussion networks over two decades. *American Sociological Review*, 71, 353-375. doi:10.1177/000312240607100301
- Mendes, C. F., Glass, T. A., y Berkman, L. F. (2003). Social engagement and disability in a community population of older adults: the New Haven EPESE. *American Journal of Epidemiology*, 157, 633-642.
- Mendes, F. R. (2013). Active ageing: A right or a duty? *Health Sociology Review*, 22, 174-185. doi:10.5172/hesr.2013.22.2.174
- Mendoza-Núñez, V. M., Martínez-Maldonado, M. de la L., y Correa-Muñoz, E. (2009). Implementation of an active aging model in Mexico for prevention and control of chronic diseases in the elderly. *BMC Geriatrics*, 9, 40-46. doi:10.1186/1471-2318-9-40
- Mendoza-Ruvalcaba, N. M., y Arias-Merino, E. D. (2015). "I am active": effects of a program to promote active aging. *Clinical Interventions in Aging*, 10, 829-837. doi:10.2147/CIA.S79511
- Menec, V. H. (2003). The relation between everyday activities and successful aging: A 6-year longitudinal study. *The Journals of Gerontology - Series B: Social Sciences*, 58B, S74-82.
- Menec, V. H., y Chipperfield, J. G. (1997). Remaining active in later life. The role of locus of control in seniors' leisure activity participation, health, and life satisfaction. *Journal of Aging and Health*, 9, 105-125.
- Michael, Y. L., Green, M. K., y Farquhar, S. A. (2006). Neighbourhood design and active ageing. *Health & Place*, 12, 734-740. doi:10.1016/j.healthplace.2005.08.002
- Minkler, M., y Fadem, P. (2002). "Successful Aging". A disability perspective. *Journal of Disability Policy Studies*, 12, 229-235. doi:10.1177/104420730201200402

- Monreal, P. (2008). *Identificación de diferentes patrones de envejecimiento activo en personas mayores en contextos rurales y urbanos: propuestas de mejora para la promoción de la autonomía y la prevención de la dependencia*. Madrid: IMSERSO convocatoria I+D+I 2007. Recuperado de http://www.imserso.es/interpresent3/groups/imserso/documents/binario/idi50_07envejeaactivo.pdf
- Montero, P., Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M., y Rodríguez, S. (2011). Anthropometric, body composition and health determinants of active ageing: a gender approach. *Journal of Biosocial Science*, 43, 597-610. doi:10.1017/S0021932011000228
- Montorio, I. (1990). *Evaluación psicológica en la vejez: Instrumentación desde su enfoque multidimensional*. (Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Madrid, España). Recuperado de <https://repositorio.uam.es/handle/10486/4577>
- Montorio, I. (1994). *La persona mayor. Guía aplicada de evaluación psicológica*. Madrid Instituto Nacional de Servicios Sociales, Instituto Nacional de Servicios Sociales.
- Montorio, I., Fernández, M. I., López, A., y Sánchez, M. (1998). La Entrevista de Carga del Cuidador. Utilidad y validez del concepto de carga. *Anales de Psicología*, 14, 229-248.
- Montross, L. P., Depp, C., Daly, J., Reichstadt, J., Golshan, S., Moore, D., ... Jeste, D. V. (2006). Correlates of self-rated successful aging among community-dwelling older adults. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 43-51. doi: 10.1097/01.JGP.0000192489.43179.31
- Morán, C., Landero, R., y González, M. T. (2010). COPE-28: un análisis psicométrico de la versión en español del Brief COPE. *Universitas Psychologica*, 9, 543-552.
- Morgan, J. (1986). Unpaid productive activity over the life course. En Committee on an Aging Society (Ed.), *Productive roles in an older society*. (pp. 73-109). Washington DC, USA: National Academy Press. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK216832/>
- Morrow-Howell, N. (2000). Productive engagement of older adults: Effects on well-being. Washington, USA: Center for Social Development. Recuperado de http://csd.wustl.edu/Publications/Documents/R00_56.ProductiveEngagementOfOlderAdults.pdf
- Morrow-Howell, N. (2010). Volunteering in later life: research frontiers. *The Journals of Gerontology - Series B: Social Sciences*, 65B, 461-469. doi: 10.1093/geronb/gbq024.Advance
- Morrow-Howell, N., Hinterlong, J., Rozario, P. A., y Tang, F. (2003). Effects of volunteering on the well-being of older adults. *The Journals of Gerontology - Series B: Social Sciences*, 58B, S137-S145.
- Morrow-Howell, N., Hinterlong, J., y Sherraden, M. (2001). *Productive aging: Concepts and challenges*. Baltimore, USA: John Hopkins University Press.
- Motta, M., Bennati, E., Ferlito, L., Malaguarnera, M., y Motta, L. (2005). Successful aging in centenarian: Myths and reality. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 40, 241-251. doi: 10.1016/j.archger.2004.09.002
- Moulaert, T., y Paris, M. (2013). Social policy on ageing: the case of "Active Ageing" as a theatrical metaphor. *International Journal of Social Science Studies*, 1(2), 113-123. doi: 10.11114/ijsss.v1i2.141
- Minosso, J. S. M., Amendola, F., Alvarenga, M. R. M. y Oliveira, M. A. de C. (2010). Validação, no Brasil, do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatórios. *Acta Paulista de Enfermagem*, 23, 218-223. doi: 10.1590/S0103-21002010000200011

- Naciones Unidas para el Desarrollo. (2006). *Informe sobre Desarrollo Humano 2006*. New York, USA. Recuperado de http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2006_es_completo.pdf
- Nantsupawat, W., Kamnuansilapa, P. Sritanyarat, W., y Supawatanakorn, W. (2010). Family relationships, roles and the meaning of active aging among rural northeastern Thai elders. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 14, 137-148.
- Netz, Y., Wu, M. J., Becker, B. J., y Tenenbaum, G. (2005). Physical activity and psychological well-being in advanced age: a meta-analysis of intervention studies. *Psychology and Aging*, 20, 272-284. doi:10.1037/0882-7974.20.2.272
- Neugarten, B. L., Havighurst, R. J., y Tobin, S. S. (1961). The measurement of life satisfaction. *The Journal of Gerontology*, 16, 134-143. doi: 10.1093/geronj/16.2.134
- Newsom, J. T., y Schulz, R. (1996). Social support as a mediator in the relation between functional status and quality of life in older adults. *Psychology and Aging*, 11, 34-44. doi:10.1037/0882-7974.11.1.34
- OECD. (2000). *Reforms for an Ageing Society*. Paris, France: Autor. Recuperado de http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/reforms-for-an-ageing-society_9789264188198-en#page1
- OECD. (2006). *Live longer, work longer*. Paris, Francia. Autor. Recuperado de http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/employment/live-longer-work-longer_9789264035881-en#page1
- OECD. (2008). *Handbook on Constructing Composite Indicators: Methodology and User Guide. Methodology*. Recuperado de <http://www.oecd.org/std/42495745.pdf>
- Okun, M. A., Stock, W. A., Haring, M. J., y Witter, R. A. (1984). Health and subjective well-being: a meta-analysis. *The International Journal of Aging and Human Development*, 19, 111-132.
- OMS (2002). Envejecimiento activo: un marco político. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 37(S2), 74-105.
- OMS | Día Internacional de las Personas Mayores. (2016). Recuperado 8 Abril 2016, en http://www.who.int/ageing/events/idop_rationale/es/
- Ouwehand, C., de Ridder, D. T., y Bensing, J. M. (2007). A review of successful aging models: proposing proactive coping as an important additional strategy. *Clinical Psychology Review*, 27, 873-884. doi:10.1016/j.cpr.2006.11.003
- Oxman, T. E., Freeman, D. H., y Manheimer, E. D. (1995). Lack of social participation or religious strength and comfort as risk factors for death after cardiac surgery in the elderly. *Psychosomatic Medicine*, 57, 5-15.
- Palmore, E. (1979). Predictors of successful aging. *The Gerontologist*, 19, 427-431.
- Palmore, E. (1995). Successful aging. En G. L. Maddox (Ed.), *Encyclopedia of aging: a comprehensive resource in gerontology and geriatrics*. (2^o ed., pp. 914-915). New York, USA: Springer.
- Park, D. C., Gutches, A. H., Meade, M. L., y Morrow, E. A. S.-. (2007). Improving cognitive function in older adults: non-traditional approaches. *The Journals of Gerontology - Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 62 (special issue 1), 45-52. doi:10.1093/geronb/62.special_issue_1.45
- Patterson, I., y Carpenter, G. (1994). Participation in leisure activities after the death of a spouse. *Leisure Sciences*, 16, 105-117.
- Paúl, C., Ribeiro, O., y Teixeira, L. (2012). Active ageing: an empirical approach to the WHO model. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 2012(382972), 10. doi:10.1155/2012/382972

- Pavlova, M. K., y Silbereisen, R. K. (2012). Perceived level and appraisal of the growing expectations for active ageing among the young-old in Germany. *Research on Aging*, 34, 80-99. doi:10.1177/0164027511416371
- Pavot, W. G., y Diener, E. (1993). The affective and cognitive context of self-reported measures of subjective well-being. *Social Indicators Research*, 28, 1-20.
- Pavot, W. G., Diener, E., Colvin, C. R., y Sandvik, E. (1991). Further validation of the Satisfaction with Life Scale: Evidence for the cross-method convergence of well-being measures. *Journal of Personality Assessment*, 57, 149-161.
- Peel, N. M., Bartlett, H. P., y McClure, R. J. (2004). Healthy ageing: How is it defined and measured? *Australasian Journal on Ageing*, 23, 115-119. doi:10.1111/j.1741-6612.2004.00035.x
- Peel, N. M., McClure, R. J., y Bartlett, H. P. (2005). Behavioral determinants of health aging. *American Journal of Prevention Medicine*, 28, 298-304.
- Perales, J., Martin, S., Ayuso-Mateos, J. L., Chatterji, S., Garin, N., Koskinen, S., ... Haro, J. M. (2014). Factors associated with active aging in Finland, Poland, and Spain. *International Psychogeriatrics*, 26, 1-13. doi:10.1017/S1041610214000520
- Pereiro-Rozas, Arturo X. Juncos-Rabadán, O., Facal, D., y Pérez-Fernández, A. (2014). Cognitive diversity in middle-aged and elderly adults: the role of education. *Educational Gerontology*, 40, 40-52. doi:10.1080/03601277.2013.768075
- Perek-Białas, J., Ruzik, A., y Vidovičová, L. (2008). Active ageing policies in the Czech Republic and Poland. *International Social Science Journal*, 58, 559-570. doi:10.1111/j.1468-2451.2008.00655.x
- Pérez, M., y Yanguas, J. (1998). Dependencia, personas mayores y familias: de los enunciados a las intervenciones. *Anales De Psicología*, 14, 95-104.
- Pettigrew, S., y Roberts, M. (2008). Addressing loneliness in later life. *Aging and Mental Health*, 12, 302-309. doi: 10.1080/13607860802121084.
- Phelan, E. A., Anderson, L. A., Lacroix, A. Z., y Larson, E. B. (2004). Older adults' views of "successful aging". How do they compare with researchers' definitions? *Journal of the American Geriatrics Society*, 52, 211-216.
- Phillipson, C. (1982). *Capitalism and the construction of old age*. London, UK: Macmillan.
- Phillipson, C., y Ogg, J. (2010). *Active Ageing and Universities: Engaging Older Learners*. London, UK: Universities UK.
- Phillipson, C., y Powell, J. L. (2004). Risk, social welfare and old age. En E. Tulle (Ed.), *Old Age and Agency* (pp. 17-27). New York, USA: Nova Science Publishers.
- Pinazo, S. (2012). Envejecimiento activo y solidaridad intergeneracional. Envejecimiento activo y solidaridad intergeneracional. En M. G. Pérez (Ed.), *Claves para un envejecimiento activo* (p. 8). España: Universidad Nacional de Educación a Distancia, UNED.
- Piñeiro, C., Méndez, J. M., Marsillas, S., Rial, A., Braña, T., y Varela, J. (2015, abril). *Study on active ageing at individual level based on Active Ageing Index*. Comunicación presentada en Building an evidence base for active ageing policies: Active Ageing Index and its potential. Bruselas, Bélgica.
- Plouffe, L., y Kalache, A. (2010). Towards global Age-Friendly cities: Determining urban features that promote active aging. *Journal of Urban Health*, 87, 733-739. doi:10.1007/s11524-010-9466-0
- Pressey, S. L., y Simcoe, E. (1950). Case study comparisons of successful and problem old people. *The Journal of Gerontology*, 5, 168-175.

- Pruchno, R. A., Wilson-Genderson, M., y Cartwright, F. (2010a). A two-factor model of successful aging. *Journals of Gerontology - Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, 65B, 671-679. doi:10.1093/geronb/gbq051
- Pruchno, R. A., Wilson-Genderson, M., Rose, M., y Cartwright, F. (2010b). Successful aging: early influences and contemporary characteristics. *The Gerontologist*, 50, 821-833. doi:10.1093/geront/gnq041
- Ranzijn, R. (2010). Active ageing--another way to oppress marginalized and disadvantaged elders?: Aboriginal Elders as a case study. *Journal of Health Psychology*, 15, 716-723. doi:10.1177/1359105310368181
- Reday-Mulvey, G. (2005). *Working beyond 60. Key policies and practices in Europe*. Basingstoke, Hampshire, UK: Palgrave Macmillan UK.
- Reed, J., Cook, G., Childs, S., y Hall, A. (2003). *Getting Old is Not for Cowards: Comfortable, Healthy Ageing*. York, UK: Joseph Rowntree Foundation.
- Riley, M. W., y Riley, J. W. (1986). Longevity and social structure: The added years. *Daedalus*, 115(1), 51-75.
- Robine, J.M., Mathers, C., y Brouard, N. (1996). Trends and differentials in disability-free life expectancy: concepts, methods and findings. En: G. Caselli y A. López (Eds.), *Health and mortality among the elderly populations*. (pp. 182-201). Oxford, UK: Clarendon press.
- Robine, J. M., y Michel, J. P. (2004). Looking forward to a general theory on population aging. *The Journals of Gerontology - Series A: Medical Sciences*, 59, M590-M597.
- Rodríguez, M., y Sánchez, J. L. (2004). Cognitive reserve and dementia. *Anales de Psicología*, 20, 175-186.
- Rojo-Pérez, F., y Fernández-Mayoralas, G. (2011). Introducción. Población mayor y calidad de vida desde la perspectiva individual. En F. Rojo-Pérez y G. Fernández-Mayoralas (Eds.), *Calidad de vida y envejecimiento. La visión de los mayores sobre sus condiciones de vida* (pp. 15-43). Bilbao, España: Fundación BBVA.
- Roos, N. P., y Havens, B. (1991). Predictors of successful aging: a twelve-year study of Manitoba elderly. *American Journal of Public Health*, 81, 63-68.
- Rosselli, D., Ardila, A., Pradilla, G., Morillo, L., Bautista, L., Rey, O., ... GENECO. (2000). El examen mental abreviado (Mini-Mental State Examination) como prueba de selección para el diagnóstico de demencia: estudio poblacional colombiano. *Revista de Neurología*, 30, 428-432.
- Rowe, J. W., y Kahn, R. L. (1987). Human aging. Usual and successful. *Science*, 237 (4811), 143-149.
- Rowe, J. W., y Kahn, R. L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37, 433-440.
- Rowe, J. W., y Kahn, R. L. (1998). *Successful aging*. New York, USA: Pantheon Books.
- Rozanova, J. (2010). Discourse of successful aging in The Globe & Mail: Insights from critical gerontology. *Journal of Aging Studies*, 24, 213-222. doi:10.1016/j.jaging.2010.05.001
- Ryff, C. D. (1989). Beyond Ponce de Leon and life satisfaction: New directions in quest of successful aging. *International Journal of Behavioral Development*, 12, 35-55.
- Sánchez, M. (2004). *La educación de las personas mayores en el marco del envejecimiento activo. Principios y líneas de actuación*. Madrid. Informes Portal de Mayores. Recuperado de <http://www.ese.ualg.pt/gerontologia/Bibliografia/1411.pdf>
- Sánchez, M., y Hatton-Yeo, A. (2012). Active ageing and intergenerational solidarity in Europe: a conceptual reappraisal from a critical perspective. *Journal of Intergenerational Relationships*, 10, 276-293. doi:10.1080/15350770.2012.699819

- Satorres, E. (2013). *Bienestar psicológico en la vejez y su relación con la capacidad funcional y la satisfacción vital*. (Tesis doctoral, Universidad de Valencia, España). Recuperado de http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/26298/envejecimiento_y_bienestar.pdf?sequence=1
- Scarmeas, N., Levy, G., Tang, M. X., Manly, J., y Stern, Y. (2001). Influence of leisure activity on the incidence of Alzheimer's disease. *Neurology*, *57*, 2236-2242. doi:10.1212/WNL.57.12.2236
- Scarmeas, N., Zarahn, E., Anderson, K. E., Habeck, C. G., Hilton, J., Flynn, J., ... Stern, Y. (2003). Association of life activities with cerebral blood flow in Alzheimer disease: implications for the cognitive reserve hypothesis. *Neurology*, *60*, 359-365. doi:10.1001/archneur.60.3.359
- Schoenfeld, D. E., Malmrose, L. C., Blazer, D. G., y Gold, D. T. (1994). Self-rated health and mortality in the high-functioning elderly: A closer look at healthy individuals. *The Journals of Gerontology - Series A: Medical Sciences*, *49*, M109-M115.
- Schroots, J. J. F. (2012). On the dynamics of active aging. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, *2012*(818564), 10. doi:10.1155/2012/818564
- Schultz-Larsen, K., Kreiner, S., y Lomholt, R. K. (2007). Mini-Mental Status Examination: mixed Rasch model analysis derived two different cognitive dimensions of the MMSE. *Journal of Clinical Epidemiology*, *60*, 268-279. doi:10.1016/j.jclinepi.2006.06.008
- Schulz, R., y Heckhausen, J. (1996). A life span model of successful aging. *American Psychologist*, *51*, 702-714. doi:10.1037/0003-066X.51.7.702
- Seeman, T. (2000). Health promoting effects of friends and family on health outcomes in older adults. *American Journal of Health Promotion*, *14*, 362-370.
- Seeman, T. E., Berkman, L. F., Blazer, D., y Rowe, J. W. (1994). Social ties and support and neuroendocrine function: MacArthur studies of successful aging. *Annals of Behavioral Medicine*, *16*, 95-106.
- Seeman, T. E., Bruce, M. L., y McAvay, G. (1996). Social network characteristics and onset of ADL disability: MacArthur Studies of Successful Aging. *The Journals of Gerontology - Series B: Social Sciences*, *51*, S191-S200.
- Seeman, T. E., Charpentier, P. A., Berkman, L. F., Tinetti, M. E., Guralnik, J. M., Albert, M., ... Rowe, J. W. (1994). Predicting changes in physical performance in a high-functioning elderly cohort: MacArthur studies of successful aging. *Journal of Gerontology*, *49*, M97-M108. doi:10.1093/geronj/49.3.M97
- Seeman, T. E., Rodin, J., y Albert, M. (1993). Self-efficacy and cognitive performance in high-functioning older individuals: Mac Arthur Studies of Successful Aging. *Journal of Aging and Health*, *5*, 455-474.
- Shulman, K. I., Herrmann, N., Brodaty, H., Chiu, H., Lawlor, B., Ritchie, K., y Scanlan, J. M. (2006). IPA survey of brief cognitive screening instruments. *International Psychogeriatrics*, *18*, 281-294. doi:10.1017/S1041610205002693
- Sidorenko, A., y Zaidi, A. (2013). Active ageing in CIS countries: Semantics, challenges, and responses. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, *2013*(261819), 17. doi:10.1155/2013/261819
- Siegrist, J., y Wahrendorf, M. (2009). Participation in socially productive activities and quality of life in early old age: findings from SHARE. *Journal of European Social Policy*, *19*, 317-326. doi:10.1177/1350506809341513

- Silverstein, M., y Parker, M. G. (2002). Leisure Activities and Quality of Life among the Oldest Old in Sweden. *Research on Aging*, 24, 528-547. doi:10.1177/0164027502245003
- Small, G. W., Moody, T. D., Siddarth, P., y Bookheimer, S. Y. (2009). Your brain on Google: patterns of cerebral activation during internet searching. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17, 116-126. doi:10.1097/JGP.0b013e3181953a02
- Smilkstein, G. (1978). The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. *The Journal of Family Practice*, 6, 1231-1239.
- Stenner, P., McFarquhar, T., y Bowling, A. (2011). Older people and “active ageing”: Subjective aspects of ageing actively. *Journal of Health Psychology*, 16, 467-477. doi:10.1177/1359105310384298
- Stern, Y. (2002). What is cognitive reserve? Theory and research application of the reserve concept. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 8, 448-460.
- Strawbridge, W. J., Cohen, R. D., Shema, S. J., y Kaplan, G. A. (1996). Successful aging: predictors and associated activities. *American Journal of Epidemiology*, 144, 135-141. doi:10.1093/oxfordjournals.aje.a008900
- Strawbridge, W. J., Wallhagen, M. I., y Cohen, R. D. (2002). Rowe and Kahn Successful Aging Measure. *The Gerontologist*, 42, 727-733.
- Sykes, K. E., y Robinson, K. N. (2014). Making the right moves: Promoting smart growth and active aging in communities. *Journal of Aging & Social Policy*, 26, 166-180. doi:10.1080/08959420.2014.854648
- Tam, M. (2011). Active ageing, active learning: policy and provision in Hong Kong. *Studies in Continuing Education*, 33, 289-299. doi:10.1080/0158037X.2010.515573
- Tareque, I., Hoque, N., Islam, T. M., Kawahara, K., y Sugawa, M. (2013). Active Aging Index and Healthy Life Expectancy in Bangladesh. En N. Hoque, M. A. McGehee, y B. S. Bradshaw (Eds.), *Applied demography and public health* (pp. 257-275). New York, USA: Springer.
- Tareque, M. I., Ahmed, M. M., Tiedt, A. D., y Hoque, N. (2014). Can an active aging index (AAI) provide insight into reducing elder abuse? A case study in Rajshahi District, Bangladesh. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 58, 399-407. doi:10.1016/j.archger.2013.11.003
- Tate, R. B., Lah, L., y Cuddy, E. (2003). Definition of successful aging by elderly Canadian males: The Manitoba Follow-up study. *The Gerontologist*, 43, 735-744.
- Thanakwang, K., Isaramalai, S. A., y Hatthakit, U. (2014). Development and psychometric testing of the active aging scale for Thai adults. *Clinical Interventions in Aging*, 9, 1211-1221. doi:10.2147/CIA.S66069
- Thompson, N., y Thompson, S. (2001). Empowering older people: beyond the care model. *Journal of Social Work*, 1, 61-76. doi:10.1177/146801730100100105
- Tosato, M., Zamboni, V., Ferrini, A., y Cesari, M. (2007). The aging process and potential interventions to extend life expectancy. *Clinical Interventions in Aging*, 2, 401-412.
- Townsend, J., Godfrey, M., y Denby, T. (2006). Heroine, villains and victims: older people's perceptions of others. *Ageing & Society*, 26, 883-900. doi:10.1017/S0144686X06005149
- Townsend, P. (1981). The structured dependency of the elderly: a creation of social policy in the twentieth century. *Ageing & Society*, 1, 5-28. doi:10.1017/S0144686X81000020
- Triadó, C., y Villar, F. (1997). Modelos de envejecimiento y percepción de cambios en una muestra de personas mayores. *Anuario de Psicología*, 73, 43-55.

- UN (2002). *Political declaration and Madrid International Plan of Action on Aging*. New York, USA: United Nations. Recuperado de http://www.un.org/en/events/pastevents/pdfs/Madrid_plan.pdf
- UN (2009). *World Population Ageing*. New York, USA: United Nations Department of Economic and Social Affairs. Population Division. Recuperado de http://www.un.org/esa/population/publications/WPA2009/WPA2009_WorkingPaper.pdf
- Vaillant, G. E. (2002). *Aging well: Surprising guideposts to a happier life from the landmark study of adult development*. Boston, USA: Little Brown.
- Vaillant, G. E., y Mukamal, K. (2001). Successful Aging. *American Journal of Psychiatry*, 158, 839-847. doi:10.1176/appi.ajp.158.6.839
- Vaillant, G. E., y Vaillant, C. O. (1990). Natural history of male psychological health: A 45-year study of predictors of successful aging at age of 65. *American Journal of Psychiatry*, 147, 31-37.
- van Dyk, S. (2014). The appraisal of difference: Critical gerontology and the active-ageing-paradigm. *Journal of Aging Studies*, 31, 93-103. doi: 10.1016/j.jaging.2014.08.008
- van Groenou, M. B. y van Tilburg, T. (2010). Six-year follow-up on volunteering in later life: A cohort comparison in the Netherlands. *European Sociological Review*, 28, 1-11. doi:10.1093/esr/jcq043
- van Malderen, L., Mets, T., De Vriendt, P., y Gorus, E. (2013). The Active Ageing-concept translated to the residential long-term care. *Quality of Life Research*, 22, 929-937. doi: 10.1007/s11136-012-0216-5
- van Willigen, M. (2000). Differential benefits of volunteering across the life course. *The Journals of Gerontology - Series B: Social Sciences*, 55, S308-S318. doi:10.1093/geronb/55.5.S308
- Vargas-Manzanares, S. P., Herrera-Olaya, G. P., Rodríguez, L., y Sepúlveda, G. J. (2010). Confiabilidad del cuestionario Brief COPE inventory en versión en español para evaluar estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer de seno. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 12(1), 7-24. doi: 10.11144/1622
- Vázquez, C., Duque, A., y Hervás, G. (2013). Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) en una muestra representativa de españoles adultos: Validación y datos normativos. *The Spanish Journal of Psychology*, 16, e82. doi:10.1017/sjp.2013.82
- Veenhoven, R. (1984). *Conditions of Happiness*. Dordrecht, Netherlands: Reidel.
- Venn, S., y Arber, S. (2011). Day-time sleep and active ageing in later life. *Ageing & Society*, 31, 197-216. doi: 10.1017/S0144686X10000954
- Verbrugge, L. M., Gruber-Baldini, A. L., y Fozard, J. L. (1996). Age differences and age changes in activities: Baltimore longitudinal study of aging. *The Journals of Gerontology - Series B: Social Sciences*, 51b, S30-S41.
- Vergara, I., Bilbao, A., Orive, M., Garcia-Gutierrez, S., Navarro, G., y Quintana, J. M. (2012). Validation of the Spanish version of the Lawton IADL Scale for its application in elderly people. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10, 130. doi: 10.1186/1477-7525-10-130
- Verghese, J., LeValley, A., Derby, C., Kuslansky, G., Katz, M., Hall, C., ... Lipton, R. B. (2006). Leisure activities and the risk of amnesic mild cognitive impairment in the elderly. *Neurology*, 66, 821-827. doi: 10.1212/01.wnl.0000202520.68987.48
- Verghese, J., Lipton, R. B., Katz, M. J., Hall, C. B., Derby, C. A., Kuslansky, G., ... Buschke, H. (2003). Leisure activities and the risk of dementia in the elderly. *New England Journal of Medicine*, 348, 2508-2516.

- Vertesi, A., Lever, J. A., Molloy, D. W., Sanderson, B., Tuttle, I., Pokoradi, L., y Principi, E. (2001). Standardized Mini-Mental State Examination. Use and interpretation. *Canadian Family Physician*, 47, 2018-2023.
- von Faber, M., Van der Wield, A. B., Van Excel, E., Gussekloo, J., Lagaay, A. M., Van Dongen, E., ... Westendorp, R. G. J. (2001). Successful aging in the oldest old: Who can be characterized as successfully aged? *Archives of Internal Medicine*, 161, 2694-2700.
- Walker, A. (1980). The social creation of poverty and dependency in old age. *Journal of Social Policy*, 9, 49-75.
- Walker, A. (1981). Towards a political economy of old age. *Ageing & Society*, 1, 73-94. doi: 10.1017/S0144686X81000056
- Walker, A. (2002). A strategy for active ageing. *International Social Security Review*, 55(1), 121-139. doi: 10.1111/1468-246X.00118
- Walker, A. (2006). Active ageing in employment: its meaning and potential. *Asia Pacific Review*, 13(1), 78-93. doi:10.1080/13439000600697621
- Walker, A. (2009). The emergence and application of active aging in Europe. *Journal of Aging & Social Policy*, 21, 75-93. doi:10.1080/08959420802529986
- Walker, A., y Maltby, T. (2012). Active ageing: A strategic policy solution to demographic ageing in the European Union. *International Journal of Social Welfare*, 21(Suppl. 1), 117-130. doi:10.1111/j.1468-2397.2012.00871.x
- Warr, P., Barter, J., y Brownbridge, G. (1983). On the independence of positive and negative affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 644-651.
- Watson, D., y Clark, L. A. (1984). Negative affectivity: The disposition to experience aversive emotional states. *Psychological Bulletin*, 96, 465-490.
- Wejbrandt, A. (2014). Defining aging in cyborgs: A bio-techno-social definition of aging. *Journal of Aging Studies*, 31, 104-109. doi: 10.1016/j.jaging.2014.09.003
- Weuve, J., Kang, J. H., Manson, J. E., Breteler, M. M., Ware, J. H., y Grodstein, F. (2004). Physical activity, including walking, and cognitive function in older women. *Journal of the American Medical Association*, 292, 1454-1461.
- WHO. (1990). *Healthy ageing*. Geneva, Switzerland: Autor.
- WHO (1994). *Health for all: updated targets*. Copenhagen, Denmark: Autor.
- WHO. (1996a). *The Heidelberg guidelines for promoting physical activity among older persons - Guidelines series for healthy ageing*. Heidelberg, Germany: Autor. Recuperado de <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/108545/1/E75205.pdf>
- WHO (1996b). *Brasilia declaration on ageing*. Brasilia, Brasil: Autor. Recuperado de <http://heapro.oxfordjournals.org/content/12/2/175.full.pdf>
- WHO. (1998). *Growing older - Staying well: Ageing and physical activity in everyday life*. Geneva, Switzerland. Autor. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/65230/1/WHO_HPR_AHE_98.1.pdf
- World Health Organisation, (1999). *Ageing. Exploding the myths*. Geneva, Switzerland: Autor. Recuperado de <http://www.who.int/inf-pr-1999/en/pr99-wha16.html>
- Williams, R. H., y Wirths, G. G. (1965). *Lives through the years: Styles of life and successful aging*. New York, USA: Atherton Press.
- Williams, S. J., Higgs, P., y Katz, S. (2012). Neuroculture, active ageing and the “older brain”: Problems, promises and prospects. *Sociology of Health and Illness*, 34, 64-78. doi: 10.1111/j.1467-9566.2011.01364.x
- Zaidi, A. (2014). Enabling environments for active and healthy ageing in EU countries. *Gerontechnology*, 12, 201-208. doi: 10.4017/gt.2014.12.4.003.00

- Zaidi, A., Gasior, K., Hofmarcher, M. M., Lelkes, O., Marin, B., Rodrigues, R., ... Zolyomi, E. (2013). *Active Ageing Index 2012. Concept, methodology and final results*. Vienna: Methodology Report Submitted to European Commission's Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion, and to Population Unit, UNECE. Recuperado de <http://www1.unece.org/stat/platform/display/AAI/VI.+Documentation>
- Zamarrón, M. D. (2007). Envejecimiento activo. *Infocop*, 34, 7-9. Recuperado de <http://www.cop.es/infocop/pdf/2013.pdf> \nhttp://www.infocop.es/view_article.asp?id=3631
- Zamarrón, M. D. (2013). Envejecimiento activo: un reto individual y social. *Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales*, 41, 449-463.
- Zeitler, E., Buys, L., Aird, R., y Miller, E. (2012). Mobility and active ageing in suburban environments: Findings from in-depth interviews and person-based GPS tracking. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 2012 (25716), 10. doi:10.1155/2012/257186
- Zunzunegui, M. V., y Béland, F. (2010). Políticas intersectoriales para abordar el reto del envejecimiento activo. Informe SESPAS 2010. *Gaceta Sanitaria*, 24, 68-73. doi:10.1016/j.gaceta.2010.08.004
- Zunzunegui, M. V., Alvarado, B. E., Del Ser, T., y Otero, A. (2003). Social networks, social integration, and social engagement determine cognitive decline in community-dwelling Spanish older adults. *The Journals of Gerontology - Series B: Social Sciences*, 58B, S93-S100.







11. APÉNDICE



SUMMARY

1. AGEING

1.1. Demographic situation

The current worldwide population ageing has become one of the greatest challenges of the 21st century. It has been caused by several demographic trends such as the reduction of mortality rates together with the descent of fertility. This phenomenon has been happening slowly in developed countries since the beginning of the 20th century (United Nations [UN], 2002) meanwhile in developing countries it started more recently with a rapid evolution (Fernández-Ballesteros et al., 2013). Nowadays, there are almost 700 millions of people older than 60 and experts foresee that this figure will go over 2,000 billion by 2050 (UN, 2013).

Moreover, longevity has risen in the whole planet, with special repercussion in Europe, where one of the oldest populations can be found (Walker & Maltby, 2012). Longevity is increasingly approaching until a postulate limit of human life of around 120 years (Fries & Crapo, 1981). The increase in longevity is reflected by the increase of people aged over 80 years, which is projected to grow from the current 14% in 2013 to 19% in 2050 (UN, 2013), being this demographic group with the fastest rise (Walker & Maltby, 2012). In Spain, the share of older people represents 18.4% of the total population and the oldest-old represent 5.8% (Abellán & Pujol, 2016). Life expectancy at birth is already 82.9 years old, being one of the highest in the European Union (WHO, 2015). Regarding Galicia, it is one of the oldest regions in Spain, where 24% of the population is over 65 years (Abellán & Pujol, 2016).

All these demographic changes are mainly caused by a twofold effort, both in socio-political and individual level. A better quality of life and higher life duration, derived from human and social development, biomedical and technological progress, improvement of life conditions regarding social and health public policies and services, hygiene, education as well as socio-economic and political progress (Caprara et al., 2103; Eurostat, 2011). Second, individuals' health and behavioural practices have improved in terms of healthier lifestyles (Christensen et al., 2009; Fernández-Ballesteros et al., 2013; Kalache, 1999).

Population ageing has received an increasing attention from policy, research and society due to its wide range of consequences (Hasmanová, 2011; United Nations, 2009). The negative implications of population ageing, such as economic costs and sustainability of pensions and public health and social care systems, were usually highlighted (Avramov & Moskova, 2003; Stenner et al., 2011; Walker, 2009). In doing this, negative social stereotypes about older people are reinforced as they are usually seen as unproductive, passive receptors of public goods and resources consumers (Lassen & Moreira, 2014), but the reality is that they are usually removed from productive life (Walker & Maltby, 2012; WHO, 1996b). Most of these stereotypes are false since older people are an important and valuable resource for families, communities and society, because of their high potential (WHO, 1996b).

Ageing is not only a demographic phenomenon, but also an individual reality. Thus, ageing can be addressed from two perspectives, population and individual ones, depending on the different aspects of the same process (Fernández-Ballesteros et al., 2006; Zamarrón, 2013).

1.2. Perspectives in the study of ageing

The population perspective describes ageing as a higher share of older adults, people over 60 or 65 years old, compared to younger people. This perspective concerns the policy makers and when referring to ageing, macro metrics are used such as population percentages, life expectancy or economic indicators. The study of ageing from this perspective is based on the global compute of older people and the factors evaluated as potential influencers on the ageing process are more related to socio-economic and cultural conditions. For instance, the population indicator of disability-adjusted life expectancy highlights the influence of those factors, given that the countries with a higher socio-economic level also have a higher life expectancy and free-disability life expectancy (Fernández-Ballesteros et al., 2004a; Kalache, 1999). For this reason, promoting healthy life expectancy became one of the main aims of the World Health Organisation (WHO), which will increase the welfare and quality of life of older people while decreasing the health costs (Zamarrón, 2013).

On the other hand, individual perspective refers to the individual reality of ageing, concerning the conjoint of changes produced in a person over the years. Ageing can be described as a dynamic and progressive bio-psychosocial process influenced by age and genes as well as by contextual conditions and behavioural and personal events (Bandura, 1986). As a result of this process, a combination of growing, stability and decline patterns is produced at biomedical, psychological, behavioural and social level (Fernández-Ballesteros et al., 2004, 2006), but a general progressive trend to decline in individual's adaptability exists. Those systems and functions more dependent on biological functioning show a similar decline in biological processes (Fernández-Ballesteros et al., 2004a, 2006), whereas the other ones can reveal stability or even improvements (Fernández-Ballesteros, 2009). In this sense, the bio-gerontological field defends that genetics explain 25% of the way people age whereas environmental factors or lifestyles could explain the remaining 75% (WHO, 2002; Rowe & Kahn, 1997). The health and/or disease trajectory in old age depends on the combinations of both types of factors (Lucena et al., 2010), but the decline in health status can be reverted through lifestyles in terms of physical, cognitive and social activities (WHO, 1998, 2002). The traditionally defended irreversibility of the ageing process is more and more rejected, in favour of the defence of human plasticity (WHO, 2002). Regarding these considerations, the rhythm and the way of ageing vary among people due to the group of factors happening in each individual. People themselves can act as agents of their own ageing process (Fernández-Ballesteros et al., 2004; Fernández-Ballesteros et al., 2013).

Both perspectives are part of the same system, due to structural opportunities as well as policies developed in order to promote health and to prevent diseases or poverty and they affect each individual's way of ageing by soothing it or creating barriers (Foster & Walker, 2015; WHO, 2002). Therefore socio-political measures in a specific country or region and individual behaviours adopted along the vital cycle can improve the way people age (Avramov & Maskova, 2003; Birren, 1985; Zamarrón, 2013).

1.3. Evolution of the study of ageing

The study of the ageing process has changed radically. In the 19th century, the idea about an unique, lineal and fixed vital trajectory was extended, whereas since the middle 20th-

century theoretical models have proposed a variety of trajectories (Lassen & Moreira, 2014). During this period, another evolution in the study of ageing has also occurred because it moved from a unidisciplinary consideration until a commonly agreed multidisciplinary one, being studied since the bio-psycho-socio-cultural perspective (Birren, 1996; Fernández-Ballesteros, 2009).

Considering the unidisciplinary period *ageing, old age* and *older people* were explained using the terminology and the variables according to each discipline, resulting in multiple theories which tried to clarify this ageing process. Those theories can be grouped together depending on the disciplines where they departed from. For instance, biological theories focus on physiological and biological mechanisms, on decline processes and disease frequency (Fernández-Ballesteros, 2000). This one-dimensional approach of ageing and its predominance over others promote a negative image of old age and ageing, creating negative social stereotypes associating this age with declining (Fernández-Ballesteros, 2009; Lupien & Wan, 2004; Townsend et al., 2006). Psychology has also tried to explain or, at least, describe this process, but the decline model was assumed. Thus, ageing was studied by focusing mainly on the functions and areas which showed deterioration with age (Fernández-Ballesteros, 2000). Finally, sociological disciplines tried also to explain it as a social process which implies interrelation between the person and external social structures, also focusing mostly on limitations of older people (Walker & Maltby, 2012). These theories highlight the disengagement and isolation as typical situations of old age. The focus on loss and decline notions can be observed in the theories previously mentioned, with the result of a logic link between ageing and disease turning out (Foster & Walker, 2015).

Currently, a multidisciplinary approach is commonly accepted but the decline model still resisted until relatively recent times. A generalised trend about understanding old age as a stage characterised by negativity in terms of physical, physiological, cognitive, affective and social decline is still on. Those negative stereotypes recently started to change the focus of considering mainly what older people cannot do anymore until a whole positive vision of ageing was created around the nineties (Boudiny, 2013; Bowling, 2005; Walker, 2006). In this change, activity theory (Havighurst, 1961, 1963) has had an important influence on this new positive paradigm of ageing even when it is mostly unidisciplinary. This theory defended the option of a positive and satisfactory ageing process if a high level of activities and social roles are maintained in old age. It was criticised for its excessive idealism and for establishing a direct link between activity and satisfaction at an individual level, without even recognising the role of environmental elements affecting that process and placing the responsibility for life (in)satisfaction just on the individual (Atchley, 2006; Walker, 2002). However, this theory has a broad importance given that it was one of the first theories which broke down the negative perspective or the decline model predominant on the study of ageing. In addition, it influenced the creation of a new positive paradigm of ageing (Walker, 2002).

The new discourse of ageing promotes "competence thinking", focusing on what older people can do. The new paradigm stresses the engagement of older people in society and the active lifestyles, presented both like the way to age well and healthy, whereas passivity and social disengagement are socially accepted as risk factors of chronic problems in old age (Hasmanová, 2011). This new discourse and paradigm about ageing is mainly characterised by the positive side of the facts. The evolution of this new positive paradigm of ageing is summarised below.

2. NEW PARADIGM OF AGEING

In the last decades of the 20th century, a new paradigm of the study of ageing has emerged. The focus moved from a negative perspective, emphasising loss and decline, to a positive approach, pointing out the areas maintained in old age and older people's contributions. This evolution has been taken place for several reasons. First, there is the accumulation of empirical evidence supporting the existence of functions and areas that are still able to improve in spite of age (Fernández-Ballesteros, 2009), as well as the benefits of a healthy and active lifestyle proceeding from the longitudinal studies (WHO, 2002). Second, the demographic trend emerging in the last century revealed the need of a change in approaching old age. In addition, international organisations such as the UN, WHO and Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), as well as political communities such as the European Union, contributed to a large extent so this paradigm has come to stay.

The origin of this new paradigm is usually associated with successful ageing theory (Rowe & Kahn, 1987, 1997), whose roots can be traced until the socio-gerontological literature in the fifties (Boudiny & Mortelmans, 2011), specifically the activity theory (Havighurst, 1953, 1961, 1963). "Successful ageing" was proposed as a concept which describes the good old age and this conceptualization has evolved over the years. In this evolution, three periods can be differentiated (Fernández-Ballesteros, 2009). The first one lasted until the end of the seventies and during this period, Havighurst (1961) proposed the activity theory, which some authors consider the first theory of successful ageing (Fernández-Ballesteros, 2009). Successful ageing is therefore produced to the extent that middle-age activities and attitudes are maintained or substituted in order to avoid the loss of social roles.

The second period took place during the decade of the eighties, when the idea proposed by the activity theory is gathered up through new definitions of successful ageing. Moreover, predictors and theoretical models are purposed and studied. In this period, Rowe and Kahn (1987) caused an important impact when defending that negative effects traditionally attributed to ageing are, actually, due to disease. In doing this, they suggested an alternative way to decline in old age, by achieving a later life free of age-related diseases and without significant physiological deterioration. Thus, an additional trajectory called successful ageing is added to the two mainly accepted ways of ageing, pathological and usual ageing.

The third period, since the nineties until now, Rowe and Kahn (1997, 1998) completed their theoretical purpose about the three trajectories of ageing by defining successful ageing like a period with a low probability of disease and disease-related disability, high cognitive and physical functional capacity, and active engagement with life. In addition, some longitudinal studies about successful and healthy ageing were carried out (e. g. Berkman et al., 1993; Seeman et al., 1994), whose conclusions led to more elaborated empirical definitions, corroborating predictors and theoretical models.

After this period, this concept of successful ageing became diversified in several lines of research which share the same positive vision of old age but which received different names because they emphasised different ways to achieve the desired result of a good old age. The first one emerged in the eighties in the United States and it was called *productive ageing*. It represents an instrumental and economist approach of activity in the old age and it can be

explained with the social moment when it appeared. Concerns about pensions and health care cost caused by population ageing were rising and older people claimed to stay productive in society beyond leisure and family responsibilities (Walker, 2002). Productive ageing is therefore defined in terms of the activities which produce goods and services performed by older people that otherwise would have to be paid for (Morgan, 1986). A broader definition came afterwards, referring to those activities done by an old person which produce goods or services, or develop the ability to produce them, whether they are paid for them or not (Bass et al., 1993).

The concept of *healthy ageing* also appeared during the nineties (WHO, 1990). The importance of maintaining a good state of health in old age was remarked, due to the rising charge of chronic diseases in ageing population (Lassen & Moreira, 2014). At this point, the compression of morbidity model of Fries (1980) has a key influence, because of the idea of the possibility of postponing chronic diseases through health-promotion of behavioural practices. Thus, WHO remarked the role of healthy habits and activity, especially physical activity, which would reduce the share of years spent without diseases and increase the healthy life expectancy.

Subsequently, as a result of the WHO's emphasis on activity as a key element to promote healthy ageing, in the late nineties the *active ageing* concept emerged in order to transmit a broader and wider concept than healthy ageing (Foster & Walker, 2013; Kalache & Kickbusch, 1997; Kalache, 1999; Walker, 2002; WHO, 2002). Active ageing unifies health, independence and participation and impacts on older people's quality of life and physical, mental and social wellbeing (Walker, 2002). This concept is a step forward from the narrowest notions of productive and healthy ageing, and it makes the inclusion and participation of older people as citizens stand out.

2.1 Equal or different concepts

The current positive paradigm in the gerontological field overlaps different concepts such as healthy ageing, productive ageing, successful ageing and active ageing, all of them without agreed definition (Bowling, 2007). Nowadays, there is a controversy about the possible equivalence or non-equivalence of these concepts. Some authors use them interchangeably in their studies and revisions (Blanco, 2010; Caprara et al., 2013; Depp & Jeste, 2006; Fernández-Ballesteros et al., 2004; Fernández-Ballesteros, 2009; Fernández-Ballesteros et al., 2013; Fernández-Mayoralas et al., 2015; Lucena Ferreira et al., 2010; Paúl et al., 2012; Peel, Bartlett, & McClure, 2004; Peel, McClure, & Bartlett, 2005); while others establish differences between them (Boudiny & Mortelmans, 2011; Boudiny, 2013; Bowling, 2008, 2009; Deeming, 2009; Foster & Walker, 2013, 2015; FUTURAGE, 2011; Lassen & Moreira, 2014; Mendes, 2013; Pinazo, 2012; Walker, 2002). All these concepts have something in common, due to their use of the gerontological knowledge in order to build a positive conception of old age and ageing. A brief exposure of differences and similarities between them is hereby shown.

Healthy ageing tries to catch the health-related dimension of quality of life, in terms of physical, mental and social wellbeing as a result of positive and multidimensional health (Peel et al., 2004). However, it was mainly studied in a physical and mental part, in terms of long

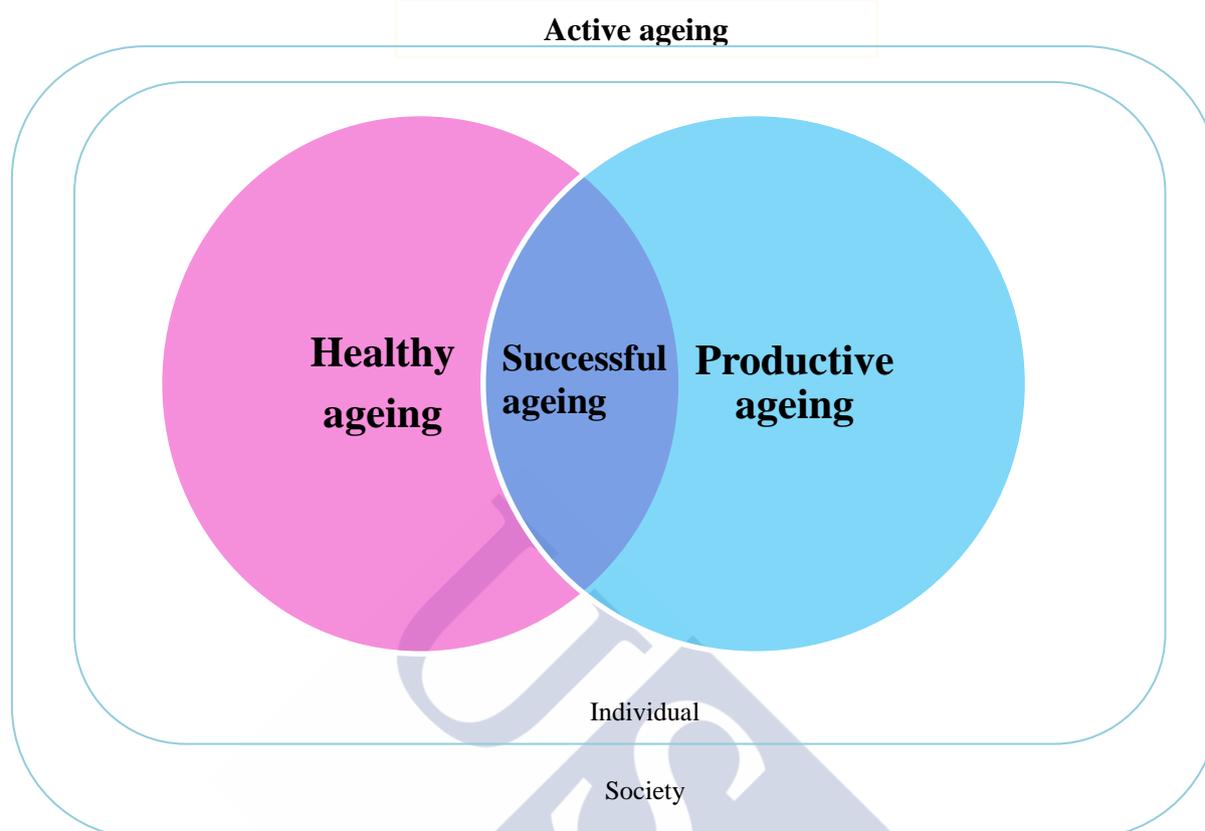
survival, reduced number of chronic disorders, good mobility, good cognitive function, absence of depression and ability to have an independent life (Seeman, Bruce, & McAvay, 1996). In other words, healthy ageing results from applying the biomedical model focused on disease, dependence or death, to ageing process in order to identify the determinants of good health in old age (Mendes, 2013). Thus, health is presented as the way to have a good old age, but it is a certainly limited approach (Mendes, 2013).

Productive ageing, however, focuses on goods and services production, without considering a person's well-being or health (Walker & Maltby, 2012). It refers to "any activity by an older adult that produces a good or a service for society, whether paid or unpaid" (Bass et al., 1993). Despite this broader vision, productive ageing is mainly restricted to older people's economic contributions through the labour market (Davey, 2002), highlighting the benefits provided to the whole society. Besides, individual actions performed in search of individual benefits, such as physical exercise, are not included in it, taking only into account those actions with the social contribution (Pinazo, 2012). Thus, certain narrowness of the concept is obvious (Foster & Walker, 2013).

Regarding successful ageing, it was usually defined in terms of low probability of diseases and disease-related disabilities, high cognitive and physical functional capacity, and active engagement with life (Buys & Miller, 2006; Minkler & Fadem, 2002; Rowe & Kahn, 1987, 1997). Even some authors also include satisfaction with life as part of success in ageing (Fernández-Ballesteros et al., 2010). This concept has mainly prioritised clinical and medical criteria, pushing emotional and social aspects into the background (Foster & Walker, 2015).

Finally, active ageing refers to the process of optimising opportunities for physical, social and mental wellbeing during the whole life, as well as participating in society according to older people's needs, desires and abilities; meanwhile adequate protection, security and care are provided when needed (WHO, 2002). Active hereby refers to a continuous participation in social, economic, cultural, spiritual and civic affairs, and not just to the ability to be physically active or to participate in the labour market (WHO, 2002). Even participation could be considered the principal component of the concept and a broader objective can be perceived in it (van Malderen et al., 2013). Active ageing is aimed at two levels at the same time: both at individuals, in order to improve their situation, and the population or public institutions. In doing this, people, political and society's responsibilities are enhanced, deriving into a twofold benefit: for older people themselves as well as for society (Walker & Maltby, 2012).

Figure 3. Graphic representation of concepts.



These concepts worked as a key role in the construction of gerontological research because all of them emerged in a context characterised by current demographic trends which are being faced as well as the negative stereotypes of old age (Hasmanová, 2011; Lassen & Moreira, 2014). All of them share certain features, such as the enhancement of positive aspects of the ageing process, promoting better results for the individual in terms of health, participation, productivity or all together, and proposing an alternative to expected dependence and passivity in old age (Foster & Walker, 2015). Focusing both in successful ageing and active ageing, they have been used in research as well as in policy as alternatives to the decline model; however, the first one was mainly used in the United States (Depp & Jeste, 2006; Pruchno, Wilson-Genderson, Rose, & Cartwright, 2010b; Walker & Maltby, 2012) whereas the second one was more used in the European Union, being recently expanded to other countries such as Canada, China or Australia (Paúl et al., 2012; Sidorenko & Zaidi, 2013; Strawbridge et al., 2002; Walker, 2009). All the concepts belonging to positive paradigm have strengths and weaknesses and they differ in the way they apply gerontological knowledge, key elements, their aims, the target group and their political implications.

Regarding healthy ageing and productive ageing, both focus mainly on one unique element, either health or social productivity. Thus, an only option achieving a positive way of ageing is accepted and people who do not follow it would fail and be underestimated (Buys & Miller, 2006). In this sense, both concepts capture, in an insufficient and narrow way, the positive perspective of old age and they evade macro-structural aspects in their proposal (Mendes, 2013).

In relation to successful ageing, several critiques have emerged. First, the adjective "success" is considered inadequate by authors, given that it implies a context with winners and losers regarding, for instance a disability or a chronic disease (Pruchno et al., 2010a,b; Strawbridge et al., 2002). Thus, it does not address adaptation and disease management and it rejects disable or socially marginalised people (Bowling, 2007). Second, a successful ageing definition is a restrictive and unrealistic concept, given the relatively few people achieving old age without those maladies and because it ignores alternative routes to achieve good old age (Bowling, 2007; Foster & Walker, 2015; Paúl et al., 2012). Third, it is essentially an individual concept, which holds the responsibility of success uniquely on the individual, but whose consequences affect the whole society (Foster & Walker, 2015; Katz, 2013; Lassen & Moreira, 2014; Mendes, 2013; Rozanova, 2010). Finally, successful ageing ignores the external context of individuals as well as the interdependence between changes in individual's lives and social structures (Buys & Miller, 2006; Foster & Walker, 2015).

These three concepts are aimed at individuals, referring only to the micro level without even recognising the influence of aspects from meso and macro levels (Buys & Miller, 2006). On the contrary, active ageing is a broader and more inclusive concept than the previous ones (Bowling, 2008; Mendes, 2013; van Malderen et al., 2013; Walker, 2002; WHO, 2002). It gathers individual elements from productive and healthy ageing from a multidimensional perspective (Foster & Walker, 2013; Kalache & Kickbusch, 1997; OMS, 2002; Van Malderen et al., 2013) and it adds the importance of an active and proactive attitude from people in their own ageing process instead of highlighting the result in terms of success. It defends an active lifestyle but taking into account the possibilities of each individual. Moreover, it includes fragile or people with some disability in their definition, which are mainly excluded from healthy or successful ageing (Sidorenko & Zaidi, 2013; WHO, 2002). Besides, active ageing recognises a shared responsibility between policy makers and individuals, offering more political potential than other ageing discourses (Walker & Maltby, 2012).

Table 2. Summary of similarities and differences between concepts.

Concept	Shared characteristics	Differences
Healthy ageing		Narrow: focused on health Restrictive: Healthy people Individual responsibility Micro level Physical activity
Productive ageing	Change in decline model Focus on positive aspects Address of population ageing Reclaim of better conditions of people	Narrow: focused on productivity Restrictive: Productive people Individual responsibility Productive activity with social value Restricted to a reduced number of people Individual responsibility
Successful ageing	Used in research and policy	Micro level Unrealistic Focus: neither physical and mental diseases nor disability + productive activity Healthy and productive people Dynamic
Active ageing		Inclusive: anybody can improve his/her active attitude Micro and macro level Shared responsibility Any activity which improve personal well-being

This dissertation is based on the defence of the differences among these concepts which limit their interchangeability. Despite some limitations of these concepts, they belong to a positive paradigm of ageing. This paradigm is not just a theoretical and idealistic development but it is based on a sound empirical basis.

2.2 Empirical basis

Unlike the activity theory, considered the roots of this paradigm, which was rejected for its excessive narrowness and idealisation and the lack of empirical support (Atchley, 2006; Walker, 2002), the paradigm successful or positive ageing is based on an important and contrasted empirical basis (Fernández-Ballesteros, 2009). The first empirical evidence comes from the verification provided from a population level study (Fries & Crapo, 1981; Fries, 1989b). After studying the survival curves between 1900 and 1980, these authors observed a rectangularization of those curves, which would indicate an approximation of survival average to the maximum one registered in the same period (100 years). In other words, an extension of vitality and good health and the postponement of chronic disease and disability were taking place. In addition, the morbidity has been compressed in the last years of life, conforming a postponed old age called "fourth age", referred to the most dependent part of old age (Lassen & Moreira, 2014).

Second, it was observed an interindividual variability in direction, level and rhythm of the ageing process and this heterogeneity is the basis of the paradigm (Baltes & Baltes, 1990; Fries & Crapo, 1981; Fries, 1989b; Rowe & Kahn, 1997). Differences among individuals in health, psychophysical and social conditions increase along life due to different life events and ways to respond to changes. Then, ageing ways vary between positive and dependent versions of the process (Fernández-Ballesteros et al., 2004; Fernández-Ballesteros, 2009).

The third empirical evidence refers to plasticity and reserved ability of human functioning along life, which continue in old age and would permit older people to improve their status (Baltes & Baltes, 1990; Fernández-Ballesteros, 2009; Fries & Crapo, 1981; Fries, 1989b; Schroots, 2012). It was empirically proved at a neurobiological and psychological level (Fernández-Ballesteros & Calero, 1995; Kliegl, Smith, & Baltes, 1989) and it is on the basis of individual differences (Baltes & Baltes, 1990). The majority of individual conditions showing decline are liable to be improved through changes and interventions in the environment or lifestyles, but certain limits in plasticity exist in very old age (Baltes & Baltes, 1990).

Nevertheless, this paradigm shows some problems which are the result of the development of this positive paradigm of ageing, which are summarised below.

2.3 Paradigm questions

The theoretical and empirical reviews carried out about this paradigm revealed some issues, debates and critiques which have been emerging in literature. The first debate found is the confrontation between the reductionism present on the paradigm, generally from the

biomedical perspective, and its multidimensionality (Bowling & Dieppe, 2005; Bowling, 2007; Fernández-Ballesteros, 2009; Pruchno et al., 2010a,b; Strawbridge et al., 2002). In fact, a third part of the research performed has made operative the dependent variable using mainly biomedical indicators, going back to the disease or absence of health perspective (Fernández-Ballesteros, 2009).

A second debate is related to whom should categorize success in ageing; an objective and external criteria, from professionals (Rowe & Kahn, 1987, 1997), older people themselves from an subjective statement (Montross et al., 2006; Strawbridge et al., 2002) or a conjunction of both types of criteria (Pruchno et al., 2010a). The prevalence of successful ageing would change depending on the type of criteria used, (Strawbridge et al., 2002).

Third, a conceptual problem is present in this paradigm as well, related to the confusion between a positive result of ageing (successful ageing, active ageing, etc.), satisfaction with life and quality of life, which may be related to the simultaneous appearance of the three concepts (Fernández-Ballesteros, 2009). For instance, successful ageing has been reduced to satisfaction with life (Baltes & Carstensen, 1996; Havighurst, 1961, 1963; Lehr, 1982; Menec, 2003; Palmore, 1979, 1995; Vaillant, 2002; Vaillant & Vaillant, 1990; Vaillant & Mukamal, 2001; Von Faber et al., 2001; Williams & Wirths, 1965) or well-being (Freund & Baltes, 1998; Gibson, 1995; Ryff, 1989), whereas other authors consider it as its predictor (Roos & Havens, 1991) or a precursor (Fisher, 1992, 1995). However, a conceptual hierarchy can be traced between those concepts, where well-being and satisfaction with life can be two criteria conditions of positive ageing, and a requirement for a good quality of life in old age at the same time (Fernández-Ballesteros, Kruse, Zamarrón, & Caprara, 2007; Fernández-Ballesteros, 2009). As Fernández-Ballesteros and colleagues (2007) state, quality of life would be the higher level of inference in research, including most part of the components of positive ageing in terms of individual elements such as health, independence, cognitive state..., in addition to well-being and satisfaction with life. Successful ageing shares those conditions as well, but the difference would be that quality of life refers to contextual elements (objectives and perceptions) whereas successful ageing does not.

In relation to this proposal, it can be understood that successful ageing, conceived as a desirable result to be achieved in old age, includes a component called satisfaction with life, which is an important element to have self-perception of success in old age. Nevertheless, this cannot be expandable to the rest of concepts of this positive paradigm. In the specific case of active ageing, this does not apply. Active ageing is considered a dynamic process, in contrast to satisfaction with life, which is defined as the result of valuing cognitively the vital conditions and the adjustment between desires and achievements (Bowling, 2009; Fernández-Mayoralas et al., 2015). In this sense, satisfaction with life would represent an outcome variable of active ageing and not a component of it.

As a result of this short exposure, this dissertation will be focused on active ageing, as it is a broader, more inclusive concept and it highlights dynamic and proactive attitude to life. For this reason, specific literature review of active ageing is shown below.

3. ACTIVE AGEING

Active ageing became the centre of gerontological, political and social discussion, especially in Europe (Clarke & Warren, 2007; Hasmanová, 2011), being the predominant European policy in order to face population ageing (Foster & Walker, 2013). It is more than a scientific entity or an individual concept, it is a complex notion with a key role in management of global ageing populations which combines policy's, ethical and scientific concerns (Kalache & Kickbusch, 1997; Lassen & Moreira, 2014; Stenner et al., 2011; Walker, 2009).

This concept unifies the ideas of activity and participation, health, independence and good ageing, but participation has a main role (van Malderen et al., 2013). The reason is that activity is gathered by the adjective "active", but it also tries to represent the agent attitude of people on their own lives (Stenner et al., 2011). However, this activity idea is represented by a continuous participation in different types of activities in terms of social, economic, cultural, physical and routine activities (Stenner et al., 2011; Walker, 2002, 2006; WHO, 2002).

In order to achieve the aims for which this concept has been created, some principles have been established (Foster & Walker, 2015; Walker, 2002, 2006; WHO, 2002). First, it is related to activity as a broad concept, including all significant activities that improve the well-being of individuals and families, local community and the society. Second, it defends that all old people should be included in the concept, not only young-old, independent and healthy people, but also fragile, dependent old people. Third, it is also conceived as a preventive concept, with a whole life-course perspective. The fourth principle claims for the enhancement of intergenerational solidarity and opportunities. The fifth one points out that both rights and responsibilities are implied, in terms of social protection and lifelong education and learning, insisting on the obligation of taking advantage of these opportunities. Sixth, empowerment and participation are important effects of active ageing, given that it promotes citizens' active attitudes in terms of bidirectional communication between society and policies. This approach is fostered in order to avoid imposition from high hierarchies and to prevent the conversion into a coercive strategy. The seventh principle suggests that active ageing must respect national and cultural diversity regarding the ways of participation without falling into valuing judgments about which activity is the best. The last one refers to the need of integrating flexibility in this approach. The individual perspective of active ageing defends the existence of variation among individuals and their available sources to age well which, in addition to the changes in limitations and preferences that take place during the life course, give rise to differences in the individual ageing process.

This concept highlights the need of collaboration and a shared responsibility between citizens and society (Foster & Walker, 2015; Walker, 2002). Thus, active ageing alludes to micro, meso and macro levels, aiming both to people as well as at different groups in society and it is promoted both from a population and an individual perspective (Caprara et al., 2013; Fernández-Ballesteros, 2009; Fernández-Ballesteros et al., 2004, 2006; Foster & Walker, 2013; Walker & Maltby, 2012; WHO, 2002). At a population level, improvements in contextual, social and health care systems pensions and environmental conditions among others factors are required to provide better opportunities and to facilitate individual decisions about health and participation (Katz, 2005; Venn & Arber, 2011; WHO, 2002). In individual

terms, self-care is enhanced as well through active participation (Fernández-Mayoralas et al., 2015; Hasmanová, 2011) and health self-care (WHO, 2002).

Active ageing is, therefore, a complex concept where a duality of approaches exists: the political and the scientific ones. Each one has their respective aims and focuses, either on the population as a global entity or aimed at people individually (Caprara et al., 2013). Besides, this concept has left a trace on society, where each person has an own representation of active ageing. A short tour through different approaches is shown below.

3.1 Political approach

From a political point of view, active ageing refers to both individual or collective strategies to optimise economic, social and cultural participation during the life course in order to manage current and future ageing population (Kalache & Kickbusch, 1997; Lassen & Moreira, 2014; Perek-Białas et al., 2008; Walker, 2009; WHO, 2002). In this sense, active ageing has been usually addressed from a population perspective, proposing macro level aims in terms of redesigning and unifying management policies in different areas: social, sanitary, employment and population.

The policy perspective was implemented in order to reinvent the old age model by changing cognitive structures and social stereotypes of old age, created by social policies of recent decades (Lassen & Moreira, 2014; Stenner et al., 2011). The main aims of this approach are related to increasing and maintaining health and productivity of older people. Here, health and independence are represented by the healthy life expectancy indicator (Caprara et al., 2013; Di Gessa & Grundy, 2014; Sidorenko & Zaidi, 2013; WHO, 2002) and older people's productivity is considered in terms of paid and non-paid productive participation as well as intergenerational knowledge transition.

This approach is represented by both WHO's and the European Union (EU) policies (Hasmanová, 2011). From WHO's perspective, active ageing was adopted in the late nineties to transmit a more complete message than the narrower previous concepts of healthy ageing or productive ageing. "Active" here does not refer only to the ability to be physically active or participating in the labour market, but also to a whole variety of participation ways (WHO, 2002). In addition, the WHO's active ageing model recognises more factors that affects ageing further than health, such as participation (Fernández-Ballesteros, 2005; Kalache & Kickbusch, 1997; WHO, 2002; Zamarrón, 2013). An interrelationship between health and activity is defended because poor health can determine activity and activity can contribute also to health status (Stenner et al., 2011; Walker, 2002). Thus, WHO's concept of active ageing brings together health, independence and productivity, emphasising its repercussion on the quality of life and physical, mental and health well-being (EC, 1999; Walker, 2002).

In contrast, the European concept of active ageing prioritises employment because it has been the main concern since the nineties due to the sustainability of the pensions' system (Foster & Walker, 2015; Walker, 2009; Walker & Maltby, 2012). Two types of policy's discourses around active ageing can be found (Foster & Walker, 2013, 2015; Walter & Maltby, 2012). The first one fosters the economic or productive approach and it is almost completely focused on employment policies in terms of extension of working lives after the

retirement age (e.g. EC, 1999). It has prevailed in European policies, especially in the European Commission (Clarke & Warren, 2007; Foster & Walker, 2013; Perek-Białas et al., 2008; Walker & Maltby, 2012). The second one defends the creation of opportunities to stay in the labour market, to contribute to society through non-paid work, such as volunteering, or passing knowledge to younger citizens and family members, as well as living autonomously and with dignity for as long as possible (Avramov & Moskova, 2003; Foster & Walker 2015; Hasmanová, 2011). Recent approaches have been more comprehensives, where active ageing is understood as ageing healthily, as a member of society and feeling more fulfilled in their jobs, more independent in their daily lives and more involved as citizens (Sidorenko & Zaidi, 2013).

Nevertheless, even when a broader, coherent strategy of active ageing is defended by the European Commission, which highlights the need to diverge from the mainly economic approaches, the situation is different in practice (Sidorenko & Zaidi, 2013; Walker, 2002). Current political tools are still focused on employment and the promotion of late retirement from public policy, showing a tendency to exclude other aspects such as health or autonomy (Bowling, 2009; EC, 2002; Foster & Walker, 2013; Madero-Cabib & Kaeser, 2015; Sidorenko & Zaidi, 2013; Walker & Maltby, 2012; Walker, 2009).

WHO's and EU's proposals share the emphasises on activity as rejuvenating but their conception of active ageing differs (Lassen & Moreira, 2014). WHO's concept is broader and it includes the whole life course. It is faced to health promotion and healthy lifestyles and it incorporates both population and individual perspectives. Otherwise, EU's conception is narrower and more limited, focusing on people over 50 and fostering social and economical inclusion through productive activities, mainly through employment (Hasmanová, 2011; Lassen & Moreira, 2014; Perek-Białas et al., 2008; Walker & Maltby, 2012). Thus, the productive version of the concept was prioritised, referring to employment and social participation and going back to its precursor, productive ageing (Boudiny, 2013; Bowling, 2009). As a consequence, the meaning of active ageing is not clear in practice (Foster & Walker, 2013).

3.2 Scientific approach

The gerontological and research field is characterised by a mixture of perspectives, because it was studied from different disciplines (Fernández-Ballesteros, 2009). As a result, multiple definitions were proposed in this field; even though those tend to be implicit. An effort to classify definitions was made by Boudiny (2013) who established three types. The first one refers to one-dimensional definitions, which emphasises the economic approach in terms of employment, or the physical activity (Boudiny, 2013; Boudiny & Mortelmans, 2011; Clarke & Warren, 2007). At this point, the economic dimension of active ageing has occupied extensively the research in this paradigm (Brooke, Taylor, Mcloughlin, & Di Biase, 2013; Di Gessa & Grundy, 2014; Ervik et al., 2008; Hofäcker, 2015; Perek-Białas et al., 2008). Nevertheless, both conceptualizations would be insufficient and the one-dimensional reduction of this concept contradicts the intention of WHO (2002). This organisation defended that active ageing is more than uniquely the ability to be physically active or participate in the labour market, but a continuous participation in social, economic, cultural, spiritual and civic issues. By focusing exclusively in both conceptions, different consequences

can be drawn. Conceptually, an employment focus makes active ageing equal to its precursor, productive ageing, and it ignores the valuable contribution of older people to society, for instance, by volunteering or by taking care of children (Boudiny, 2013; Boudiny & Mortelmans, 2011). Similarly, an exclusive emphasis on physical activity reduces this concept to healthy ageing. In both cases, certain groups of people would be excluded, either people who do not participate in the labour market or people with severe physical limitations (Boudiny, 2013). They ignore the ability of age actively following different paths (Biggs, 2001; Ranzijn, 2010; Walker, 2002). In doing this, all effort of creating an inclusive concept would be reduced to an empty rhetoric (Boudiny, 2013; Boudiny & Mortelmans, 2011; Clarke & Warren 2007; Fernández-Ballesteros, 2009).

The second kind of definitions alludes to the multidimensional approach, which includes different types of participation, such as productive, social and leisure activities (Avramov & Maskova, 2003; Blanco, 2010; Boudiny, 2013; Foster & Walker, 2013; Houben, Audenaert, & Mortelmans, 2004; Sidorenko & Zaidi, 2013). However, even when these definitions imply a step forward to participation multidimensionality, an important part of active ageing is not included hereby: health (Walker, 2002). In addition, activities included in these definitions are mainly focused on young-old people, this is, people aged between 60 and 75 years old (Boudiny, 2013; Clarke & Warren, 2007).

The third type of definitions goes beyond the behavioural sphere, including aspects like health (Boudiny, 2013; Deeming, 2009; Fernández-Ballesteros, 2009) or economic circumstances (Cloos et al., 2010). At this point, a disagreement among authors is produced. Boudiny (2013) considers that this type of definitions would lead to a conceptual mistake by blending components and determinants of active ageing and confusing the global concept of quality of life, which includes economic well-being (Boudiny, 2013; Fernández-Ballesteros, 2009). However, Walker (2002) states that active ageing is not complete without the health component.

Besides these classifications, the literature review brought to light a greater representation of conceptual development papers about active ageing (Avramov & Maskova, 2003; Ervik et al., 2008; Foster & Walker, 2013, 2015; Lassen & Moreira, 2014; Pinazo, 2012; Walker, 2002, 2006, 2009; Walker & Maltby, 2012), about its component (Sánchez, 2004; Tam, 2011) or the environments which enhance it (Calbó & Monreal, 2008; Plouffe & Kalache, 2010; Zaidi, 2014). Critical reviews have been carried out as well (Boudiny & Mortelmans, 2011; Boudiny, 2013; Katz, 2000, 2013; Mendes, 2013; Ranzijn, 2010; Sánchez & Hatton-Yeo, 2012; van Dyk, 2014). Moreover, multiple qualitative studies are been carried out around this concept in order to explore its meanings and components (Bowling, 2008, 2009; Brooke et al., 2013; Buys & Miller, 2006; Buys et al., 2008; Clarke & Warren, 2007; Cloos et al., 2010; Deeming, 2009; Gjevjon, Øderud, Wensaas, & Moen, 2014; Hasmanová, 2011; Lie, Baines, & Wheelock, 2009; Lin, Chen, & Cheng, 2013; Lucena et al., 2010; Nantsupawat, Kamnuansilapa, Sritanyarat, & Supawatanakorn, 2010; Stenner et al., 2011; Townsend et al., 2006).

Nevertheless, there is a small number of studies in which an operative multidimensional definition of active ageing is presented. Even when quantitative studies have been developed, most of them focus on specific elements, with a bigger representation of productive perspective of active ageing. That is the case, for instance, of employment in older age as a

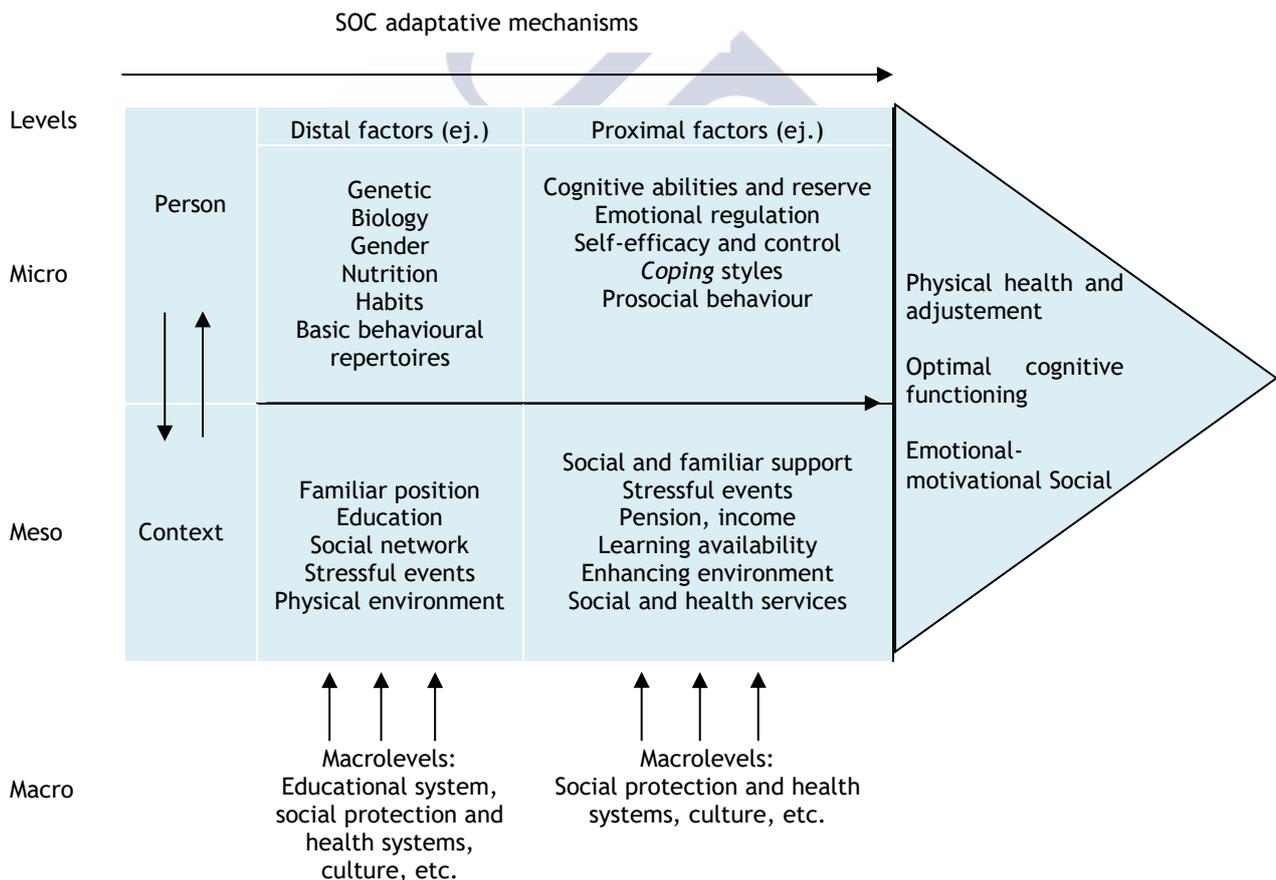
case of active ageing (Di Gessa & Grundy, 2014; Ervik et al., 2008; Hofäcker, 2015; Madero-Cabib & Kaeser, 2015; Perek-Biafas et al., 2008). In addition, active ageing has also been represented by physical activity (Ahrentzen, 2010; Correa et al., 2011; Foy et al., 2013; Michael et al., 2006; Sykes & Robinson, 2014; Zeitler et al., 2012) or by participating in different types of activities (Blanco, 2010; Fernández-Ballesteros et al., 2004; Fernández-Mayoralas et al., 2015). However, a complete representation of active ageing is less frequent (Montero et al., 2011; Paúl et al., 2012; Perales et al., 2014; Tareque, Hoque, Islam, Kawahara, & Sugawa, 2013; Tareque, Ahmed, Tiedt, & Hoque, 2014). This field is sometimes confusing. For instance, terms like 'construct' and 'determinants' are blended together in the same study, when referring to the same set of variables both as an operative definition of active ageing and their determinants (Buys & Miller, 2006; Cloos et al., 2010; Paúl et al. 2012; Tareque et al. 2013, 2014). Moreover, some variables such as social support or coping styles, referring to the way people face difficult situations, are used in different studies as constituents or determinants of active ageing (Blanco 2010; Fernández-Ballesteros 2008; Perales et al. 2014; Stenner et al. 2011). The reason for this can be related to the current disagreement about the definition of active ageing.

Predictors or determinants of active ageing has also been studied (e. g. Ahrentzen, 2010; Annear et al., 2014; Blanco, 2010; Buys & Miller, 2006; Caprara et al., 2013; Michael et al., 2006; Montero et al., 2011; Zeitler et al., 2012). Different types of determinants are included, such as physical environment, transport, socioeconomic elements, socio-demographic aspects, anthropometric, health, lifestyles, stress management, coping styles, etc. Thus, active ageing is influenced by different kinds of determinants which can challenge people's ability to age actively. Some of those have a long term effect, such as socio-economical level, whereas others have a more immediate effect, such as coping styles (Fernández-Ballesteros, 2009). They have been included in theoretical models such as the one by WHO (2002) and by Fernández-Ballesteros (2009), summarised below.

WHO (2002) defines active ageing based on three pillars: health, participation and security. Active ageing permits people to develop their potential in terms of physical, mental and social well-being throughout life, to participate in society according to their needs, desires and capacities meanwhile protection, security and care are provided when needed. WHO's multidimensional model incorporates both population and individual determinants which influence the ageing process. The first type is associated with the environment where the person lives and it refers to economic, social and health services and social and physical environment. They are mainly government's responsibilities (WHO, 2002; Zamarrón, 2007). The second type includes personal and behavioural determinants and it is individual's responsibility to take care of them. Two transversal determinants are included: culture and gender. In doing this differentiation, WHO includes two types of actors: public institutions, through policies and individuals, with individual strategies and healthy lifestyles (Lassen & Moreira, 2014). A shared responsibility between individuals and society is hereby recognised. This model has not been empirically validated and its determinants have not been kept (Paúl et al., 2012). Some critiques refer to the fact that, despite the emphasis in distinguishing the determinants of active ageing, this effort was not made in differentiating the components of the concept as well as the inclusion of some variables, both as determinants and as part of the concept, such as mental and social health.

Another theoretical model of active ageing was proposed by Fernández- Ballesteros (2009). In this case, a multidimensional-multilevel model was elaborated, where a wide variety of conditions that can influence a person's active ageing process are detailed. This is a processual, complex model and active ageing is defined as the optimal physical, cognitive, affective and social functioning of the individual. Determinants have been differentiated in current ones, with a more immediate effect on the active ageing result, and longitudinal conditions, which act during the life course and influence the person's development. Furthermore, determinants are also differentiated according to macro, meso and micro levels where the interaction between individual and context occurs. For instance, socio-historical circumstances would be on a macro level, family and community would be on a meso level and the person would represent the micro level. Multidirectionality of relationships among people and contexts is established. In this process, 'selective, optimization and compensation' mechanisms from Baltes and Baltes theory (1990) influence the process. A detailed picture of the model is shown below.

Figure 7. Multidimensional-multilevel model of active ageing of Fernández-Ballesteros (2002, p.43). Source: Fernández-Ballesteros (2009)



Even though the literature review has shown the expansion of active ageing on the scientific level and its importance as a political concept, few operative definitions of the concept have been proposed. A repeated statement is that little empirical evidence has been achieved and an operative definition commonly accepted is requested (Avramov & Maskova,

2003; Boudiny, 2013; Foster & Walker, 2013; Lassen & Moreira, 2014; OMS, 2002; Paúl et al., 2012; Perek-Białas et al., 2008; Ranzijn, 2010).

3.3. Social approach

This concept has been widely spread in society and some qualitative studies tried to capture the meaning of active ageing from older people's perspective (Bowling, 2008; Boudiny & Mortelmans, 2011; Hasmanová, 2011; Stenner et al, 2011). At present, a certain discrepancy exists between what older people and what policy makers, researchers and professionals understand as active ageing (Boudiny & Mortelmans, 2011).

Older people define active ageing in positive terms, referring to both health as a global concept (Bowling, 2008, 2009; Lucena et al., 2010) and to activity and participation (Buys & Miller, 2006; Clarke & Warren, 2007; Lucena et al., 2010; Stenner et al., 2011; Townsend et al., 2006). In terms of health, they include multiple dimensions such as maintaining good physical health and body functioning, mental functioning and activity and social relationships and contact (Bowling, 2008, 2009; Buys & Miller, 2006; Stenner et al., 2011). References to activity or participation, and physical, mental and social activities are mixed alluding to a general active lifestyle in which all these activities are included. Thus, older people highlights leisure, family care, volunteering, learning, travelling or physical activity (Bowling, 2008; Buys & Miller, 2006; Hasmanová, 2011; Lucena et al., 2010; Stenner et al., 2011; Townsend et al., 2006; Venn & Arber, 2011). Employment was not clearly included in these definitions, because though some people relate being active to being productive in paid terms (Venn & Arber, 2011), in most of the cases people prefer other kind of activities instead of employment (Bowling, 2008; Clarke & Warren, 2007).

Furthermore, other aspects are related to more abstract definitions of active ageing, such as having a positive attitude towards the future, staying engaged to life, facing the challenges of life or keeping up with the world (Clark & Warren, 2007; Stenner et al, 2011; Townsend et al., 2006). At this point, coping styles might be behind those definitions, given that they refer to the different ways of facing the internal and external adverse circumstances throughout life (Stenner et al., 2011). In this sense, coping styles can influence to the ability of age actively and the good news is that those can be learnt and improved (Fernández-Ballesteros, 2009).

Qualitative studies have also showed that older people defend the importance of being and feeling active (Hasmanová, 2011; Lucena et al, 2010; Stenner et al., 2011; Townsend et al, 2006; Venn & Arber, 2011), because the engagement in activities gives meaning to their lives (Buys & Miller, 2006; Hasmanová, 2011; Townsend et al., 2006). Older people's discourses show a dichotomy activity-passivity, assuming that either you are active or you are passive (Boudiny & Mortelmans, 2011). Being passive, nevertheless, is seen as leading to disease, dependency, dementia or even death, which are also their biggest fears (Clarke & Warren, 2007; Hasmanová, 2011; Stenner et al., 2011; Venn & Arber, 2011). Those fears (Katz, 2000) linked to the subjective feeling of success for being active (Hasmanová, 2011), became the reason why following an active lifestyle is so important.

3.4 Measurement of Active Ageing

The literature review also revealed that active ageing has been, in general, partially assessed by considering mainly isolated aspects such as employment, social participation and, less frequently, leisure time and activities. Otherwise, there are relatively few studies which have measured active ageing from a broad conception. In those cases, items or scales were used separately when measuring the components of the concept (Caprara et al., 2013) or they were measured through the compliance of a list of criteria in order to create a dichotomous variable representing active ageing (Fernández-Ballesteros et al., 2006). This measurement turns out to be too strict because it generally limits active ageing to a few people and is not very proper to follow the evolution of people. A step forward in this aspect was the summative measurement of dichotomous variables and the creation of a continuous variable of active ageing (Perales et al., 2014).

In the last few years, some instruments to measure active ageing were developed. From a population perspective, the EC and the United Nations Economic Commission for Europe (UNECE) created the Active Ageing Index 2012 (Zaidi et al. 2013). This index targets policy makers and aims to measure the amount of active ageing at a country level, providing the percentage of people which meets the criteria in terms of four domains: (1) employment; (2) participation in society; (3) independent, healthy and secure living and (4) capacity and enabling environment for active ageing. It informs about the effectiveness of the developed strategies and points out the environmental elements that could be improved to increase the opportunities to age actively. Even though it is useful to provide population information, it cannot be used to measure active ageing on an individual level, due to the calculation of the result in terms of percentages and to the type of indicators used, which are aimed to macro-level measurement. However, this is important because the initiatives and programmes have a person-driven orientation.

Attempts to develop tools from an individual perspective were made by for instance Tareque et al. (2013). These authors developed an active ageing index based on the WHO's model, using three dimensions to group the determinants of active ageing: health (referring to physical health and absence of disabilities, as well as physical activities), participation (participation with family, workforce and in clubs/groups) and security (physical and financial security). The shortcomings of this index include the restriction of health, almost completely focusing on a physical dimension, as well as the absence of some important variables such as cognitive, affective and social health. Additionally, authors emphasise that this index measures determinants of active ageing even though it is called an active ageing index and it is supposed to measure the active ageing concept.

Despite this extended scientific literature about active ageing, there were barely few specific studies oriented to propose an instrument of assessment for this concept. Any tool hereby described cannot be used given that the first one requires an adaptation from a population level to an individual perspective of active ageing and the second one does not measure the concept itself, but its determinants (Tareque et al., 2013, 2014).

3.5. Critiques of the active ageing concept

Even though active ageing became a key concept in policy, research and even society, this paradigm is not free of critiques. On the one hand, there are the ones related to an excessive emphasis on employment and productive slope (Boudiny, 2013; Foster & Walker, 2015; Mendes, 2013; Sánchez & Hatton-Yeo, 2012; van Dyk, 2014; Walker, 2006, 2009; Walker & Maltby, 2012). In doing this, employment becomes the axis of the own identity (van Dyk, 2014), creating an implicit obligation to work (Mendes, 2013) and reducing the concept to its precursor, productive ageing (Boudiny, 2013; Foster & Walker, 2013). Moreover, people out of the labour market are excluded (Foster & Walker, 2013, 2015; Walker, 2009) and valuable contributions of older people like volunteering or care taking are ignored (Boudiny, 2013; Boudiny & Mortelmans, 2011). Thus, even when it is important to create opportunities to continue working and to propose flexible retirement options, it is necessary not to devalue those who do not want to stay working (Boudiny, 2013).

The second type of critiques defends that the activities and values promoted by policy and research are mainly associated with young-old or functionally independent people (Boudiny & Mortelmans, 2011; Clarke & Warren, 2007; Townsend et al., 2006; van Dyk, 2014). Otherwise, activities not linked to middle-age people result stigmatised (Venn & Arber, 2011; Williams et al., 2012). Another source of critical thinking is that the lifestyle promoted in the current discourse of active ageing is easy to be followed by people who can pay for it, who have the physical or mental ability for it and who can participate in the institutions where it is promoted (Biggs, 2001; Bowling, 2005; Hasmanová, 2011).

The third group of critiques is related to the fact that the current active ageing discourse is becoming coercive, since the social images promoted are being interiorised by older people (Foster & Walker, 2015; Katz, 2000; Townsend et al., 2006) with high expectations placed up on them (Boudiny, 2013). Those expectations can be assumed as a challenge or a threat depending on personal circumstances in terms of health, educational level or income (Pavlova & Silbereisen, 2012). In addition, this paradigm is not prepared to incorporate the notion of decline (Foster & Walker, 2015; Moulaert & Paris, 2013) and it ignores the barriers of certain social groups to meet the ideals of old age (Hasmanová, 2011). Thus, active ageing may be presented as unattainable for a big group of people who are old-old or who have a disability and cannot join to active ageing as it is being promoted (Holstein & Minkler, 2003). The result is sometimes social discrimination or exclusion of old-old people, as well as vulnerable, fragile and dependent people, who do not meet the criteria in terms of health, independence, productivity and activity (Boudiny, 2013; Perek-Białas et al., 2008; Ranzijn, 2010; van Dyk, 2014; Walker, 2006; Walker & Maltby, 2012). For those reasons, the different states should increase the opportunities to remain active, adapting them when necessary such as in the case of dependent people (Boudiny, 2013; Mayhew, 2005; Walker, 2002, 2006; WHO, 2002).

The last group of critiques refers to the way in which active ageing is presented in practice. Despite active ageing's wideness differentiated from other types of ageing such as successful ageing (Katz, 2005; Mendes, 2013; Ranzijn, 2010; van Dyk, 2014; Venn & Arber, 2011); in practice, it is becoming narrower (Boudiny, 2013; Foster & Walker, 2015). Unless changes are made in including new alternative ways to age actively, active ageing will result in a new categorization of old age, being narrow, oppressive, excluding and normative, with an excessive idealisation of old age (Foster & Walker, 2015; Holstein & Minkler, 2007).

Thus, the same mistakes from active theory (Boudiny, 2013) and successful ageing (Pruchno et al., 2010b; Strawbrigde et al, 2002) could be made.

3.6. Problem in active ageing research

The literature review has shown three important debates in this field. The first of them is related to the inclusion or non-inclusion of health-related variables as components of the concept. Even though health is presented as one of the key elements of active ageing (Walker, 2002; WHO, 2002), its role in this concept it is not clear. Boudiny (2013) asserts that definitions including health and independence cross the limits and are confused with healthy ageing, which would be a totally different concept. Nevertheless, active ageing was created by widening the concept of healthy ageing without rejecting it. For this reason, active ageing should incorporate and support healthy ageing (Walker & Maltby, 2012; WHO, 2002). In addition, health is considered globally as an important component of active ageing, even by older people (Bowling, 2008). However, health is not a strictly necessary requirement to age actively, because it would exclude, in that case, fragile and dependent older people and it would be against one of the basic principles of active ageing (Boudiny, 2013; Clarke & Warren, 2007; OMS, 2002; Walker, 2002).

Regarding the previous argument, maybe the problem is related to the criteria definitions used and not to the health component itself. When criteria definitions are used and healthy status and independence dichotomous variables are just included, they result in the direct exclusion of a considerable number of old people. In addition, dependence can be considered a dynamic status (Stenner et al., 2011), both for temporary circumstances, such as a fall, or for external conditions, such as transport. Thus, the health status variable could be considered not only a status (Bowling, 2008) but also an improvement area. In this case, health-related variables could be included in active ageing definitions, but they should be continuous variables in order to incorporate this information without excluding low health status, dependent older people (Buys et al., 2008; Fernández-Mayoralas et al., 2015; Stenner et al., 2011; van Malderen et al., 2013; WHO, 2002).

The second debate refers to the inclusion of productive or leisure activities. On the one hand, the mainstream in active ageing refers to the participation of older people in society, considering productive activities, both in terms of paid and non-paid work, only the ones that create social value (Buys & Miller, 2006; Di Gessa & Grundy, 2014; Ervik et al., 2008; Hofackër; 2015; Montero et al., 2011; Perales et al., 2014; Perek-Białas et al., 2008; Tareque et al., 2013, 2014; Zaidi et al., 2013). These activities seem to be important not only from the perspective of researchers and policy makers but also from older people's perspective (Stenner et al. 2011). However, an exclusive focus on productive activities includes several shortcomings such as reverting to its precursor, productive ageing (Boudiny, 2013; Boudiny & Mortelmans, 2011; Bowling, 2009) constituting new categorizations of late life (Lassen & Moreira, 2014) and neglecting alternative pathways to age actively (Biggs, 2001; Boudiny & Mortelmans, 2011; Walker, 2002). On the other hand, various authors emphasise the incorporation of leisure for several reasons. Firstly, formal and public forms of productive engagement do not suit everyone (Stenner et al., 2011) and when detached from responsibilities in the middle age, leisure is a way to re-engage with life (Clarke & Warren, 2007). Secondly, different patterns of leisure activities can enhance or impede the

participation in productive activities, such as volunteering (Dury et al. 2015); thus, a high participation in leisure can be incompatible with social participation. However, the absence of social participation would not be related to lack of active ageing. Thirdly, leisure is important for older adults and it has multiple benefits, such as improving physical and cognitive status, the increase of life satisfaction or the compensation of social deficiencies, such as the loss of the partner (Boudiny & Mortelmans, 2011; Bowling, 2008; Menec, 2003; Merrill Silverstein & Parker, 2002).

The third debate is about the frequent dichotomy between active and passive activities, which is conceived by some authors as ambiguous (Boudiny and Mortelmans 2011; Boudiny, 2013; Katz, 2000; Lassen & Moreira, 2014; Stenner et al., 2011). Usually, only active leisure activities are considered important for active ageing, such as hobbies, sports, travelling and creative activities (Avramov & Moskova, 2003; Fernández-Ballesteros et al., 2004; Houben et al., 2004; Perales et al., 2014), because of their proved benefits (Colcombe & Kramer, 2003; Menec, 2003; Merrill Silverstein & Parker, 2002). This focus on active participation is partly confirmed by older people's perceptions about active ageing. They refer to being active in contrast to being passive, as a type of apologia for an agentic attitude (Stenner et al. 2011), which is apparently the key factor in the impact of leisure on people's well-being (Litwin and Shiovitz-Ezra 2006). Once again, it means mainly enhancing young-old preferences. On the contrary, many old-old consider the 'ordinary' or the considered passive activities, such as reading or making crossword puzzles, more representative of their involvement with life (Clarke and Warren 2007) or necessary in order to continue their active lifestyle, such as napping (Venn & Arber, 2011). Moreover, old-old people spend more time in home-based and family-related leisure activities, showing a certain change in people's activities while they age, maybe due to alterations in preferences and constraints (Boudiny, 2013; Gauthier & Smeeding, 2003; Verbrugge, Gruber-Baldini, & Fozard, 1996).

In addition to the debates hereby presented, the literature review has revealed four problems. First, the tendency of using samples of older people extracted from urban contexts (Monreal, 2008), young-old (Di Gessa & Grundy, 2014; Fernández-Ballesteros et al., 2006; Montero et al., 2011), functionally independent (Fernández-Mayoralas et al., 2015; Lucena et al., 2010), active adults (Buys & Miller, 2006; Casado-Muñoz, Lezcano-Barbero, & Rodríguez-Conde, 2015; Hasmanová, 2011) or participants of active ageing programmes (Hasmanová, 2011; Latorre et al., 2015). A second important problem in this field is the frequent interchangeability of the concepts of active ageing, successful ageing and other concepts from this paradigm, with the consequent mixture of theoretical backgrounds (Blanco, 2010; Caprara et al., 2013; Fernández-Ballesteros et al., 2004, 2013; Fernández-Ballesteros, 2009; Fernández-Mayoralas et al., 2015; Lucena et al., 2010; Michael et al., 2006; Montero et al., 2011; Paúl et al., 2012; Perales et al., 2014). A third problem derives from a conceptual problem. Some studies address active ageing construct and its components, but finally refer to the predictors of active ageing. Therefore, the terms of components and predictors are blended (Buys & Miller, 2006; Cloos et al., 2010; Paúl et al., 2012; Tareque et al., 2013, 2014), adding to the confusion about the definition of this concept. The last problem detected is that, despite the importance of this concept and its repeated use in policy and research, active ageing is a complex construct in which there are more theorisations than empirical evidence around the concept and its definition (Fernández-Ballesteros et al., 2006). In fact, definitions have been posed implicitly in research (Fernández-Ballesteros et al., 2004a; Hasmanová, 2011) and a lack of an operative definition of active ageing universally

agreed exists (Avramov & Maskova, 2003; Boudiny & Mortelmans, 2011; Boudiny, 2013; Casado-Muñoz et al., 2015; Clarke & Warren, 2007; Foster & Walker, 2013; Perales et al., 2014; Perek-Białas et al., 2008; Ranzijn, 2010; Walker & Maltby, 2012; Walker, 2002).

Even when active ageing has been made operative as a broad concept, it was made through a dichotomous and criteria variable, which was created when all its elements were met (Fernández-Ballesteros et al., 2006; Lucena et al., 2010; Montero et al., 2011). The included criteria tend to be relatively high and the compulsory fulfilment of all of them creates rigid ways of active ageing (Perales et al., 2014). This fact can also result in the exclusion of people with some disabilities, which goes against the statements of WHO (2002). On the contrary, engagement to life should be promoted even when limitations are present, by adapting the forms of engagement to each person's situation (Boudiny, 2013). Maybe, a more proper manner of approaching active ageing in studies would be through a quantitative continuous variable, which can provide richer information than only establishing if somebody ages actively or not (Perales et al., 2014).

For this, in this dissertation, an explicit, operative definition which unifies the three approaches of active ageing in order to be measured in a continuous manner will be provided. In addition, an instrument to measure active ageing and which meets the previous requirements needs to be developed. The components of active ageing included in this study are shown below.

3.7. Components of active ageing

In recent years, an agreement about the multidimensionality of active ageing was reached (Bowling, 2008; Caprara et al., 2013; Fernández-Ballesteros, 2009; Fernández-Ballesteros et al., 2006, 2013). In relation to this, some studies have shown certain accordance about the inclusion of variables that could be called 'status variables', related to physical health, functionality, cognitive status, positive affect and social relationships (Caprara et al., 2013; Fernández-Ballesteros, 2009; Fernández-Ballesteros et al., 2004a, 2006, 2013; Montero et al., 2011; Perales et al., 2014). Those elements are considered to be the most important components of active ageing both from researchers' perspective (Fernández-Ballesteros et al., 2006) and from older people's perceptions (Bowling, 2008; Stenner et al., 2011).

Nevertheless, those elements by themselves would be representing healthy ageing (Fernández-Ballesteros, 2009), so another main component of active ageing would be missing: participation (van Malderen et al., 2013). Health-related components of active ageing are more related to a status in a specific moment, as a description of the state of being. Otherwise, participation variables bring a meaning of process and continuity, which is reflected in the adjective 'active' (Stenner et al., 2011; van Malderen et al., 2013) and they work both as a mean and an aim at the same time (Hasmanová, 2011). In addition, the profile of older people's activities is important since they reflect the goals, values and preferences of old people (Horgas, Wilms, & Baltes, 1998). This concept alludes to different ways of participation and activity depending on the actors defining it (politics, gerontologist or older people) and shows certain disagreement in its meaning (Katz, 2000). In this dissertation, a broad variety of activities intended to contribute to individuals' well-being were included (Walker, 2002; Walker & Maltby, 2012) in order to include the different forms of engagement

with life even when changes in health, independence and preferences occur (Boudiny & Mortelmans, 2011; Verbrugge et al., 1996).

Regarding participation variables, other aspects were included, such as employment, participation in society, leisure, lifelong learning and the use of ICT. Employment was included given that it was enhanced by policy perspective (European Commission, 1999b, 2002, 2012; OECD, 2006) and research (e. g. Avramov & Moskova, 2003; Brooke et al., 2013; Houben et al., 2004; Myk, 2015; Perek-Białas et al., 2008). However, older people's interest in employment diminishes with age (Avramov & Moskova, 2003). Social participation represents active ageing for both researchers (Caprara et al., 2013; Fernández-Ballesteros et al., 2004, 2006; Montero et al., 2011; Zaidi et al., 2013) and older people and they cause benefit effects on them (Harris & Thoresen, 2005; Herzog, Franks, Markus, & Holmberg, 1998; Morrow-Howell et al., 2003; Siegrist & Wahrendorf, 2009; van Willigen, 2000; Zunzunegui et al., 2003). However, this way of participation does not suit everyone and other older people prefer leisure (Boudiny & Mortelmans, 2011; Clarke & Warren, 2007; Morrow-Howell, 2000). In fact, leisure is important for older people (Bowling, 2008) and it is increasingly being included in active ageing (e. g. Avramov & Moskova, 2003; Boudiny & Mortelmans, 2011; Foster & Walker, 2013; Houben et al., 2004). In relation to leisure, a broad variety of activities were included, from physical, cognitive and social activities, outdoors, productive, home-related and solitary leisure activities (Boudiny & Mortelmans, 2011; Clarke & Warren, 2007; Pettigrew & Roberts 2008; Ranzijn 2010; Townsend et al., 2006). In addition, lifelong learning (Boulton-Lewis, Buys, & Lovie-Kitchin, 2006; EC 2012; Hasmanová, 2011; Tam, 2011) was also conceived as a component of active ageing. However, even though the use of ICT was mainly considered as a predictor of active ageing (Gjevjon et al., 2014; WHO, 2002; Zaidi et al., 2013), in this study were proposed as components because they are different ways of stay active and included in current society, they improve older people's wellbeing and increase their engagement with life (Boudiny & Mortelmans, 2011; Casado-Muñoz et al., 2015; Gatto & Tak, 2008; Gjevjon et al., 2014; EC, 2008; Pinazo, 2012; Stenner et al., 2011; Walker, 2002).

3.8. Predictors or antecedents

Since some authors highlight the effect of training of coping styles in preventing psychopathology in old age (Fernández-Ballesteros et al., 2004; Stenner et al., 2011) coping styles were studied in this dissertation.. However, even when sometimes they were considered as part of the concept (Stenner et al., 2011), other times they were studied as a predictor or independent variable (Fernández-Ballesteros, 2009; Fernández-Ballesteros et al., 2004a, 2006). Coping is explained in terms of cognitive and behavioural efforts developed to manage external and/or internal demands produced by a stressful situation in order to keep the physical or psychological well-being (Lazarus & Folkman, 1984). These are important considering that in the ageing process, there are higher possibilities of negative events, requiring an adequate coping (Brandtstädter et al., 1993; Satorres, 2013). In addition, coping abilities can be trained in old age (Caprara et al., 2013; Staudinger, Freund, Linden, & Maas, 1999).

3.9. Consequents

Finally, active ageing should be reflected in subjective variables such as well-being (Walker, 2002). In this case, life satisfaction was chosen as an indicator of people's subjective well-being. This is the result of the cognitive global valuation of one's life in terms of satisfaction or meeting the needs, ambitions, expectations and desires during the life course (Diener, 1984; Pavot, Diener, Colvin, & Sandvik, 1991; Veenhoven, 1984). The results show the difference between the aspirations and the goals achieved (Carmona, 2011; Veenhoven, 1984).

Satisfaction with life has been studied as a component of successful ageing (Fernández-Ballesteros et al., 2010; Neugarten, Havighurst, & Tobin, 1961). In the case of active ageing, it seems more appropriate to study it as a final objective (Caprara et al., 2013). In addition, life satisfaction is not very established by fluctuations or random changes in external circumstances (Vázquez, Duque, & Hervás, 2013). For this reason, it could be a good result variable of active ageing.

4. RESEARCH GAPS

It is therefore concluded the existence of four main research gaps. The first one is related to the observation of differing conceptions of active ageing. In addition, there is a lack of a commonly agreed operative definition, as well as a definition which integrates the different approaches of active ageing, referring to the components promoted from policy, research and social perspectives (Avramov & Maskova, 2003; Boudiny & Mortelmans, 2011; Boudiny, 2013; Casado-Muñoz et al., 2015; Clarke & Warren, 2007; Foster & Walker, 2013; Perales et al., 2014; Perek-białas et al., 2008; Ranzijn, 2010; Walker & Maltby, 2012; Walker, 2002). This step is necessary in order to have an empirically validated definition of active ageing (Peel et al., 2004).

Secondly, a lack of tools to measure the concept of active ageing at an individual level exists. These measures are necessary in order to assess the efficacy of programmes and initiatives whose aim is to promote active ageing. For this reason, it is necessary to have a measurement of the concept of active ageing which represents the inter and intraindividual variability as a continuum (Bowling, 2008).

Third, the effect of active ageing on life satisfaction has not received sufficient attention from policy makers and researchers, even though active ageing should be reflected in older people's well-being (Walker 2002). Despite the relationship of some activities to life satisfaction have been studied (Neugarten et al. 1961) how active ageing relates to life satisfaction remains unclear.

Finally, even though some authors mentioned coping styles (Fernández-Ballesteros 2008) and those have been theoretically included in active ageing models as predictors, they were rarely studied in this field.

In order to provide information to fulfill these gaps, different objectives were specified.

4.1. Aims

The general aim which will permit to find an answer to research gaps is to develop a Personal Active Ageing Index. It must allow the researcher to quantify the level of active ageing of a person. In doing this, the evaluation of the efficacy of initiatives related to active ageing promotion would be facilitated. Otherwise, this study will provide empirical evidence of the current status of Galicia (Spain) in terms of ageing and it will allow identifying the areas or dimensions that need to be boosted.

This general aim can be differentiated according to three specific aims listed below.

AIM 1: Development of an operative definition of active ageing

The first step required is to propose an operative definition of active ageing to be empirically tested. An empirical model that integrates the elements enhanced from policy, research and social approaches will be developed in order to integrate them as components of a higher order concept representing active ageing. In doing this, it will be possible to check if all these components are empirically valid.

This definition is aimed at an individual or micro level, where several multidimensional components will be included, both objective and perceived ones. All of them alludes to health conceived as a global concept and to participation, with a broad variety of alternative ways to age actively, in order to represent the diverse population groups otherwise excluded in this field.

AIM 2: Development and validation of the Personal Index of Active Ageing

This second aim will consist of developing a new index to measure active ageing at an individual level. This tool must have satisfactory psychometric properties (reliability and validity). In doing this, an individual measuring tool will be provided to quantify the level of active ageing of people, the value of the dimensions composing the index and to identify the improvement areas of each person. Thus, the efficacy assessment of the initiatives implemented to promote active ageing would be done and improved with the information provided.

AIM 3: Description of the situation of Galicia in terms of active ageing

After the empirical validation of this Personal Active Ageing Index, the current situation will be analysed in terms of active ageing. For this, different analysis will be made. Firstly, the current situation of Galicia will be studied at a descriptive level, both in all dimensions and in the global variable of active ageing. Second, a comparison will be studied with socio-demographic variables (gender, age, habitat, educational level, income and marital status) in active ageing dimensions and global variable. In addition, relationships among dimensions of active ageing as well as between those dimensions and life satisfaction will be studied. Thirdly, the effect of active ageing on life satisfaction will also be studied. Finally, the predictive role of socio-demographic variables as well as the role of coping styles in active ageing will be studied.

In order to achieve these three aims, the following research questions were delimited: (1) Is active ageing a higher order construct created by two broad types of variables, composed of different variables? (2) Can active ageing be reduced to a unique figure? (3) Is active ageing related to life satisfaction? (4) Do socio-demographic variables and coping styles explain active ageing?

5. METHODS

5.1. Design and sampling

In pursuit of its purpose, a quantitative methodology was chosen by carrying out a survey on a representative sample of community dwelling residents aged 60 and over in Galicia (Spain) (804,403 inhabitants, 29.2% of the total population). A structured interview was conducted by experienced psychologists using a questionnaire. The sampling selection was made through the county register and a two-stage sampling was chosen: conglomerates for the selection of the first-level units (municipalities) and quotas according to the habitat (urban/semi-urban vs. rural/semi-rural), gender and age group (60-74 years vs. 75 or older), for the selection of second-level units (individuals). No personal data were requested, guaranteeing anonymity and confidentiality in the answers. Participation in the study was voluntary.

The sample was composed of 404 individuals, recruited directly by interviewers in different community facilities (176 men and 228 women; mean age = 72.55; range = 60-94). Regarding the habitat, 59.2% were residents of a rural/semirural area whereas 40.8% came from an urban/semi-urban area. 30.0% did not complete primary studies, 32.9% completed primary education, 21.0% finished secondary education and 16.1% had tertiary studies. In terms of marital status, 9.2% were single, 58.1% were married, 3.0% were divorced and 29.7% were widowed.

5.2. Variables and instruments

The variables included in the questionnaire proposed as components of active ageing were chosen based on a literature review and assessed ten great dimensions, such as health (objective and subjective health), functionality (basic and instrumental daily activities), cognitive status, affective status, social status (social and family perceived support, frequency of outdoor social contact), use of ICT, lifelong learning, employment, social participation and leisure activities. Life satisfaction was included to test its role as a consequent variable. In addition, coping styles (active and external) and socio-demographic variables (age, gender, habitat, marital status, education, income) were also included to be tested as predictors.

The dimensions of active ageing were measured using different scales. Functionality was evaluated by Barthel Index (cronbach alfa=0.83) (Mahoney and Barthel 1965) and Lawton and Brody Scale (cronbach alfa=0.92) (Lawton and Brody 1969). The cognitive status was measured by the Mini-Examen Cognoscitivo-30, the Spanish version of Minimental State Examination (cronbach alfa=0.73) (Lobo et al. 1999). The affective status was measured by the positive affect scale of the Affective Balance Scale (cronbach alfa=0.76) (Godoy-

Izquierdo, Martínez and Godoy 2008). Different leisure activities were measured using items from Scarmeas et al. (2003) and by adding two more items. Social participation and employment were assessed with several items from the Active Ageing Index (Zaidi et al. 2013). Other scales were created, such as physical status (cronbach alfa=0.72), which was assessed through seven items created for this study, ICT use was measured by three items (cronbach alfa=0.80) including one from Zaidi et al. (2013) and social status was evaluated by a 12-items scale (cronbach alfa=0.83) (Piñeiro et al., 2015) by combining selected items from Zaidi et al. (2013), the Spanish version of Duke-UNC-11 scale (Bellón et al. 1996a) and modified items from the Spanish version of Family APGAR (Bellón et al. 1996b). The consequent variable was satisfaction with life, and it was measured by the Satisfaction with Life Scale (cronbach alfa=0.76) (Diener et al. 1985). In addition, coping styles were measured by seven items chosen from the Spanish version of the Brief COPE Inventory (Vargas-Manzanares et al. 2010).

5.3. Statistical analysis

To begin with, a psychometric analysis was made for the total of the scales used. Internal consistency analysis and exploratory factorial analysis with the Principal Components Method were conducted.

Then, a model of active ageing was proposed in order to be tested throughout multivariate techniques. One of the scales used was the formative one (social participation). For this reason, multicollinearity was analysed and then rejected because of having checked intercorrelations between variables ($r < .5$) and the variance inflation factor (VIF) for formative factors below the recommended value of 3.3 (Diamantopoulos & Winklhofer, 2001; Diamantopoulos & Siguaw, 2006; Lowry & Gaskin, 2014). Moreover, common method biases were analysed following the Harman's single-factor test and obtaining 21 different factors in which the highest one accounted for 14.33% of the variance of the model. This result, combined with the examining of the correlation matrix of constructs, revealed that the data did not suffer from those biases.

The measurement model was tested with Partial Least Squares (PLS). The PLS algorithm was performed due to its suitability for the exploratory analysis required for theory building when there are not enough theoretical and empirical results in the field (Lowry and Gaskin, 2014). Moreover, this model is suitable when latent variables are composed of items with different answer options and the study includes formative constructs. Those reasons justify its use in this study. A molar model was specified, with twenty-one first-order constructs, one of which was formative (social participation) and the other ones were reflective, ten second-order constructs, two third-order constructs and one fourth-order construct. Following the suggestions of Lowry and Gaskin (2014) and Esposito, Chin, Henseler, & Wang (2010), after deleting two items which did not meet the statistical requirements in the measurement model, construct and convergent validity of reflective constructs were checked by analysing the significant loadings on each theoretical construct through the bootstrapping of 500 resamples. Discriminatory validity was checked by analysing cross-loadings between indicators and first-order constructs as well as by comparing the correlations between the square root of the average variance extracted and other latent variables. Reliability was tested through a composite reliability indicator.

Construct validity of the formative construct was tested by ensuring that weights were roughly equal and had significant t-values. A fourth-order factor analysis was performed using the several-steps approach to achieve the fourth-order formative construct called Active Ageing. Afterwards, the predictive power of the model was tested by analysing the path coefficients of the model. The validity and suitability of the model were checked by calculating the significance of each path using a t-test through a bootstrapping of 500 resamples. Model analyses were performed within SmartPLS 2.0. The level of significance used was 0.05.

Following the study of the appropriateness of the model underlying the index, the construction of the composite index was carried out following the methodology and the steps proposed by OECD (2008). Some scores were adapted to represent the absence of value in each item and scale by 0. Thereafter, an index was calculated for each dimension using the total score. Each score was standardised with the minimum-maximum method (OECD, 2008). The result was a score for each dimension on a scale from 0 to 1, where 0 is the worst result and 1 the best result possible. In order to obtain a higher dimension, a mean of all the indexes composing the upper dimension was determined. Each index can be classified in three levels based on the criteria of the Program of United Nations for Development (United Nations for Development, 2006; Tareque et al., 2014).

Index < 0.5, low level

Index between 0.5 and 0.79, moderated level

Index \geq 0.80, high level

After the index was determined, a data analysis was conducted using the SPSS 21.0 for Windows (IBM Corporation, New York, USA). Firstly, a descriptive analysis was carried out, in which means as well as standard deviations were calculated. Secondly, comparisons of means were carried out using the U Mann Whitney/t-test for gender and age, or H Kruskal-Wallis/ANOVA for habitat, marital status, educational level and income. The election of the test was made depending on the normality of the variable (all were non-normal less affective index and global index).

Afterwards, Pearson correlation coefficient was calculated in order to quantify the degree and direction of the relationships among the variables composing health and participation dimensions. Moreover, it was also conducted between satisfaction with life and each of the dimensions composing the active ageing index in order to know the relationships degree among them.

Finally, a binary logistic regression analysis was conducted to identify those factors which increase the probability of the appearance of an event (active ageing). The independent variables included were gender, age (60-74 vs. 75 and over), habitat (rural-semirural vs. urban-semiurban), educational level (primary vs. superior), income (under poverty threshold - household income of 500 Euros per month vs. more than 500 Euros), perceived economic situation (bad vs. good), marital status (married vs. others), active coping and external coping.

6. RESULTS

Regarding the psychometric analysis of the scales, the internal consistency and the construct validity was analysed for all the scales included. Firstly, the component of physical status shown a satisfactory validity (cronbach alfa = 0.72). Concerning the EFA, the KMO index value was 0.77 and the Bartlett Sphericity Test was 548.21 ($p < 0.001$). Two factors that explain 50.78% of the variance of the data were obtained. The first one (cronbach alfa = 0.53) measures the absence of symptoms and diseases, so it can be called physical objective health whereas the second one was called subjective health (cronbach alfa = 0.71) since it includes items alluding to satisfaction with health and perception of health status. All the factor loadings were above 0.40.

Regarding the functional component, the psychometric analyses were performed in two steps. Firstly, the Barthel Index showed a high internal consistency (cronbach alfa = 0.89). Concerning the EFA, the KMO index value was 0.84 and the Bartlett Sphericity Test was 2806.62 ($p < 0.001$). The analysis provided two factors explaining 67.6% of the variance. Based on literature review, the analysis was repeated and the numbers of factors to extract were set at 1. In this case, an explained variance of 55.2% was obtained. All factorial loadings were above 0.5. Regarding the Lawton and Brody Scale, this scale is composed of a different number of items depending on the gender. For this reason, the analysis was performed for men and women separately. The internal consistency of men's (cronbach alfa = 0.70) and women's scales (cronbach alfa = 0.92) was satisfactory. The EFA was also performed separately as well, being in the case of men a KMO index value of 0.70 and the Bartlett Sphericity Test was 360.05 ($p < 0.001$) and women, a KMO index value of 0.93 and the Bartlett Sphericity Test value was 2080.71 ($p < 0.001$). In both cases, a one-factor solution was obtained and the variance explained was 56.61% for men and 78.15% for women.

In relation to the cognitive component, the internal consistency of MEC-30 was satisfactory (cronbach alfa = 0.73). The KMO index value was 0.85 and the Bartlett Sphericity Test value was 1028.64 ($p < 0.001$). The analysis provided two factors which explain 46.04% of the variance of the data. However, the original scale provided a global score so the analysis was repeated by manually setting the number of factors to extract at 1. In this case, one only factor explained 34.17% of the variance.

Regarding the affective component, the positive affect scale had a satisfactory internal consistency (cronbach alfa = 0.76). The KMO index value was 0.86 and the Bartlett Sphericity Test value was 734.89 ($p < 0.001$). The factorial solution is composed of one factor and it explains 36.12% of the variance.

The social component showed a high internal consistency (cronbach alfa = 0.88). The KMO index value was 0.86 and the Bartlett Sphericity Test value was 2156.39 ($p < 0.001$). The factorial solution indicated the existence of two factors which together accounted for 56.09% of the variance. The first one is related to familiar aspects (cronbach alfa = 0.87) whereas the second one refers specifically to the relationship with the neighbours and friends (cronbach alfa = 0.70). All the factor loadings were above 0.40.

The use of ICT also showed good psychometric properties in terms of internal consistency (cronbach alfa = 0.80) and construct validity. The KMO (0.58) and the Bartlett

Sphericity Test (840.53; $p < 0.001$) indicated that the EFA was relevant. A unifactorial solution was achieved to explain 72.4% of the variance.

The social participation scale was a formative scale and for this reason, the exploratory analysis and the internal consistency did not reflect its quality of the measurement. Thus, multicollinearity was analysed and then rejected by checking intercorrelations between variables ($r < 0.5$) and the variance inflation factor (VIF) for formative factors below the recommended value of 3.3 (Lowry & Gaskin, 2014).

The component of leisure showed an acceptable internal consistency (cronbach alfa = 0.68). The KMO (0.74) and the Bartlett Sphericity Test (847.14; $p < 0.001$) indicated that the EFA was relevant. The analysis provided a solution with seven factors explaining 58.01% of the variance. The activities did not seem to have a specific pattern in the extraction of factors, so a content analysis based on the literature review and on the results provided by PLS modelling was performed afterwards.

The coping styles scale was also analysed. The internal consistency was low (cronbach alfa = 0.37). The KMO (0.80) and the Bartlett Sphericity Test (1300.09; $p < 0.001$) indicated that the EFA was relevant. The EFA reached a solution with 5 factors explaining 63.07% of the variance. Items with factor loadings below 0.40 ("I accept the situation as a reality I have to live") and those with inconsistent factor loadings, corresponding to almost all the items related to passive coping styles, were deleted (Vargas-Manzanares et al. 2010). An EFA analysis was conducted again with the rest of the items, and it showed two factors which explain 59.9% of the variance. Those factors refer to active coping styles (cronbach alfa = 0.76) and external coping styles (cronbach alfa = 0.64).

Regarding the life satisfaction, the scale demonstrated to have good psychometric properties both in terms of internal consistency (cronbach alfa = 0.82) and validity. The KMO (0.83) and the Bartlett Sphericity Test (894.55; $p < 0.001$) indicated that the analysis was relevant. A unique factor solution was reached, explaining 63.39% of the variance.

After all these analyses, the model of active ageing was tested with PLS. Regarding the measurement model, two big categories of variables were proposed. They were called processual or participation variables and status or health variables. The first one includes employment, social participation, lifelong learning, use of ICT and leisure. It was previously detected that the factorial structure of leisure variable was not one-dimensional, so guided by the literature review and the content analysis of items, a new structure of this scale was tested. Leisure was hereby divided in seven types of activities (artistic, physical, recreational, social, solitary, productive and outdoors activities). The group of variables related to health or status integrates functionality, cognitive status, social status (family and friends), physical status (objective and subjective) and affective status. Affect did not show a one-dimensional structure and items were re-structured in three subdimensions: goals, emotions and feelings related to life conditions. Thus, the measurement model was composed of twenty-one first-order constructs. In this first step, two items were removed from the model because they were not significant: going to church as a social-leisure activity and caring for older people as social participation. After that, a factorial analysis was conducted again to obtain the significances and the psychometric properties of items. All factor loadings achieved the minimum threshold of 0.5 and showed adequate convergent validity by achieving a

significant t-statistic value. Afterwards, higher order factor constructs were created by higher order factorial analysis through steps strategy. It began with second-order constructs and continued with third and fourth order constructs. The Active Ageing construct is proposed as a variable composed of two broad categories of variables. Processual variables capture the activity meaning of active ageing and status variables are more related to the concept of health. Each of them is composed of five second-order constructs.

All the latent variables had satisfactory psychometric properties, in terms of internal consistency, and showed values of composite reliability of each reflective latent variable above 0.7. Social participation was a formative scale, with similar weighting for each indicator and significant t-values. The convergent and discriminating validities of the first-order construct were analysed with the matrix of loading and cross-loadings. The loadings of items were 0.1 higher in the latent variable to which they theoretically belong than for other variables. Discriminant validity was also examined by comparing the square root of the average variance extracted (AVE) to the correlations with other variables. Because diagonal values were higher than other correlations, evidence of discriminating values was revealed.

Regarding the measurement model, the two broad categories of variables called processual variables and status variables were significant third-order constructs, both with high weights over active ageing fourth-order construct. The status variables, which refer to different elements related to the whole concept of health, showed a higher value ($\beta = 0.79$) than the processual variables, which related to the adjective 'active' in the construct ($\beta = 0.33$). All the variables included in the model were proved significant; however variables such as productive leisure activities, employment or cognitive status showed lower weighting in their respective higher order constructs. Nevertheless, as all of them were significant, they were maintained in the model. In relation to the processual variables, leisure activities, ICT use and lifelong learning showed a higher weighting and social support, whilst affect and physical health achieved a higher importance within the status variables.

All these results provide evidence of validity, so the construction of the index was carried out. After this, mean and standard deviations were calculated for all the dimensions and subdimensions which compose an active ageing index. The level of active ageing in this sample was acceptable ($\bar{X} = 0.66$). The dimension of status ($\bar{X} = 0.77$) had a higher value than the dimension of processual variables ($\bar{X} = 0.45$). Regarding status, functionality and social status achieved the highest means ($\bar{X} = 0.94$) and ($\bar{X} = 0.91$) respectively, and goals and positive emotions achieved the lowest values ($\bar{X} = 0.33$) and ($\bar{X} = 0.43$) respectively. In relation to participation, the highest value was achieved by leisure ($\bar{X} = 0.51$), followed by use of ICT and lifelong learning ($\bar{X} = 0.42$). Employment showed the lowest value ($\bar{X} = 0.08$).

In addition, significant differences were found in active ageing dimensions. In relation to gender, active ageing ($t = 2.41$; $p = 0.02$) and status dimension had a better result in men than women ($U = -3.25$; $p = 0.001$). The same pattern of results was repeated in objective health status ($U = -3.07$; $p = 0.002$), subjective health status ($U = -1.98$; $p = 0.05$), functionality ($U = -1.51$; $p = 0.01$), cognitive status ($U = -2.54$; $p = 0.01$), positive emotions ($U = -2.14$; $p = 0.03$) and goals ($U = -2.14$; $p = 0.03$). Otherwise, global participation did not achieve significant differences, even when employment ($U = -2.96$; $p = 0.003$), use of ICT ($U = -2.31$;

$p = 0.02$) and leisure ($U = -3.00$; $p = 0.003$) showed those differences. Men had higher values than women in all the variables except for leisure.

Regarding age, the pattern of results indicated higher values in young-old people than in old-old ones. That was the case of status dimension ($U = -6.62$; $p < 0.001$), physical health status ($U = -4.78$; $p < 0.001$), objective ($U = -4.30$; $p < 0.001$) and subjective health status ($U = -3.32$; $p = 0.001$), functional status ($U = -7.03$; $p < 0.001$), cognitive status ($U = -5.65$; $p < 0.001$), goals ($U = -2.15$; $p = 0.03$) and affective status ($t = 3.20$; $p = 0.004$). In contrast, social status did not show significant differences. This trend was the same in the case of participation variables ($U = -8.04$; $p < 0.001$), such as employment ($U = -4.54$; $p < 0.001$), social participation ($U = -3.75$; $p < 0.001$), lifelong learning ($U = -5.18$; $p < 0.001$), use of ICT ($U = -7.50$; $p < 0.001$) and leisure ($U = -5.61$; $p < 0.001$). The active ageing global score also showed the highest value in the young-old group ($t = -8.82$; $p < 0.001$).

There were also significant differences depending on habitat, but those differences were higher in the participation global dimension ($H = 41.96$; $p < 0.001$) than in status global dimension ($H = 5.97$; $p = 0.05$). Regarding participation, differences were produced in all the dimensions except for employment, being urban habitat the highest scores, followed by semi-rural/semi-urban in every subdimensions but leisure, where semi-rural/semi-urban achieved the highest scores. In health status, differences were found in subjective physical health status ($H = 4.83$; $p = 0.008$) having urban the highest scores and rural habitat the least. Cognitive status ($H = 9.60$; $p = 0.008$) and goals ($H = 13.51$; $p = 0.001$), showed a similar pattern of results. Finally, the active ageing global score also showed higher scores in urban habitat ($F = 14.16$; $p < 0.001$).

In terms of marital status, significant differences were also found. Global health status ($H = 22.54$; $p < 0.001$), physical health status ($H = 7.88$; $p = 0.05$), functionality ($H = 16.37$; $p = 0.001$) and cognitive status ($H = 34.11$; $p < 0.001$) have shown higher scores in married and divorced people, whereas the widow group had the lowest scores. In terms of global participation ($H = 22.22$; $p < 0.001$), employment ($H = 14.96$; $p = 0.002$), use of ICT ($H = 15.86$; $p = 0.001$) and lifelong learning ($H = 9.11$; $p = 0.03$) as well as the active ageing global score ($F = 10.91$; $p < 0.001$) showed the same pattern of results.

Differences were also found according to educational level. Here, the global health status ($H = 54.78$; $p < 0.001$) and global participation ($H = 101.12$; $p < 0.001$) showed differences, where the highest scores corresponded to upper educational levels, followed by secondary, primary and non-ended primary studies. This pattern of results is maintained in physical health status ($H = 23.75$; $p < 0.001$), objective ($H = 13.97$; $p = 0.003$) and subjective health status ($H = 25.79$; $p < 0.001$), functionality ($H = 24.5$; $p < 0.001$), cognitive status ($H = 45.98$; $p < 0.001$), affective status ($F = 4.33$; $p = 0.005$), specifically in goals ($H = 16.63$; $p = 0.001$) and life conditions ($H = 10.16$; $p = 0.02$). In processual variables, this pattern of results is repeated, in terms of social participation ($H = 16.88$; $p = 0.001$), employment ($H = 24.31$; $p < 0.001$), lifelong learning ($H = 100.12$; $p < 0.001$), leisure ($H = 20.08$; $p < 0.001$) and use of ICT ($H = 109.85$; $p < 0.001$). In addition, regarding the active ageing global score, differences have also been found, with the same pattern of results ($F = 42.35$; $p < 0.001$).

Finally, differences were also seen related to income, and the pattern of results has shown that the highest income group also had the highest scores. That pattern was found in global

health status ($H = 24.19$; $p < 0.001$), subjective physical health status ($H = 27.95$; $p < 0.001$), functional status ($H = 11.20$; $p = 0.004$), cognitive status ($H = 26.94$; $p < 0.001$), goals ($H = 11.80$; $p = 0.003$) and life conditions ($H = 11.69$; $p = 0.003$). Processual variables also showed significant differences ($H = 63.11$; $p < 0.001$) in all the variables included except for leisure where the pattern of results was the same. Moreover, the active ageing global scores showed the same pattern of results ($F = 33.51$; $p < 0.001$).

Furthermore, the correlation among the dimensions and subdimensions of health and processual dimensions was studied. A moderate significant correlation exists between processual or global participation dimension and global health ($r^2 = 0.55$; $p < 0.001$). In addition, a significant correlation was also found between processual dimension and several health subdimensions, such as functionality ($r^2 = 0.43$; $p < 0.001$), cognitive status ($r^2 = 0.40$; $p < 0.001$), subjective physical health status ($r^2 = 0.37$; $p < 0.001$) and goals ($r^2 = 0.36$; $p < 0.001$). A moderate correlation was observed between leisure and global health ($r^2 = 0.51$; $p < 0.001$), leisure and functionality ($r^2 = 0.48$; $p < 0.001$) and leisure and subjective physical health status ($r^2 = 0.36$; $p < 0.001$). Regarding lifelong learning, a moderate correlation between learning and global health status was found ($r^2 = 0.45$; $p < 0.001$), and learning and cognitive status as well as learning and goals ($r^2 = 0.36$; $p < 0.001$) in both cases.

In addition, the correlation between satisfaction with life and subdimensions of active ageing was explored. In this case, a moderate correlation was found between life satisfaction and status dimension ($r^2 = 0.47$; $p < 0.001$), subjective health status ($r^2 = 0.47$; $p < 0.001$), affectivity related to life conditions ($r^2 = 0.48$; $p < 0.001$), positive emotions ($r^2 = 0.38$; $p < 0.001$) and social status ($r^2 = 0.35$; $p < 0.001$). On the contrary, life satisfaction showed lower but significant relationships with processual dimension or global participation ($r^2 = 0.13$; $p = 0.01$), leisure ($r^2 = 0.16$; $p = 0.01$) and lifelong learning ($r^2 = 0.12$; $p = 0.01$). The total score of active ageing showed a moderate significant correlation with life satisfaction ($r^2 = 0.34$; $p < 0.001$).

Regarding the multivariate analysis, a regression analysis was carried out in order to quantify the effect of active ageing and life satisfaction. The path coefficient was quite high and significant ($\beta = 0.52$). The determination coefficient showed a moderated value of $R^2 = 0.27$. This means that 27% of the variance of life satisfaction is explained by active ageing, and a rise of one unit of active ageing means a rise of 0.52 life satisfaction. Both concepts showed a moderated relationship but with high predictive power.

The predictive relation between coping styles and active ageing was also explored. The active coping styles showed a meaningful path coefficient ($\beta = 0.40$), meanwhile the external coping styles had a lower path coefficient ($\beta = 0.14$). The determinant coefficient of both styles on active ageing was moderated ($R^2 = 0.18$). Thus, this model achieved good predictive power.

Finally, taking into account the previous results, the effect of socio-demographic variables and coping styles as potential predictors of active ageing was examined. A binary logistic regression analysis was performed. Active coping styles was a significant predictor ($B = 0.26$; $p < 0.001$; $OR = 1.29$) and a rise of one unity in active coping styles has 1.29 more probabilities of age actively. Age was also a significant predictor ($B = 1.85$; $p < 0.001$; $OR = 6.37$), according to which a person aged between 60 and 74 has 6.37 more probabilities of age

actively. Regarding the perceived economical situation ($B = 1.60$; $p < 0.001$; $OR = 4.94$), the perception of having a good economic situation implies 4.94 more probabilities for active ageing. In terms of habitat, ($B = 0.93$; $p = 0.04$; $OR = 2.53$), living in an urban or semiurban habitat implies 2.53 more probabilities of ageing actively compared to rural habitat. Finally, marital status results ($B = 0.80$; $p = 0.05$; $OR = 2.22$) mean that being married implies 2.22 more probabilities of ageing actively compared to being a widow, single or divorced person.

7. DISCUSSION

This study was carried out in order to develop an individual measurement instrument which permits to quantify the degree of active ageing of a person and to translate it into one unique score. This tool should be based on an empirically validated definition of active ageing. This dissertation contributes to the empirical literature about the active ageing paradigm because of the innovative, empiric and holistic approach of the construct proposed. The contributions of this research are (1) the validation of a new approach to the concept of active ageing which unifies two big groups of variables, those related to health status and those related to participation or processual variables, (2) the development of a valid measurement instrument of active ageing at an individual level, (3) the finding of a positive and high relation between active ageing and satisfaction with life and (4) the higher significant relation among active coping styles compared to external coping styles with active ageing.

Firstly, this research allows asserting that active ageing is a superior concept to previous concepts of the paradigm (healthy ageing and productive ageing). Active ageing covers both concepts (Walker, 2002; Walker & Maltby, 2012; WHO, 2002). This result is contrasted with the idea defended by other authors (Blanco, 2010; Boudiny, 2013). In doing this, one of the main limitations of this field is overcome, such as the lack of a definition including important components for all the groups implied (Bowling, 2008; Walker & Maltby, 2012).

The second contribution refers to the development of a measurement tool of active ageing empirically validated and constructed following the steps recommended by experts to construct composite indexes (OECD, 2008; United Nations for Development, 2006). The instrument hereby presented facilitates the achievement of an individual score not only in each of the dimensions or subdimensions which constitute active ageing but also in the variable of active ageing as a whole. The scores provided are continuous values and, in doing so, the improvement areas to enhance in individual active ageing programmes can be identified. This solves one of the main lacks in this field, which is the absence of a personal measurement tool which unifies all the components in the same score and quantifies the active ageing in a continuous variable (Fernández-Ballesteros, 2009).

Both concept and measurement tool development were made aiming at the individual, so components allude to personal conditions, such as physical, functional, cognitive, affective and social status as well as participation in terms of social participation, employment, leisure, lifelong learning and use of ICT. Taking into consideration also the ambient and socio-economical aspects would imply another superior construct called quality of life (Fernández-Ballesteros, 2009), so they were proposed as external conditions of life influencing active

ageing (Boudiny, 2013; Fernández-Ballesteros, 2009). Here, this concept was addressed in terms of objective and subjective variables in order to capture the personal perspective (Bowling, 2006; Stenner et al., 2011). Both are necessary given that the subjective variables refer to older people's perceptions of their conditions whereas the objective ones impede the consideration of a situation as a good one when it is not that good even when the person considers it is (objective and subjective health). Self-assessments are better predictors of mortality than objective evaluation (Fernández-Ballesteros, 2009; Schoenfeld, Malmrose, Blazer, & Gold, 1994), but by including objective variables the 'wellbeing paradox' is avoided.

Results demonstrated that active ageing can be measured at an individual level. Based on the findings of this study, active ageing is a higher order construct, which is composed of two broad categories of variables, called *status* and *processual variables*. *Status variables* include elements related to health as a multidimensional concept, considering physical, psychological and social variables. These findings are consistent with those of authors who study active ageing such as Bowling (2008), Montero et al. (2011) and Perales et al. (2014). However, the inclusion of health in active ageing has been rejected by some academics (Boudiny, 2013). It may be due to its frequent restriction of physical components and the absence of diseases, as well as for becoming the centre of the concept and neglecting other important elements. Moreover, common consideration of active ageing as a criteria list where an absence of chronic diseases and disability are included contributes to the restriction of active ageing as a concept of specific groups (Strawbridge et al., 2002). However, health cannot be the only axis of the concept as it is neither enough or indispensable to age actively (Clark and Warren 2007; Stenner et al. 2011). Social variables represent the most important status variable, as some authors defended the value of social relationships in later life (Schulz and Heckhausen 1996). Older people prefer emotionally close relationships, in which the quality of social contacts prevails over the quantity (Berg 2008).

Processual variables represent and unify different types of activities, including both productive and leisure activities. In doing this, a more inclusive approach to active ageing is addressed and it unifies the policy, scientific and lay perspectives. It supports the mainstream ideas about productive activities as defended by policy makers, in terms of employment and social participation (EC 1999) as well as leisure activities, mainly defended by researchers (Boudiny 2013; Foster & Walker, 2013; Hasmanová 2011) and older people's definition (Bowling 2008; Stenner et al. 2011). Without the combination of those elements, active ageing would be restricted to health, and even including the multidimensional perspective of health, it would omit active and involved lifestyles (Boudiny 2013). Although both are important, leisure activities contribute to processual variables the most. This result certainly agrees with authors who argue that leisure activities indirectly increase life satisfaction (Boudiny and Mortelmans 2011; Clarke and Warren 2007). Different types of leisure activities were included, even those traditionally excluded from being considered rather passive such as watching TV, solving crosswords or gardening, since they are important to old-old (Avramov and Moskova 2003; Clarke & Warren 2007; Pettigrew & Roberts 2008; Townsend et al., 2006). In addition, home-based and solitary leisure activities were also included as opposed to Houben et al. (2004). The reason why was the attempt to be more inclusive due to the trend of changing preferences and choosing activities derived from the decadence of health and physical abilities, which leads to a more home-based leisure (Gauthier & Smeeding 2003; Venn & Arber, 2011; Verbrugge et al. 1996). The importance of

ICT use is demonstrated as a processual variable and part of the concept of active ageing, which agrees with authors such as Boudiny and Mortelmans (2011). Subsequently, as stated by previous authors who refer to the ICT's benefits (Boudiny and Mortelmans 2011; Small et al. 2009), this results are in line with the current encouragement of their use to promote older people inclusion and they provide empirical support for their inclusion as constituents of the concept of active ageing. We found lifelong learning to be another important dimension that influences older people's wellbeing (Walker 2002). Productive activity, both in terms of employment and social participation, contributed relatively few to active ageing construct. The reasons behind may be related to the share of older people in working age was little in relation to the total of the sample, both for the current unemployment trend and for the lower labour opportunities in old age (Avramov & Maskova, 2003; Boudiny, 2013; Hirsch, Macpherson, & Hardy, 2000; Walker, 2006; WHO, 2002). Considering productive activities in terms of social participation, only caring for older people did not seem a satisfactory fit in the model. It is usually considered beneficial as it would reduce pressure from public services, but long-term care of either ill or dependent older people can be stressful (Avramov & Moskova, 2003), and it can affect the psychological wellbeing (Boudiny 2013) or physical and mental health, depending on contextual factors (Boudiny and Mortelmans 2011; Morrow-Howell 2000). A possible reason which explains this result may be the nature of this activity in this region, when caring for older people implies being a full-time and long-term caretaker, with a high psychological strain. A relatively low social participation was found, for instance in the case of volunteering, because of the frequent existence of upper age limits (Foster & Walker, 2013; Gauthier & Smeeding, 2003). Another factor that could explain this result is the share of people living in suburban environments, where the attendance to volunteering centres or the distance to relatives make participation difficult (Monreal, 2008). Moreover, sometimes a tension exists among work, care responsibilities, volunteering and leisure; thus, certain patterns of leisure can impede social participation (Dury et al., 2015).

Active ageing varies according to socio-demographic variables. Regarding gender, men obtained better results than women, according to other authors (Montero et al., 2011; Perales et al., 2014). It was mainly produced in status variables (Fernández-Ballesteros et al., 2006; Montero et al., 2011), whereas processual variables showed a more discordant pattern. Women participated more in leisure (Blanco, 2010) and social participation (Zaidi et al., 2013). However, men engaged more in employment and use of ICT, according to previous results (Avramov & Moskova, 2003; Casado-Muñoz et al., 2015). This pattern may be related to lower opportunities for women during the course of their lives to participate in the labour market, their lower income, lower access to health services, lower educational level and higher trend to be involved in family care (Avramov & Moskova, 2003; Carmona, 2011; Foster, 2010; Foster & Walker, 2013; WHO, 2002). The disadvantage produced is accumulated and causes a worse result in global health status and lower participation among women compared to men (WHO, 2002).

The differences according to age were expected, with lower results when age is higher (Perales et al., 2014). Bad health and physical disability proved to be inversely related to age (Avramov & Moskova, 2003; Baltes & Smith, 2003). Participation is lower in the older group as well. In this case, compulsory retirement (Avramov & Moskova, 2003), the upper age limits in volunteering or the situational conditions such as the growth of grandchildren as well as changes in health and preferences may influence in the lower participation of people older than 75 (Avramov & Moskova, 2003; Erlinghagen & Hank, 2006; Gauthier & Smeeding

2003; van Groenou & van Tilburg, 2010; Verbrugge et al., 1996). The use of ICT was also lower in old-old people (Casado-Muñoz et al., 2015), maybe related to their lower income and educational level because they had fewer opportunities than young-old people (Avramov & Moskova, 2003).

Moreover, the way how people age is different depending on the habitat (Calbó & Monreal, 2008) in contrast to other authors (Perales et al., 2014). Here the rural habitat showed the lowest results, especially in terms of processual variables. The geographical dispersion in this environment, long distances and the difficult access to services offered in socio-cultural and volunteering centres may be related to this lower result in terms of participation (Monreal, 2008). In addition, the lack of public and accessible transport may cause a dependence on the private transport of family, friends or neighbours or even the use of taxis can influence the lower participation in rural habitats (Monreal, 2008; Michael et al., 2006; Zeitler et al., 2012; Zunzunegui & Béland, 2010). People modify their daily routine in order to stay at home, thus, suburban habitats become a barrier to active ageing when transport is not accessible (Zeitler et al., 2012). The use of ICT and lifelong learning were also lower in a rural environment, which may be because the educational level is usually lower as well (WHO, 2002).

The active ageing results were also different according to marital status (Perales et al., 2014), and the married group had better results than single and widows. A possible reason is that couple relationships are very valuable for older people (Carmona, 2011). However, other possible explanations of the better results for married people in functionality and cognitive status may be related to the negative aspects of the lack of a partner in old people, such as more reduced income, less support in quotidian activities or disease and disability situations (Carmona, 2011). In addition, married people were younger than widowed ones. Educational level as well as income showed better results in higher levels, both at status and participation level, being consistent with other results (Blanco, 2010; Montero et al., 2011; Perales et al., 2014). In both variables, lower levels limit people's ability to age actively, maybe due to accumulated disadvantages during the life course (WHO, 2002). In this sense, lower income has demonstrated to be related to the vulnerability of older people to get worse health results and disability (Guralnik & Kaplan, 1989; WHO, 2002).

Health and participation are two important components of active ageing and the maintenance of activity is a good way to extend personal autonomy and health (Ballesteros, 2007). Currently, it is widely accepted that passivity and social disengagement increase the risk of chronic health problems in old age. Thus, activity works as a mean and an end at the same time (Hasmanová, 2011). This dissertation contributed to prove their relationships, even when functionality, cognitive status and self-perceived health were more related to participation. Maybe the explanation is that subjective consideration of own health impedes or impulses people towards participation in any of its forms. For instance, global health is more related to leisure, followed by learning and use of ICT. It is also curious that goals related emotions correlate to leisure and learning; maybe these activities propose positive challenges to older people.

The third contribution of this dissertation is the finding of an association between active ageing and life satisfaction. It was found a high association to active ageing global score as well as status dimension, subjective health, life conditions affective status, emotions and

social status (Jang, Mortimer, Haley, & Borenstein Graves, 2004; Lyubomirsky, Sheldon, & Schkade, 2005; Okun, Stock, Haring, & Witter, 1984). The relation to life satisfaction was lower in processual variables, unlike other authors (Herzog et al., 1998; Palmore, 1979), except for leisure, which obtained a positive relation (Boudiny & Mortelmans, 2011; Clarke & Warren, 2007; Lee, 2009; Menec & Chipperfield, 1997; Silverstein & Parker, 2002). Satisfaction with life refers to the cognitive assessment of the situations experienced during the course of life, reflecting the adjustment between aspirations and achieved goals. However, it seems that the efforts in old age are more oriented to adapt the expectations and objectives in order to adjust them to the experienced life circumstances than to accomplish the unmet goals (Carmona, 2011; Diener, 1984; Pavot et al., 1991; Satorres, 2013; Veenhoven, 1984). At this point, the individual regulation strategies would be working (Ferring & Filipp, 2000; Ferring et al., 2004), maybe as a psychological adaptative mechanism to face this life stage (Carmona, 2011). Or maybe it results from the changes on preferences or significant things in life, which therefore modify the way of obtaining life satisfaction, such as the preference for quality over quantity in social relationships in old age (Berg, 2008; Boudiny, 2013). Anyway, a generalised high life satisfaction level was found (Ferring et al., 2004) and these results show that at a certain point of life, lower participation in different activities does not influence a lot in life satisfaction, maybe due to the adaptation mechanisms mentioned before. Nonetheless, the multivariate model proved the significant positive relation between life satisfaction and active ageing.

The last contribution of this dissertation is the clarification of the role of coping styles in active ageing. The positive effect of active coping styles and even the external coping style is proved, empirically supporting this way the benefits of agent abilities and the proactive coping with obstacles to age actively (Fernández-Ballesteros, 2009; Ouwehand et al., 2007; Stenner et al., 2011). Coping styles refers to behavioural repertoires learnt during life and thus, they are liable to be improved through intervention (Fernández-Ballesteros et al., 2004a, 2013). Taking this information into account, an intervention designed to promote active coping styles can be developed in order to study properly the causality in this relationship.

Despite the findings, this study also has some inherent limitations. Firstly, the cross-sectional nature of the research does not permit the verification of the causal relationship among variables. In this topic, each component of active ageing could act as a predictor as well (Hasmanová, 2011). However, the model proposed had a good representation of different components of active ageing presented in the literature about different approaches. Secondly, although one of the aims was to know the influence of active ageing on the cognitive, subjective component of well-being, life satisfaction, it could also be interesting to add quality of life as an outcome variable (WHO 2002). Thirdly, most of the variables are assessed by self-reporting, thus, subjective perception may be influencing the results (Fernández-Ballesteros 2011). Nevertheless, in the following research, the validity could be tested by comparing it to the objectively measured equivalent variables, such as the specification of social networks in the case of perceived social support. Finally, by including more antecedents or predictor variables with a long-term effect which cover the multilevel model (Fernández-Ballesteros 2008) and elements from neighbourhood, more complete information could be provided. Future research could take these considerations into account. This dissertation, however, was performed to develop an individual measurement instrument of active ageing which is empirically validated, based on a wide and inclusive individual concept and the theory of active ageing which integrates the different approaches and based

on empirical research. The final aim was to complement the population perspective of active ageing, focusing on individual variables likely to be modified by individual-level intervention.

Based on the results hereby presented, the next steps in order to promote active ageing in our region need to work simultaneously on a double perspective, both at micro level, focused on older people and at a meso and macro level, related to neighbourhood and communities, public policies and institutional environments (Sidorenko & Zaidi, 2013; Zaidi, 2014). The 'competence thinking' should be expanded through enhancing health, activity and independence even when there are disabilities, in order to avoid older people's isolation and dependency. For this, the coordination of the health and social measures, education, employment, economy, social security, living arrangements and transport and urban and rural development is crucial (European Commission, 2002; Lassen & Moreira, 2014; Walker & Maltby, 2012; WHO, 2002). In addition, the benefits of the active ageing process need to be more divulgated, enhancing active participation of older people in the whole society and in the decisions which have an impact on them. More programmes promoting active ageing components should be done and assessed in order to prove their actual efficacy on active ageing during the course of life (Boudiny, 2013; Fernández-Ballesteros et al., 2004).

However, it is necessary to prevent that the active ageing discourse transmit a compulsory strategy as well as unique self-responsibility whose consequences would affect the whole society. In those cases, negative consequences would be caused such as personal discomfort, blaming and the oppression of older people, stepping back to narrower concepts such as successful ageing or productive ageing (Boudiny, 2013; Hasmanová, 2011; Ranzijn, 2010). Otherwise, opportunities and facilities should be done from macro-structural levels in order to make healthy decisions easier. According to the results hereby presented, addressing the existent inequalities in terms of gender, income or habitat is necessary in order to eliminate those inequalities of opportunities in disadvantaged groups (Foster & Walker, 2013; WHO, 2002; Zunzunegui & Béland, 2010). Fragile, dependent older people need to be included in the discourse, both by trying to reverse this situation and helping them to engage in society. Institutions can also help older people to adapt to changes and limitations which occur during their lives, integrating them through learning, technology use, assistance devices and environmental modifications in order to compensate possible functional limitations (Boudiny, 2013; Foster & Walker, 2015; Malanowski, 2009; Wejbrandt, 2014). For this reason, age-friendly studies and started projects are currently more frequent (Buffel et al., 2014; Buffel, Phillipson, & Scharf, 2012, 2013; Plouffe & Kalache, 2010). In doing this, individuals will age better, will be more included and the social and health costs as well as pension's costs could be reduced, which is one of the main concerns on policy levels (Foster & Walker, 2013).

Finally, it is necessary to ease older people's participation in local decision entities and community associations. Thus, top-down policy impositions could be avoided and a bidirectional dialogue with older people would be easier (Holstein & Minkler, 2007; Walker, 2002; WHO, 2002). Moreover, the valuable contribution of older people need to be recognised and used (Foster & Walker, 2013), given that it is more frequently done informally through caretaking of family and neighbours (Rowe & Kahn, 1997).

8. CONCLUSIONS

In conclusion, the results of this dissertation can be considered a step forward in the way of clarifying the debates found in the literature and the unification of the different approximations which study the concept of active ageing at an individual level. Firstly, the problematic about the absence of an operative definition of the concept was addressed. Its current diversity of meanings makes the research and the implementation of politics national and internationally difficult (Sidorenko & Zaidi, 2013). This dissertation contributed to the empiric and quantitative study of the concept, making progress towards a more inclusive and fair version of active ageing to all age groups.

Secondly, an attempt to shed light on the disagreement among the studies has been made. Even though only a few studies conceived this concept in a global way, their results differ. A possible explanation alludes to the way of measurement of the concept of active ageing being different among the studies, either based on a criteria list composed of dichotomist variables which are necessary to meet, or through the sum of numbers of criteria fulfilled. That is why the main objective of this dissertation was to provide a tool which can measure the concept of active ageing in an integral, quantitative and continue way, also making possible to obtain scores for each dimension. Moreover, this tool is aimed at an individual level and could contribute to meet the needs of providing empirical evidence about the effectiveness of intervention programmes (Bowling & Iliffe, 2006).

The approach of active ageing as a continuum provided in this dissertation does not reject people with disabilities and includes a variety of activities as alternative ways to age actively. In doing this, the recommendations about incorporating the heterogeneity of older people as a continuum are incorporated (Fernández-Ballesteros, 2009). Its importance is reflected in the manifest concern about the transformation of this paradigm in an excessively idealised one which ignores the actual features of this age group and which makes a negative impact on older people's wellbeing (Boudiny, 2013; Hasmanová, 2011; Holstein & Minkler, 2007). The results hereby obtained supports the hypothesis of including two big types of variables as components of active ageing, those referring to global health and those alluding to different ways of participation. All these variables are proposed from a multidimensional perspective, by matching different spheres of people's life. Thus, the triangle created by the three approximations found in the literature (political, scientific and social) is reconciled in a certain way.

Thirdly, the findings of this study evidenced the existing inequalities when ageing actively in this region, by highlighting the work that is still necessary to do in order to diminish them. Nevertheless, having an empirically validated tool available will allow monitoring this process in the future, as well as the effect of the initiatives developed both on active ageing of the global population and the efforts oriented to solve the current inequalities.

Finally, this dissertation shows that the global concept of active ageing is important in older people's lives in terms of life satisfaction. In addition, active coping styles are related to higher possibilities of following an active process of ageing. In conclusion, it seems that the active ageing paradigm is moving in the right direction and maybe, with some considerations and improvements in the implementation of measures at an institutional level as showed above, it could benefit not only older people but also the whole society.



En los últimos años se han producido diferentes debates en la literatura acerca de la conceptualización del envejecimiento activo. El objetivo de esta tesis es desarrollar un modelo de envejecimiento activo centrado en el nivel individual, que incluya diferentes elementos de la vida de las personas susceptibles de ser modificados mediante programas de intervención para la promoción del envejecimiento activo; construir una herramienta de medición del concepto basada en dicho modelo para obtener una medida cuantitativa del nivel de envejecimiento de cada persona; y examinar la contribución del concepto a la satisfacción vital así como el efecto de los estilos de afrontamiento en el envejecimiento activo. Para ello, se entrevistó a una muestra representativa de 404 personas mayores de 60 años gallegas residentes en la comunidad usando una entrevista estructurada guiada por un cuestionario *ad hoc*. La discusión señala el potencial de este concepto más amplio que reconcilia las diferentes aproximaciones del concepto y su importancia para la vida de las personas.

