



Universidad Miguel Hernández de Elche

Departamento de Psicología de la Salud

Tesis Doctoral

**ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y CALIDAD DE VIDA:
ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD FÍSICA Y SATISFACCIÓN VITAL
EN PERSONAS MAYORES DE 60 AÑOS**

Realizada por María Antonia Parra Rizo

Dirigida por Beatriz Bonete López

UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ

Departamento de Psicología de la Salud



Programa de Doctorado de Psicología de la Salud

UNIVERSITAS
TESIS DOCTORAL
Miguel Hernández

Envejecimiento activo y calidad de vida: Análisis de la actividad física y satisfacción vital en personas mayores de 60 años

Realizada por María Antonia Parra Rizo

Dirigida por Beatriz Bonete López



D. JUAN CARLOS MARZO CAMPOS, Director del Departamento de Psicología de la Salud de la Universidad Miguel Hernández de Elche

INFORMA

Que da su conformidad a la lectura y defensa de la Tesis doctoral presentada por Dña. MARÍA ANTONIA PARRA RIZO, titulada “Envejecimiento activo y calidad de vida: Análisis de la actividad física y satisfacción vital en personas mayores de 60 años”.

Y para que conste a los efectos oportunos, emite el siguiente informe en Elche, a 5 de mayo de 2017.

Fdo.: Dr. Juan Carlos Marzo Campos

Director del Departamento de Psicología de la Salud





Dña. BEATRIZ BONETE LÓPEZ, profesora del Departamento de Psicología de la Salud de la Universidad Miguel Hernández de Elche

CERTIFICA

Que como Directora de la presente Tesis Doctoral, titulada “Envejecimiento activo y calidad de vida: Análisis de la actividad física y satisfacción vital en personas mayores de 60 años” ha sido realizada por Dña. MARÍA ANTONIA PARRA RIZO bajo mi dirección, y a mi juicio reúne las condiciones para ser defendida ante el Tribunal correspondiente para optar al grado de Doctor.

Elche, 5 de mayo de 2017.

Fdo.: Dña. Beatriz Bonete López.



Esta tesis doctoral ha sido realizada según la normativa reguladora del 29 de Octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas de Doctorado (Real Decreto 1393/2007) de la Universidad Miguel Hernández de Elche.



A todos los que me rodean, y me ofrecen su cariño y amor



Instantes

Si pudiera vivir nuevamente mi vida, en la próxima trataría de cometer más errores. No intentaría ser tan perfecto, me relajaría más. Sería más tonto de lo que he sido, de hecho, tomaría muy pocas cosas con seriedad. Correría más riesgos, haría más viajes, contemplaría más atardeceres, subiría más montañas, nadaría más ríos. Iría a más lugares a los que nunca he ido, comería más helados y menos habas, tendría más problemas reales y menos imaginarios.

Yo fui de esas personas que vivió sensata y prolíficamente cada momento de su vida... claro que tuve momentos de alegría. Pero, si pudiera volver atrás, trataría solamente de tener buenos momentos.

Por si no lo saben, de eso está hecha la vida, solo de momentos; no te pierdas el ahora.

Yo era uno de esos que nunca iba a ninguna parte sin un termómetro, una bolsa de agua caliente, un paraguas y un paracaídas. Si pudiera volver a vivir, viajaría más liviano.

Si pudiera volver a vivir comenzaría a andar descalzo a principios de la primavera, y seguiría descalzo hasta concluir el otoño. Daría más vueltas en calesita, contemplaría más amaneceres, y jugaría con más niños si tuviera otra vez la vida por delante...

Pero ya ven, tengo 85 años y sé que me estoy muriendo.

Don Herold

(Escritor, caricaturista y humorista estadounidense)

“Quien tiene un *porqué* para vivir,
puede superar casi cualquier *cómo*”.

Nietzsche



Agradecimientos

Me gustaría aprovechar la ocasión que me brinda este trabajo, para agradecer el apoyo a las personas que me han ayudado durante todo este tiempo, pese a dedicarme de forma completa a esta investigación y no poder devolverles la misma dedicación.

Además, la realización de esta tesis, ha coincidido con una etapa complicada en mi vida desde distintos puntos de vista. Por ello, cada época se presentaba como un desafío, que debía vencer para seguir con mi proyecto vital. Es un orgullo haber afrontado cada reto de la mejor forma posible, y encontrarme ahora al final de este largo camino, en el que he podido aprender, debatir y conocer nuevas ideas del ámbito objeto de este trabajo, gracias a las reuniones que compartía con mis compañeros de universidad. Siento que concluye una etapa, y comienza otra, llena de posibilidades para abrir nuevas líneas de investigación con mis colegas.

Por ello, me gustaría dar las gracias, en primer lugar, a la Universidad Miguel Hernández y al Departamento de Psicología de la Salud. En segundo lugar, a Juan Carlos Marzo Campos, que se preocupa por todos nosotros, nos ayuda en la medida en lo que puede y más, humilde, sencillo y buena gente, que siempre me ha apoyado, no solo en la elaboración de esta tesis, sino también en mi actividad docente desde que entré en el año 2008 como profesora.

En este puesto he crecido como persona, docente e investigadora. Durante estos casi ocho años, los miembros del departamento me han inculcado el valor del esfuerzo continuo, así como la belleza de nuestra Universidad. Gracias por tanto cariño y amor recibido durante todos estos años, y por proporcionarme los recursos necesarios para llevar a cabo este trabajo.

Me gustaría agradecer a mis orígenes, MA y Raquel Costa, por despertar en mí, la intriga por la investigación en mi etapa como estudiante, en mis primeros pasos durante 4 años en prácticas internas de colaboración en investigación desde 2006, así como abrirme la puerta a la universidad.

Asimismo, quisiera agradecer a mi directora de tesis, Beatriz Bonete López, el cariño con el que me ha enseñado el rigor científico y el afán de superación. Gracias también por incluirme en todos sus proyectos como una más del equipo, y hacerme partícipe de las actividades investigadoras, su naturalidad y humildad son ejemplo para todos. Por respetar mi forma de trabajar y mi espacio.

También quisiera agradecerle a Esther Sitges su disposición a ayudarme en cualquier cosa que necesitara, por ser humilde, proactiva, inquieta y, sobre todo, una gran persona. Durante todo este proceso, me he sentido muy afortunada de contar con el apoyo de ambas así como de sus consejos.

Quisiera hacer extensivos estos agradecimientos a mis colegas de departamento y, en general, a todo su personal: a Jesús Rodríguez Marín, un referente para mí todos estos años; a Fito, compañero de Biología del Comportamiento desde 2004; a Carlos Van-Der Hofstadt, mi compañero de despacho todos estos años, por su toque de humor y constantes palabras de ánimo, gracias Carlos! a Diego Pastor y Tere Trigueros por su alegría intrínseca que me hacía más fácil afrontar cada día los retos a los que hacía referencia anteriormente; Juan Antonio Moreno y Eduardo Cervelló, por ser guía y ejemplo a seguir; a Elisa Huescar por su cariño, apoyo y comprensión en todo momento.

A Mercedes Guilabert, compañera de pasillo, confidencias y amiga; a Mari Carmen Neipp, por sus ánimos constantes y su sentida preocupación; a Virtu Pérez por sus “buenos días” tan alegres cada mañana, naturalidad y humildad; a Jose Pedro Espada, por sus apoyos y profesionalidad, a Mariam Ramos, por el contagio de su fuerza cada vez que pasaba por mi despacho, y a Eva García, secretaria del departamento y alma de muchos de nosotros. Gracias por darme tantas facilidades en cuanto a los recursos que precisaba para realizar este trabajo Eva, como un ordenador e internet para poder trabajar, gracias Eva y Juan Carlos Marzo, por facilitarme los recursos para hacer frente a mi humildad. Gracias a todos, una gran familia, que he tenido la inmensa fortuna de conocer en la Miguel Hernández.

Durante todos estos años, además, mi actividad docente me ha permitido estar en contacto directo con estudiantes de distintas edades, lo que me ha enseñado todo lo que queda por hacer. Su infinita curiosidad se convertía en múltiples dudas, que me hacían mejorar día a día sobre lo que es y debe ser el envejecimiento activo.

Y cómo no agradecerles su tiempo a mis amigos. A Sandra, compañera de trabajo, pero, sobre todo, amiga y familia, que ejerce de guía en mi camino para poder avanzar, fuente de apoyo en todos los sentidos. Gracias por tu luz, claridad y fuego en momentos de soporte, y alegre festividad en momentos de alegría.

Gracias a Ángeles y Jose, por su infinita paciencia, tranquilidad, puertas abiertas cuando lo necesitaba, consejos y respeto de tiempos. Ante situaciones imprevistas y difíciles me han inculcado la idea de que podía seguir adelante con una sonrisa, ser proactiva frente a los problemas, y perseguir una meta con paciencia y determinación, a pesar de los errores y las dificultades.

Finalmente, quiero darle las gracias a mi “peque”, fuente de apoyo y sosiego durante todo este tiempo. Jamás podré devolverle todo lo que me ha dado. Gracias por compartir una parte importante de la vida conmigo y darme el privilegio de compartirla contigo.

Fuerte, luchadora, resistente, contenta, feliz, alegre, agradecida, orgullosa, satisfecha, tranquila, apoyada por todos... así es como me siento ante este trabajo. En definitiva, gracias a toda esta gran familia que me ha apoyado, por el amor y los consejos recibidos de muchísimas formas en este proceso que, sin lugar a dudas, es redactar una tesis doctoral.

Índice

Índice de abreviaturas	25
Índice de tablas	27
Índice de figuras	33
Introducción	37
Parte I MARCO TEÓRICO	41
Capítulo 1. Introducción al envejecimiento	43
1. Conceptos relacionados con el envejecimiento	43
1.1. Antecedentes históricos de la vejez vs el envejecimiento	43
1.2. Delimitación conceptual de la vejez	44
1.3. Conceptos relacionados con el envejecimiento	47
1.4. Demografía del envejecimiento	52
1.4.1. Situación a escala internacional	52
1.4.2. Situación en Europa	58
1.4.3. Situación en España	59
1.5. Ciencias que estudian el envejecimiento:	
Gerontología y Geriatria	65
1.5.1. Inicio del estudio de la Gerontología	65
1.5.2. Inicio del estudio de la Geriatria	67
2. Modelos teóricos de envejecimiento	68
2.1. La teoría del desarrollo de Erikson	69
2.2. La teoría del ciclo vital de Neugarten	71
2.3. La teoría de la actividad de Havighurst y Albrecht	72
2.4. La teoría de la continuidad Neugarten y Atchley	73
2.5. La teoría de la desvinculación de Cumming y Henry	73
2.6. El Modelo de Optimización Selectiva por Compensación (SOC) de Baltes y Baltes	75

2.7.	La teoría de la selectividad socioemocional de Carstensen	77
2.8.	La teoría de la optimización del control primario y secundario de Heckhausen y Schulz	77
2.9.	La teoría de la proactividad correctiva y preventiva de Kahana y Kahana	78
2.10.	La teoría del modelo multidimensional multinivel de envejecimiento con éxito de Fernández-Ballesteros	79
2.11.	El modelo de los efectos del afecto positivo y la influencia del afecto positivo en la salud de Pressman y Cohen	81
Capítulo 2. Envejecimiento activo		85
1.	Conceptos relacionados con el envejecimiento activo	85
2.	Calidad de vida en el envejecimiento	94
3.	Satisfacción con la vida en el envejecimiento	99
4.	Actividad física en el envejecimiento	106
Parte II INVESTIGACIÓN		119
Capítulo 3. Objetivos e hipótesis		121
1.	Objetivos	121
2.	Hipótesis	122
Capítulo 4. Material y método		125
1.	Participantes	125
1.1	Selección de la muestra	125
1.2	Descripción de la muestra	127
2.	Procedimiento	134
3.	Instrumentos	136
4.	Análisis de datos	139

Capítulo 5. Resultados	141
1. Actividad física, calidad de vida y satisfacción con la vida en personas mayores	141
1.1 Actividad física	141
1.2 Calidad de vida	144
1.2.1. Escala de salud	144
1.2.2. Escala de integración social	148
1.2.3. Escala de habilidades funcionales	152
1.2.4. Escala de actividad y ocio	157
1.2.5. Escala de calidad ambiental	160
1.2.6. Escala de satisfacción con la vida	162
1.2.7. Nivel educativo	165
1.2.8. Escala de ingresos	167
1.2.9. Escala de servicios sociales y sanitarios	169
1.2.10. Componentes más valorados de la calidad de vida	173
1.2.11. Valoración subjetiva de la calidad de vida	174
1.3 Satisfacción con la vida	177
2. Análisis de las dimensiones de la calidad de vida en personas mayores según su nivel de actividad física	179
2.1. Escala de salud	179
2.2. Escala de integración social	179
2.3. Escala de habilidades funcionales	180
2.4. Escala de actividad y ocio	181
2.5. Escala de calidad ambiental	183
3. Percepción de la calidad de vida en personas mayores según su nivel de actividad física	183
4. Satisfacción con la vida en personas mayores según su nivel de actividad física	185
Capítulo 6. Discusión	187
Capítulo 7. Conclusiones	199

Referencias

201

Anexos

233



Índice de abreviaturas

British Geriatrics Society (BGS)

Calidad de Vida en Relación a la Salud (CVRS)

Centro Superior de Investigaciones Científicas (CSIC)

Comisión Europea (CE)

Comisión Nacional de la Especialidad (CNE)

Consejo Superior de Deportes (CSD)

Cuestionario Breve de Calidad de Vida (CUBRECAVI)

Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ)

Esperanza de vida sin Discapacidad (DFLE)

European Group for Research into Elderly and Physical Activity (EGREPA)

European Network for Health Enhancing Physical Activity (HEPA)

Instituto Nacional de Estadística (INE)

Life Satisfaction Index (LSI-A)

MET (Metabolic equivalent of task)

Modelo de Optimización Selectiva por Compensación (SOC)

Organización de las Naciones Unidas (ONU)

Organización Mundial de la Salud (OMS)

Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG)

Unión Derivan, S.A (UNDESA)

Unión Europea (UE)

Índice de tablas

	48
Tabla 1. Resumen de definiciones sobre el envejecimiento por autoría y perspectiva. Fuente: Elaboración propia	
Tabla 2. Índice Global de Envejecimiento. Fuente: HelpAge International (2015)	57
Tabla 3. Número de personas en transición (envejecidas o híperenvejecidas/ jóvenes). Fuente: UNDESA (2015)	58
Tabla 4. Recomendaciones mundiales de actividad física para personas mayores. Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la OMS (2010)	115
Tabla 5. Espacios y localidades en los que se ha obtenido la muestra	127
Tabla 6. Estadísticos descriptivos de la variable edad y peso	128
Tabla 7. Número de hijos de los participantes	129
Tabla 8. Nº de personas con las que conviven los participantes	129
Tabla 9. Apoyo social de los participantes	130
Tabla 10. Enfermedades físicas que padecen los participantes	132
Tabla 11. Medias (desviaciones típicas) y ANOVA de un factor de la edad de los participantes según el nivel de actividad física	142
Tabla 12. Nivel de actividad física según el sexo de los participantes	142
Tabla 13. Nivel de actividad física según el estado civil de los participantes	143
Tabla 14. Nivel de actividad física según el estado clínico de los participantes	144

Tabla 15. Media y desviación típica de la escala y subescalas de salud de CUBRECAVI según el sexo de los participantes	145
Tabla 16. Media y desviación típica de la escala y subescalas de salud de CUBRECAVI según la edad de los participantes	146
Tabla 17. Media, desviación típica y ANOVA de un factor de la escala y subescalas de salud de CUBRECAVI según el estado civil de los participantes	147
Tabla 18. Media y desviación típica de la escala y subescalas de integración social de CUBRECAVI según el sexo de los participantes	148
Tabla 19. Media y desviación típica de la escala y subescalas de integración social de CUBRECAVI según la edad de los participantes	149
Tabla 20. Media, desviación típica y ANOVA de un factor de la escala y subescalas de integración social de CUBRECAVI según el estado civil de los participantes	152
Tabla 21. Media y desviación típica de la escala y subescalas de habilidades funcionales de CUBRECAVI según el sexo de los participantes	153
Tabla 22. Media y desviación típica de la escala y subescalas de habilidades funcionales de CUBRECAVI según la edad de los participantes	154
Tabla 23. Media, desviación típica y ANOVA de un factor de la escala y subescalas de habilidades funcionales de CUBRECAVI según el estado civil de los participantes	156
Tabla 24. Media y desviación típica de la escala y subescalas de actividad y ocio de CUBRECAVI según el sexo de los participantes	157
Tabla 25. Media y desviación típica de la escala y subescalas de actividad y ocio de CUBRECAVI según la edad de los participantes	159

Tabla 26. Media, desviación típica y ANOVA de un factor de la escala y subescalas de actividad y ocio de CUBRECAVI según el estado civil de los participantes	159
Tabla 27. Media y desviación típica de la escala y subescalas de calidad ambiental de CUBRECAVI según el sexo de los participantes	160
Tabla 28. Media y desviación típica de la escala y subescalas de calidad ambiental de CUBRECAVI según la edad de los participantes	161
Tabla 29. Media, desviación típica y ANOVA de un factor de la escala y subescalas de calidad ambiental de CUBRECAVI según el estado civil de los participantes	162
Tabla 30. Medias (desviaciones típicas) y ANOVA de un factor de la edad de los participantes según el nivel de satisfacción con la vida	163
Tabla 31. Nivel de satisfacción con la vida según el sexo de los participantes	164
Tabla 32. Nivel de satisfacción con la vida según el estado civil de los participantes	164
Tabla 33. Nivel educativo según la edad de los participantes	165
Tabla 34. Nivel educativo según el sexo de los participantes	166
Tabla 35. Nivel educativo agrupado según el estado civil de los participantes	166
Tabla 36. Nivel de ingresos según la edad de los participantes	167
Tabla 37. Nivel de ingresos según el sexo de los participantes	168
Tabla 38. Nivel de ingresos agrupado según el estado civil de los participantes	168
Tabla 39. Frecuencia de utilización de los servicios sociales y sanitarios según la edad de los participantes	170

Tabla 40. Frecuencia de utilización de los servicios sociales y sanitarios según el sexo de los participantes	170
Tabla 41. Frecuencia de utilización de los servicios sociales y sanitarios según el estado civil de los participantes	171
Tabla 42. Nivel de satisfacción con los servicios sociales y sanitarios según la edad de los participantes	172
Tabla 43. Nivel de satisfacción con los servicios sociales y sanitarios según el sexo de los participantes	172
Tabla 44. Nivel de satisfacción con los servicios sociales y sanitarios según el estado civil de los participantes	173
Tabla 45. Posición de importancia en que los participantes sitúan los componentes de la calidad de vida	174
Tabla 46. Autovaloración de su calidad de vida según la edad de los participantes	175
Tabla 47. Autovaloración de su calidad de vida según el sexo de los participantes	176
Tabla 48. Autovaloración de su calidad de vida según el estado civil de los participantes	176
Tabla 49. Media y desviación típica de la escala LSI según el sexo de los participantes	177
Tabla 50. Media y desviación típica de la escala LSI según la edad de los participantes	177
Tabla 51. Media, desviación típica y ANOVA de un factor de la escala LSI según el estado civil de los participantes	178

Tabla 52. Media, desviación típica y ANOVA de un factor de la escala de salud de CUBRECAVI según la actividad física de los participantes	179
Tabla 53. Media, desviación típica y ANOVA de un factor de la escala de integración social de CUBRECAVI según la actividad física de los participantes	180
Tabla 54. Media, desviación típica y ANOVA de un factor de la escala de habilidades funcionales de CUBRECAVI según la actividad física de los participantes	180
Tabla 55. Media, desviación típica y ANOVA de un factor de la escala de actividad y ocio de CUBRECAVI según la actividad física de los participantes	182
Tabla 56. Media, desviación típica y ANOVA de un factor de la escala de calidad ambiental de CUBRECAVI según la actividad física de los participantes	183
Tabla 57. Autovaloración de la calidad de vida según el nivel de actividad física de los participantes	184
Tabla 58. Media, desviación típica y ANOVA de un factor de la escala LSI según el nivel de actividad física de los participantes	185

Índice de figuras

Figura 1. Modelo deficitario y Modelo de desarrollo de vejez. Fuente: Limón y Ortega (2011)	44
Figura 2. Categorías en torno a la vejez según clasificaciones cronológicas. Fuente: Elaboración propia	45
Figura 3. Consecuencias ligadas al estudio del envejecimiento patológico. Fuente: Elaboración propia	46
Figura 4. Diversidad de algunos de los factores de influencia en el proceso de envejecimiento. Fuente: Elaboración propia	50
Figura 5. Países cuya población está envejeciendo. Proyección 2050. Fuente: OMS (2015)	55
Figura 6. Proporción de la población de 60 años en 2015 y 2050. Fuente: UNDESA (2015)	56
Figura 7. Proyección de los cambios en la población (2013-2060). Fuente: Comisión Europea (2015)	58
Figura 8. Diferencia entre la población de hombres y mujeres por franja de edad. Fuente: INE (2015)	60
Figura 9. Personas de 65 y más años respecto al total de población, por Comunidades Autónomas. España, 2015 (%). Fuente: INE (2015)	61
Figura 10. Tasa de morbilidad hospitalaria según sexo y grupo de edad (por 100.000 habitantes) en 2014. Fuente: INE (2014)	62

Figura 11. Estancias hospitalarias según la edad. España (2014). Fuente: INE (2014)	63
Figura 12. Evolución de la población mayor (1900-2061). Fuente: INE (2011)	64
Figura 13. Proyecciones de población por sexo y edad. España 2014-2064. Fuente: INE (2016)	64
Figura 14. Evolución de los modelos teóricos de envejecimiento. Fuente: Elaboración propia	69
Figura 15. El modelo de adaptación selectiva por compensación. Fuente: Pinazo y Sánchez (2006)	75
Figura 16. Modelo de proactividad preventiva y correctiva de Kahana y Kahana (1996, 2003). Fuente: Fernández-Ballesteros (2009)	79
Figura 17. Modelo multidimensional-multinivel de envejecimiento activo de Fernández-Ballesteros (2002)	80
Figura 18. Relaciones teóricas entre calidad de vida, bienestar y satisfacción con la vida y envejecimiento con éxito. Fuente: Lawton (1983); modificado por Fernández-Ballesteros, Kruse, Zamarrón y Caprarra (2007)	92
Figura 19. Multidimensionalidad de la calidad de vida. Fuente: Fernández-Ballesteros y Zamarrón (2007)	97
Figura 20. Elementos objetivos y subjetivos de la calidad de vida. Fuente: Fernández-Ballesteros y Zamarrón (2007)	98
Figura 21. Esquema Satisfacción vital. Fuente: Elaboración propia	100

Figura 22. Prevalencia de la inactividad física ajustada según la edad en personas a partir de 60 años por países. Fuente: Múnich Center for the Economics of Aging (2013)	111
Figura 23. Principales actividades físicas a realizar por las personas mayores. Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la OMS (2010)	115
Figura 24. Evidencia de la práctica de actividad física en la salud. Fuente: Physical Activity Guidelines for Americans (Gobierno USA), 2008	116
Figura 25. Número de participantes por edad	128
Figuras 26 y 27. Situación laboral y económica de los participantes	131
Figuras 28 y 29. Hábitos de vida poco saludables de los participantes	132
Figura 30. Problemas psicológicos de los participantes	133
Figura 31. Actividad física principal de los participantes	134
Figura 32. Proporción de actividad física de los participantes	141
Figura 33. Salud subjetiva en grupos diferenciado por edad	146
Figura 34. Salud psíquica en grupos diferenciado por estado civil	147
Figura 35. Satisfacción con la convivencia en grupos diferenciado por edad	149
Figura 36. Integración social en grupos diferenciado por estado civil	150
Figura 37. Habilidades funcionales en grupos diferenciado por edad	154
Figura 38. Autonomía funcional en grupos diferenciado por edad	155
Figura 39. Frecuencia en actividades y de ocio en grupos diferenciado por	158

sexo

Figura 40. Nivel de satisfacción con la vida de los participantes 163

Figura 41. Valoración de la calidad de vida de los participantes 175

Figura 42. Satisfacción en grupos diferenciados por estado civil 178

Figura 43. Habilidades funcionales en grupos diferenciados por nivel de actividad física 181

Figura 44. Actividad y ocio en grupos diferenciados por nivel de actividad física 182



Introducción

Todos los que con suerte llegan a la vejez, desean disfrutarla *bien*, en el amplio sentido del término para, así, vivir su júbilo final amando todo aquello y aquellos que les rodean. Por ello, la sociedad en su conjunto, debe dar prioridad al estudio de la calidad de vida en esta etapa de la vida. Y en este sentido, ciencia y sociedad van de la mano a través de la Gerontología.

Así, esta tesis se enmarca en el estudio del envejecimiento activo y la calidad de vida en personas mayores, debido a la urgencia, cada vez mayor, de dar respuesta a las necesidades del individuo que se plantean socialmente. El incremento de la longevidad y los cambios demográficos que se han producido a escala internacional, hace preciso ahondar en este tipo de investigaciones.

Si bien es cierto que, inicialmente el estudio de la vejez se ha orientado a los principios del declive y el deterioro, los progresos y mejoras en la educación, la economía, la sanidad y los estilos de vida han hecho que, desde las áreas de la Gerontología y la Psicología, nos preocupemos cada vez más de disfrutar de la vejez de la mejor forma posible.

Ahora, la actitud de una persona mayor frente a la vida, no se limita a esperar la muerte; ser mayor significa tener ganas de vivir y de disfrutar con plenitud. Y la vejez no es otra cosa que el momento perfecto para aprovechar cada instante, y llevar adelante muchos proyectos postergados en el tiempo. En definitiva, las expectativas que la persona mayor posee sobre su vejez han cambiado. Sin embargo, su disfrute requiere de unas condiciones previas de cuidado, con la finalidad de disfrutar de un envejecimiento activo.

Por ello, el envejecimiento debe mirarse como una oportunidad de vida, de reto, de disfrute de los mayores que quieren ser parte activa de la sociedad. Y su aproximación

científica debe hacerse desde todas las formas que permitan a los mayores disfrutar de esa etapa con calidad de vida. Para ello, hay que erradicar prejuicios e ideas negativas, y favorecer una visión del envejecimiento positivo, para centrarnos en las oportunidades que ofrece esta etapa de la vida. Este trabajo se desarrolla desde esta perspectiva, teniendo en cuenta el avance que la investigación en el área ha tenido en los últimos tiempos.

De este modo, el estudio del envejecimiento en general, ha adquirido un gran desarrollo debido al cambio demográfico (incremento de personas mayores y de la esperanza de vida). A partir de ese cambio, el ser humano y la sociedad en general, empiezan a preocuparse por la calidad de vida y el envejecimiento activo como aspectos de adaptación con éxito al proceso de envejecimiento.

Este estudio se centra, precisamente, en esta visión positiva del envejecimiento, y aborda aspectos tales como la promoción y prevención de qué acciones podemos llevar a la práctica para mejorar la calidad de vida. Al respecto, una de las medidas de promoción y prevención que se tienen en cuenta en la población mayor es la práctica de actividad física, no solo como medida de salud para el fortalecimiento muscular, sino también como medida promotora de un mayor bienestar psicológico en personas mayores. Además, este trabajo ha tenido en cuenta la evaluación de la satisfacción con la vida en relación con las variables comentadas.

Para la realización de los pertinentes análisis estadísticos se ha escogido una muestra de 397 personas mayores de la provincia de Alicante físicamente activas. El objetivo es ayudar a determinar a partir de qué frecuencia y cantidad de ejercicio físico se observan mejorías en variables tales como la calidad de vida. Asimismo, se ha querido observar las características de las personas mayores físicamente activas, para mostrar los beneficios de las conductas positivas que favorecen el envejecimiento activo.

Así, en el capítulo 1 se exponen diversas definiciones de “envejecimiento”, “vejez”, así como las distintas disciplinas de investigación que las tratan. También se exponen

diversos estudios demográficos a escala internacional y nacional, y se delimitan los principales estudios y teorías existentes en el área.

Una vez realizada una aproximación teórica al tema, en el capítulo 2 se profundiza sobre la naturaleza de la calidad de vida, y la mejora de la salud a través del estudio de la repercusión de la actividad física y la satisfacción con la vida en personas mayores. Tras los objetivos planteados y métodos expuestos en el capítulo 3 y 4, se desarrollan los resultados obtenidos en el capítulo 5, y finalmente, en el capítulo 6 y 7, se exponen las conclusiones del estudio centradas en futuras líneas de investigación.



PARTE I

MARCO TEÓRICO



Capítulo 1

Introducción al envejecimiento

1. Conceptos relacionados con el envejecimiento

1.1. Antecedentes históricos de la vejez vs el envejecimiento

El estudio del envejecimiento tiene su origen en dos tradiciones del pensamiento, creencias o teorías principales procedentes de Platón y Aristóteles. De **Platón** (427-347 a. de C.) procede una visión positiva donde la persona envejece tal cual ha vivido, y por tanto, deja latente la importancia de prepararse para la vejez en la juventud. **Cicerón** (106-43 a. de C.), por su parte, escribe *De senectute* donde plantea que la virtud humana crece con la edad, y por tanto, ofrece también una perspectiva positiva.

Por el contrario, **Aristóteles** (384-322 a. de C.) afirma que la vejez es la última etapa de la vida humana considerada como una enfermedad natural. **Séneca** (4-65 d. de C.) también se centra en el deterioro físico y mental del individuo como consecuencia del envejecimiento (Fernández-Ballesteros, 2009).

Así, a lo largo del estudio del envejecimiento, hay dos claras tradiciones. **Un planteamiento positivo** procedente de Platón, **y otro negativo**, procedente de Aristóteles.

Todavía en la actualidad hemos heredado esta dicotomía, existiendo, según Limón y Ortega (2011) dos concepciones de la vejez, una basada en el **modelo médico tradicional o deficitario**, en el que se conceptualizó la vejez a partir de los cambios biológicos que se producían en el individuo en términos de déficit e involución. Y, por

otro lado, otra centrada en el **modelo de desarrollo**, que redefine la vejez como una etapa diferente y llena de posibilidades; se trata del envejecimiento activo (Figura 1).

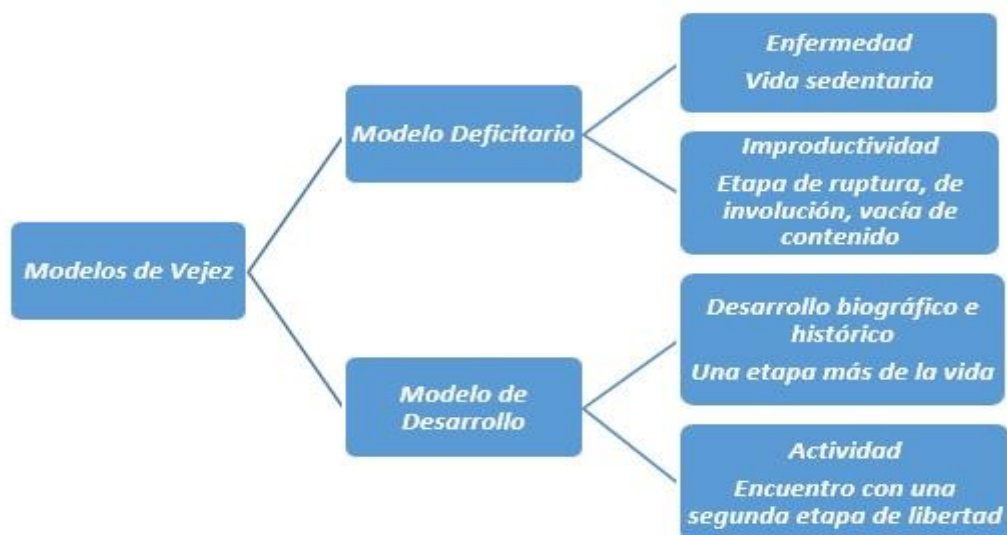


Figura 1. Modelo deficitario y Modelo de desarrollo de vejez. Fuente: Limón y Ortega (2011).

Lamentablemente, tal y como señala Birren (1996), el estudio del envejecimiento, vejez, viejos o mayores se ha centrado, especialmente, en el estudio de las **condiciones patológicas y en los sistemas biológicos** que dejan de funcionar o van en declive, se deterioran o presentan pérdidas.

Por ello, hacen falta estudios que ahonden en la vejez desde una perspectiva evolutiva y positiva. Pero antes de avanzar, consideramos estrictamente necesario delimitar, terminológicamente hablando, varios de los conceptos sobre los que se sustenta este trabajo.

1.2. Delimitación conceptual de la vejez

Etimológicamente **vejez** procede del latín *veclus, vetulusm*, lo que significa persona de mucha edad. Generalmente, se considera que la **edad cronológica** marca la vejez; que tras un período de crecimiento y estabilidad, el organismo pierde eficiencia biológica

conforme pasa el tiempo, dado que el ser humano experimenta una serie de cambios a lo largo de su vida, que acaban con el declive de sus capacidades físicas.

Así, a partir de la edad cronológica, Neugarten (1975), establece dos categorías de vejez: los jóvenes-viejos, de los 55 a los 75 años; y los viejos-viejos, a partir de los 75 años. Riley (1988), por su parte, considera que los jóvenes-viejos son aquellos entre 65 y 74 años y los viejos-viejos entre los 75 y 85 años, siendo los mayores de 85 años los viejos más viejos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010), tal y como se observa en la figura 2, establece otros rangos de edad: de 60 a 74 años de edad se considera edad avanzada, de 75 a 90 viejos ancianos y de 90 en adelante grandes viejos o longevos. Sin embargo, estas clasificaciones cronológicas no aportan demasiado sobre la forma de envejecer, que está más ligada a la edad funcional. En este sentido, Staudinger (2015) sugiere tener en cuenta algo más que una edad cronológica, haciendo referencia a la multidimensionalidad y perspectivas del envejecimiento, al estar en constante interacción con aspectos culturales, sociales o psicológicos.

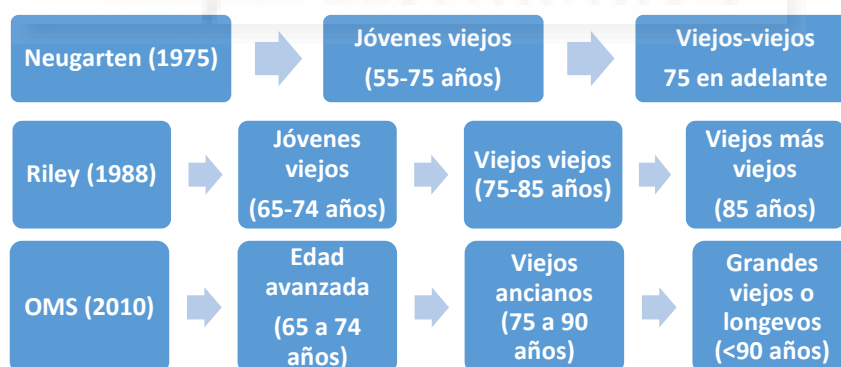


Figura 2. Categorías en torno a la vejez según clasificaciones cronológicas. Fuente: Elaboración propia.

En España se entiende que la persona mayor lo es a partir de los 65 años, por corresponderse con la edad de **jubilación** estipulada. No obstante, este límite

cronológico fluctúa, debido a que, o bien se abandona el mercado laboral a una edad más temprana, o bien se prorroga en muchos casos. Por ello, la barrera de los 65 años ya no significa lo que antes, y se desconoce lo que supondrá dentro de unas décadas.

La citada conceptualización de la vejez como algo deficitario relacionado con el deterioro físico, refuerza las imágenes negativas, tal y como se puede observar en la figura 3, y no debe extenderse a la concepción psicológica o social, que comienza, en la mayoría de los casos, según la edad laboral o de jubilación. A su vez, podemos diferenciar entre vejez normal y vejez patológica. Por **vejez normal** se entiende aquella que cursa sin patologías, y la **vejez patológica** es aquella asociada a enfermedades crónicas; mientras que **senescencia o senectud** se refiere a la pérdida progresiva de estabilidad de los sistemas biológicos.

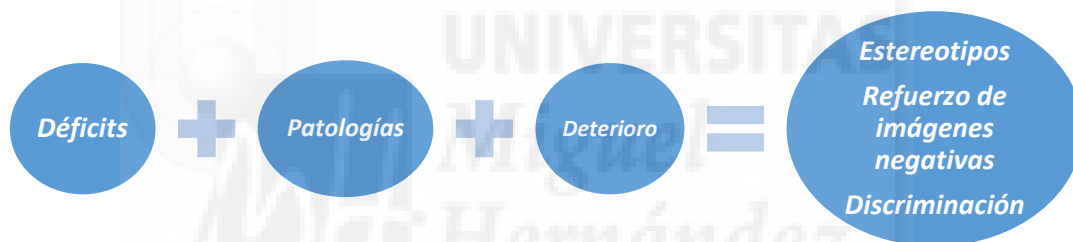


Figura 3. Consecuencias ligadas al estudio del envejecimiento patológico. Fuente: Elaboración propia.

Teniendo en cuenta esta diferenciación, otros autores completaron el estudio de la vejez con un tercer tipo, refiriéndose a los aspectos positivos y de desarrollo. En este sentido han surgido diferentes términos, como la **vejez saludable, competente, satisfactoria o con éxito** (Baltes y Baltes, 1990; Fernández-Ballesteros, 1986; Rowe y Khan, 1997). Aunque sabemos que rigurosamente no son iguales, ya que cada uno hace hincapié en algún aspecto concreto, en líneas generales hace referencia a una “baja probabilidad de enfermedad y de discapacidad, junto a un alto funcionamiento cognitivo, capacidad física, funcional y compromiso activo con la vida”.

Así, Fernández-Ballesteros (2000) indica que la “vejez” es un estado en la vida, y el “envejecimiento” un proceso que sucede a lo largo del ciclo vital. Tanto la vejez como el envejecimiento humano, son objetos de conocimiento multidisciplinares, en el sentido en el que el individuo humano es un ser bio-psico-social.

Junto a este concepto, surgen otros como “viejo” o “persona mayor”. Según la OMS en 2015, p. 252, el término **viejo** hace referencia a “un constructo social que define las normas, funciones y responsabilidades que cabe esperar de una persona mayor, y que se utiliza con frecuencia con sentido peyorativo”; mientras que **persona mayor**, según este mismo organismo, se refiere a “aquella persona cuya edad ha superado la esperanza de vida media al nacer y, a su vez, la esperanza de vida al nacer es el número promedio de años que cabe esperar que viva un recién nacido, sujeto a la tasa de mortalidad específica por edad en un periodo determinado”.

Otro término que generalmente se utiliza indistintamente junto con el término de vejez que acabamos de definir, es el concepto de envejecimiento que pasamos a analizar seguidamente, así como otros relacionados.

1.3. Conceptos relacionados con el envejecimiento

Bandura (1986) indica que el envejecimiento puede considerarse un largo proceso bio-psico-social, a través del cual, se producen transacciones mutuas entre el organismo biológico, la persona y el entorno. En la actualidad, entendemos el **envejecimiento** como un proceso que sucede a lo largo del ciclo vital desde una amplia perspectiva, que acontece desde el nacimiento hasta la muerte, como una etapa plena de sabiduría y riqueza, fruto de la experiencia adquirida como periodo de crecimiento y desarrollo (Fernández-Ballesteros, 2004; Muñoz, 2002).

En esta misma línea, la OMS (2010) propone un planteamiento que abarca todo el ciclo de la vida, en el que los individuos envejecen de diferente forma, es decir, mientras unos no alcanzan los niveles de desarrollo personal y de capacidad funcional, otros

pueden traspasar al umbral de la discapacidad. Sin embargo, dependiendo de la perspectiva que tomemos, encontraremos unas delimitaciones conceptuales u otras.

Es decir, desde el punto de vista biomédico, Guralnik y Kaplan (1989) consideran dos criterios fundamentales para el envejecimiento con éxito: bajo nivel de enfermedad y discapacidad, y buen nivel de funcionamiento físico. Desde la perspectiva psicológica, Williams y Wirths (1965) afirman que el envejecimiento con éxito significa satisfacción con la vida y compromiso social (sentirse bien y actuar de acuerdo con unos valores).

Lehr, Seiler y Thomaes (2000), por su parte, señalan la satisfacción con la vida como el principal componente de envejecimiento con éxito. Desde la perspectiva social, Butler (1969) define el envejecimiento con tres criterios: productividad, participación y compromiso con la vida.

En la siguiente tabla se exponen algunas de las definiciones más importantes de envejecimiento aparecidas desde los años 60.

Tabla 1. Resumen de definiciones sobre el envejecimiento por autoría y perspectiva. Fuente: Elaboración propia.

Williams y Wirths (1965)	Desde la perspectiva psicológica, afirman que el envejecimiento con éxito significa satisfacción con la vida y compromiso social, sentirse bien y conducirse de acuerdo a unos valores y creencias.
Butler (1969)	Desde la perspectiva social, define el envejecimiento con tres criterios: productividad, participación y compromiso con la vida.
Bandura (1986)	El envejecimiento puede considerarse un largo proceso bio-psico-social, a través del cual se producen transacciones mutuas entre el organismo biológico, la persona y el entorno.
Guralnik y Kaplan (1989)	Desde el punto de vista biomédico, consideran dos criterios fundamentales para el envejecimiento con éxito: bajo nivel de enfermedad y discapacidad, y buen nivel de funcionamiento físico.
Lehr et al. (2000)	Señalan el envejecimiento con éxito como estar satisfecho con la vida, y este como el eje en el proceso de envejecimiento.
Fernández-Ballesteros (2004) Muñoz (2002)	El envejecimiento es un proceso que sucede a lo largo del ciclo vital, desde una amplia perspectiva, que acontece desde el nacimiento hasta la muerte, como una etapa plena de sabiduría y riqueza, fruto de la experiencia adquirida como periodo de

	crecimiento y desarrollo.
OMS (2010)	Propone un planteamiento que abarca todo el ciclo de la vida, en el que los individuos envejecen de diferente forma, es decir, mientras unos no alcanzan los niveles de desarrollo personal y de capacidad funcional, otros pueden traspasar el umbral de la discapacidad.

Y aquí es donde aparece otro concepto relacionado con el envejecimiento, el **anciano frágil o síndrome de la fragilidad**, que implica un incremento del riesgo y de la discapacidad (Casas, Cadore, Martínez e Izquierdo, 2015) en aquellos individuos inactivos físicamente. Al respecto, la **prevención** puede aminorar el impacto de la fragilidad, la discapacidad y la dependencia. En el siguiente apartado se abordarán más ampliamente estos aspectos.

Además, en este proceso de envejecimiento, que describen diferentes autores, han influido numerosas cuestiones fruto de la adaptación social a los **avances** ocurridos en la **educación**, la **sanidad**, la **alimentación** y la práctica de **ejercicio físico** de la población a partir de los años 70 (Kramer, Erickson y Colcombe, 2006). De este modo, el ejercicio físico supone una estrategia preventiva y terapéutica contra el envejecimiento; cada vez son más los mayores que encuentran en su práctica un estímulo óptimo vinculado a la felicidad y la satisfacción personal (Jiménez, Párraga y Lozano, 2013).

Estas cuestiones, como señala el presente trabajo, son clave para un envejecimiento positivo. De hecho, el impacto del **ejercicio** no se produce meramente en los aspectos físicos y/o cognitivos; incide también en las emociones, el afecto y las relaciones sociales, y la salud en general, tal y como aprecian Justine y Hamid (2010) en sus estudios.

En esta línea se encuentra también el trabajo de Paffenbarger, Hyde, Wing y Hsieh (1986), que asocia un mayor gasto energético a una mayor longevidad de las personas. De ahí que, a diferencia de los factores genéticos, sobre la inactividad y otros hábitos, podemos intervenir decididamente revirtiendo sus consecuencias (Jiménez et al. 2013). Las evidencias confirman que un óptimo nivel de capacidades físicas, contribuye de

manera significativa, a la mejora y/o mantenimiento de la salud en cualquier franja de edad (OMS, 2010).

Otra cuestión importante, es poseer una **cobertura económica, social y física**. Las personas mayores prefieren vivir de forma activa, manteniendo actividades similares a las que ejercitaban antes de la jubilación. En este sentido, la **participación** es el principal modo de integración del envejecimiento en la sociedad (Pérez, 2003).

Para ello, deben contar con recursos que les permitan asegurar la protección económica por parte de los organismos oficiales (Fundación Edad y Vida, 2013). La mejora de la **educación**, la participación en actividades mentales e incluso el conocimiento de lenguas extranjeras, son factores que también inciden en este proceso (Lehr, Re y Wilbers, 2009; Thomae, 1976, 1983, 1998) tal y como se observa en la figura 4.



Figura 4. Diversidad de algunos de los factores de influencia en el proceso de envejecimiento. Fuente: Elaboración propia.

El **aumento de la esperanza de vida** con salud, es además resultado de la capacidad de adaptación del ser humano, así como de las diferencias en **plasticidad**, que han

generado una variabilidad de los patrones de envejecimiento (Fernández-Ballesteros, 2009). La plasticidad, se expresa a partir de la capacidad de cambio y la compensación ante el déficit y las disfunciones, y es la clave del envejecimiento activo y positivo (Stern, 2003).

La plasticidad y la modificabilidad del ser humano son mecanismos de adaptación (capacidad de recuperación) de la vida humana (desde una perspectiva tanto demográfica como social e individual), que determinan el incremento de la esperanza de vida en situaciones propicias. Debido a las mejoras en las condiciones de vida, las personas mayores poseen mayores niveles de autonomía, más seguridad e independencia económica, tiempo libre y participación en centros, instituciones y organizaciones sociales (Limón y Berzosa, 2006).

Los avances antes señalados, han propiciado el aumento en el número de personas mayores que necesitan cuidado por una dependencia o invalidez. Al menos en los Estados Unidos, un tercio de los muy mayores, tiene suficiente salud para vivir de manera independiente, es decir, se trata de personas que envejecen con éxito. Sin embargo, y como se ha comentado anteriormente, las estrategias para reducir la carga de la discapacidad y la mortalidad en la edad avanzada, solo pueden producirse mediante **hábitos saludables y el control de los factores de riesgo**, a partir de una edad temprana, y a lo largo de la vida (Meeks, Vahia, Lavretsky, Kulkarni y Jeste, 2011).

El envejecimiento activo se deriva también de la **comprensión de la morbilidad**, debido a la reducción de la mortalidad, que ha determinado un aumento de la supervivencia y esperanza de vida, como se verá en el apartado dedicado a desarrollar la epidemiología del envejecimiento. Además, **la amplia variabilidad de las condiciones biopsicosociales** en la vejez ha derivado en una mayor esperanza de vida. Sin embargo, esta mayor edad toma distintas trayectorias: la usual, la patológica y la óptima, según las condiciones históricas, socioeconómicas, culturales y personales del individuo en cuestión. Vivir más tiempo es importante, pero interesa conocer si se vive con buena o mala salud.

Al respecto, otro concepto que cabe incorporar en el presente apartado, es la **Esperanza de vida sin Discapacidad (DFLE)** o la expectativa de años de vida con salud (Comisión Europea, 2005); lo que hace que la investigación en el área del envejecimiento sea fundamental y de gran necesidad en la actualidad (Sampedro-Piquero, 2015). Por ello, en el apartado siguiente, veremos el alcance de dicho desarrollo poblacional mediante la demografía a escala internacional y nacional.

1.4. Demografía del envejecimiento

1.4.1. Situación a escala internacional

Como se ha comentado en el anterior apartado, el envejecimiento de la población es una de las mayores preocupaciones de los académicos y las instituciones; es, en definitiva, un reto de gran envergadura social, debido a que el mundo está experimentando un gran **cambio demográfico**, unido al incremento del número de personas mayores (Shankar, Bjorn y Steptoe, 2015), al aumento de la **longevidad** y a las bajas **tasas de natalidad** (Mazzola et al. 2016). Esta situación es positiva porque es resultado del desarrollo de la sociedad. Sin embargo, el aumento de dicha longevidad es motivo de celebración, pero también genera nuevos retos que afrontar (Foster y Walker, 2014).

De hecho, la OMS (2015), señala que en 2050 una de cada cinco personas será mayor de 60 años, el 80% vivirá en países con ingresos bajos o medios, y habrá más octogenarios y nonagenarios de los que nunca antes ha habido. Este hecho no tiene precedentes históricos: la mayoría de las personas tendrá una edad madura, y muchos niños conocerán a sus abuelos y bisabuelos. Más adelante se aportarán más datos que den muestra de la magnitud de los cambios poblacionales que se avecinan.

Los progresos mencionados en apartados anteriores (sociales, educativos y sanitarios), han provocado un cambio poblacional de tal envergadura, que se considera una de las

revoluciones demográficas más importantes de la historia de la humanidad (Fernández-Ballesteros, 2009).

Tal es este hecho, que la evolución social y económica que ha vivido el mundo en el último siglo ha dado lugar al incremento de la **esperanza de vida**, convirtiendo el envejecimiento en un desafío que afecta a todos como familiares, enfermos en un futuro o integrantes de una sociedad, que debe contribuir a la mejora de las condiciones (Gañán y Villafruela, 2015). Además, aunque la migración ha aumentado, esta situación no ha compensado el fenómeno del envejecimiento, y es que dicho envejecimiento está impactando en la alta incidencia de **gasto en pensiones y recursos** (Mazzola et al. 2016) en occidente.

La tendencia, además, se mantendrá en el tiempo a escala internacional, ya que diversos autores consideran que en 2050 habrá en la tierra 2.000 millones de personas mayores (Robine y Michel, 2004). Estos mismos autores señalan que para ese año el número de personas mayores de 80 años se habrá quintuplicado, y los centenarios supondrán el doble de los que hay en la actualidad. De hecho, tal y como indica la OMS (2016), se prevé que para 2030 el 22% de la población mundial sean personas mayores. Por ello, uno de los objetivos es promocionar la salud en el proceso de envejecimiento, así como dar respuesta a las necesidades de las personas mayores para dotarlas de mayor libertad para desarrollar su valía.

Entre otras cuestiones, Christensen, Doblhammer, Rau y Vaupel (2009); Robine y Michel (2004); y Vaupel y Jeune (1995) indican que es necesario que los gobiernos apuesten seriamente por la **investigación a escala internacional** en esta materia, ya que la tendencia al envejecimiento de la población, acarrea numerosas consecuencias sociales, económicas y sanitarias.

En este contexto, hay que tener en cuenta que el colectivo de personas mayores es muy diverso: algunas de ellas, con 80 años, poseen altos niveles de capacidad física y mental, mientras que otros con 60 años necesitan ayuda para llevar a cabo sus necesidades

básicas. Por ello, las **políticas integrales o multidisciplinares** deben englobar todos los espectros de funcionamiento que abarca el envejecimiento, dependiendo de cada caso.

Al respecto, la OMS (2015) insiste en que, dependiendo de la capacidad y situación de las personas mayores, se deben establecer políticas de acción, tales como adecuar los **sistemas de salud** a esta población, crear **entornos adaptados** y mejorar la medición, monitoreo y comprensión que la sociedad tiene del envejecimiento.

Según este organismo, este tipo de intervenciones deben ir dirigidas a lograr **la máxima capacidad funcional**, manteniendo la capacidad intrínseca del individuo. En conclusión, el envejecimiento de la población pone de manifiesto la necesidad de responder a esta realidad desde las **instituciones** y la **propia sociedad** (Gañán y Villafruela, 2015).

Sin embargo, frente a esta preocupante situación, autores como Fries y Crapo (1981) se muestran más optimistas, y señalan que no solo se prolongará la vida de las personas a escala internacional, sino que el ser humano será capaz también de disminuir el dolor y el sufrimiento, porque la aparición de la **enfermedad** y la **discapacidad** se pospondrán. Estos investigadores confían en que la sociedad sepa reaccionar a tiempo ante este desafío, gracias a la puesta en marcha de **políticas sociales y sanitarias** adecuadas, así como a través de la promoción de hábitos de vida saludables.

Otros datos que arroja el *Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud* de la OMS (2015) son los siguientes: entre 2015 y 2050 la proporción de la población mundial con más de 60 años de edad pasará de 900 millones a 2.000, lo que representa un aumento del 12% al 22%; en concreto, para 2030 las personas mayores supondrán el 16.5% de la población mundial total, y para 2050 serán el 21.5%.

Esta situación, además, ocasionará que los países se preocupen porque las personas tengan posibilidades de participar en voluntariados y estén activos, dado que todo individuo debe poder vivir de la mejor forma posible en sus diferentes etapas, con dignidad y libertad de elección (HelpAge International, 2015).

En la actualidad, solo un país tiene una proporción de personas mayores superior al 30%, **Japón**. Sin embargo, pronto muchos países alcanzarán esa cifra: numerosos países de Europa y América del Norte, Chile, China, Federación de Rusia, República de Corea, República Islámica de Irán, Tailandia y Vietnam. Por su parte, África subsahariana parece menos afectada por el problema, aunque cuente con el doble de adultos mayores que el norte de Europa. Tal y como se observa en la figura 5, las proyecciones para 2050 suponen el incremento de las personas de 60 años en adelante.

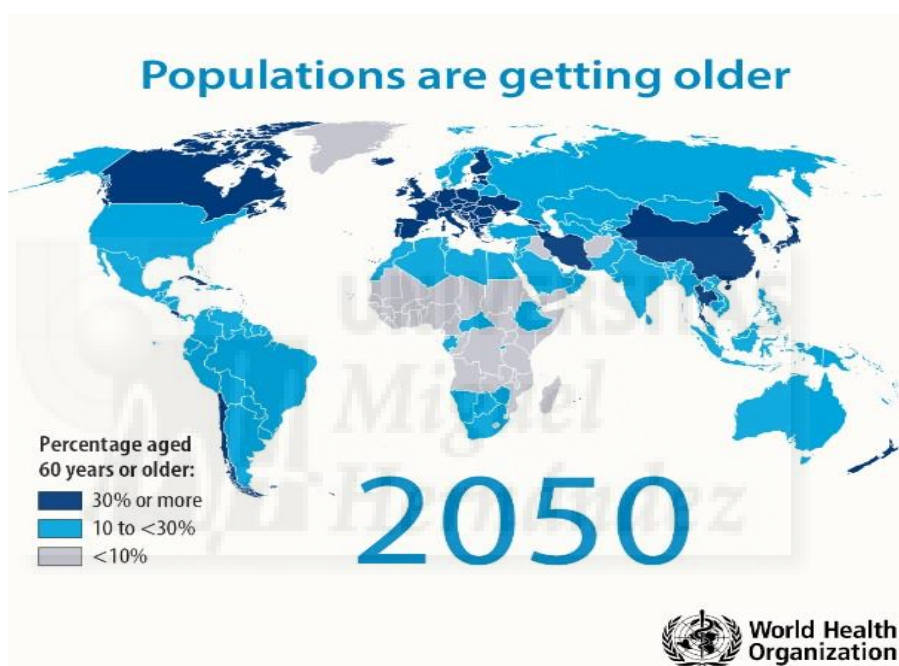


Figura 5. Países cuya población está envejeciendo. Proyección 2050. Fuente: OMS (2015).

El caso de Japón, como país muy envejecido, con un tercio de la población de más de 60 años es un caso interesante de analizar, ya que en la década de los 60, el país asiático, emprendió una **política de bienestar integral** con cuidados universales de salud, pensión social universal, redistribución de ingresos, tasas bajas de desempleo e impuestos progresivos. Como consecuencia de estas medidas, en la actualidad, Japón, posee una **fuerza laboral** más saludable y **mayor expectativa de vida**. Además, está

considerado uno de los países más **saludables y ricos** del mundo (HelpAge International, 2015).

Un exponente de lo contrario es **Taiwán**, que sigue un ritmo acelerado de envejecimiento (el doble que los países europeos) y que se ha convertido en un tema fundamental para hacer frente al reto del envejecimiento, promoviendo un envejecimiento activo y así liderar políticas y acciones para esta población (Yi-Yin y Chin-Shan, 2015).

Tal y como se observa en la siguiente figura, las diferencias entre 2015 y 2050 indican el incremento de personas de más de 60 años.

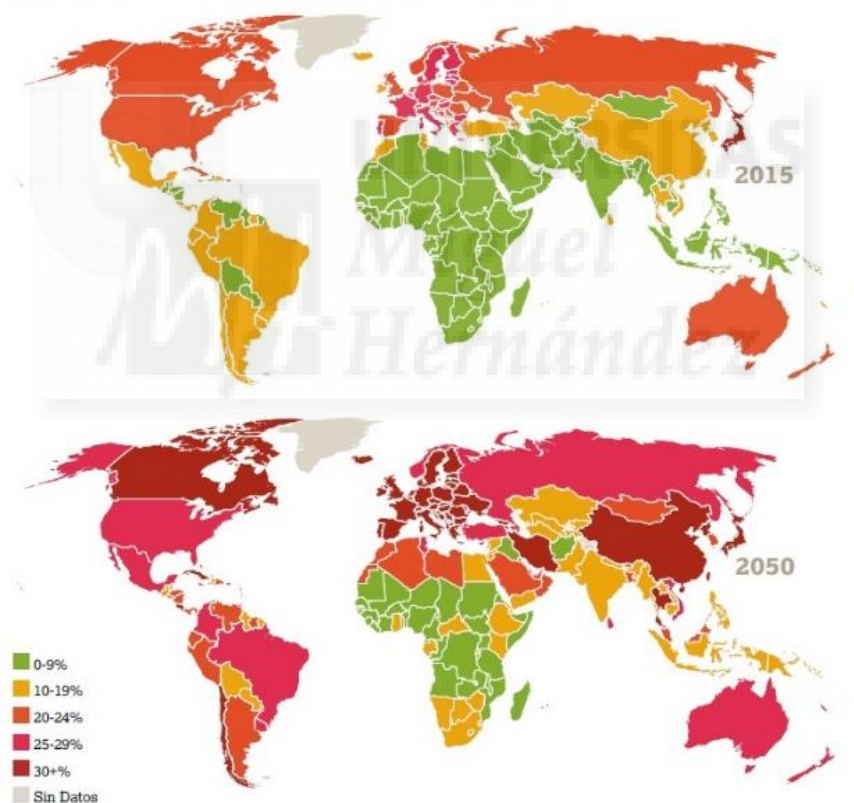


Figura 6. Proporción de la población mayor de 60 años en 2015 y 2050. Fuente: UNDESA (2015).

Asimismo, el desarrollo del envejecimiento, tal y como se puede observar en la tabla 2, alcanza a todo el planeta. Al respecto, el *Índice Global de Envejecimiento* (HelpAge

International, 2015) refleja los últimos datos de 96 países: **Suiza** se coloca en primer lugar en cuanto a acciones tomadas y políticas, que aseguran no dejar de lado a ninguna persona adulta mayor, así como otros países industrializados; mientras que Afganistán se sitúa en el último lugar. El caso de Suiza es paradigmático porque **sus políticas y programas para el envejecimiento activo, y la promoción de la salud y entornos favorables** (HelpAge International, 2015) han sido decisivos para que ocupe el **primer puesto**.

Tabla 2. Índice Global de Envejecimiento. Fuente: HelpAge International (2015).

1. Suiza	21. Chile	41. Vietnam	61. Croacia	81. Ghana
2. Noruega	22. República Checa	42. Mauricio	62. Rep. Dominicana	82. Honduras
3. Suecia	23. Estonia	43. Armenia	63. Lituania	83. RDP de Lao
4. Alemania	24. Bélgica	44. Ecuador	64. Belarús	84. Marruecos
5. Canadá	25. España	45. Rumania	65. Rusia	85. Jordania
6. Países Bajos	26. Eslovenia	46. Sri Lanka	66. Serbia	86. Nigeria
7. Islandia	27. Uruguay	47. Malta	67. Bangladesh	87. Irak
8. Japón	28. Costa Rica	48. Perú	68. Montenegro	88. Uganda
9. Estados Unidos	29. Georgia	49. Bulgaria	69. Paraguay	89. Ruanda
10. Reino Unido	30. Chipre	50. Filipinas	70. Nepal	90. Zambia
11. Dinamarca	31. Argentina	51. Kirguistán	71. India	91. Tanzania
12. Nueva Zelanda	32. Polonia	52. China	72. Mongolia	92. Pakistán
13. Austria	33. México	53. Albania	73. Ucrania	93. Cisjordania y Gaza
14. Finlandia	34. Tailandia	54. El Salvador	74. Indonesia	94. Mozambique
15. Irlanda	35. Letonia	55. Bolivia	75. Turquía	95. Malawi
16. Francia	36. Colombia	56. Brasil	76. Venezuela	96. Afganistán
17. Australia	37. Italia	57. Nicaragua	77. Moldavia	
18. Israel	38. Portugal	58. Tayikistán	78. Sudáfrica	
19. Luxemburgo	39. Hungría	59. Guatemala	79. Grecia	
20. Panamá	40. Eslovaquia	60. Corea del Sur	80. Camboya	

Otro dato interesante, es que el número de países jóvenes, en transición, envejecidos o híper envejecidos en 2050 cambiará, tal y como se observa en el tabla 3. En este sentido, si observamos las proyecciones para 2050, el número de sociedades en transición, envejecidas o híper envejecidas, será superior a las sociedades jóvenes.

Tabla 3. Número de personas en transición (envejecidas o híperenvejecidas/jóvenes). Fuente: UNDESA (2015).



1.4.2. Situación en Europa

Europa, Alemania, Italia, Francia, Reino Unido y España son los países con la mayor cifra de personas mayores, mientras que Italia, Alemania, Grecia, Portugal y Bulgaria son los países más envejecidos en cifras relativas. Por su parte, Reino Unido, Alemania y Francia son los que más personas mayores extranjeras se afincan en España.

Así, como se muestra en la figura 7, el último informe de la Unión Europea sobre envejecimiento en Europa, indica el irremediable avance demográfico de las personas mayores: en 2060 habrá más personas mayores de 80 años que jóvenes entre 0 y 14 años. Este hecho, hace prever un aumento significativo del gasto público en pensiones, atención sanitaria y cuidados de larga duración, y prestaciones por desempleo en 2060 en la Unión Europea.

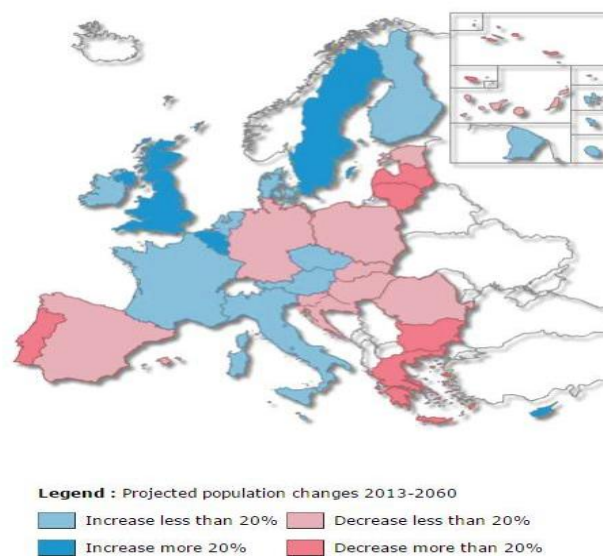


Figura 7. Proyección de los cambios en la población (2013-2060). Fuente: Comisión Europea (2015).

Para ese año, se estima que la población europea aumentará un 4%, lo que tendrá una gran repercusión también en la estructura laboral: si en la actualidad en la Unión Europea hay cuatro trabajadores por cada persona de más de 65 años, en 2060 habrá **dos empleados por cada jubilado** (Comisión Europea, 2015). Estos cambios supondrán para Europa un **incremento del gasto de entre un 2% a un 26%** (CSIC, 2015); un dato alarmante.

Según el sexo, los hombres pasarán de tener una esperanza de vida de 77.6 años en la actualidad a 84 años en 2060, mientras que la edad de las mujeres aumentará de 83.1 años a 89.1 años. En general, en 2060 un 16% de los europeos tendrá una edad comprendida entre los 65 y 79 años, y un 11.8% será mayor de 80 años.

1.4.3. Situación en España

España no es ajena a los cambios que se están produciendo a escala internacional comentados en el anterior apartado. Al igual que en Europa y, en general, en los países desarrollados, donde las personas de más de 65 años son el grupo de edad que crece más rápida y consistentemente (Serrano-Sánchez, Lera-Navarro y Espino-Torón, 2013), nuestro país sigue esta **tendencia e incluso** la supera (Flecha-García, 2015). Además, **su ritmo de envejecimiento es mucho mayor** que en otros países. Por ello, se estima que para el año 2050 la tasa de dependencia de la vejez será un 26% superior a la de la EU28.

En cuanto a la distribución de la población, y según el estudio del Instituto Nacional de Estadística (INE), en 2015 había más mujeres (4.897.713 millones) que hombres (3.676.272) (Figura 8). La esperanza de vida de las mujeres se situó en 85.7 años y la de los hombres en 80.2 años.

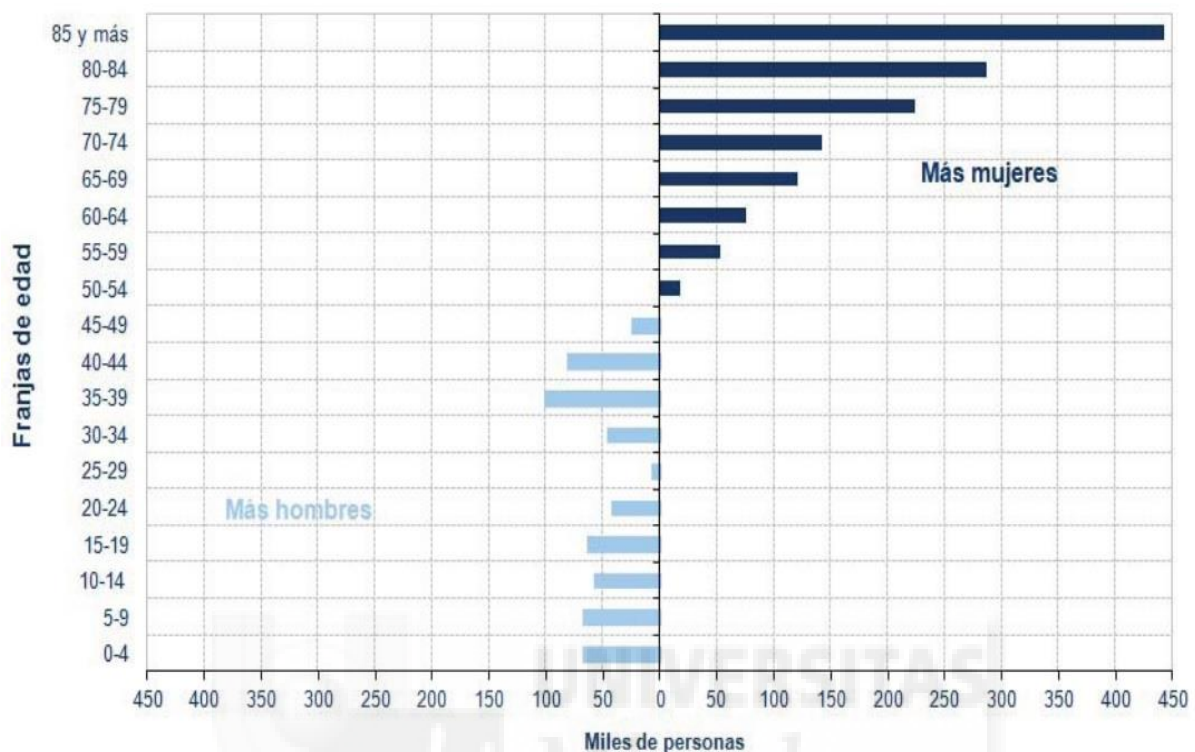


Figura 8. Diferencia entre la población de hombres y mujeres por franja de edad. Fuente: INE (2015).

A escala geográfica, y también según datos del INE (2015), el mayor número de personas mayores se concentra en los municipios urbanos (en Madrid y Barcelona viven casi un millón de personas mayores, más que en los 5.834 municipios rurales). Sin embargo, la proporción de personas mayores respecto al total, es mucho más acentuada en el mundo rural. En concreto, en 2015, en los municipios rurales vivían 2.749.014 de personas, de las que el 27.9% eran personas mayores.

Por regiones, **Castilla y León, Asturias, País Vasco, Aragón y Cantabria** son las comunidades autónomas más envejecidas, con proporciones de personas mayores que superan el 20%. Concretamente, **Galicia** es una de las regiones europeas más envejecidas, dado que casi la cuarta parte de sus habitantes tiene 65 años o más, hay menos nacimientos y, con la crisis económica, muchos gallegos en edad laboral han

emigrado según el Centro Superior de Investigaciones Científicas (CSIC, 2016). En cambio, Canarias, Murcia y Baleares son las que tienen una proporción más baja, por debajo del 16%. Por su parte, Cataluña, Andalucía y Madrid son las comunidades con más población de edad avanzada, ya que superan el millón de personas mayores cada una de ellas (Figura 9).

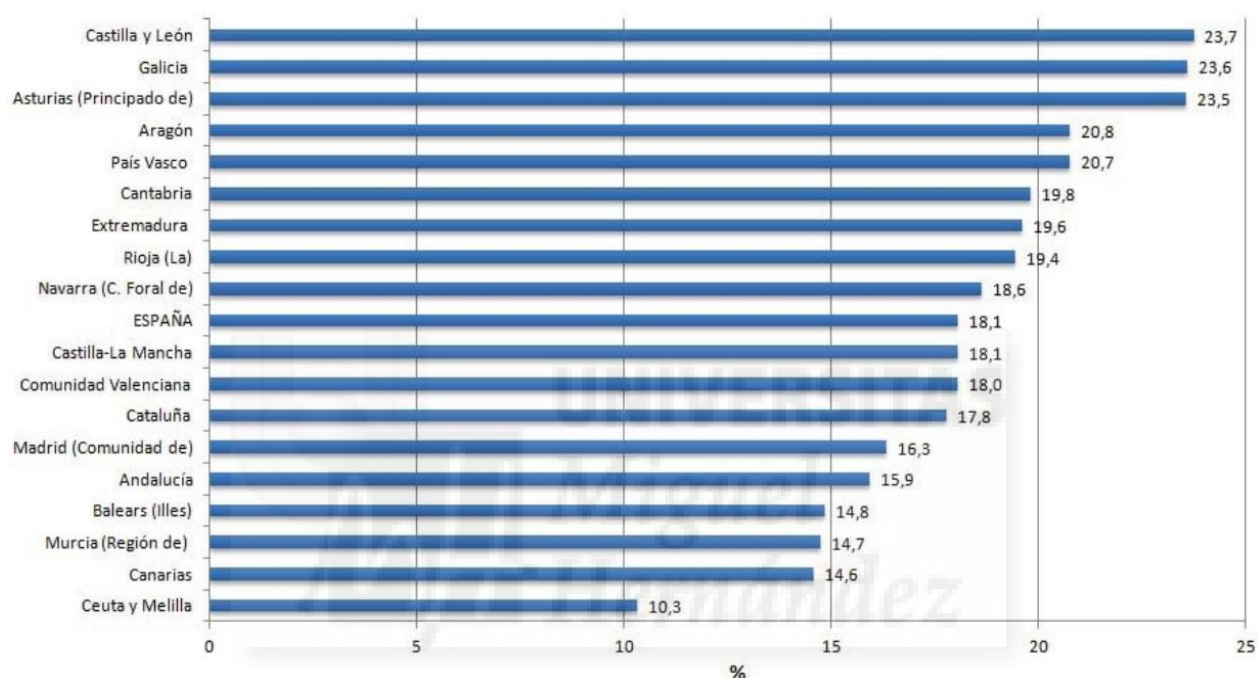


Figura 9. Personas de 65 y más años respecto al total de población, por Comunidades Autónomas. España, 2015 (%). Fuente: INE (2015).

La OMS (2015), en una comparación de 53 países, señaló que la salud de los españoles es extremadamente buena, con una esperanza de vida de 79.5 años para los hombres y 85.5 años para las mujeres. Así, las mujeres españolas son las más longevas debido, según este organismo internacional, a una combinación del **estilo de vida, la dieta y el sistema sanitario** del país. Al respecto, el INE destaca que los mayores suponen el 43.3% de todas las altas hospitalarias, y presentan **estancias más largas** que el resto de la población (Figura 10). Además, más de la mitad de todas las estancias hospitalarias se deben a la población mayor, que en 2014 suponía el 54.9%. Las enfermedades

circulatorias (21.8%), respiratorias (15%), digestivas (12.3%) y neoplasias (11.4%) son las causas más frecuentes de ingreso entre los mayores. Le siguen las lesiones, las enfermedades genitourinarias y del sistema osteo-muscular.

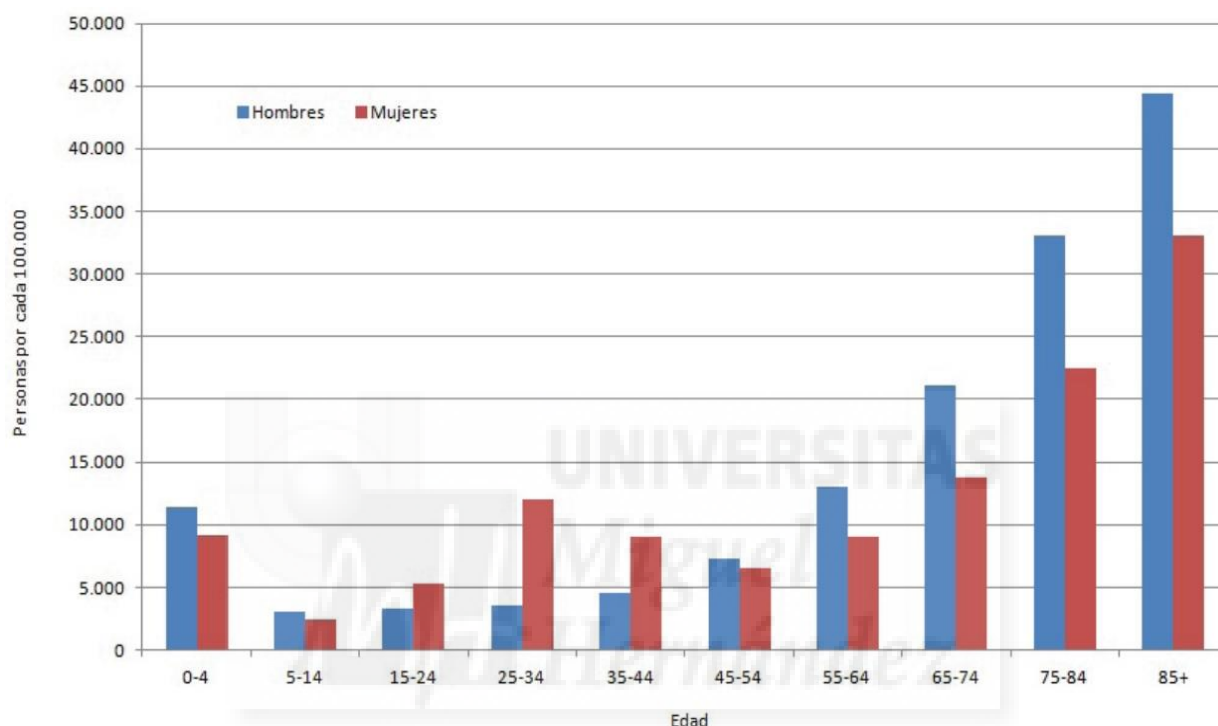


Figura 10. Tasa de morbilidad hospitalaria según sexo y grupo de edad (por 100.000 habitantes) en 2014. Fuente: CSIC (2015).

En cuanto al sexo, son los hombres los que presentan mayor tasa de morbilidad hospitalaria en casi todos los diagnósticos: neoplasias, problemas respiratorios y genitourinarios. Las mujeres, por su parte, tienen mayores tasas que los hombres en lesiones y problemas del sistema osteo-muscular.

En conclusión, la principal causa de muerte entre los mayores en España, está relacionada con las enfermedades del aparato circulatorio, que provocaron 107.109 fallecidos en 2014. El cáncer es la segunda causa de muerte (83.530 fallecidos), y en tercer lugar, figuran las muertes por enfermedades respiratorias.

Además, la intensidad en la **utilización de los hospitales aumenta con la edad**. Los varones tienen la tasa de morbilidad hospitalaria más elevada que las mujeres, y las tasas más altas se producen en las personas mayores con **estancias hospitalarias más prolongadas** (54.9%) tal y como se observa en la Figura 11, y se incrementa el aumento del gasto en la atención a las personas en situación de dependencia (Díaz y Moreno, 2015).

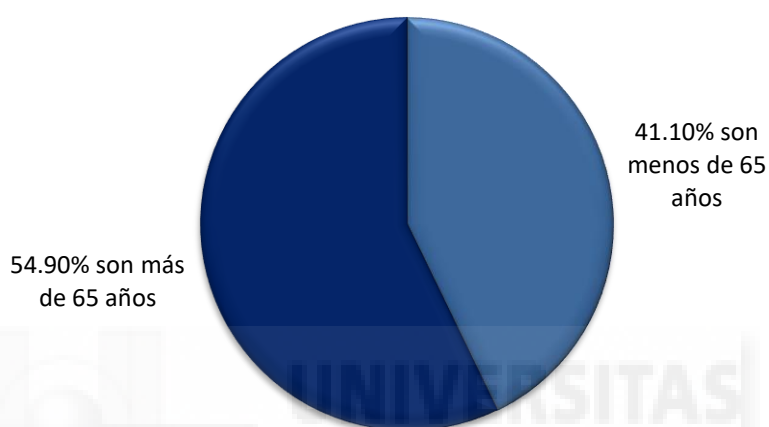


Figura 11. Estancias hospitalarias según la edad. España (2014). Fuente: CSIC (2015).

En cuanto a lo que nos depara el futuro, Serrano, Latorre y Gratz (2014) señalan que España es uno de los países europeos que más cambios ha sufrido en el siglo XXI, respecto al aumento de la población mayor. El CSIC (2016) también alerta sobre el proceso de envejecimiento y, en concreto, sobre el aumento de la proporción de octogenarios.

Los autores de esta investigación, Abellán y Pujol (2016), destacan que, según los datos del padrón continuo del INE, el 1 de enero de 2015 había en España más de ocho millones y medio de personas mayores de 65 años (en concreto, 8.573.985; el 18.4% del total de la población). La citada proyección del INE indica, además, que en 2050 las personas mayores se habrán duplicado, y la población en edad laboral (16-64 años) y los niños (0-15 años) se reducirá, triplicando los mayores la cifra de niños (Figura 12).

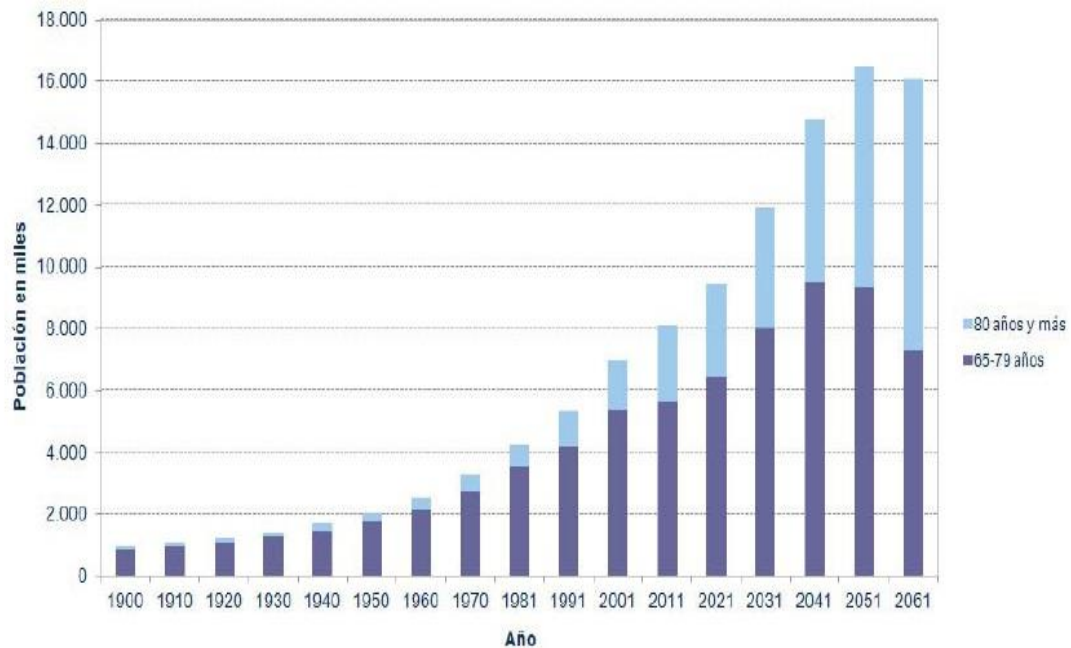


Figura 12. Evolución de la población mayor (1900-2061). Fuente: CSIC (2015).

En su informe *Un perfil de las personas mayores en España*, el INE (2016) destaca otros efectos negativos al respecto: la famosa generación del *baby-boom* entrará en su jubilación en torno al año 2024, y con ello, la presión de los sistemas de protección social continuarán aumentando y la estructura de la población cambiará (Figura 13).

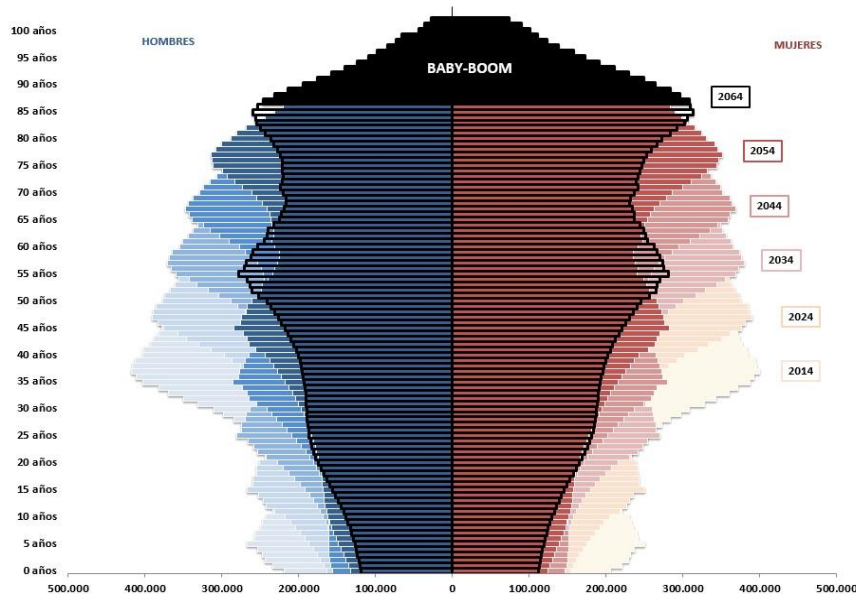


Figura 13. Proyecciones de población por sexo y edad. España 2014-2064. Fuente: CSIC (2015).

Finalmente, tras desarrollar el alcance demográfico actual y los cambios que acontecen, en el apartado siguiente, desarrollamos las áreas que llevan a cabo el estudio de dicho envejecimiento: la Gerontología y la Geriatria.

1.5. Ciencias que estudian el envejecimiento: Gerontología y Geriatria

1.5.1. Inicio del estudio de la Gerontología

El término “Gerontología” proviene del griego (geron= viejo y logos= estudio) y su estudio es extraordinariamente reciente (Fernández-Ballesteros, 2004). De hecho, es a principios del siglo XX cuando Elie Metchnikoff (1845-1916), premio Nobel y profesor del Instituto Pasteur de París, propuso el concepto “**Gerontología**” como el área encargada del estudio de la vejez.

Así, desde sus inicios, y especialmente durante sus 50 primeros años de vida, la Gerontología se ha dedicado al estudio del envejecimiento desde diversos puntos de vista (biológico, psicológico y social) y al estudio de la senescencia (envejecimiento normal) y la senilidad (envejecimiento patológico). A este dato, cabe añadir que en 1948 la OMS defiende el concepto de salud como la suma de bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de enfermedad.

Este mismo organismo, señaló en 2015 que la Gerontología era el área del saber encargada de estudiar los aspectos sociales, psicológicos y biológicos del envejecimiento. En otras palabras, la Gerontología estudia el envejecimiento, la vejez y las personas mayores, y a la vez, lo hace desde múltiples aspectos biopsicosociales. Además de estas cuestiones, la Gerontología estudia la vejez desde una visión positiva (Fernández-Ballesteros, 2009), intentando aportar ideas sobre cómo mejorar las condiciones de vida de las personas mayores.

Al respecto, en Europa se aprobaron dos Planes Internacionales de Acción sobre Envejecimiento (1982, 2002), y se señaló la importancia de la Psicología en el bienestar y la calidad de vida de las personas mayores en el mundo. La Unión Europea además ha

considerado prioritario este estudio debido al incremento de la población de personas mayores.

Este hecho ha llevado a la Organización de Naciones Unidas (ONU) a desarrollar el II Plan Internacional de Acción sobre el Envejecimiento (2002), en el que destaca como tema prioritario el envejecimiento activo, el bienestar en la vejez y la mejora de la calidad de vida, y que todavía hoy constituyen un referente e inspiran el diseño de políticas y actuaciones a diversos niveles (Limón, 2011).

Asimismo, la OMS (2002a) realiza unas recomendaciones en las que se reconocen tres prioridades para la acción: las personas mayores y el desarrollo, el fomento de la salud y el bienestar en la vejez, y la creación de un entorno propio y favorable para las personas mayores. En definitiva, la OMS reconoció la salud y el bienestar de los mayores como una de las cuestiones sociales más urgentes (Antonucci, Okorodulu y Akiyama, 2002), teniendo en cuenta los hábitos de conducta y los determinantes psicosociales, para un envejecimiento saludable, tales como la satisfacción con la vida, la calidad de vida y la salud física.

En esta línea, Schäfer (1975), en los años 70, ya indicaba que no solo es importante añadir años a la vida, sino vida a los años: “Nuestra esperanza de vida depende de nuestro estilo de vida. Esperanza de vida no solo significa duración de la vida, sino también calidad de vida. No solo cuenta lo viejo que se llega a ser, sino también cómo se envejece”.

Otros autores, al hablar de cómo se envejece desde el marco de la Gerontología, añaden que para conseguir un envejecimiento positivo, es necesario el estudio de la vejez desde un punto de vista multidisciplinar (Fernández-Ballesteros, 2000; Oliver, Gutiérrez, Tomás, Galiana y Sancho, 2016). En esta línea, Schroots (1996), señala que la Gerontología es una disciplina que reúne aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Esta visión amplia del área, señala el autor, permite estudiar los cambios que se producen en el ser humano como si de un “sistema total” se tratara. Además, indica que ayuda a centrarnos también en aspectos tales como la atención, la memoria, la

percepción, el aprendizaje; así como en los cambios de roles y estructura social que, inevitablemente, se producen con el paso del tiempo.

En cuanto a la necesidad de abordar estas cuestiones de forma conjunta, Oliver et al. (2016) añaden a los aspectos bio-psico-sociales señalados por Fernández-Ballesteros (2009), los de índole sociodemográfica. El incremento de la esperanza de vida y las menores tasas de fertilidad, están provocando un envejecimiento acelerado de la población mayor, ocasionando desafíos en la calidad de vida, tanto de los individuos como de las familias, de la economía y de la reorganización de los sistemas de prestación de los servicios sociales y de la salud.

En definitiva, la Gerontología, se ha dedicado a lo largo de su historia al estudio de las condiciones patológicas de la vejez. Sin embargo, desde la última década del siglo XX, pone el énfasis en los diferentes aspectos que la vejez conlleva, y de ahí la intención de estudiar los factores positivos que intervienen en una mejora de la calidad de vida, como actitud preventiva y de promoción de la salud. La finalidad, es conseguir que la población sea más longeva y sana, a la vez que prevenir situaciones de alta dependencia, enfermedad o incapacidad (Fernández-Ballesteros, 2004). En esta línea, la geriatría va de la mano con la finalidad de conceptualizar mejor el campo científico del envejecimiento, y es por ello, que a continuación, delimitaremos el campo de actuación de la geriatría.

1.5.2. Inicio del estudio de la Geriatría

Según la British Geriatrics Society (BGS), la **Geriatría**, es la rama de la medicina dedicada al anciano que se ocupa no solo del diagnóstico y tratamiento de las enfermedades agudas y crónicas, sino también de su recuperación funcional y su reinserción en la sociedad.

Por su parte, la Comisión Nacional de la Especialidad (CNE) y la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG, 2001) la definen como la “rama de la medicina dedicada

a los aspectos preventivos, clínicos, terapéuticos y sociales de las enfermedades en los ancianos”.

Su origen etimológico también es griego (geron= viejo e Iatrikos= tratamiento médico (Morfi, 2007) y su uso se extiende a partir de 1914 cuando Ignatz Nasher (1863-1844) publicara en Estados Unidos su libro *Geriatrics: the diseases of old age and their treatment*. Por su parte, la OMS (2015), indica que la Geriatria, hace referencia a la rama de la Medicina que se especializa en la salud y las enfermedades de la vejez, y en prestar la atención y servicios apropiados.

En cualquier caso, ambas áreas se diferencian en que, mientras que la Gerontología es multidisciplinar y estudia la vejez y el envejecimiento como estado del individuo, la Geriatria es una rama de la medicina que estudia las enfermedades de la vejez.

De ahí que tenga tanta trascendencia investigar los procesos que regulan el envejecimiento; conocerlos puede permitirnos vivir esta etapa de una forma más saludable y activa. De hecho, si nos centramos en el **envejecimiento activo**, productivo, óptimo, saludable o cualquiera de sus denominaciones (Caprara et al. 2013; Fernández-Ballesteros, 2009,) entenderemos que por su multidimensionalidad son numerosos los acercamientos empíricos posibles (Oliver et al. 2016). Dada la trascendencia de este concepto, se abordará por separado y más ampliamente en el siguiente apartado de este trabajo, tratando de reflejar los distintos modelos teóricos.

2. Modelos teóricos de envejecimiento

Como se ha comentado anteriormente, a lo largo de la historia del estudio sobre el envejecimiento se han desarrollado diversas teorías; unas que aportaban una **visión positiva** del mismo (la teoría de la actividad de Havighurst, 1987, la teoría de la continuidad de Atchley 1989, 1999) y otras, en cambio, que subrayaban sus **aspectos negativos** (por ejemplo, la teoría de la desvinculación de Cummings y Henry, 1961).

Además, y también como se ha señalado anteriormente, en los años 70 se realizan numerosos estudios biomédicos centrados en la vejez desde una **perspectiva negativa** o patológica, lo que refuerza su imagen negativa asociada a la enfermedad, la discriminación y el deterioro cognitivo.

En cualquier caso, existen 20 veces más estudios sobre depresión, ansiedad y enfermedad en el envejecimiento, que sobre cómo mejorar en medidas preventivas y promotoras para una calidad de vida y, además, son muchos los estudios que contemplan la investigación desde un enfoque biológico, tratando aspectos moleculares y discapacidades, lo que refuerza una **imagen negativa de la vejez** en la sociedad (Lupien y Wan, 2004). Esta visión negativa del envejecimiento repercute en la sociedad, reforzando las creencias e incrementando esta profecía entre los mayores (Levy, 2003; OMS, 1990). Además, tal y como indica recientemente Fernández-Ballesteros et al. (2016) los estereotipos influyen en el cuidado de la persona mayor en un futuro.

En este sentido, Butler (1969) acusa a los profesionales de la salud de ser los gestores de **estereotipos e imágenes negativas** de la vejez. En esta línea la OMS (1990) y la ONU (2002) indican que toda política relacionada con el envejecimiento debería ir precedida de cambios en esta visión.

Por el contrario, las teorías psicológicas aparecidas en los 50 y 60 pretenden establecer qué cambios (crecimiento, estabilidad o declive) acontecen en el funcionamiento psicológico, fruto del paso del tiempo y de la edad. Estas son las teorías del desarrollo, la teoría del ciclo vital, la teoría de la actividad y la teoría de la continuidad que a continuación desarrollaremos (Figura 14).



Figura 14. Evolución de los modelos teóricos de envejecimiento. Fuente: Elaboración propia.

2.1. La teoría del desarrollo de Erikson

La teoría del desarrollo de Erikson (1950) indica, desde una perspectiva evolutiva, que el **proceso** de desarrollo abarca desde el nacimiento hasta la muerte. En cada etapa de dicho proceso el individuo posee un conflicto y una virtud. Para Erikson la vejez comienza a los 65 años y es el periodo en el que se establece la integridad *versus* la desesperación, mientras se destacan como virtudes la prudencia y la sabiduría.

Por lo que Erikson, plantea el ciclo vital como una **secuencia**, haciendo referencia a un proceso abierto que puede suponer **pérdidas y ganancias**.

A lo largo del proceso, surgen cuatro aspectos fundamentales a tener en cuenta:

- En primer lugar, el entendimiento del yo, como la clave para, por un lado, poseer una organización para solucionar las crisis que surgen en el contexto genético, cultural e histórico de cada individuo.
- En segundo lugar, integrar la dimensión social y el desarrollo psicosocial del individuo.
- En tercer lugar, extender el concepto de desarrollo de la personalidad, que abarca el **ciclo completo** desde la infancia a la vejez.
- Y por último, el impacto de la cultura, sociedad e historia en el desarrollo de la personalidad.

De tal forma, que para él, en cada etapa de la vida el ser humano desarrolla **competencias**, y forja desde la infancia, su propia identidad personal, que ayudará a **resolver los retos** en otra etapa de la vida. Además, en cada etapa acontece un **conflicto**, y cuando la persona resuelve cada uno de los conflictos, le hace crecer psicológicamente. En esta resolución de conflictos, el ser humano crece y se desarrolla a lo largo de todo el ciclo de la vida.

2.2. La teoría del ciclo vital de Neugarten

La teoría del ciclo vital de Neugarten (1975) permite el estudio del proceso de envejecimiento a lo largo de la vida como un **continuo** y no por etapas. Neugarten desarrolla el enfoque del ciclo vital a partir de unos estudios desarrollados en 1950, presentados en la monografía *Middle Age and Aging (Mediana edad y envejecimiento)* que describen el ciclo de la vida a partir de dos condiciones: la primera, los **eventos** suponen una etapa de transición (el matrimonio, tener un hijo, los logros profesionales o un retiro), y en segundo lugar, los **roles** que se asumen y que conllevan un cambio en el autoconcepto e identidad. Esta teoría también ha sido desarrollada por Baltes o Schaie, quienes han establecido una serie de supuestos:

- En el proceso de la vida, hay un **balance** entre crecimiento (ganancias) y declive (pérdidas).
- Algunas funciones declinan con la edad (la inteligencia mecánica o fluida); y otras no declinan, como la inteligencia pragmática o cristalizada.
- A través del ciclo de la vida aumenta la **variabilidad interindividual**.
- La posibilidad de compensar el declive mediante **entrenamientos** o manipulaciones externas.
- La gran variabilidad en las formas de envejecer que pueden ser normales, patológicas y con éxito.

De hecho, el constructo psicosocial de calidad de vida en la población mayor, parte de la teoría del ciclo vital desde una perspectiva de envejecimiento activo o exitoso (Fernández-Ballesteros, 2009). Esta perspectiva, se basa en la percepción de la última etapa del ciclo vital no como un cúmulo de pérdidas, sino de **ganancias** (Villar, Triadó, Pinazo, Celdrán y Solé, 2010).

En definitiva, esta teoría pone en perspectiva el curso de la vida, y tiene en cuenta el desarrollo, la historia y la importancia de las relaciones con el tiempo (Stowe y Cooney, 2014). Además, posee una visión a largo plazo del envejecimiento, y pone el énfasis en el potencial de **crecimiento y adaptación** del ser humano (Stowe y Cooney, 2014).

2.3. La teoría de la actividad de Havighurst y Albrecht

La teoría de la actividad de Havighurst y Albrecht (1953) es uno de los modelos más extendidos en el área. Sitúa la **actividad** como la base del envejecimiento saludable, y detecta que las personas más adaptadas y que sobreviven más años en mejor estado, son aquellas que más actividades realizan. Esta teoría, mantiene que el bienestar para las personas mayores es sinónimo de un “enganche” activo, que permite al individuo realizar nuevos roles y actividades.

Havighurst y Albrecht están considerados los primeros investigadores que propusieron una conceptualización de envejecimiento con éxito. Su modelo fue la base de la teoría de la actividad, que se desarrolló en un segundo periodo, gracias al cual surgió el concepto de envejecimiento con éxito.

En esta línea, la teoría de la actividad, defiende que la persona mayor ha de ser productiva en el sentido material del término ya que, de no ser así, la sensación de inutilidad gana fuerza. Por ello, un **estilo de vida activo, lleno de roles**, mantiene a las personas mayores social y psicológicamente adaptadas.

Los autores indican que, pese a la jubilación, es aconsejable utilizar los recursos y contactos que se han tenido a lo largo de la vida. En definitiva, la persona mayor debe elaborar **estrategias** con la finalidad de conseguir una mejor adaptación, tanto física como mentalmente.

Havighurst (1963) distinguió dos puntos de vista en el fenómeno del envejecimiento: el “externo”, centrado en las funciones sociales, y el “interior” o subjetivo, referido a la

adaptación o satisfacción con la vida. El autor llegó a la conclusión de que “la satisfacción interior puede ser útil definida y medida como criterio de envejecimiento exitoso” (Stowe y Cooney, 2014). De hecho, Havighurst ha sido reconocido como el primer investigador que utilizó el concepto de envejecimiento activo asociado a la **participación continua en las actividades**, con el fin de mantener un estilo positivo, actividad e independencia, en claro contraste con una situación de declive (Petretto, Pili, Gaviano, Matos-Lopez y Zuddas, 2016).

2.4. La teoría de la continuidad Neugarten y Atchley

La teoría de la continuidad de Neugarten (1964) y Atchley defiende el desarrollo del individuo adulto, incluyendo su adaptación a situaciones externas negativas (Atchley, 1989, 1999; Maddox, 1963) y a pesar de los cambios significativos que ocurren en su salud, su funcionamiento y sus circunstancias sociales. Neugarten y Atchley, consideran que las personas mayores muestran una **constancia** a través del tiempo, en patrones de pensamiento, perfiles de actividades y en sus relaciones sociales. De este modo, la continuidad está presente en el proceso de adaptación al cambio, y el individuo adopta un estilo de vida que refleja lo que ha sido anteriormente (Alix y Muñoz, 2002).

Asimismo, este modelo señala que, a medida que el individuo avanza, desarrolla nuevos valores, actitudes, hábitos, conductas y metas. Por ello, la edad no supone un cambio brusco, ya que viene determinado por un estilo de vida previo (Mishara y Riedel, 1986).

2.5. La teoría de la desvinculación de Cumming y Henry

Cumming y Henry (1961) aportaron la teoría de la desvinculación, que indica que la sociedad y el individuo, a lo largo del proceso de envejecimiento, tienen la misma meta y el mismo objetivo, que es la **desvinculación del individuo con y de la sociedad**. Esa

desvinculación es funcional, y lo prepara para la **muerte y sustitución generacional** (Petretto et al. 2016).

Según Fernández-Ballesteros (2009), es una de las teorías más extendidas en la Gerontología, ya que la enfermedad (inevitable en la vejez), el deterioro cognitivo y físico y la incompetencia, conllevan la retirada de la sociedad, porque las personas mayores gastan más de lo que aportan. Además, es una de las teorías que más connotaciones negativas aporta.

Alix y Muñoz (2002), por su parte, señalan que la vejez implica una **disminución de roles**, ocasionando la desvinculación entre la sociedad y la persona mayor. Por este motivo, es un proceso normal de envejecimiento que se produzca la **desconexión** y disminución de interacciones con el sistema social al que se pertenece.

Sin embargo, estos autores asocian esta desvinculación a un buen estado emocional y a un envejecimiento satisfactorio, ya que es recíproco: al retirarse, la sociedad asume las responsabilidades económicas, sanitarias y sociales, para atender las necesidades de las personas mayores. En definitiva, lo que propugna esta teoría es que, al no conseguir adaptarse, el anciano debe desvincularse.

Los autores concluyen que esta desvinculación permite que las instituciones sobrevivan, y ayuda a mantener una estabilidad y funcionamiento social cohesivo. De cualquier forma, señalan, el proceso de desvinculación se larva en el propio individuo, debido a un componente psicológico, y por la influencia que ejerce el ambiente sobre él.

Sin embargo, los autores también comentan que esta desvinculación supone una despreocupación por uno mismo, y un descenso de afectividad e interacción con los que le rodean. Así, a medida que uno envejece va perdiendo lazos afectivos. En esta línea, García y García (2013) indican que uno de los retos de las personas mayores es demostrar que la edad no es sinónimo de enfermedad, sino que todavía se puede realizar una vida activa e independiente.

2.6. El Modelo de Optimización Selectiva por Compensación (SOC) de Baltes y Baltes

En los años 90 se desarrolla el estudio del envejecimiento con éxito y saludable, y en su seno destaca la teoría de Baltes y Baltes (1990) y su modelo de optimización selectiva por compensación, que se centra en el control de la **dinámica de ganancias y pérdidas** a lo largo de la vida, tal y como se observa en la Figura 15.

Condiciones antecedentes	Procesos adaptativos	Resultados
<ul style="list-style-type: none">• El desarrollo es esencialmente un proceso de adaptación selectiva.• La limitación de recursos añade una presión adaptativa adicional.• Todavía más presión se deriva de los cambios asociados a la edad en plasticidad y disponibilidad de recursos externos e internos.	<ul style="list-style-type: none">• SELECCIÓN• <i>Identificación y compromiso con dominios clave.</i>• <i>Cambio hacia metas más fácilmente alcanzables.</i>• OPTIMIZACIÓN• <i>Mejora de los medios dirigidos a metas de los que se dispone.</i>• <i>Búsqueda de ambientes favorables.</i>• COMPENSACIÓN• <i>Adquisición de nuevos medios externos e internos para conseguir metas, debido a que:</i><ul style="list-style-type: none">• Se han perdido medios antes disponibles.• Los contenidos o dominios adaptativos han cambiado.	<ul style="list-style-type: none">• Maximización de ganancias y minimización de pérdidas.• Desarrollo con éxito o consecución de metas prioritarias.• Mantenimiento del funcionamiento.• Recuperación de la pérdida en los dominios seleccionados.• Regulación de la pérdida (reorganización del funcionamiento en niveles inferiores).

Figura 15. El modelo de adaptación selectiva por compensación. Fuente: Pinazo y Sánchez (2006).

En este modelo destacan los procesos de selección, optimización y compensación en la adaptación con éxito en la vejez, como propuestas de valor por un **comportamiento adaptativo** y una vida adulta de calidad (Reig, 2000). Así, este modelo explica cómo los mayores pueden **afrentar con éxito** las pérdidas relacionadas con la edad, utilizando el mecanismo de la compensación, tal y como indican Weiland, Dammermann y Stoppe (2011).

En líneas generales, conceptualiza el envejecimiento con éxito a partir de un metamodelo que tiene en cuenta tres mecanismos que regulan el proceso de envejecimiento: selección, optimización y compensación. El modelo conceptualiza procesos que **fomentan ganancias**, mediante la selección y optimización, pero también procesos que **contrarrestan pérdidas** que, inevitablemente, ocurren en la vida (compensación o selección basada en las pérdidas).

Debido a la gran cantidad de estímulos del contexto y limitaciones de la persona, cuando los **recursos** individuales disminuyen, la selección es un mecanismo adaptativo. La optimización, por su parte, se refiere a la adquisición de la aplicación e integración de recursos para la consecución de niveles de funcionamiento elevados. Por último, la compensación se refiere a las pérdidas que son reemplazadas por recursos disponibles (García y García, 2013).

La selección, optimización y compensación pueden considerarse mecanismos de afrontamiento de los **problemas o estrategias** de gestión de vida, y funciones protectoras determinantes en el envejecimiento activo y el bienestar (Jopp y Smith, 2006). Estos tres mecanismos son un medio para ir adquiriendo control adaptativo a lo largo del ciclo vital, incluida la vejez. En este sentido, el envejecimiento con éxito, puede definirse como el proceso de promoción de ganancias y prevención de pérdidas.

El modelo subraya la necesidad de dar prioridad a las tareas más importantes cuando los recursos son limitados, al tiempo que se adquieren e invierten los recursos restantes en el mantenimiento del funcionamiento (compensación).

En definitiva, este modelo analiza las estrategias para manejar muchas dificultades asociadas al proceso de envejecer, con la finalidad de alcanzar los objetivos en la vida. Para Baltes y Baltes, el envejecimiento con éxito consiste en un equilibrio entre las ganancias y las pérdidas, de modo que en dicho proceso, las personas seleccionan lo importante para ellos, optimizan recursos y compensan las pérdidas, para generar un desarrollo de la vida.

2.7. La teoría de la selectividad socioemocional de Carstensen

La teoría de la selectividad socioemocional de Carstensen (1991) hace hincapié en la importancia de los cambios en la motivación social, en las emociones y en los procesos de **autorregulación** a lo largo del ciclo vital. El autor señala la predisposición positiva inherente al procesamiento de la información, de tal forma que, la persona mayor se centra en lo **realmente valioso** (Notthoff, Klomp, Doerwald y Scheibe, 2016).

Como consecuencia de la edad, la percepción del tiempo es importante y se tiende a seleccionar las relaciones (frecuencia y tipo de relación) y objetivos sociales. Esta percepción del tiempo tiene implicaciones a escala socioemocional y motivacional que se enumeran seguidamente:

- La interacción social es esencial para la supervivencia.
- El ser humano es un agente en la planificación de futuros objetivos.
- La selección de la relación social es un proceso básico para la adaptación durante la vejez.

Este modelo, derivado del modelo de optimización selectiva por compensación, da especial importancia a “la visión del tiempo bien como limitado o ilimitado, y que influye en el proceso de evaluación que precede a la selección de objetivos”. En definitiva, Carstensen señala que, a medida que la gente envejece, va regulando sus emociones y concentrándose en las relaciones con los demás (Carstensen et al. 2003; Werher y Lipsky, 2015).

2.8. La teoría de la optimización del control primario y secundario de Heckhausen y Schulz

La teoría de la optimización del control primario y secundario (Heckhausen y Schulz, 1993), resalta la importancia del control (primario y secundario) a lo largo de la vida, así como de la optimización, como un proceso regulador central del envejecimiento activo.

Además, destaca la necesidad de combinar ambos controles: el primario (esfuerzo por **cambiar el ambiente**) y el secundario (**adaptación psicológica** a unas condiciones ambientales determinadas).

De esta forma, el envejecimiento conlleva el desarrollo y mantenimiento del **control**, teniendo en cuenta los recursos con los que cuenta cada individuo. Así, cuando las personas mayores pierden capacidades, interviene el control secundario selectivo, que tiene por objeto aumentar y potenciar sus recursos, para satisfacer necesidades importantes.

Por su parte, el control primario compensatorio, supone que son otros los que reemplazan a la persona en la satisfacción de sus necesidades y exigencias. El control secundario compensatorio, actúa en el caso de pérdida, cuando el individuo modifica sus necesidades y objetivos o los reevalúa, con el fin de adaptarse a la nueva situación deficitaria.

2.9. La teoría de la proactividad correctiva y preventiva de Kahana y Kahana

Kahana y Kahana (1996, 2003) hacen hincapié, desde una perspectiva sociológica, en la influencia del **contexto histórico** en los repertorios de conducta del ser humano. Así, el envejecimiento positivo, explica la forma en la que el individuo se enfrenta a situaciones estresantes.

Esta teoría, señala la existencia de recursos internos para envejecer bien (la esperanza y autoestima) y de recursos externos (el apoyo económico y social, la disponibilidad de tecnología y de servicios sociales y sanitarios, la adaptación proactiva en la sustitución de roles, el mantenimiento de actividades agradables y relaciones valiosas) tal y como se observa en la Figura 16.

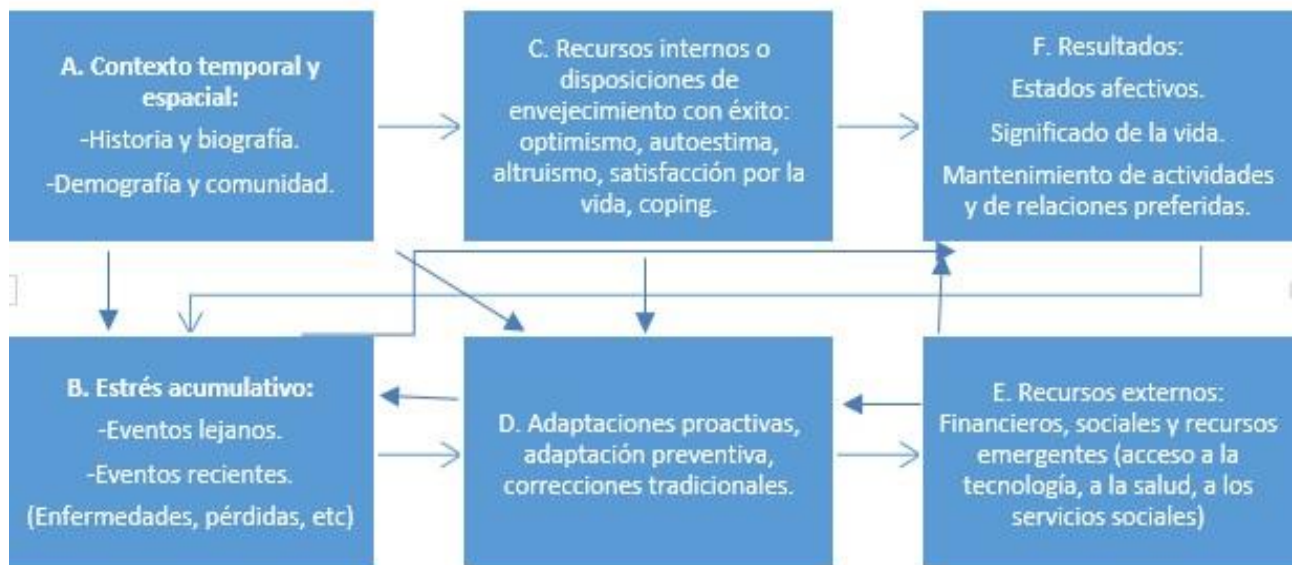


Figura 16. Modelo de proactividad preventiva y correctiva de Kahana y Kahana (1996, 2003).
Fuente: Fernández-Ballesteros (2009).

Este modelo indica que las personas, pese a atravesar por dificultades y poseer una reducida adaptación ambiental, pueden mantener un buen nivel de vida, si consiguen crear **estrategias internas de afrontamiento y recursos sociales externos** (Petretto et al. 2016). Estas estrategias son **adaptaciones comportamentales**, que implican la promoción de la salud que se lleva a cabo por la modificación de roles. Dicha adaptación, ayuda a reducir los eventos estresantes sobre la calidad de vida, bienestar y mantiene actividades y relaciones (Martín, Barriopedro, Martínez del Castillo, Jiménez-Beatty y Rivero-Herráiz, 2014).

2.10. La teoría del modelo multidimensional multinivel de envejecimiento con éxito de Fernández-Ballesteros

Finalmente, Fernández-Ballesteros (2002), con la teoría del modelo multidimensional multinivel de envejecimiento con éxito, señala la influencia de los factores distales y proximales. Representa el modelo del envejecimiento con éxito en Europa desde una perspectiva nueva y es sinónimo de otros conceptos como activo, saludable, productivo, óptimo y positivo (Petretto et al. 2016).

En este modelo, los factores distales son las **condiciones históricas** o longitudinales que acompañan al individuo, y los proximales, las **condiciones determinantes** con valor explicativo del envejecimiento activo, tal y como se puede observar en la figura 17.

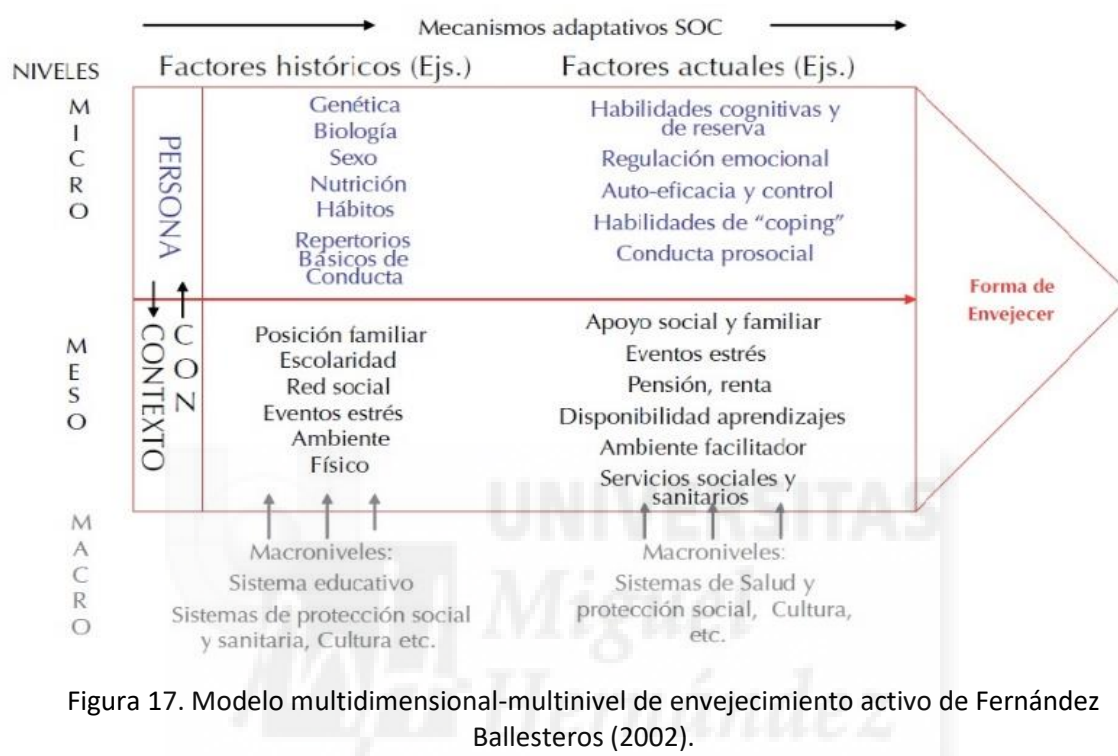


Figura 17. Modelo multidimensional-multinivel de envejecimiento activo de Fernández Ballesteros (2002).

A lo largo del ciclo de vida, tal y como indica Bandura (1986) y Staats (1975), hay millones de **transacciones** entre contexto e individuo, en las que la persona se desarrolla en un **entorno** determinado. Estos factores distales y proximales, así como el **contexto y el individuo**, se pueden agrupar en sistemas o niveles: nivel macro (macrosociales), meso (condiciones contextuales) y micro (individuo o persona).

Las condiciones distales, a escala macroscópica, se refieren a las **circunstancias sociales e históricas** del curso de la vida del individuo, que influyen en su crecimiento y desarrollo. A lo largo de la historia del individuo, la **familia y la comunidad**, son factores distales del contexto o nivel intermedio (meso) con los que la persona interactúa, y que

determinan su crecimiento y desarrollo biopsicosocial. Por último, el nivel microscópico, se refiere a la persona como **individuo biológico y agente psicológico**.

Siguiendo la teoría cognitivo social de Bandura (1986), el funcionamiento del individuo depende de las transacciones entre el entorno y el funcionamiento personal y la conducta del individuo. Por lo que, tal y como indica Bandura, el ser humano es un **agente activo en un mundo activo**.

La teoría de Fernández-Ballesteros también tiene en cuenta los elementos teóricos de Baltes y Baltes (selección, optimización y compensación) que operan en todo el ciclo vital. El resultado final es un envejecimiento entendido como un **proceso de adaptación**, en el que alcanzamos la salud y la forma física, y un óptimo funcionamiento cognitivo, emocional, motivacional y social.

Dado que el ser humano posee distintos niveles de funcionamiento (biológico, psicológico y sociocultural), el estudio del envejecimiento no puede reducirse a la perspectiva biomédica, y ha de ser contemplado desde la **perspectiva bio-psico-sociocultural** (Fernández-Ballesteros, 2009). Así, como indica Bandura (1986) desde su teoría social-cognitiva, el funcionamiento psicológico está determinado por la **interacción entre el organismo, repertorio comportamental y entorno sociocultural**.

2.11. El modelo de los efectos del afecto positivo y la influencia del afecto positivo en la salud de Pressman y Cohen

Pressman y Cohen (2005) proponen dos modelos a la hora de aproximarse al envejecimiento: los efectos del afecto positivo y la influencia del afecto positivo en la salud. A partir de estas dos líneas de estudio, desarrollan nuevas formas para **promocionar los hábitos saludables**, y conocer la influencia que las **variables psicológicas** tienen en relación con la **salud**.

Esta última idea es novedosa, ya que no son muchos los estudios que señalan la gran influencia que poseen determinadas variables psicológicas en la salud, así como la forma en la que percibimos nuestra satisfacción con la vida, en relación con la salud y la calidad de vida.

Esta perspectiva, supone prevenir la enfermedad y la discapacidad, y por tanto, plantea la necesidad de **mejorar el bienestar y la calidad de vida** de las personas mayores, alcanzando un óptimo desarrollo físico (incluyendo la salud), psicológico (funcionamiento cognitivo y autorregulación emocional) y social del individuo.

Para concluir este apartado, cabe destacar que son tres los modelos representativos de esta forma de envejecer: el modelo de Rowe y Khan, el modelo de envejecimiento activo de la OMS (2002) y, finalmente, el modelo SOC.

Por su parte, esta investigación tiene como ejes teóricos la teoría del ciclo vital de Neugarten (de la que parte el constructo de calidad de vida y las ganancias y competencias que adquiere la persona mayor), la teoría de la actividad de Havighurst y Albrecht (y la idea de envejecimiento saludable gracias a una mayor actividad) el modelo SOC (como estrategia adaptativa a los cambios que acontecen en el envejecimiento) y el modelo de Pressman y Cohen (del que parte la idea de los hábitos saludables y su influencia en la salud).

Asimismo, ha tenido en cuenta como principal modelo teórico el modelo multidimensional multinivel de envejecimiento con éxito de Fernández-Ballesteros (2002). Como se ha comentado anteriormente, este modelo, tiene en cuenta tanto los valores que forman parte de la historia del individuo como las acciones que la persona realiza para conseguir un envejecimiento activo. Esta idea es especialmente importante en la presente tesis, dedicada como se sabe, a analizar los hábitos de cuidado que puede realizar una persona a lo largo de su vida para alcanzar la meta del envejecimiento positivo.

Por ello, en el siguiente capítulo, se desarrollarán los aspectos más relevantes en el campo del envejecimiento activo, como es la calidad de vida, la satisfacción con la vida y la práctica de ejercicio.



Capítulo 2

Envejecimiento activo

1. Conceptos relacionados con el envejecimiento activo

Tal y como se ha analizado desde el inicio de este trabajo, el estudio del envejecimiento se centra en el estudio del deterioro y las patologías (Fernández-Mayoralas, Rojo, Abellán y Rodríguez, 2003), junto a ello, además, se ha intentado delimitar el concepto de **envejecimiento activo**, teniendo en cuenta la salud (**envejecimiento saludable**), los resultados (**envejecimiento productivo**) y los beneficios (**envejecimiento satisfactorio**), siendo el nuevo concepto de “envejecimiento activo” el que logra ofrecer un modelo de salud en el que orientarnos dentro del tema global del envejecimiento.

Sin embargo, muchas veces en la literatura se utilizan indistintamente los términos antes citados, tomándolos como sinónimos dependiendo de la perspectiva de estudio: Gerontología, Geriátrica, Psicología, Sociología, entre otros (Hillgaard y Söderqvist, 2014). Además, la multidimensionalidad del concepto hace inevitable que converja con otros parejos como envejecimiento saludable, productivo, con éxito (Fernández-Mayoralas et al. 2015).

Todos ellos, no obstante, se centran en los aspectos físicos, psicológicos y sociales, ya que el envejecimiento, como cualquier proceso, es susceptible de ser estudiado desde diversas perspectivas atendiendo a su contexto (Oliver et al. 2016). En este sentido, Havighurst (1961) emplea el término “**envejecimiento con éxito**” como un proceso de adaptación, siendo la satisfacción un indicador de esa adaptación. Butler y Schechter

(1995), por su parte, emplean el término “**envejecimiento productivo**”, haciendo referencia a la capacidad de las personas mayores, para ser útiles en actividades de voluntariado y participación social, con la finalidad de mantenerse de forma independiente.

Otro autor (Erikson, 2000) habla de “**envejecimiento vital**” para referirse al ciclo de la vida como un proceso en el que acontecen tanto pérdidas como ganancias. Por su parte, Rowe y Khan (1987, 1997) diferencian entre **envejecimiento normal, exitoso o saludable** para hablar de “una baja probabilidad de enfermedad y de la discapacidad asociada, alto funcionamiento cognitivo y capacidad física funcional y compromiso activo con la vida”; una vez más, hablan de la salud como eje de ese envejecimiento activo.

Sin embargo, Rowe y Kahn, quieren estudiar el envejecimiento no patológico, distinguiendo entre el usual y el de éxito, con el fin de entender cómo actuar y sobre qué variables intervenir para reducir los factores de riesgo. No obstante, el modelo de Rowe y Khan ha recibido numerosas críticas, dado su enfoque único en la edad adulta tardía, al hacer una evaluación estática del individuo (Stowe y Cooney, 2014).

Otro término empleado, “**envejecimiento con éxito**”, significa la “diferenciación del envejecimiento normal, haciendo referencia a aquellos sujetos con niveles funcionales elevados” (Meléndez, Tomás y Navarro, 2011). Como se ha comentado en el anterior apartado, Baltes y Baltes (1990) también emplean el término “**envejecimiento con éxito**” para referirse a indicadores biológicos (la salud) y psicológicos (la salud mental, la eficacia cognitiva, la competencia social, la productividad, el control personal y la satisfacción vital). En esta misma línea, autores como Lehr (1982) enfatizan la valoración subjetiva y satisfacción con la vida como elementos clave de un envejecimiento exitoso.

Sin embargo, es Palmore (1979) el primero que elabora una lista para definir criterios del envejecimiento con éxito, donde incluye las condiciones biomédicas y psicológicas, la longevidad, la salud y la satisfacción con la vida. Antes, Thomae (1975a,b) propuso criterios biofísicos, cognitivos, emocionales y sociales para describir el envejecimiento

con éxito; y, más tarde, Fries (1989) indica seis criterios básicos del envejecimiento (mantenerse independiente, tener hábitos de vida saludables, mantenerse activo, ser entusiasta, tener una buena imagen de uno mismo y ser uno mismo).

Baltes y Baltes (1990) añaden otra lista de criterios para el envejecimiento con éxito: longevidad, salud biológica, salud mental, eficacia cognitiva, competencia y productividad social, control personal y satisfacción con la vida. Rowe y Khan (1987, 1997, 1998), por su parte, lo definen como la escasa probabilidad de enfermedad y de discapacidad, alto funcionamiento físico y mental, y compromiso activo con la vida.

Otros autores (Baltes y Carstensen, 1996) aportan una definición basada en factores psicológicos (satisfacción con la vida y bienestar subjetivo, percepción del apoyo social e implicación social, salud física, aptitudes funcionales y estilos de vida, condiciones biofísicas como fuerza y vitalidad, y condiciones sociales como las relaciones sociales y la educación).

Vaillant y Vaillant (1990) definen el envejecimiento como la vitalidad a partir de la salud física, mental y la satisfacción con la vida; Schulz y Heckhausen (1996) indican que el envejecimiento con éxito es como el buen funcionamiento cardiovascular y pulmonar, la ausencia de discapacidad, el buen rendimiento cognitivo e intelectual, el control primario y los logros en el terreno físico y artístico.

Yoon (1996) lo define como la suma de salud física, ingresos personales, estabilidad económica, dinámica y cohesión familiar, estructuras de apoyo social, sentido de la vida, óptimo rendimiento cognitivo, control personal, prevención de la depresión, estrategias de afrontamiento, dominio del dolor por la muerte de seres queridos y mecanismos de adaptación ante los resultados negativos de la vida. Por último, Kahana y Kahana (2003) proponen un complejo modelo de envejecimiento con éxito que se denomina “proactividad preventiva y correctiva” que incluye los estados afectivos, el sentido de la vida, el mantenimiento de actividades y las relaciones valiosas.

Sin embargo, hay autores que en lugar de centrarse en los criterios para un envejecimiento con éxito, lo hacen **en el proceso del buen envejecimiento**. Williams y Wirths (1965), por ejemplo, consideran que el envejecimiento con éxito es el proceso de adaptación en el que los individuos desarrollan capacidades para resolver dificultades, y minimizar las consecuencias de los déficit propios del paso del tiempo.

Palmore (1979), por su parte, define el envejecimiento con éxito como el proceso de maximización de la longevidad, la salud y la satisfacción vital; Ryff (1989a) lo considera un buen funcionamiento positivo a lo largo de la vida; y Fisher (1992) lo define en términos de estrategias para hacer frente a los problemas.

No obstante, la literatura muestra en general una notable confusión entre envejecimiento positivo, y otros conceptos como “bienestar”, “satisfacción con la vida” y “calidad de vida” (Fernández-Ballesteros, Kruse, Zamarrón y Caprara, 2007; Van Kraayenoord, 2006). Esta confusión está ligada a que el bienestar y la satisfacción con la vida suponen dos condiciones fundamentales del envejecimiento positivo, mientras que este envejecimiento sería un requisito para tener una buena calidad de vida.

Tal y como se acaba de comprobar, el concepto de envejecimiento activo posee un gran número de sinónimos (envejecimiento con éxito, saludable, óptimo, productivo, positivo) y la literatura no provee de una definición o modelo teórico comúnmente aceptado (Fernández-Ballesteros, 2009), ni de acuerdo en torno a conceptos como el bienestar, la satisfacción con la vida o la calidad de vida.

Tal y como señala esta última y relevante autora, todos los conceptos han sido utilizados indistintamente por expertos que se pueden considerar descriptores de una forma de envejecer positiva. En la presente tesis, sin embargo, se ha optado por el término **“envejecimiento activo”** por ser el empleado por la OMS al referirse a un envejecimiento que garantiza que los mayores accedan a la etapa de la vejez con calidad de vida.

Ante esta situación, el término “**envejecimiento activo**” adoptado por la OMS a finales de los años 90 comprende más variables: “El proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad, con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen” (OMS, 2012).

Asimismo, la OMS (2015) señala los determinantes que influyen en el **envejecimiento activo**. Por un lado, los factores externos (condiciones sociales, económicas, ambientales y servicios de salud) y, por otro, los factores personales conductuales (estilos de vida y factores biológicos, genéticos y psicológicos).

Además, la OMS (2015) hace hincapié en las siguientes ideas: “Debido al aumento de la esperanza de vida y la disminución de la tasa de fecundidad, la proporción de personas mayores de 60 años está aumentando más rápidamente que cualquier otro grupo de edad en casi todos los países.

El envejecimiento de la población, puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública, y el desarrollo socioeconómico, pero también constituye un reto para la sociedad, que debe adaptarse a ello para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de las personas mayores, así como su participación social y su seguridad”.

El organismo internacional, reconoce en este mismo documento, seis tipos de determinantes clave para el envejecimiento activo: económicos, conductuales, sociales, relacionados con sistemas sanitarios y sociales, y con el entorno físico, e indica cuatro políticas para la respuesta de los sistemas de salud:

- Prevenir y reducir la carga del exceso de discapacidad, enfermedades crónicas y mortalidad prematura.
- Reducir factores de riesgo relacionados con las causas de enfermedades importantes, y aumentar los factores que protegen la salud durante el curso de la vida.

- Desarrollar una continuidad de servicios sociales y salud que sean asequibles, accesibles, de gran calidad y respetuosos con la edad, que tengan en cuenta las necesidades y derechos de mujeres y hombres a medida que envejecen.
- Proporcionar formación y educación a los cuidadores.

Si bien es cierto que la OMS (1990), en un primer momento, hablaba de **“envejecimiento saludable”**, esta visión estaba basada en la salud de las personas y centrada, por tanto, en el proceso fisiológico que ocasiona cambios positivos, negativos o neutros en el ciclo de la vida desde el nacimiento, y que se acentúa con los años. En concreto, en 2002, en su documento *Envejecimiento activo: un marco político*, el organismo internacional dio a conocer la definición de **“envejecimiento activo”**.

En este sentido, la mayoría de los proyectos europeos que tratan la calidad de vida, bienestar subjetivo o satisfacción con la vida, consideran el envejecimiento activo como un resultado de la calidad de vida. A su vez, la calidad de vida engloba la mayor parte de los campos del envejecimiento positivo, como pueden ser la salud y la independencia.

Esta misma autora, Fernández-Ballesteros (1998), añade a estos conceptos lo que ella denomina **“envejecimiento competente”**, que no es sino la participación del individuo en la sociedad; por lo que amplía el modelo centrado en la salud. Esta misma visión la comparte Palmore (1995) que hace referencia al **envejecimiento óptimo** para referirse al proceso de maximización de la longevidad, salud y satisfacción con la vida. Gergen y Gergen (2001) hablan, por fin, de **envejecimiento positivo** desde una perspectiva multidimensional, que incluye condiciones cognitivas, emocionales y sociales.

En resumen, durante las últimas décadas del siglo XX se ha iniciado una fuerte base empírica en el estudio del envejecimiento y ciencia de la Gerontología, que es la visión positiva. Esta visión positiva del envejecimiento ha adoptado diversos rótulos (saludable, con éxito, óptimo, vital, positivo, productivo, activo, envejecer bien o buena vida) y se centra en las diferencias individuales al envejecer, la variabilidad entre el crecimiento, mantenimiento y declive, y la plasticidad.

Sin embargo, pese a las incursiones de diversos investigadores en la idea de envejecimiento positivo, hasta Baltes (1987) y Gutiérrez, Serra y Zacarés (2006) no se desarrolla el concepto en todas sus dimensiones gracias, en parte, al nuevo enfoque que adoptan las ciencias gerontológicas hacia un modelo evolutivo, centrado en los cambios que se están produciendo a escala sociodemográfica, que han derivado en un acercamiento hacia la pirámide invertida poblacional. Como se ha comentado anteriormente, este cambio demográfico, ha incrementado la preocupación por el estudio de la personas mayores desde una perspectiva preventiva.

Fernández-Ballesteros (2009) comparte esta visión, y en sus investigaciones sobre el **envejecimiento positivo** identifica los factores asociados al envejecimiento que cambian positivamente, y que representan un desarrollo a lo largo del ciclo de la vida.

En esta línea, el envejecimiento activo depende de factores económicos, sociales, físicos, servicios sociales y de salud, personales (psicológicos y biológicos), así como comportamentales (estilos de vida) (Zamarrón, 2006).

Todas estas teorías, desde su inicio, han culminado en una declaración de la propia Unión Europea que, en 2012, proclamó el “Año Europeo del Envejecimiento Activo”. Con ello, quería animar a los países a alcanzar objetivos específicos, relacionados con el envejecimiento, lo que pone de manifiesto el interés de las autoridades, además de la academia, por aproximarse a la vejez desde un punto de vista multidisciplinar y positivo.

En definitiva, cada vez más, los estudios del área (Castellano, 2014) y los organismos internacionales (OMS, ONU, UE, 2002) señalan que el envejecimiento con éxito es un concepto multidimensional, compuesto de factores biopsicosociales como la salud, el funcionamiento físico, psicológico y afectivo, y la participación social. Así, el interés ahora se centra en abarcar múltiples ámbitos y distintos niveles del individuo, independientemente de sus condiciones externas.

La siguiente figura ilustra lo que para la autora inspira el presente trabajo, Fernández-Ballesteros (2009), es la promoción del envejecimiento activo: prevenir la enfermedad y

la discapacidad, y mejorar el bienestar y la calidad de vida en la vejez. De esta forma, el envejecimiento activo no forma parte de una conceptualización simplista o reduccionista sobre la vejez y los mayores, sino de un concepto realista y empírico, que incluye también el declive y el crecimiento personal, así como los cambios en la estabilidad del individuo.

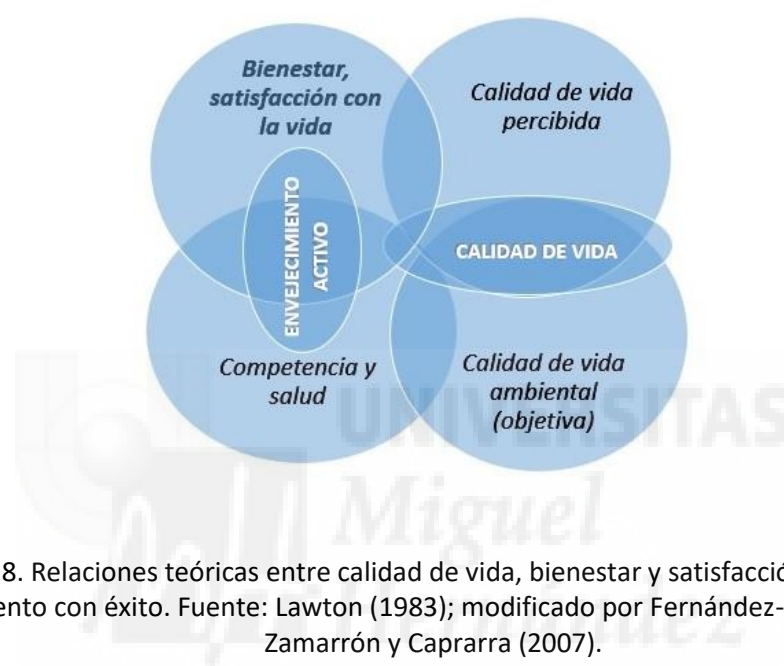


Figura 18. Relaciones teóricas entre calidad de vida, bienestar y satisfacción con la vida y envejecimiento con éxito. Fuente: Lawton (1983); modificado por Fernández-Ballesteros, Kruse, Zamarrón y Caprarra (2007).

Además, estas investigaciones, fomentan el estudio del envejecimiento positivo, y evitan las representaciones cognitivas relacionadas con prejuicios sobre la tercera edad. En este sentido, Robert Butler (1969) acuñó el término **edadismo** (*ageism* en inglés) para referirse a los prejuicios que existen en la sociedad, frente a la vejez y el proceso de envejecimiento, así como a las prácticas discriminatorias contra los mayores, y la perpetuación de creencias estereotipadas del pasado (Lupien y Wan, 2004).

Finalmente, y en lo que se refiere a las políticas europeas, el estudio EXCELSA (2003) (Fernández-Ballesteros, et al. 2004) está considerado la primera etapa del estudio del envejecimiento, seguido del proyecto ENABLE AGE (Whal y Iwarson, 2007), realizado para estudiar la autonomía, la participación, el bienestar y las relaciones en el hogar como factores determinantes del envejecimiento saludable (Iwarsson, Whal y Nygren,

2005). Existen otros programas a escala europea como son el ELSA (2003), el SHARE (2006) y el ESAW (2004).

En definitiva, y para acabar este apartado, haremos un breve recorrido por el desarrollo del concepto. El término “envejecimiento activo” surgió en Estados Unidos durante la década de los 60 como antítesis de la teoría de la desvinculación, la cual veía la vejez como un período inevitable de la retirada de las funciones y relaciones sociales (Walker, 2009).

En ese momento la clave del “envejecimiento exitoso” (Pfeiffer, 1974) estaba en la continuación de la actividad en la edad avanzada (Havighurst, 1963). Sin embargo, este enfoque se basa en los objetivos reduccionistas, y forma parte de una perspectiva poco realista de las personas de edad avanzada. Por ello, el concepto reapareció en forma de “envejecimiento productivo” durante la década de 1980 en este mismo país, tras una serie de acontecimientos socio-políticos que hicieron que los estudios se centraran en el desarrollo de la personas durante toda la vida, más que en las personas mayores en particular.

La perspectiva del ciclo vital reconoce que las experiencias, inevitablemente, organizadas por las relaciones y los contextos sociales, dan soporte a cómo las personas envejecen (Elder, 1975; Walker, 2005). El concepto de envejecimiento productivo se convirtió en un concepto importante en la búsqueda de un enfoque más positivo (Bass, Caro y Chen, 1993).

Este discurso también estaba en armonía con la creciente preocupación respecto a la política de pensiones y los costes sanitarios, así como el deseo de aumentar la productividad. De hecho, el envejecimiento productivo se centró casi exclusivamente en la producción económica de bienes y servicios (Walker, 2009).

En la década de los 90, un nuevo concepto de envejecimiento activo hace hincapié en la relación entre la actividad y la salud, y la importancia de un envejecimiento saludable (OMS, 1994). Este mismo organismo define en 2002, “activo” que significa

“participación en los asuntos sociales, económicos, culturales, espirituales y cívicos, no sólo la capacidad de ser físicamente activo o para participar en el trabajo”. En este sentido, realizar acciones que aseguren una vida prolongada y saludable, optando por un envejecimiento activo y saludable, forma parte del informe *Estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud 2016-2020*, aprobado recientemente en la 69ª Asamblea Mundial de la Salud por parte de la OMS (2016).

A parte de ello, la calidad de vida también cobrará importancia de la mano de este mismo organismo y que en el siguiente apartado detallaremos.

2. Calidad de vida en el envejecimiento

En el pasado, la OMS se marcaba como objetivo aumentar la esperanza de vida de la población; pero este objetivo se ha modificado con el fin de que las personas mayores no sólo vivan más, sino que tengan más **calidad de vida** (Gal, Santos y Barros, 2005). Sin embargo, como se ha comentado en el apartado anterior, el concepto de “calidad de vida” no apareció en la literatura científica hasta la segunda mitad de los 60 y se consolidó en los 70 (Casas y Aymerich, 2005).

Ahora la calidad de vida es uno de los focos más importantes en la **investigación gerontológica europea**, y ha tenido apoyo de la Unión Europea en el quinto programa Marco (1998-2002), en el que la calidad de vida es una acción clave del organismo.

La OMS (1995) define la Calidad de Vida en Relación a la Salud (CVRS) como la “percepción personal de un individuo sobre su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses; el término de calidad de vida no tiene sentido si no es en relación con un sistema de valores”. Esta definición, pone de manifiesto que la calidad de vida se refiere a una evaluación subjetiva, con dimensiones tanto positivas como negativas, y que está arraigada en un contexto cultural, social y ambiental.

En esta línea, el II Plan Internacional de Acción sobre el Envejecimiento (ONU, 2002) dirige sus acciones a la promoción de dicho envejecimiento activo y productivo, a extender el bienestar durante la vejez y a mejorar la calidad de vida, y surge a la vez que la Gerontología se ha psicologizado o subjetivizado, y la Psicología se ha positivizado y se ha enfocado hacia una perspectiva positiva (Fernández-Ballesteros et al. 2009). Por todo ello, se han desarrollado distintos proyectos como el FORUM (dirigido por Walker, 2005). Ejemplos de investigación europea sobre calidad de vida son también los proyectos EQUAL y OASIS (Tesch-Römer, Von-Kindratowitz y Motel-Klingebiel, 2001) financiados por la Unión Europea.

Así, y como se ha comentado anteriormente, existen infinidad de definiciones, y cierta confusión académica para determinar lo que es la calidad de vida y satisfacción con la vida. Otra definición, la aporta Diener (1994), quien indica que es “un juicio subjetivo del grado en que se ha alcanzado la felicidad, la satisfacción o como un sentimiento de bienestar personal. A este juicio subjetivo se le considera estrechamente relacionado con (cuando no causado por) determinados indicadores objetivos biológicos, psicológicos, de comportamiento y sociales”.

Sin embargo, tal y como ponen de manifiesto otros trabajos (Casas, 1989, 1996, 2000), la falta de clarificación conceptual acarrea también confusión académica en la evaluación y los instrumentos que se utilizan para medir esa calidad de vida. A pesar de ello, el desarrollo de indicadores sociales, hace que la calidad de vida comience a definirse como un concepto integrador, que engloba tanto **condiciones objetivas** como **subjetivas** (Felce, 2006; Rodríguez-Marín, Pastor y López-Roig, 1993).

Así como de un conjunto de medidas que muestran la gran variabilidad según el sujeto al que se aplica (Blanco, 1985; Fernández-Ballesteros, Zamarrón y Maciá, 1996; Fernández-Ballesteros, 1998; Lher, 2004; Rodríguez-Marín, 1993; Ruiz y Baca, 1993; Walker, 2004, 2005). De esta forma, la calidad de vida puede ser analizada desde la condición psicológica, salud física, salud mental, funcionamiento social, factores

económicos y sujetos de derechos sociales, roles y percepción general de salud (Ruiz y Baca, 1993).

Tal y como afirma Rodríguez-Marín y Neipp (2008, p. 235) “la calidad de vida es un concepto complejo compuesto por diferentes dominios y dimensiones, y de difícil definición operacional, que parece poder traducirse en términos de nivel de bienestar subjetivo, por un lado, y, por otro lado, en términos de presencia o ausencia de indicadores estándar, más o menos objetivos, de lo que en general las personas consideran que determina una buena vida”.

Por su parte, Lawton (1983) también señala la complejidad del término cuando aporta una de las primeras teorías sobre la calidad de vida, definida ésta como la valoración multidimensional de muchos criterios que incluyen factores intrapersonales, socio-normativos y de persona-ambiente. El modelo de Lawton sobre la calidad de vida (percibida y ambiental objetiva) incluye el bienestar y la competencia conductual.

Asimismo, Fernández-Ballesteros y Zamarrón (2007) indican que el concepto no posee una definición operativa consensuada, aunque anteriormente Fernández-Ballesteros (1992) señaló algunos de los elementos que contribuyen a la existencia de calidad de vida: por una parte, están las dimensiones personales (relaciones sociales, satisfacción, actividades de ocio, salud y habilidades funcionales), y por otra, las dimensiones socio-ambientales (apoyo social, condiciones económicas, servicios de salud y sociales, calidad ambiental y factores culturales).

En cualquier caso, el concepto de “calidad de vida” se inicia en el último tercio del siglo XX en la literatura social, psicológica y biomédica (Fernández-Ballesteros et al. 2009). Pese a ello, la calidad de vida posee una definición imprecisa, en el sentido de que la mayoría de los investigadores que han trabajado en este campo, están de acuerdo en que no existe una única teoría o explicación (Esteban et al. 2010). No es de extrañar, por tanto, que el presente apartado desgrane estas disparidades conceptuales.

Además, los dos conceptos (satisfacción con la vida y bienestar subjetivo) parecen posicionarse indistintamente entre los investigadores con más éxito, y muchos autores, no obstante, utilizan ambos conceptos como sinónimos (Diener y Lucas, 1999; Fernández-Ballesteros et al. 2009).

Lo que sí está claro es que, como se puede apreciar, los estudios de los últimos años se decantan por atribuirle a la calidad de vida y al envejecimiento positivo un origen **multifactorial**. Numerosas investigaciones del grupo de trabajo europeo sobre *Calidad de Vida* indican que cualquier reduccionismo a un concepto monofactorial de tipo físico (la salud) o psicológico (la satisfacción con la vida) resultaría poco acertado (Fernández-Ballesteros y Zamarrón, 2007). Esta idea, parte de que la vida es multidimensional y su calidad ha de serlo también (Blanco, 1985; Walker, 2005).

La Figura 19 ilustra la importancia que los **factores personales y socioambientales** poseen en la calidad de vida. La salud es un factor personal que está relacionado con la disponibilidad de los servicios de salud y la dimensión socioambiental. Las relaciones sociales, por su parte, están relacionadas con la existencia de una red de apoyo social o la disponibilidad de asociaciones sociales en el entorno.



Figura 19. Multidimensionalidad de la calidad de vida. Fuente: Fernández-Ballesteros y Zamarrón (2007).

Además de la falta de clarificación, en el proceso de desarrollo del concepto de calidad de vida ha habido numerosas polémicas. Se ha polemizado, por ejemplo, sobre si se deben tener en cuenta los factores subjetivos o integrarlos con los factores objetivos. Ante esta situación, una propuesta de definición de calidad de vida debería incluir la utilización de **indicadores subjetivos y objetivos**. Esta sería la forma de integrar la percepción y valoración subjetiva en una serie de condiciones personales y sociales, y aspectos objetivos de esas mismas dimensiones tal y como se observa en la siguiente figura (Fernández-Ballesteros y Zamarrón, 2007).

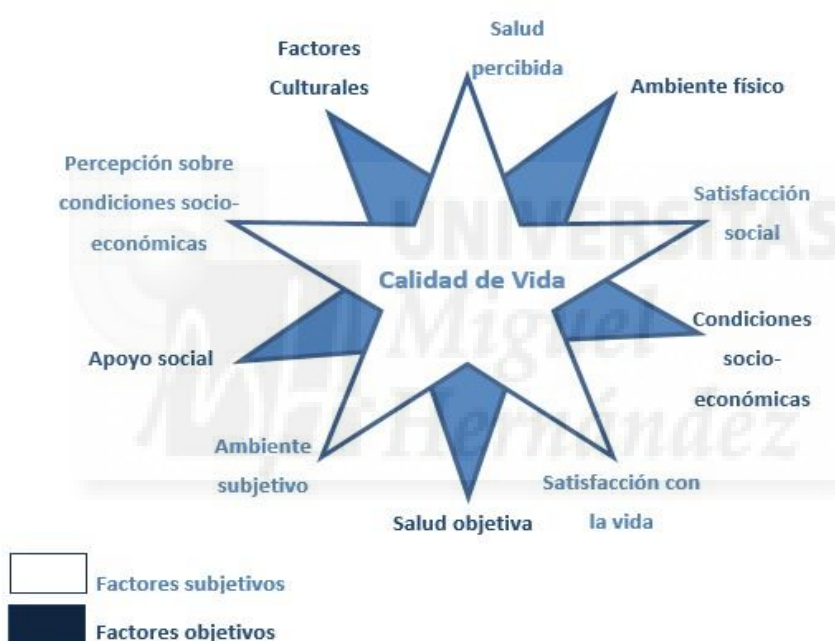


Figura 20. Elementos objetivos y subjetivos de la calidad de vida. Fuente: Fernández-Ballesteros y Zamarrón (2007).

Los retos que plantea el estudio de la calidad de vida son numerosos. En primer lugar, existe una clara necesidad de alcanzar una definición unívoca que permita a los investigadores realizar estudios comparables con otros y en el tiempo.

Los trabajos realizados hasta la fecha, no obstante, han resultado muy beneficiosos para la sociedad y han contado con el rigor científico necesario (Benítez, 2016). En este

sentido, son numerosas las investigaciones que evalúan la calidad de vida en personas con deterioro cognitivo o demencia, ya sea leve, moderada y grave (O'Rourke, Duggleb, Fraser y Jorke, 2015).

Finalmente, son pocos los artículos que se han ocupado de tener en cuenta la calidad de vida citada por la OMS (2002) como pilar fundamental para el estudio del envejecimiento, de hecho, únicamente se han identificado 8 artículos en Medline al emplear el término de búsqueda "active ageing" como palabra clave teniendo en cuenta la definición de la OMS, así como la clara tradición por el estudio de sus relaciones con la salud (Dow y Gaffy, 2015). Por todo ello, se considera relevante seguir profundizando en este tema, tal y como hacemos en esta investigación. Igualmente, y por las connotaciones subjetivas que conlleva, también es importante estudiar la satisfacción con la vida de las personas mayores, y que a continuación desarrollaremos.

3. Satisfacción con la vida en el envejecimiento

Las emociones negativas han marcado inicialmente el desarrollo de la psicogerontología. De hecho, como hemos señalado con anterioridad, hay veinte veces más estudios sobre depresión y enfermedad que sobre felicidad y salud. Está claro que durante mucho tiempo no se ha tenido en cuenta el estudio de las actitudes y pensamientos positivos en la vejez (Pressman y Cohen, 2005), como se ha venido comentando en el presente trabajo.

En parte, esta visión se debe al punto de partida biomédico de la Geriatria y la Gerontología, áreas que se han interesado por el declive del ser humano en esta etapa, así como por su deterioro cognitivo y sus emociones negativas (depresión y ansiedad) más que por cualquier otro sentimiento, estado o recurso emocional positivo.

Este enfoque de la Psicología clásica, según Seligman y Csikszentmihalyi (2000), ha hecho que se descuiden aspectos positivos tales como el bienestar, la satisfacción, la esperanza, el optimismo y la felicidad.

No obstante, la Gerontología contemporánea ha dado paso a la actual, más centrada en el bienestar emocional y el estudio del envejecimiento activo (Jiménez, Izal y Montorio, 2016), que pone de relieve la importancia de lo psicológico y lo social (Diener y Chan, 2011; Scheibe y Carstensen, 2010).

Fernández-Ballesteros (2009) indica que el concepto de bienestar es subjetivo; es un ingrediente más de la calidad de vida y del envejecimiento con éxito. Así, el **bienestar psicológico** estaría relacionado con tener un propósito en la vida, con que la vida adquiriera significado para uno mismo, con los desafíos y con un cierto esfuerzo por superarlos y conseguir metas valiosas, mientras que el **bienestar subjetivo** tendría que ver más con sentimientos de relajación, ausencia de problemas y presencia de sensaciones positivas (Meléndez, Tomás y Navarro, 2008). Ambos componentes, el emocional y el cognitivo, definen el concepto de bienestar subjetivo (Seligman, 2011).

Por su parte, Carballeira, González y Marrero (2015) señalan que el bienestar subjetivo lo integran dos componentes de la satisfacción con la vida: uno cognitivo y otro afectivo. Dicho bienestar subjetivo está cerca de otros conceptos de larga tradición como la **satisfacción vital**, que hace referencia a la experiencia subjetiva de la felicidad (Meléndez et al. 2008). Por todo ello, la satisfacción con la vida se puede definir como un proceso de juicio mediante el cual los individuos valoran la calidad de vida según sus criterios (Pavot y Diener, 1993).

Otro autor (Wills, 2009) indica que “el bienestar subjetivo explora las evaluaciones, tanto positivas como negativas, de cómo las personas experimentan sus vidas”. La satisfacción vital engloba el bienestar subjetivo, relacionado con un componente emocional y, a su vez, con sentimientos de placer/displacer que experimenta la persona (felicidad/infelicidad) tal y como se observa en la figura 21 (Diener y Lucas, 1999; Flecha-García, 2015).

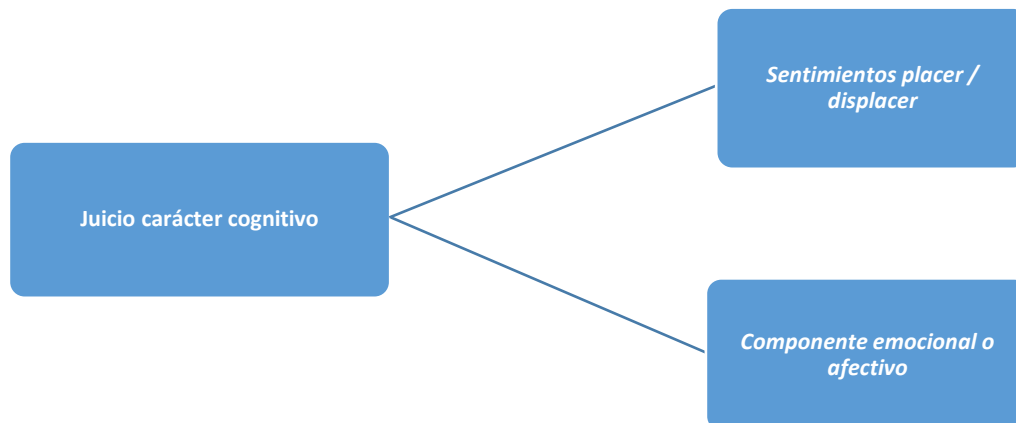


Figura 21. Esquema Satisfacción vital. Fuente: Elaboración propia.

Muchos autores se han centrado en el estudio del bienestar subjetivo porque es el resultado de una situación dada (Blanchflower y Oswald, 2004). De hecho, la OMS define la salud en términos de bienestar subjetivo, específicamente en lo que representa “un estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1948).

Asimismo, la Psicología positiva centra su atención en el **envejecimiento satisfactorio**, lo que supone un cambio en el modelo, que pasa de describir este periodo vital como una fase de involución y deterioro, dado que se centra en identificar los factores que ayudan a aumentar el bienestar y la calidad de vida en las personas mayores (Flecha-García, 2015).

En cualquier caso, satisfacción con la vida y bienestar subjetivo son dos conceptos emocionales considerados resultado de complejos procesos de autorregulación del individuo (Higgins, Grant y Shah, 1999). La satisfacción con la vida, en concreto, es un constructo fundamental en el estudio psicosocial del envejecimiento (Fernández-Ballesteros et al. 2009).

En esta línea, Lyubomirsky, King y Diener (2005) indican que las personas que sienten más emociones positivas, poseen una tendencia a tener éxito en distintos ámbitos de la vida. Estas cuestiones, están sin duda, ligadas a los recursos personales que se asocian, a su vez, con resultados adaptativos.

Por ello, las emociones positivas juegan un papel importante en el envejecimiento, como proceso de adaptación de la persona mayor, dado que generan repertorios de pensamiento-acción, tales como optar por una comida sana, practicar actividad física o participar en las relaciones sociales (Aspinwall, Richter y Hoffman, 2001; Lyubomirsky et al. 2005; Salovey, Rothman, Detweiler y Steward, 2000).

Al respecto, la reciente aplicación de los conocimientos de la Psicología positiva al ámbito del deporte indica la buena aceptación por el estudio de la regulación emocional y cognitiva (González-Serrano, Huéscar y Moreno-Murcia, 2013).

No obstante, y como se ha señalado anteriormente, entre bienestar subjetivo y satisfacción con la vida no existe todavía consenso académico (Fernández-Ballesteros et al. 2009). Como indica Fernández-Ballesteros (2009), una definición exacta de estos conceptos es difícil, y frecuentemente, se producen solapamientos entre los términos y todavía no resulta posible una clara diferenciación.

Asimismo, el estudio de la satisfacción con la vida en personas mayores, cobra gran importancia a nivel social y psicológico, debido al impacto que tiene en las **políticas de promoción de la salud**, por lo que el estudio para evaluar y determinar qué factores inciden en esa satisfacción son de gran importancia para la salud pública (Montenegro y Soler, 2013).

Como se ha comentado anteriormente, la literatura, al hablar de la experiencia subjetiva, señala que las personas mayores poseen una experiencia **subjetiva emocional menos marcada**, y mayor capacidad de regulación emocional, lo que acarrea un control

de las emociones más positivo (Isaacowitz y Smith, 2003; Gross, Carstensen, Tsai, Skorpen y Hsu, 1997; Pinquart, 2001).

Este hecho, a su vez, está ligado a un bienestar estable, independientemente de las pérdidas en la salud y el entorno (Kunzmann, Little y Smith, 2002). De hecho, Kunzmann, Stange y Jorran (2005) indican que los mayores suelen experimentar más **sentimientos de implicación positiva** y manifiestan menor frecuencia de ira (Gross et al. 1997; Pinquart, 2001).

En esta línea, Grünh, Smith y Baltes (2005) evaluaron el procesamiento de contenidos con carga positiva y negativa. Como resultado, los autores señalaron que en las personas mayores se da una preferencia de procesamiento con **carga negativa mayor**, lo que sugiere una menor predisposición a la información negativa ligada a la edad, así como una tendencia a reevaluar los **acontecimientos negativos de una forma más positiva** (Combrain, D'Argembeau y Van der Linden, 2005).

Así, otros estudios también destacan este hecho: a pesar de las dificultades que conlleva el envejecimiento (deterioro físico, pérdida de amigos y familiares), las personas mayores no manifiestan un descenso en el bienestar o satisfacción con la vida (Caprara, Steca y Caprara, 2009), gracias a las particularidades del proceso de envejecer antes descritas, como es una **mejor regulación emocional** (Gross et al. 1997; Lawton, Kleban y Dean, 1993; Lawton, Kleban, Rejagopal y Dean, 1992) y un equilibrio entre afecto positivo y negativo (Ryff, 1989b).

Efklides, Kalaitzidou y Chankin (2003), por su parte, indican que estas formas de evaluar los acontecimientos compensan la disminución de los recursos cognitivos porque la adaptación a la vejez, implica también la adaptación de las capacidades y un mayor control emocional (Carstensen, Fung y Charles, 2003).

En este sentido, Fredrickson (2001, p. 219) postula un modelo teórico llamado **la teoría de la ampliación construcción** que indica que "ciertas emociones positivas discretas,

como la alegría, interés, satisfacción, orgullo y amor, comparten la capacidad de ampliar repertorios de pensamiento y acción, así como de construir recursos personales duraderos, desde los físicos, intelectuales a sociales y psicológicos, que funcionan como reserva para hacer frente a futuras amenazas”.

Esta teoría, indica que también se desarrollan características propias de un envejecimiento activo, como son el control, la autoeficacia y el manejo del estrés, que son considerados recursos elicitados por las emociones positivas.

Sin embargo, las investigaciones realizadas hasta la fecha sobre la satisfacción con la vida son escasas en personas mayores y, en muchas ocasiones, inconsistentes (Etxebarría, 2016). De ahí que la presente tesis centre parte de su estudio en este tema. Una de las pocas investigaciones al respecto es, precisamente, de Etxebarría.

Este autor indica que las personas de entre 65 y 74 años poseen menor satisfacción con la vida respecto a los de 85 a 94 años. Otras investigaciones (Mroczek y Spiro, 2005) también destacan este dato. En contraposición con los estudios expuestos, Ramírez y Lee (2012) indican que dadas las pérdidas que acontecen en la vejez, disminuye la capacidad para percibir los aspectos positivos de la vida en general, por lo que es de gran valor definir los aspectos que influyen en la satisfacción vital en la tercera edad y así influir en la calidad de vida positivamente.

Por su parte, Maher, Pincus, Ram y Conroy (2015) también destacan los bajos niveles de satisfacción con la vida en las personas mayores, y Frijters y Beatton (2012) hacen hincapié en que la satisfacción sigue una trayectoria estable hasta los 50 años y es a partir de los 60 cuando decrece.

Maciá, Duboz, Montepare y Gueye (2015), por su parte, pusieron de manifiesto una idea más positiva al destacar que, con la edad, los adultos mayores expresan mayor satisfacción con la vida. Asimismo, los autores señalan que las mujeres mayores están más satisfechas que los hombres de edad avanzada. A su vez, su investigación arrojó un

dato interesante y previsible: las condiciones económicas son un predictor importante de la satisfacción con la vida, junto con las buenas relaciones sociales.

Por el contrario y como se ha dicho anteriormente, la literatura científica sí que dedica gran esfuerzo (y numerosas investigaciones) al estudio de la relación entre enfermedad y bajos niveles de bienestar (Enkvist, Ekström y Elmstahl, 2012), así como a la satisfacción con la vida y la demencia de forma conjunta (Peitsch, Tyas, Menec y John, 2016). En esta línea, Montenegro y Soler (2013), así como Rodríguez (2013) señalan una mayor satisfacción según la salud, las buenas habilidades funcionales, el mayor número de contactos sociales, el estado civil y el nivel educativo de las personas mayores.

En definitiva, numerosos autores (Layous, Nelson y Lyubomirsky, 2012) señalan la escasez de estudios en el ámbito de la vejez desde esta perspectiva. Ramírez y Lee (2012), por su parte, ponen de relieve la importancia de evaluar la satisfacción vital en personas mayores que participen en actividades físico-deportivas, uno de los objetivos de la presente tesis.

No obstante, recientemente, Jiménez et al. (2016) han realizado un estudio que ha probado la eficacia de un programa piloto basado en la psicología positiva para personas mayores. Además, recientes investigaciones como las de Guillén y Angulo (2016) han mostrado interés por el estudio de la satisfacción con la vida en personas mayores. Carmel, Raveis, O'Rourke y Tovel (2016), por su parte, han obtenido resultados inconsistentes respecto a la satisfacción con la vida en personas mayores, en la misma línea que Bishop y Martín (2011), Carmel (2011), Carmel, Shrira y Shmotkin (2013); George (2010) y Gerstorf et al. (2010), Luhman, Hofmann, Eid y Lucas (2012).

En general se puede decir que el estudio de la satisfacción en las personas mayores es controvertido y de necesaria intervención, dada la disparidad de resultados (Videra y Reigal, 2013).

Finalmente, cabe destacar, tal y como indica Guillén y Angulo (2016), que las investigaciones centradas en el estudio del bienestar psicológico en practicantes de ejercicio físico han sido escasas, dada la naturaleza multifacética y compleja del constructo de bienestar y, por ello, su estudio se ha dirigido más a deportistas o personas jóvenes.

Bohórquez, Lorenzo y García (2014) indican la necesidad de investigar las relaciones entre calidad de vida, bienestar subjetivo y práctica de actividad física, así como el estudio concreto de la cantidad de actividad física necesaria en personas mayores, y que forma parte de una vía de investigación necesaria para el diseño de programas de mejora de la calidad de vida de los mayores, y es el principal aporte novedoso de la presente tesis doctoral ante dicha necesidad de estudio y que en el siguiente apartado matizaremos.

4. Actividad física en el envejecimiento

El proceso de envejecimiento humano se asocia con una serie de cambios fisiológicos y psicológicos que pueden alterar el estado de salud y aumentar el riesgo de enfermedad (Taylor y Pescatello, 2016). Como tal, el envejecimiento en sí se considera un factor de riesgo para diversos tipos de **enfermedades**: musculoesqueléticas, neurocognitivas, cardiovasculares, metabólicas y de las condiciones de salud y crónicas (hipertensión, osteoporosis, sarcopenia y demencia) (Mozaffarian, 2016).

Por lo tanto, el envejecimiento de la población en general, se asocia con un aumento de las enfermedades no transmisibles y discapacidad, que tiene importantes consecuencias sociales y económicas para la salud individual y social (Taylor y Pescatello, 2016).

Así, según Perales et al. (2014), de 3.625 individuos mayores de 50 años, un 34% de personas mayores españolas están en **condiciones crónicas de salud**, en contraposición con Polonia y Finlandia, con unos porcentajes de 28% y 26%, respectivamente. Esto implica la necesidad de tomar **acciones preventivas** para alcanzar una vejez sin

discapacidad. Y este logro por un envejecimiento activo, puede ser alcanzado a través de diferentes acciones, entre las que se encuentra la **práctica de ejercicio físico** (Zamarrón, 2007).

Así, el mantenimiento de las personas mayores con buena calidad de vida, mejorando su bienestar y reduciendo la carga en cuidados, es uno de los mayores retos de la sociedad actual (Carmel et al. 2016). Y entre los factores que pueden ayudarnos a **prevenir la enfermedad y la discapacidad**, se encuentra el ejercicio físico.

Según la OMS (2015), la **actividad física** se refiere a cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía. Sin embargo, la actividad física no debe confundirse con el **ejercicio físico**, que es una variedad de actividad física planificada, estructurada, repetitiva y realizada con un objetivo relacionado con la mejora o el mantenimiento de uno o más componentes de la aptitud física.

La actividad física abarca el ejercicio, pero también otras actividades que entrañan movimiento corporal, y se realizan como parte de los momentos de juego, del trabajo, de formas de transporte activas, de las tareas domésticas y de actividades recreativas. Mientras que hablamos de **deporte** cuando el ejercicio es reglado y competitivo.

La OMS (2015) también señala que cada vez más, hay más indicios de que algunos hábitos clave relacionados con la salud, como la actividad física, pueden tener gran influencia en la capacidad intrínseca de la vejez. Este mismo organismo indica que la actividad física aporta muchos beneficios, y entre ellos, destaca el aumento de la **longevidad**.

En esta línea, recientemente, Arem et al. (2015) ponen de manifiesto que las personas que dedican **150 minutos por semana**, a realizar actividad física de **intensidad moderada**, presentaban una reducción del 31% de la **mortalidad**, en comparación con las que son menos activas. La OMS añade numerosos **beneficios** que aporta la práctica de actividad física, como la mejora de la capacidad física y mental, al preservar la

capacidad muscular y función cognitiva, reducción de la ansiedad y depresión, mejora de la autoestima y de la respuesta social (es decir, facilita una mayor participación de redes sociales y vínculos intergeneracionales).

Además, previene y **reduce riesgos de enfermedades**, como riesgo de cardiopatía coronaria, diabetes y accidentes cerebrovasculares (Rodríguez-Romo et al. 2011; Söderman, Norberg y Öhman 2011; Ueshima, et al. 2010).

Asimismo, pese a que el estudio de la actividad física y el envejecimiento tiene una historia relativamente corta (Berryman, 2010), numerosas investigaciones relacionan la práctica de ejercicio físico con la prevención de enfermedades, tales como la diabetes, el cáncer, la demencia, la artritis, la obesidad (Arem et al. 2015; Gebel, Ding y Bauman, 2015; Jongeneel-Grimen, Droomers, vanOers, Stronks y Kunst, 2014), así como la hipertensión, la depresión, el cáncer de mama y colon (Aarsland et al. 2010; Lynch, Palmer y Gall, 2011).

Algunos estudios transversales y longitudinales (Kelaiditi, Van Kan y Cesari, 2014; Paterson y Warburton, 2010; Tak, Kuiper, Choru y Hopman-Rock, 2013) fijan en un 50% la reducción del riesgo de presentar limitaciones funcionales, en quienes realizan actividad física regular y de intensidad moderada. Otros autores, apuntan que mejora la función cognitiva de las personas sin demencia en más de un 30% (Blondell, Hammersley y Veeman, 2014; Jak, 2012).

En esta línea, la práctica de actividad físico-deportiva es uno de los factores relacionados en la investigación con la mejora del bienestar físico y psicológico (Fox, Stathi, McKenna y Davis, 2007). Además, sus efectos repercuten en la percepción sobre la satisfacción con la vida (González-Serrano et al. 2013), aunque estos estudios, una vez más, se hayan focalizado en niños y adolescentes, dejando de lado a las personas mayores.

Sin embargo, esta falta de interés, no se corresponde con los enormes beneficios que, según las directrices de Heidelberg indica, para promover la actividad física entre las personas mayores, del European Group for Research into Elderly and Physical Activity

(EGREPA), grupo de la OMS dedicado exclusivamente a la promoción del ejercicio físico en el envejecimiento, tiene la práctica de actividad físico-deportiva en las personas mayores, a corto y a largo plazo, y en distintos niveles: fisiológico, psicológico y social (Meléndez y Schofield, 1997).

Pese a estos beneficios, y como se ha comentado anteriormente, las personas mayores practican menos actividad que otros grupos de edad (García-Ferrando y Llopis-Boig, 2011). Este es un tema ampliamente debatido en la literatura, que supone beneficios como el mantenimiento de la salud e independencia física (Vagetti et al. 2015).

Al respecto, la propia OMS (2010) advierte que la participación en la actividad física puede jugar un papel clave en el envejecimiento saludable y, por lo tanto, en la promoción de la calidad de vida. Por ello, recomienda que los **adultos de más de 65 años** realicen, al menos, **150 minutos de ejercicio de intensidad media aeróbica por semana**. Por su parte, (Yorston y Kolt, 2012) aconseja que “el ejercicio físico debe incluir actividades de tiempo libre, senderismo, ciclismo, trabajo de la casa, actividades en familia o de la comunidad”.

En un estudio de Varma et al. (2014) en el que se examinaba la relación existente entre la actividad de caminar a baja intensidad y la salud, se reveló que las personas mayores que caminaban (incluso a una intensidad baja: menos de 100 pasos por minuto) mostraban un mayor bienestar y mejoraban la función física.

Asimismo, la actividad física se ha asociado con un incremento de la **longevidad**. En este sentido, la actividad física vigorosa, se asocia con una mejor supervivencia y envejecimiento saludable en hombres de entre 65 y 83 años (Almeida et al. 2014). Incluso se han visto beneficios cuando la persona mayor ha comenzado a ser físicamente activa relativamente tarde (Hamer, Lavoie y Bacon, 2014).

Además, la actividad física no solo mejora los aspectos físicos de las personas mayores, también se ha demostrado que afecta positivamente al **bienestar mental** (auto-

percepción y estado de ánimo) y reduce la ansiedad y el estrés (Chodzko-Zajko et al. 2010; Windle, 2014).

Por el contrario, Casilda-López, Torres-Sánchez, Garzón-Moreno, Cabrera-Martos y Valenza (2015) señalan que el impacto de la **inactividad física** en la salud es mortal, dado que es el cuarto factor de riesgo en **mortalidad**. Y es que cualquier actividad física en el tiempo libre está asociada a un 20% menos de mortalidad.

En concreto, las personas que realizan de tres a cinco veces el mínimo recomendado, tuvieron una reducción cerca del 40% del riesgo de morir. El beneficio alcanzó un máximo de alrededor de 22.5 a 40 horas MET (*Metabolic equivalent of task*) por semana. Las personas que hacían ejercicio, aunque fuera inferior al mínimo recomendado, y gastaron de 0.1 a <7.5 horas MET por semana, con actividad moderada a vigorosa, tuvieron una reducción del 20% en el riesgo de mortalidad.

En el mínimo recomendado, que se traduce en 140 a 280 minutos de caminar a paso ligero o de 45 a 90 minutos de carrera, hubo una reducción del 31% en todas las causas de riesgo (de 15 a <22.5 horas MET por semana, que es de 280 a 420 minutos en caminar o de 90 a 135 minutos en carrera). En el caso de los participantes que realizaban más de tres veces el mínimo recomendado hubo una reducción del 39% en la mortalidad.

En esta línea, Rowe y Khan (1998) también ponen de manifiesto la asociación negativa entre ejercicio físico y mortalidad, lo que influye en la longevidad, tanto en aquellas personas que realizan ejercicio regular a lo largo de su vida, como en las que comienzan a practicarlo en la vejez. En este sentido, Pahor et al. (2006) indican que el ejercicio mejora la fuerza muscular, la flexibilidad y el equilibrio, a la par que optimiza y compensa el declive en el funcionamiento físico, incluso en personas muy mayores de entre 72 y 98 años de edad (Fiatarone et al. 1994).

Estos resultados concuerdan con los obtenidos por el estudio europeo sobre envejecimiento saludable (HALE) que pone de manifiesto que las personas de entre 70 y 99 años que realizan actividad física, muestran un 35% menos de riesgo de mortalidad y menor prevalencia de dependencia.

Asimismo, entre los efectos nocivos de la inactividad física se encuentra que podría ser responsable del 20% del riesgo de desarrollo de demencia (Norton, Matthews, Barnes, Yaffe y Brayne, 2014). Otros autores señalan que también la actividad física vigorosa reduce el riesgo de demencia entre un 19%-22%, y la moderada entre un 11%-15% (Diep, Kwagyan, Kurantsin-Mills, Weir y Jayam-Trouth, 2010).

Además, un nivel alto de actividad física, incluso en los adultos mayores que ya padecen insuficiencia cardíaca crónica, puede mejorar la función física y, por lo tanto, reducir la morbilidad y la mortalidad. Una variedad de actividades físicas adaptadas a esta situación parecen apropiadas para esta población, aunque padezcan enfermedades cardiovasculares (Floegel y Perez, 2016).

Palacios-Ceña y Salvadores (2010) señalan que, los motivos por los que las personas mayores no realizan ejercicio son la **falta de apoyo social**, el **déficit de conocimiento** acerca de las actividades físicas adecuadas, la **mala salud** y la **falta de oportunidades** para realizar un ejercicio físico adecuado.

Sin embargo, y como se ha comentado anteriormente, pese a sus beneficios, la práctica de actividad física disminuye con la edad. De hecho, la OMS (2015) indica que un tercio de las personas entre 70 y 79 años y la mitad de las personas con más de 80 años no cumplen con las directrices básicas de la OMS, en lo que se refiere a la práctica de actividad física en la vejez (Bauman, Singh, Buchner, Merom y Bull, 2016). De hecho, casi la **mitad de las personas mayores de 60 años son inactivas** (Franco et al. 2015).

Como muestra la figura 22, los países mediterráneos son los que muestran mayor **inactividad física**. Todos ellos poseen una tasa por encima del 20% de la población.

Entre ellos, destaca **Polonia y Portugal**, donde más de un tercio de las personas mayores de 60 años no practican actividad física.

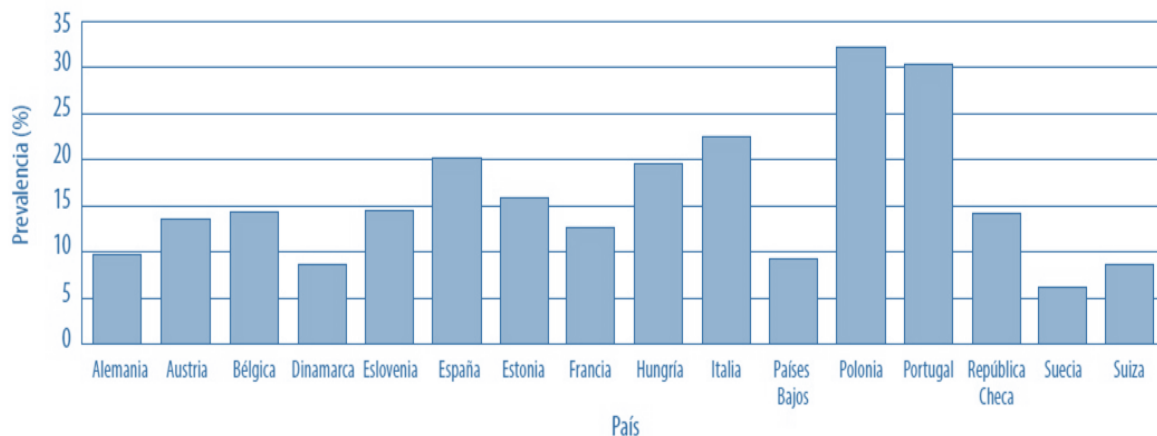


Figura 22. Prevalencia de la inactividad física ajustada según la edad en personas a partir de 60 años por países. Fuente: Múnich Center for the Economics of Aging (2013).

Como se ha comentado, el mantenimiento de la actividad física es de gran importancia en las personas mayores, pues las personas inactivas poseen mayores tasas de morbilidad. En este sentido, la **inactividad física** es el cuarto factor de riesgo principal que contribuye a la **mortalidad** y número de enfermedad a nivel mundial, **por delante del sobrepeso o la obesidad** (Lee et al. 2012).

Se ha demostrado que las personas mayores que indican inactividad, alcanzan un umbral de **discapacidad** (definida como la necesidad de ayuda de otra persona para llevar a cabo varias de las actividades todos los días de la vida) 14 años antes que los que declaran ser de gran actividad (Awick et al. 2015). La actividad física está relacionada con la mejora en la independencia y de las condiciones de salud crónicas (Pereira, Baptista y Cruz-Ferreira, 2016). De hecho, las personas inactivas alcanzan el umbral de discapacidad 14 años antes que los poco activos (Montero-Fernández y Serra-Rexach, 2013).

En este sentido, el incremento de la actividad física entre las personas mayores como medida para retrasar la morbilidad, es un enfoque de los más importantes en materia de **salud** en la actualidad (Bauman, Merom, Bull, Buchner y Fiatarone, 2016). Este hecho se refleja en el *Informe Mundial sobre el Envejecimiento y Salud* (OMS, 2015). Algunos

autores llegan a definir el ejercicio como la “**polipíldora**” más importante para preservar la salud física y mental (Taylor y Pescatello, 2016).

Y, sin embargo, solo unas pocas personas mayores acumulan 30 minutos de actividad física de intensidad moderada a vigorosa cinco o más días de la semana, y solo el 30%, declaró tener más de diez minutos de actividad moderada a vigorosa en el mes anterior (Colley et al. 2009).

Al respecto, Harvey, Chastin y Skelton (2015) indican que la conducta sedentaria en adultos mayores significa estar **más de 9 horas sentados por día** (un 65-80% de su tiempo). Además, en su tiempo de ocio los mayores dicen pasar **3.3 horas sentadas y otras 3.3 horas viendo la televisión**. Esta tendencia aumenta a medida que avanza la edad y se incrementa más en los hombres que en las mujeres (Harvey et al. 2015).

Por todo ello, tanto las organizaciones internacionales que han elaborado *The Heidelberg Guidelines for Promoting Physical Activity Among Older Persons* (OMS, 1997, 1999, 2004) y *Global Strategy o European Network for Health Enhancing Physical Activity* (HEPA) como desde los *Centers for Disease Control Prevention* (2004) y el *Canadian Fitness and Life Style Institute* (2001) consideran que el fomento del ejercicio físico entre las personas mayores es primordial para conseguir un **envejecimiento activo**. Muchos de los estudios que han desarrollado estas instituciones, confirman que la actividad física es un requisito indispensable para el envejecimiento con éxito (Fernández-Ballesteros, 2009; Lehr et al. 2009).

En cuanto a la **calidad de vida** y su relación con el ejercicio físico, diferentes estudios realizados en adultos mayores ponen de manifiesto que las personas activas poseen una mayor calidad de vida (Gómez-Piriz, Puga, Jurado y Pérez, 2014; Netz, Wu, Becker y Tenebaum, 2005).

Al respecto, Bohórquez et al. (2014) señalan que el sedentarismo está relacionado con la disminución de las capacidades físicas, cognitivas y psicológicas (Guillén y Sánchez, 2010). Sin embargo, los resultados no son concluyentes ya que, como se ha comentado

anteriormente, existe cierta confusión en las definiciones y los instrumentos utilizados en el área. Además, muchos estudios no restringen su investigación a las personas mayores, por lo que es difícil evaluar el alcance de la relación entre la actividad física y la calidad de vida para esta población específica.

En general, la influencia de la actividad física sobre la calidad de vida no ha recibido demasiada atención por parte de los investigadores (Rodríguez-Romo, Barriopedro, Alonso-Salazar y Garrido-Muñoz, 2015) y esta es, principalmente, la aportación que pretende realizar el presente trabajo.

Otras limitaciones de las escasas investigaciones existentes al respecto es que los resultados entre calidad de vida y actividad física son confusos porque no se evalúan con claridad si las asociaciones son causales (Voukelatos et al. 2015), y la relación entre el bienestar y la actividad física no está tan clara (Windle, 2014).

Otras cuestiones que hay que tener en cuenta es que el estudio de la actividad física y la calidad de vida en personas mayores se han centrado, generalmente, en poblaciones con enfermedades cardiovasculares, artritis, enfermedades pulmonares o cáncer, entre otras. También se han investigado mayoritariamente las relaciones existentes entre la actividad física y la depresión (Adams et al. 2016; Reichert, Diogo, Vieira y Dalacorte, 2011).

Sin embargo, tal y como indica Ramírez-Vélez (2010) demostrar la asociación positiva entre los niveles saludables de actividad física y la calidad de vida, podría proporcionar a los individuos sanos mayor motivación para ser activos, y ese es el objetivo de esta tesis doctoral.

Las investigaciones antes citadas, muestran la importancia de promover un envejecimiento saludable y positivo a través, entre otros factores, del ejercicio físico. En España, el Plan Integral para la promoción del Deporte y la Actividad Física en personas mayores del Consejo Superior de Deportes (CSD) puso de manifiesto en 2009 la importancia de ser físicamente activo en la vejez (Martín, Moscoso y Pedrajas, 2013).

En este sentido, y como estrategia, tal y como afirma Devereux-Fitzgerald, Pwell, Dewhurst y French (2016), para aumentar el compromiso, las intervenciones deben centrarse en la actividad física como un pasatiempo divertido, alegre, alcanzable para los adultos mayores con beneficios relevantes a corto plazo.

Esta fue también una de las prioridades del II Plan Internacional de Acción sobre el Envejecimiento (ONU, 2002). No obstante, aunque hay programas preventivos e iniciativas europeas para incrementar el ejercicio físico, no existe un consenso en cómo deben articularse los programas de envejecimiento positivo (Fernández-Ballesteros et al. 2009), aunque sí existen algunos consejos o recomendaciones, realizados por organismos internacionales, al respecto, tal y como se muestra en la figura 23.



Figura 23. Principales actividades físicas a realizar por las personas mayores. Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la OMS (2010).

Además, la OMS (2010) también realiza unas recomendaciones generales relativas a la actividad física que deben desarrollar las personas mayores. En la tabla 4 se reflejan las citadas recomendaciones.

Tabla 4. Recomendaciones mundiales de actividad física para personas mayores. Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la OMS (2010).

150 minutos semanales a realizar actividades físicas moderadas aeróbicas, o bien algún tipo de actividad física vigorosa aeróbica durante 75 minutos, o una combinación equivalente de actividades moderadas y vigorosas.

Mínimo 10 minutos de práctica a la actividad.

Aumentar hasta 300 minutos semanales la práctica de actividad física moderada aeróbica, o bien acumular 150 minutos semanales de actividad física aeróbica vigorosa, o una combinación equivalente de actividad moderada y vigorosa.

En el caso de tener movilidad reducida, la realización de actividades físicas para mejorar el equilibrio e impedir caídas, deben de realizarse tres días o más a la semana.

Fortalecer los principales grupos de músculos dos o más días a la semana.

En el caso que no puedan realizar actividad física recomendada por su estado de salud, se mantendrán físicamente activos en la medida en que se lo permita su estado.

Junto a ello, los beneficios de la práctica habitual de ejercicio físico puede aportar a las personas mayores según el informe *Physical Activity Guidelines for Americans* (2008) son importantes y de fuerte evidencia, tal y como se observa en la figura 24.

Fuerte evidencia	Evidencia moderada a fuerte	Evidencia moderada
<ul style="list-style-type: none"> • Menor riesgo de muerte temprana • Menor riesgo de enfermedad coronaria • Menor riesgo de ictus • Menor riesgo de hipertensión arterial • Menor riesgo de dislipemias diversas • Menor riesgo de diabetes tipo 2 • Menor riesgo de síndrome metabólico • Menor riesgo de cáncer de colon • Menor riesgo de cáncer de mama • Prevención del aumento de peso • Mejor condición muscular • Prevención de caídas • Mejor función cognitiva 	<ul style="list-style-type: none"> • Mejor salud funcional • Menor obesidad abdominal 	<ul style="list-style-type: none"> • Menor riesgo de fractura de cadera • Menor riesgo de cáncer de pulmón • Menor riesgo de cáncer endometrial • Mantenimiento del peso después del adelgazamiento • Mejor densidad ósea • Mejor calidad del sueño

Figura 24. Evidencia de la práctica de actividad física en la salud. Fuente: *Physical Activity Guidelines for Americans* (Gobierno USA), 2008.

Así pues, aunque la actividad física incrementa el bienestar psíquico, mejora las aptitudes mentales, el bienestar subjetivo e incrementa las habilidades sociales y el concepto de uno mismo (Lehr et al. 2009), entre otras cuestiones, que se han abordado en este apartado, todavía no merece la atención necesaria por parte de la sociedad ni de las instituciones.

Ya que se han limitado como se ha visto a realizar recomendaciones generales. Los beneficios que reportaría su práctica, además, no se limitan a cuestiones físicas, cognitivas o emocionales; es una estrategia primordial para **rebajar el gasto**

farmacéutico y sanitario, y debería, por tanto, ser una prioridad en las **políticas gubernamentales de salud pública** dedicadas a las personas mayores (Serrano-Sánchez et al. 2013).

Por todo lo expuesto anteriormente, el envejecimiento saludable es el resultado del proceso de toda una vida, y se presenta como un reto para los gerontólogos y geriatras, científicos, políticos y para todos aquellos profesionales implicados en la atención de las personas mayores.

Finalmente, y como conclusión a todo lo expuesto anteriormente, tal y como indica Guillén y Angulo (2016) las investigaciones centradas en el estudio de la satisfacción en practicantes de ejercicio físico han sido escasas, dada la naturaleza multifacética y compleja del constructo de bienestar, y que resulta sumamente interesante su relación con el ejercicio físico, así como porque su estudio se ha dirigido más a deportistas o personas jóvenes.

Por su parte, Ramírez y Lee (2012) indican la importancia de evaluar la satisfacción vital en personas mayores que participen en actividades físico-deportivas. Además, la influencia de la actividad física sobre la calidad de vida no ha recibido demasiada atención por parte de los investigadores (Rodríguez-Romo et al. 2015). Finalmente, Bohórquez et al. (2014) indican la necesidad de investigar las relaciones entre calidad de vida, bienestar subjetivo y práctica de actividad física, así como el estudio concreto de la cantidad de actividad física necesaria en personas mayores, y que forma parte de una vía de investigación necesaria para el diseño de programas de mejora de la calidad de vida de los mayores, que podría proporcionar a los individuos sanos, mayor motivación para ser activos, y es el principal aporte novedoso de la presente tesis doctoral ante dicha necesidad de estudio.

PARTE II
INVESTIGACIÓN



Capítulo 3

Objetivos e hipótesis

1. Objetivos

El objetivo principal de este estudio es profundizar en el conocimiento de la actividad física y el bienestar que desarrollan las personas mayores que son físicamente activas según sus características, y averiguar si ese bienestar está relacionado con el grado de actividad física que realizan. Para ello, se ha tratado de profundizar en dos aspectos: por un lado, en la calidad de vida que disponen y, por otro, en la satisfacción con la vida alcanzada.

Los objetivos específicos son:

- a) Conocer si las características sociodemográficas de los mayores que son activos están relacionadas con el nivel de actividad física que realizan.
- b) Conocer si las características sociodemográficas de los mayores que son activos están relacionadas con la calidad de vida que consiguen.
- c) Conocer si las características sociodemográficas de los mayores que son activos están relacionadas con la satisfacción con la vida que logran alcanzar.
- d) Conocer si la calidad de vida que tienen los mayores que son activos varía según el nivel de actividad física que realizan.

- e) Conocer si la percepción de la calidad de vida que tienen los mayores que son activos varía según el nivel de actividad física que realizan.
- f) Conocer si la satisfacción con la vida que alcanzan los mayores que son activos varía según el nivel de actividad física que realizan.

2. Hipótesis

Considerando los objetivos que se han establecido al planificar esta investigación, se han definido las siguientes hipótesis:

- Para el objetivo a):
 - Los mayores que están activos realizan niveles relevantes de actividad física.
 - Los mayores que están activos, el nivel de actividad que ejercitan depende de la edad que tengan, del sexo al que pertenecen, de la situación civil en la que se encuentran y de las enfermedades que tienen diagnosticadas.
- Para el objetivo b):
 - Los mayores que están activos alcanzan buenas valoraciones en las dimensiones de la calidad de vida.
 - La valoración que realizan los mayores de los distintos aspectos de su calidad de vida varía según la edad que tengan, el sexo al que pertenecen y la situación civil en la que se encuentran.
- Para el objetivo c):
 - Los mayores que están activos alcanzan niveles notables de satisfacción con su vida.

- La satisfacción con la vida que alcanzan los mayores que están activos varía según la edad que tengan, el sexo al que pertenecen y la situación civil en la que se encuentran.
 - Para el objetivo d):
 - Entre los mayores que están activos los que realizan niveles más elevados de actividad física tienen una mejor valoración de su salud.
 - Entre los mayores que están activos los que realizan niveles más elevados de actividad física se encuentran más integrados socialmente.
 - Entre los mayores que están activos los que realizan niveles más elevados de actividad física cuentan con más habilidades funcionales.
 - Entre los mayores que están activos los que realizan niveles más elevados de actividad física tienen más actividades y ocio.
 - Entre los mayores que están activos el nivel de actividad física que realizan no afecta a la calidad ambiental que poseen.
 - Para el objetivo e):
 - Entre los mayores que son activos los que realizan niveles más elevados de actividad física perciben que su calidad de vida es mayor.
 - Para el objetivo f):
 - Entre los mayores que son activos los que realizan niveles más elevados de actividad física alcanzan una mayor satisfacción con la vida.

Capítulo 4

Material y método

1. Participantes

1.1. Selección de la muestra

Para poder estudiar el contexto de las personas mayores físicamente activas y la influencia de los distintos niveles de actividad que desarrollan, se partió de una muestra que alcanzara unos mínimos de actividad. Para ello, se consideró apropiado seleccionar a los participantes que colaboraran en el estudio en **centros deportivos y sociales** (tanto públicos como privados) de la provincia de Alicante.

Asimismo, para abarcar todos los espacios donde las personas mayores pueden realizar actividades físicas, se decidió completar la muestra con participantes captados en espacios exteriores a los que habitualmente la población también acude para realizar ejercicio físico, como son zonas verdes, grandes **espacios abiertos o zonas deportivas**.

En la selección de los centros a los que se les iba a exponer el proyecto se tuvieron en cuenta dos consideraciones: que fueran centros que realizaran actividades orientadas a personas mayores y, dado que había que acudir en varias ocasiones a cada sede, que fueran fácilmente accesibles para los desplazamientos. Así, se seleccionaron **38 centros**

a los que se solicitó su participación en el estudio; **18 de los centros** contactados (el 47.4%) contestaron a la solicitud¹.

Para todos los participantes se establecieron tres criterios de inclusión: a) que fueran personas de 60 años en adelante, b) que fueran físicamente activos y c) que hiciera más de un año que realizaban esa actividad física.

Inicialmente, decidieron incorporarse al estudio **613 participantes** que fueron los que recibieron los cuestionarios. Hubo 89 participantes que no devolvieron nunca sus cuestionarios contestados. Tras la revisión de los cuestionarios cumplimentados, se descartaron 127 participantes porque sus ejemplares contenían incongruencias importantes, tenían ítems no contestados o era recomendable tras el resultado obtenido del análisis estadístico exploratorio de los datos.

Finalmente, la muestra quedó formada por **397 personas mayores** que, previamente, habían rellenado el formulario de consentimiento informado de participación en el estudio (Anexo II) y a los cuales se les garantizó la confidencialidad de los datos obtenidos.

El 77.6% de los participantes en el estudio realizaba actividades físicas en centros deportivos y sociales y el 22.4% en zonas exteriores. En concreto, las poblaciones y espacios de los que procede la muestra son los siguientes (Tabla 5).

¹En el estudio participaron siete centros en Elche, tres centros en San Juan, dos centros en San Vicente del Raspeig y un centro en L'Altet, en Callosa del Segura, en Crevillente, en Orihuela, en Torrellano y en Torreveja.

Tabla 5. Espacios y localidades en los que se ha obtenido la muestra.

Espacios	Localidad	<i>n</i>	%
Centros deportivos y sociales	Altet	26	6.5
	Callosa de Segura	13	3.3
	Crevillente	12	3
	Elche	172	43.3
	Orihuela	5	1.3
	San Juan	36	9.1
	San Vicente del Raspeig	8	2
	Torrellano	13	3.3
	Torrevieja	23	5.8
<i>TOTAL CENTROS</i>		<i>308</i>	<i>77.6</i>
Zonas exteriores	Callosa del segura	3	0.8
	Orihuela	16	4
	Torrevieja	70	17.6
	<i>TOTAL EXTERIORES</i>		<i>89</i>
TOTAL		397	100

1.2. Descripción de la muestra

En el estudio han participado **397 participantes**, de los cuales el **64.7% son mujeres** ($n=257$) y el **35.3% son hombres** ($n=140$). La **edad media** de los participantes es de **69.65 años**, siendo la edad mínima de 61 años y la máxima de 93 años. Respecto al peso, las mujeres tienen una media de 66.86 kilos, mientras que en los hombres el peso medio es de 78.88 kilos (Tabla 6).

Tabla 6. Estadísticos descriptivos de la variable edad y peso.

	Total			Mujeres			Hombres		
	<i>M (DT)</i>	<i>Mín.</i>	<i>Máx.</i>	<i>M (DT)</i>	<i>Mín.</i>	<i>Máx.</i>	<i>M (DT)</i>	<i>Mín.</i>	<i>Máx.</i>
Edad	69.65 (4.71)	61	93	69.44 (4.61)	61	93	70.04 (4.89)	65	86
Peso	71.08 (12.05)	43	125	66.86 (10.55)	43	125	78.88 (10.71)	59	115

En concreto, respecto a la edad, el **66.2%** de los participantes en la investigación tienen entre 65 y 69 años (Figura 25).

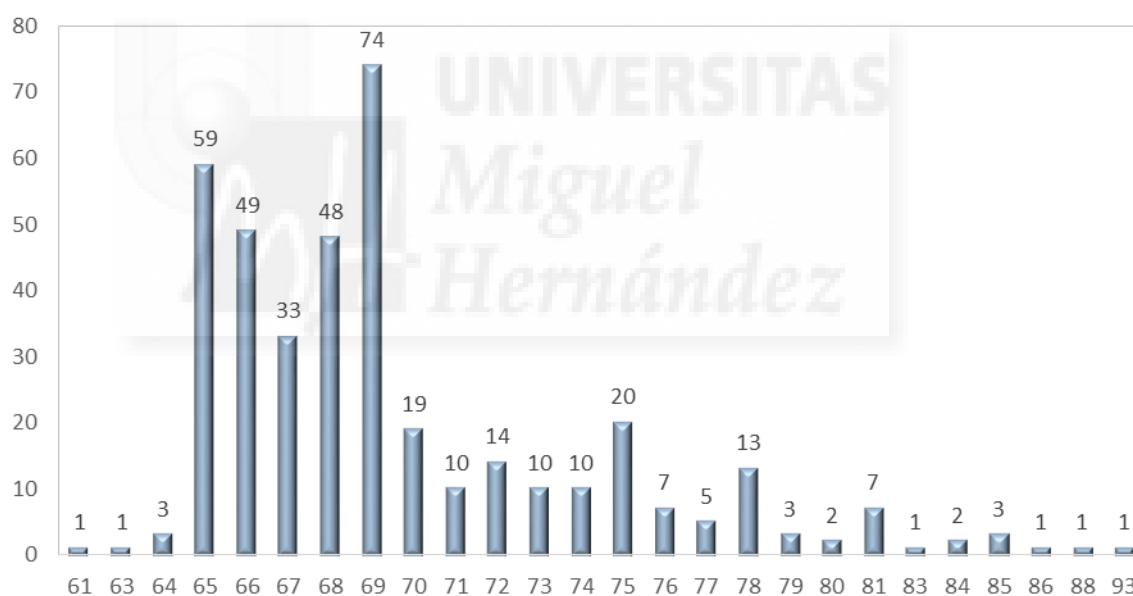


Figura 25. Número de participantes por edad.

El estado civil que tienen la mayoría de los participantes es el de **casados (66%)**, hay un 15.6% de los participantes que son viudos, el 7.8% son solteros, el 5.8% son divorciados y el 4.8% tiene otro estado civil. En cuanto a los hijos, tienen una media de **1.95 hijos**

por participante, aunque se ha registrado un 16.4% de los participantes que no tiene ningún hijo (Tabla 7).

Tabla 7. Número de hijos de los participantes.

	<i>n</i>	%
Ninguno	65	16.4
1 hijo	55	13.9
2 hijos	160	40.3
3 hijos	84	21.1
4 hijos	22	5.5
5 hijos	8	2
6 hijos	3	0.8
<i>M (DT)</i>	1.95 (1.24)	

Respecto a su situación de convivencia, los participantes del estudio viven con una media de 1.36 personas más, aunque hay una parte importante de ellos (**el 31.6%**) que **viven solos** (Tabla 8).

Tabla 8. Nº de personas con las que conviven los participantes.

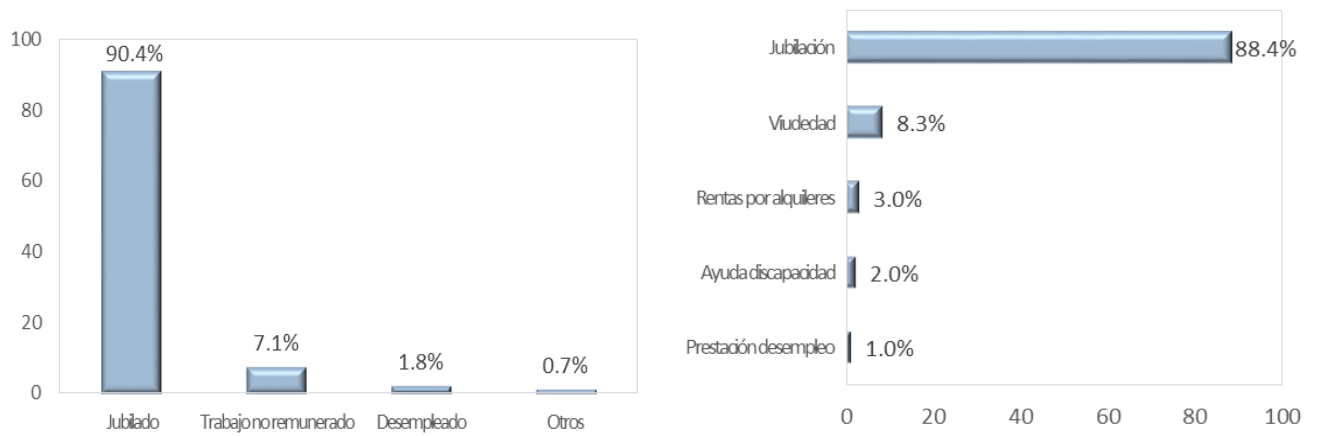
	<i>n</i>	%
Vive solo	125	31.6
Convive con 1 persona	105	26.5
Convive con 2 persona	89	22.4
Convive con 3 persona	59	14.9
Convive con 4 persona	13	3.3
Convive con 5 persona	5	1.3
<i>M (DT)</i>	1.36 (1.23)	

Para analizar el apoyo social con el que cuentan los participantes se han considerado dos aspectos: la cantidad de amigos que tienen y el número de personas que podrían acudir a ayudarles si lo necesitaran. Los participantes tienen una media de **6.64 amigos** cada uno y cuentan con 6.46 personas de media que pueden proporcionarles asistencia si lo requieren (Tabla 9).

Tabla 9. Apoyo social de los participantes.

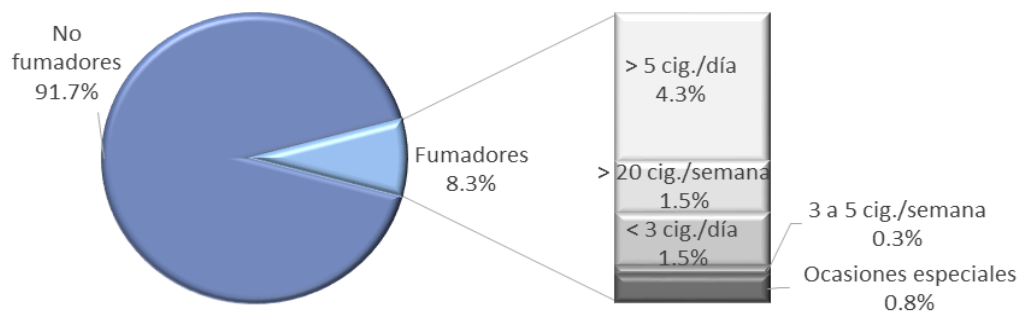
Amigos que tienen los participantes			Personas que les pueden ayudar		
	<i>n</i>	%		<i>n</i>	%
No tiene amigos	37	9.4	Ninguna	25	6.3
Tiene entre 1 y 3 amigos	96	24.3	Entre 1 y 3 personas	112	28.2
Tiene entre 4 y 6 amigos	139	35.2	Entre 4 y 6 personas	128	32.2
Tiene entre 7 y 10 amigos	73	18.4	Entre 7 y 10 personas	78	19.7
Tiene entre 11 y 20 amigos	36	9.1	Entre 11 y 20 personas	50	12.6
Tiene entre 21 y 30 amigos	7	1.8	Entre 21 y 30 personas	2	0.5
Tiene entre 31 y 50 amigos	7	1.8	Entre 31 y 50 personas	2	0.5
<i>M (DT)</i>	6.64 (7.19)		<i>M (DT)</i>	6.46 (5.88)	

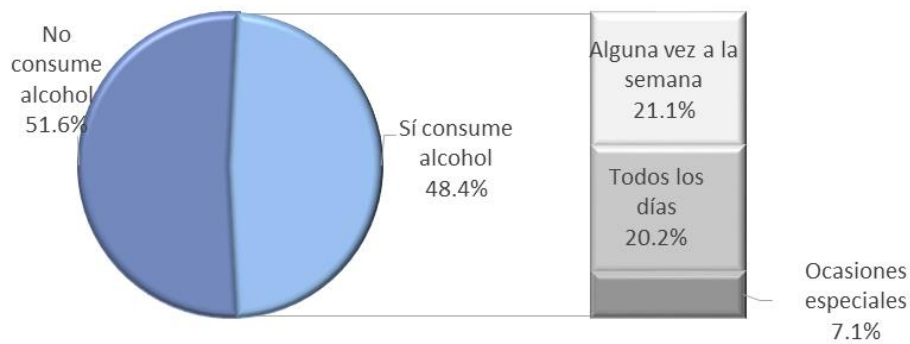
Por otra parte, en lo relativo a su situación laboral, el 90.4% de los participantes está jubilado y hay un 7.1% que realiza algún tipo de trabajo que no está remunerado. En lo que respecta a su situación económica, el 88.4% de ellos cobra una pensión de jubilación y el 8.3% una pensión de viudedad. Además, hay un 3% de los participantes que complementa sus ingresos con rentas que obtienen por el alquiler de inmuebles (Figura 26 y 27).



Figuras 26 y 27. Situación laboral y económica de los participantes.

Para conocer cuál es el estado de salud de los participantes se han analizado dos aspectos: los hábitos de vida que tienen que se pueden considerar poco saludables (consumo de tabaco y alcohol) y su estado clínico (enfermedades físicas y psicológicas). Respecto a sus hábitos, los participantes que han colaborado en el estudio, son mayoritariamente no fumadores (91.7%) y solo un 4.3% fuma más de cinco cigarrillos diarios. Además, la mitad de ellos, no consume nunca alcohol, aunque hay un 20.2% que sí lo toma diariamente (Figuras 28 y 29).





Figuras 28 y 29. Hábitos de vida poco saludables de los participantes.

El análisis del estado clínico de los participantes determina que el **71.3% no padece ninguna enfermedad física y el 87.9% carece de problemas psicológicos**. Respecto a los participantes que sí presentan dolencias, entre las físicas, las que tienen una mayor incidencia son la artrosis (6.6%), la hipertensión (4.1%), la diabetes (3%) y la osteoporosis (2.8%) (Tabla 10). En cuanto a las psicológicas, las más habituales son la depresión (8.5%) y la ansiedad (2.8%) (Figura 30).

Tabla 10. Enfermedades físicas que padecen los participantes.

	<i>n</i>	%
Artrosis	26	6.6
Hipertensión	16	4.1
Diabetes	12	3
Osteoporosis	11	2.8
Artritis	8	2
Colesterol	4	1
Fibromialgia	4	1
Riñón	4	1
Taquicardia	4	1

Alergia	3	0.8
Escoliosis	3	0.8
Hipotiroides	3	0.8
Lumbalgia	3	0.8
Marcapasos	3	0.8
Migrañas	3	0.8
Arritmias	1	0.2
Bronquitis	1	0.2
Cáncer	1	0.2
Nictamus	1	0.2
Sordera	1	0.2
Tensión	1	0.2
Tiroides	1	0.2
TOTAL	114	28.7

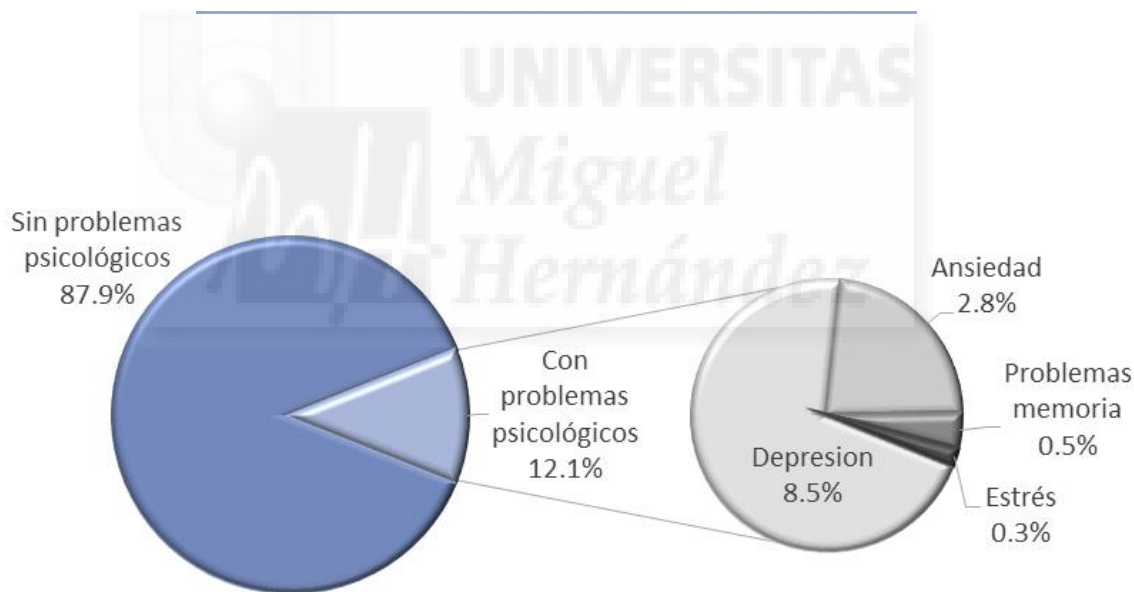


Figura 30. Problemas psicológicos de los participantes.

Respecto a la actividad física concreta que realizan los participantes, la mitad de ellos opta por hacer gimnasia, el 13.6% por bailar, el 12.6% por realizar algún tipo de actividad acuática y el 10.8% por hacer yoga (Figura 31).

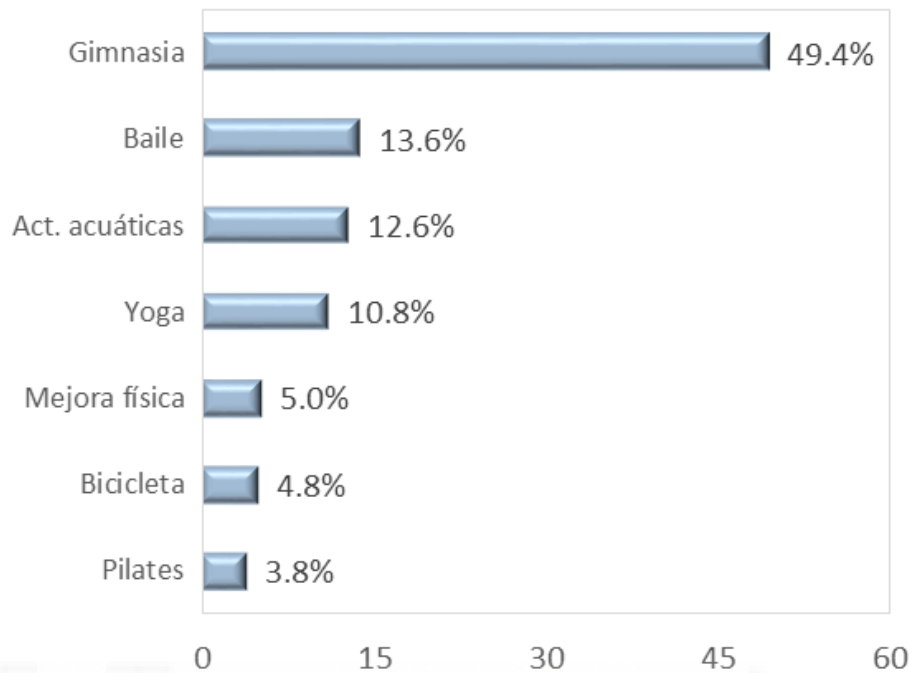


Figura 31. Actividad física principal de los participantes.

2. Procedimiento

Por una parte, se contactó a través de e-mail con los responsables de los 38 centros alicantinos seleccionados para informarles del estudio que se iba a realizar y solicitarles su colaboración en él. En cada uno de los centros que aceptaron cooperar (18), se realizaron **cuatro reuniones**. En la primera reunión se concretaba con los responsables del centro un día informativo para **explicar el estudio** al monitor/a y elegir el horario más adecuado para exponérselo a los participantes.

En la segunda reunión se acudía con el monitor al aula para **informar a los participantes** del estudio, de sus objetivos y de la utilización de los resultados para la investigación de una tesis doctoral. Se ofreció a los asistentes que estuvieran interesados la posibilidad de participar en la investigación de forma gratuita y voluntaria, y se les entregó una hoja con el **consentimiento informado** que en la tercera reunión tenían que traer firmada los que aceptasen participar.

En la tercera reunión la doctorando repartía los **cuestionarios** en el aula, explicaba cómo había que contestarlos y aclaraba las dudas que se pudieran plantear, permaneciendo en el aula con los participantes hasta que éstos terminaran de cumplimentarlos de forma individual. Los cuestionarios se administraron después de que los participantes realizaran la actividad física, en un ambiente tranquilo y de forma anónima. Finalmente, se realizaba una cuarta reunión para recoger los cuestionarios que, algunos participantes tenían pendientes de entregar y para agradecerles a todos su colaboración en el estudio.

Por otra parte, se acudió a **espacios externos** a los que habitualmente acuden personas mayores para realizar ejercicio físico. Se iniciaba el contacto con ellos preguntándoles si tenían como hábito salir a andar, realizar actividades acuáticas o si participaban en algún programa de mejora física. Cuando se confirmaba que cumplían todos los requisitos de inclusión se les **explicaba el estudio y sus objetivos**, tal y como se había hecho con los participantes de los centros deportivos. A los que aceptaron participar en la investigación se les entregó un sobre con los **cuestionarios** que tenían que devolver cumplimentados en una cita posterior que se fijaba en ese momento².

Los cuestionarios cumplimentados se clasificaron teniendo en cuenta los criterios de selección de la muestra: el tipo de lugar de captación de los participantes (centros deportivos o sociales y zonas exteriores) y la localidad en la que estos se ubican.

La recogida de datos se realizó entre el 1 de abril y el 31 de julio de 2015.

² Previo a la recogida de la muestra, y dado que no se iba a estar presente durante la cumplimentación de los cuestionarios, se realizó un estudio piloto con 35 personas de 60 años en adelante para mejorar la accesibilidad y comprensión del documento, lo que permitió realizar en el cuestionario los cambios pertinentes y adecuarlo a las condiciones de la población objetivo.

3. Instrumentos

En la recogida de los datos se han utilizado tres cuestionarios autoadministrados:

- Para evaluar la actividad física se ha aplicado el Cuestionario Internacional de Actividad Física, IPAQ. (OMS, 2002).
- Para evaluar la calidad de vida se ha empleado el Cuestionario Breve de Calidad de Vida, CUBRECAVI. (Fernández-Ballesteros y Zamarrón, 2007).
- Para medir la satisfacción con la vida se ha recurrido al Life Satisfaction Index (LSI-A, Adams (1969) adaptada al castellano por Stock, Okun y Gómez, 1994).

También se suministró una ficha de elaboración propia para recoger los datos de los participantes relativos a aspectos sociodemográficos, del entorno social y familiar, de su estado de salud y los relativos a hábitos de vida (Anexo III).

International Physical Activity Questionnaire. IPAQ. (OMS, 2002)

Se ha utilizado el Cuestionario Internacional de Actividad Física en su versión corta.

Este cuestionario evalúa tres tipos de actividades físicas: caminar, actividades de intensidad moderada y actividades de intensidad fuerte. Además, también trata de evaluar el sedentarismo. Permite clasificar a los participantes en tres niveles de actividad: alta, moderada y baja.

Así, en los niveles de **actividad alta** se considera a los participantes que realizan diariamente al menos una hora más de actividad de intensidad moderada por encima del nivel basal de actividad, o media hora de una actividad de intensidad fuerte por encima de los niveles basales diarios.

En los niveles de **actividad moderada** se considera a los participantes que realizan media hora al menos de actividades físicas de intensidad moderada casi todos los días; y, en los niveles de **actividad baja** a los participantes que no están en los niveles de

actividad moderada o alta. Este cuestionario es recomendado por la OMS y se ha utilizado frecuentemente en personas mayores (Milanović, Sporis y Weston, 2015).

El participante ha de contestar siete ítems relativos a la actividad física que ha realizado en los últimos siete días.

La fiabilidad del IPAQ en su versión corta es de 0.65 ($r_s=0.76$; IC95%:0.73-0.77).

Cuestionario Breve de Calidad de Vida. CUBRECAVI. (Fernández-Ballesteros y Zamarrón, 2007).

Este cuestionario evalúa, a partir del concepto multidimensional de calidad de vida y salud propuesto por la OMS, los componentes más relevantes de la calidad de vida en las personas mayores.

Está formado por 21 subescalas agrupadas en nueve escalas: *Salud* (salud subjetiva, objetiva y psíquica), *Integración social* (satisfacción con la convivencia, frecuencia de las relaciones sociales, satisfacción con las relaciones sociales), *Habilidades funcionales* (autonomía funcional, actividades de la vida diaria), *Actividad y ocio* (nivel de actividad, frecuencia de las actividades, satisfacción con las actividades), *Calidad ambiental* (satisfacción con los elementos ambientales, satisfacción general con la vivienda), *Satisfacción con la vida*, *Educación*, *Ingresos y Servicios sociales y sanitarios* (frecuencia de utilización de servicios, satisfacción con la utilización de servicios).

Cada subescala se evalúa mediante una o varias cuestiones, obteniéndose puntuaciones independientes para cada una de las escalas. Las dos últimas subescalas que contiene el cuestionario no se agrupan en ninguna de las escalas indicadas, ya que son elementos adicionales que permiten examinar las preferencias del propio participante respecto a los componentes que más valora de la calidad de vida, y obtener una **valoración global subjetiva de la calidad de vida** realizada por el propio participante.

El participante ha de valorar 71 ítems, casi todos contruidos según escalas de puntuaciones tipo Likert con 3, 4 o 5 opciones de respuesta, que evalúan el grado de satisfacción o la frecuencia de distintos aspectos considerados. La duración del cuestionario es de, aproximadamente, 20 minutos. Es un cuestionario altamente recomendado para evaluar la calidad de vida (Fernández-Ballesteros y Zamarrón, 2007; Santacreu, Bustillos y Fernández-Ballesteros, 2016).

Los niveles de consistencia interna de las escalas (alfa de Cronbach) oscilan entre 0.70 y 0.92.

Life Satisfaction Index, Index A. LSI-A. (Adams, 1969, adaptada al castellano por Stock, Okun y Gómez, 1994).

La escala LSI-A original consta de 20 ítems y se utiliza como medida de operación válida y confiable del bienestar psicológico entre adultos mayores. Tiene cinco dimensiones: entusiasmo, propósito y fortaleza, congruencia entre deseo y posibilidad de alcanzar metas, autoconcepto positivo y estado de ánimo (Neugarten, Havighurst y Tobin, 1961).

Esta escala fue revisada por Adams (1969) que la redujo a 18 ítems en los que los participantes han de valorar su nivel de conformidad con unos valores de puntuación de 0 a 2 (0=*En desacuerdo*, 1=*No sabe* y 2=*De acuerdo*). La puntuación de la escala fluctúa entre 0 y 36. En otras investigaciones para los mismos participantes ha sido una escala utilizada con buenos resultados (Serrano et al. 2014).

El nivel de consistencia interna de la escala es $\alpha = 0.74$.

4. Análisis de datos

En primer lugar se ha realizado un **análisis descriptivo** de la muestra para saber las características que presenta.

Para conocer los **niveles de actividad física, calidad de vida y satisfacción con la vida** que tienen los participantes de la muestra según sus características sociodemográficas se han aplicado distintas pruebas estadísticas según los tipos de variables (**análisis de varianza de un factor, chi-cuadrado y prueba t para muestras independientes**).

Después, se han realizado **anovas de un factor** para investigar el comportamiento de algunas de las dimensiones de la **calidad de vida** de los participantes y de su **satisfacción con la vida** ante los distintos **niveles de actividad física**.

A continuación, se ha aplicado una **prueba chi-cuadrado** para saber si la **percepción de la calidad de vida** que tienen los participantes está relacionada con el **nivel de actividad física** que realizan.

En los análisis de varianza, cuando no se cumple el supuesto de homogeneidad se ha tomado el **estadístico de Welch** y las **pruebas post-hoc de Games-Howell**. Para estimar el tamaño del efecto³, se ha utilizado la *d* de *Cohen* (1988) en las pruebas t para muestras independientes; en las variables cualitativas, se ha tomado el *Coefficiente Phi* y la *V de Cramer* (en función del tamaño de las tablas de contingencia).

El valor de significación establecido es $<.05$.

Los análisis de datos se han realizado con el paquete estadístico SPSS, versión 23.0.

³ Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Capítulo 5

Resultados

1. Actividad física, calidad de vida y satisfacción con la vida que tienen las personas mayores

1.1. Actividad física

En este apartado se tratará de conocer si las características sociodemográficas de las personas mayores están relacionadas con el nivel de actividad física que realizan, analizando la edad, el sexo, la situación civil y las enfermedades que padecen.

Edad, sexo, situación civil, enfermedades → Nivel de actividad física

Los resultados de la escala IPAQ señalan que, el 46.1% de los participantes realiza una actividad física alta, el **41.6% una actividad física moderada** y el 12.3% una actividad física baja (Figura 32).



Figura 32. Proporción de Actividad Física de los participantes.

Se ha analizado si la edad que tienen los participantes varía según el nivel de actividad física que desarrollan, pero los resultados muestran que no existen diferencias significativas entre las medias de edad en cada grupo de actividad física (Tabla 11).

Tabla 11. Medias (desviaciones típicas) y ANOVA de un factor de la edad de los participantes según el nivel de actividad física.

	Alta		Moderada		Baja		F	P
	N	M (DT)	N	M (DT)	N	M (DT)		
Edad	183	69.15 (4.22)	165	69.83 (4.76)	49	70.92 (5.96)	2.37	.097

* Significación estadística

Asimismo, en cuanto el nivel de actividad física según el sexo de los participantes, en la tabla 12 se muestra que los **hombres** realizan mayoritariamente una **actividad alta** (son el 56.4% frente al 40.5% de las mujeres) y las **mujeres una actividad moderada** (el 45.1% frente al 35% de los hombres). Asimismo, existen diferencias en la actividad física entre hombres y mujeres que son estadísticamente significativas ($\chi^2(2,N=397)=9.74$; $p=.008$); por tanto, existe relación entre estas dos variables pero con un nivel bajo de asociación entre ellas ($V_{Cramer}=.157$).

Tabla 12. Nivel de actividad física según el sexo de los participantes.

		Alta	Moderada	Baja	Total
Hombres	N	79	49	12	140
	% sexo	56.4	35	8.6	100
	% N. actividad	43.2	29.7	24.5	35.3
Mujeres	N	104	116	37	257
	% sexo	40.5	45.1	14.4	100
	% N. actividad	56.8	70.3	75.5	64.7

Si se analiza la actividad física que realizan los participantes según su situación civil, mientras que los **solteros y los casados** realizan mayoritariamente una **actividad alta** (el 54.8% y el 49.2% respectivamente), los **viudos y los divorciados** ejercitan más una **actividad moderada** (el 66.1% y el 47.8% respectivamente); los análisis muestran que existen diferencias estadísticamente significativas en el ejercicio físico que se ejercita en los diferentes estados civiles ($\chi^2(6,N=378)=19.12; p=.004$) aunque la asociación entre las variables es de grado bajo ($V_{Cramer}=.159$) (Tabla 13).

Tabla 13. Nivel de actividad física según el estado civil de los participantes.

		Alta	Moderada	Baja	Total
Soltero	<i>N</i>	17	11	3	31
	% estado civil	54.8	35.5	9.7	100
	% N. actividad	10.1	6.8	6.4	8.2
Casado	<i>N</i>	129	99	34	262
	% estado civil	49.2	37.8	13	100
	% N. actividad	76.3	61.1	72.3	69.3
Divorciado	<i>N</i>	9	11	3	23
	% estado civil	39.1	47.8	13.1	100
	% N. actividad	5.3	6.8	6.4	6.1
Viudo	<i>N</i>	14	41	7	62
	% estado civil	22.6	66.1	11.3	100
	% N. actividad	8.3	25.3	14.9	16.4

Respecto a su estado clínico, aunque existen pequeñas diferencias entre la actividad física que realizan los participantes según si padecen enfermedades físicas o no, estas no han resultado estadísticamente significativas; y tampoco son significativas las diferencias de actividad entre los participantes que tienen enfermedades psicológicas (Tabla 14).

Tabla 14. Nivel de actividad física según el estado clínico de los participantes.

			Alta	Moderada	Baja	Total
Enfermedad física	Sí	<i>N</i>	45	53	16	114
		% Enf. física	39.5	46.5	14	100
		% N. actividad	24.6	32.1	32.7	28.7
	No	<i>N</i>	138	112	33	283
		% Enf. física	48.8	39.6	11.7	100
		% N. actividad	75.4	67.9	67.3	71.3
Enfermedad psicológica	Sí	<i>N</i>	22	19	7	48
		% Enf. psicológica	45.8	39.6	14.6	100
		% N. actividad	12	11.5	14.3	12.1
	No	<i>N</i>	161	146	42	349
		% Enf. psicológica	46.2	41.8	12	100
		% N. actividad	88	88.5	85.7	87.9

1.2 Calidad de vida

Como hemos mencionado con anterioridad, el cuestionario CUBRECAVI se divide en las escalas que pasaremos a analizar en nuestra muestra a continuación.

En este apartado se tratará de conocer si las características sociodemográficas de las personas mayores activas están relacionadas con la calidad de vida, analizándolo según la edad, sexo y situación civil para cada escala del CUBRECAVI.

Edad, sexo, situación civil → Calidad de Vida y subescalas

1.2.1. Escala de salud

Los participantes en la investigación tienen una puntuación elevada en la escala de salud (3.15), aunque hay que señalar que la puntuación de las **mujeres (3.09) es algo inferior a la de los hombres (3.26)**, siendo la diferencia entre ambos estadísticamente significativa ($t(395)=3.34$; $p=.001$) con un tamaño del efecto pequeño $d=.36$ (Tabla 15).

Tabla 15. Media y desviación típica de la escala y subescalas de salud de CUBRECAVI según el sexo de los participantes.

	Total		Mujeres		Hombres	
	<i>N</i>	<i>M (DT)</i>	<i>N</i>	<i>M (DT)</i>	<i>N</i>	<i>M (DT)</i>
Salud	397	3.15 (.48)	257	3.09 (.48)	140	3.26 (.46)
Salud subjetiva	397	2.78 (.82)	257	2.77 (.84)	140	2.81 (.77)
Salud objetiva	397	3.48 (.38)	257	3.44 (.36)	140	3.55 (.40)
Salud psíquica	397	3.19 (.66)	257	3.08 (.66)	140	3.41 (.60)

Analizando cada una de las subescalas de salud⁴, en la subescala de **salud objetiva** es en la que los **participantes puntúan más alto (3.48)**, seguida de la **salud psíquica (3.19)** y siendo la **salud subjetiva la que proporciona un valor inferior (2.78)**. Esto puede indicar que los participantes creen que su estado de salud (salud subjetiva) es peor de lo que la realidad refleja que es (salud objetiva y psíquica).

Teniendo en cuenta el sexo de los participantes, no existen diferencias significativas en la valoración subjetiva que realizan cada uno de su estado de salud; en cambio, los **hombres tienen una salud objetiva (3.55) superior a la de las mujeres (3.44)**, y esa diferencia es estadísticamente significativa ($t(395)=2.97$; $p=.003$) con un tamaño del efecto pequeño ($d=.29$), y **también tienen una salud psíquica (3.41) mayor que la de las mujeres (3.08)**, con diferencias significativas ($t(395)=4.98$; $p<.001$) y tamaño del efecto medio ($d=.50$).

Para analizar la escala de salud según la edad (Tabla 16), se han diferenciado dos grupos⁵: de 61 hasta 68 años y de 69 a 93 años. Las diferencias entre ambos grupos son muy pequeñas tanto en la escala general de salud, como en la subescala objetiva y psíquica.

⁴ Todas las subescalas de salud tienen una puntuación máxima de 4.

⁵ Se han distinguido dos grupos en función de la mediana de la edad de la muestra (Me=69).

Tabla 16. Media y desviación típica de la escala y subescalas de salud de CUBRECAVI según la edad de los participantes.

	Hasta 68 años		> 68 años	
	<i>N</i>	<i>M (DT)</i>	<i>N</i>	<i>M (DT)</i>
Salud	194	3.19 (.47)	203	3.12 (.49)
Salud subjetiva	194	2.88 (.75)	203	2.69 (.87)
Salud objetiva	194	3.49 (.40)	203	3.47 (.36)
Salud psíquica	194	3.20 (.64)	203	3.19 (.68)

Solo en la subescala de **salud subjetiva** el nivel de satisfacción que manifiestan las personas entre **61 y 68 años (2.88)** es superior al que tienen las personas de **69 años en adelante (2.69)**, y las diferencias son estadísticamente significativas ($t(391.52)=2.23$; $p=.026$) con un tamaño del efecto pequeño ($d=.23$) (Figura 33).

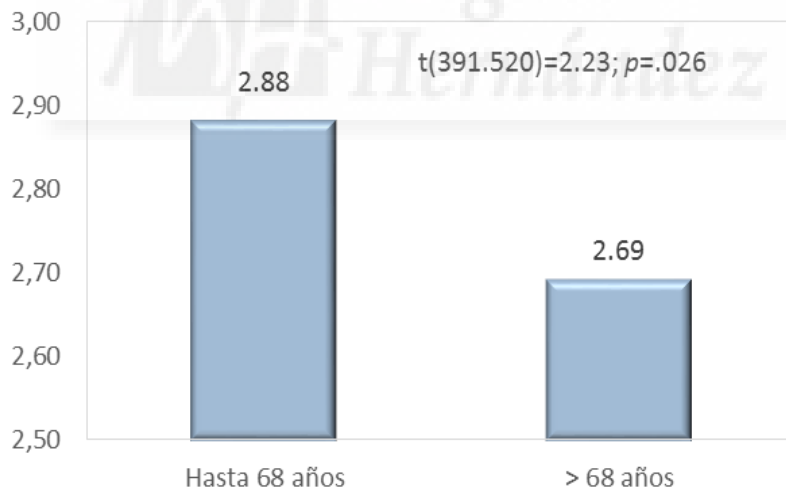


Figura 33. Salud subjetiva por grupos de edad.

En cuanto a la escala de salud según el estado civil de los participantes las diferencias de medias son pequeñas y no significativas en la escala de salud general, en la subescala de salud subjetiva y en la de salud objetiva (Tabla 17).

Tabla 17. Media, desviación típica y ANOVA de un factor de la escala y subescalas de salud de CUBRECAVI según el estado civil de los participantes.

	Soltero		Casado		Divorciado		Viudo		F	p
	N	M (DT)	N	M (DT)	N	M (DT)	N	M (DT)		
Salud	31	3.31 (.41)	262	3.15 (.49)	23	3.27 (.52)	62	3.05 (.47)	2.45	.063
Salud subjetiva	31	3.03 (.75)	262	2.75 (.82)	23	3.04 (.88)	62	2.69 (.82)	2.11	.098
Salud objetiva	31	3.48 (.42)	262	3.49 (.38)	23	3.54 (.37)	62	3.45 (.33)	.39	.759
Salud psíquica	31	3.42 (.42)	262	3.21 (.69)	23	3.22 (.69)	62	3.02 (.63)	4.42	.007*

* Significación estadística

Solo en la subescala de **salud psíquica** las diferencias entre los grupos son estadísticamente significativas ($F(3;66.76)=4.42; p=.007$). En las comparaciones entre los grupos se obtiene que las diferencias son estadísticamente significativas ($t(82.99)=3.67; p<.001$) con un tamaño del efecto medio ($d=.75$), concretamente entre la salud psíquica de los **solteros (3.42) y la de los viudos (3.02) que es inferior**, como se puede observar en la siguiente figura.

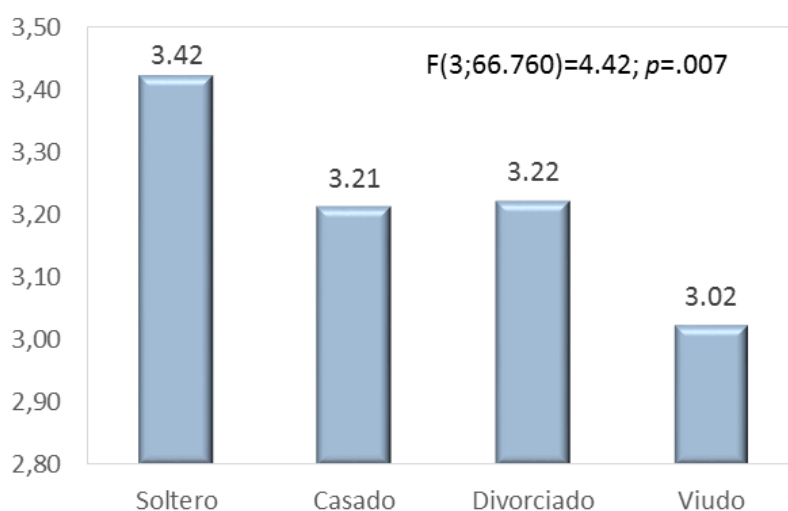


Figura 34. Salud psíquica según el estado civil.

1.2.2. Escala de integración social

Los participantes obtienen una alta puntuación en la escala de integración social (3.33), siendo la puntuación de las mujeres ligeramente superior a la de los hombres, pero no alcanzando a ser la diferencia de medias estadísticamente significativa (Tabla 18).

Analizando cada una de las subescalas de **integración social**, en la **subescala de satisfacción con la convivencia**⁶ es en la que la puntuación relativa es más alta (2.83), seguida de la **subescala de satisfacción con las relaciones sociales**⁷ (3.55) y la **subescala de frecuencia con las relaciones sociales**⁸ (3.67), lo que parece indicar que los participantes están más satisfechos con sus relaciones (tanto sociales como de convivencia) que con la frecuencia con que las mantienen. Si se tiene en cuenta el sexo de los participantes, no existen diferencias significativas entre la frecuencia y satisfacción que tienen hombres y mujeres en sus relaciones sociales y de convivencia.

Tabla 18. Media y desviación típica de la escala y subescalas de integración social de CUBRECAVI según el sexo de los participantes.

	Total		Mujeres		Hombres	
	<i>N</i>	<i>M (DT)</i>	<i>N</i>	<i>M (DT)</i>	<i>N</i>	<i>M (DT)</i>
Integración Social	397	3.33 (.40)	257	3.34 (.39)	140	3.31 (.42)
Satisfacción con la convivencia	397	2.83 (.55)	257	2.81 (.57)	140	2.86 (.51)
Frecuencia relaciones sociales	397	3.67 (.77)	257	3.72 (.75)	140	3.59 (.81)
Satisfacción relaciones sociales	397	3.55 (.53)	257	3.53 (.51)	140	3.58 (.56)

Si se analiza la escala de **integración social** en función de la edad las diferencias entre los grupos considerados resultan significativas ($t(395)=2.31$; $p=.021$) con un tamaño del

⁶ La puntuación máxima que se puede obtener en la subescala es 3.

⁷ La puntuación máxima que se puede obtener en la subescala es 4.

⁸ La puntuación máxima que se puede obtener en la subescala es 5.

efecto pequeño ($d=.25$), siendo **menor la integración social en los participantes de más de 68 años (3.28 frente a 3.38)** (Tabla 19).

Tabla 19. Media y desviación típica de la escala y subescalas de integración social de CUBRECAVI según la edad de los participantes.

	Hasta 68 años		> 68 años	
	<i>N</i>	<i>M (DT)</i>	<i>N</i>	<i>M (DT)</i>
Integración social	194	3.38 (.37)	203	3.28 (.43)
Satisfacción con la convivencia	194	2.89 (.37)	203	2.77 (.67)
Frecuencia relaciones sociales	194	3.68 (.75)	203	3.67 (.79)
Satisfacción relaciones sociales	194	3.56 (.51)	203	3.55 (.54)

En lo que respecta a las subescalas, tanto en la frecuencia con las relaciones sociales como en la satisfacción con las relaciones sociales las diferencias de puntuación no son significativas, pero en la subescala de **satisfacción con la convivencia** sí que se han obtenido diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones en personas **de 61 a 68 años (2.89)** y **las personas de más de 68 años (2.77)** ($t(319.27)=2.28$; $p=.023$) con un tamaño del efecto pequeño ($d=.26$) tal y como se observa en la figura 35.

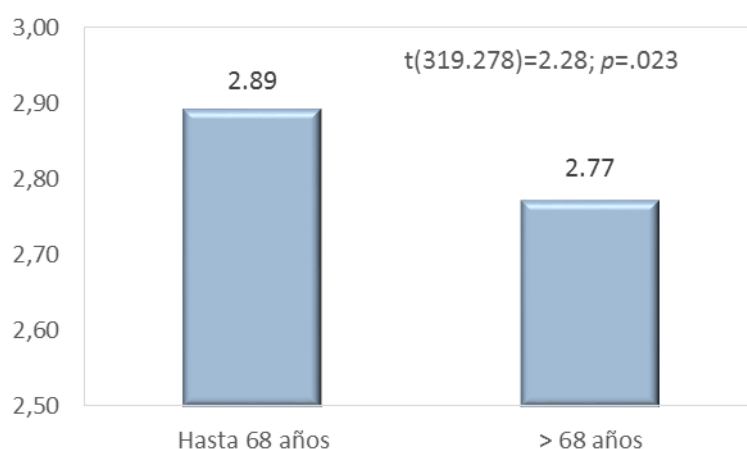


Figura 35. Satisfacción con la convivencia por grupos de edad.

Respecto a la escala de integración social según la situación civil de los participantes, hay diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de los participantes ($F(3, 374)=19.31; p<.001$). En las comparaciones por pares, se observa que la **integración social de los solteros (2.91) es inferior a la de los casados (3.41)** siendo las diferencias significativas ($t(291)=-7.45; p<.001$) con un tamaño del efecto grande ($d=.87$); que existen diferencias entre los **solteros (2.91) y divorciados (3.33)** estadísticamente significativas ($t(52)=-4.38; p<.001$) con un tamaño del efecto grande ($d=1.21$); y que también existen diferencias entre **los solteros (2.91) y los viudos (3.43)** estadísticamente significativas ($t(91)=-6.68; p<.001$) con un tamaño del efecto grande ($d=1.40$) como se observa en la siguiente figura.

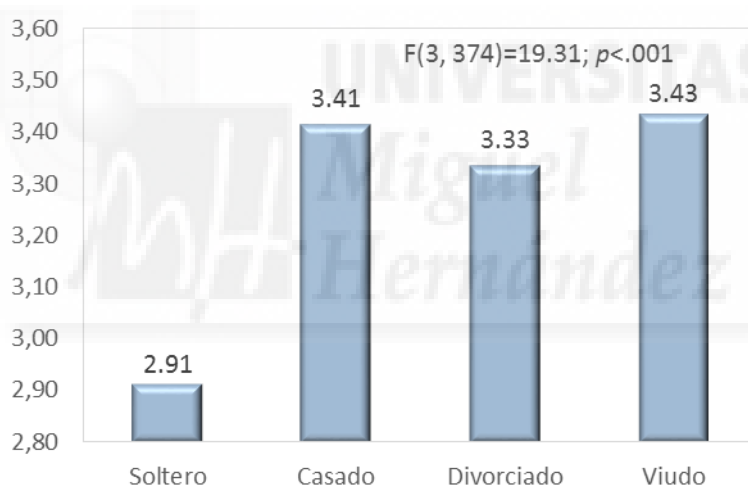


Figura 36. Integración social según el estado civil.

Asimismo, se han obtenido los siguientes datos:

- En la subescala de satisfacción con la convivencia las puntuaciones presentan diferencias estadísticamente significativas ($F(3; 71.58)=4.68; p=.005$). En las comparaciones por pares se observa que, existen diferencias en **la satisfacción con la convivencia de los solteros (2.97) y de los viudos (2.76)** que son estadísticamente significativas ($t(88.88)=-3.29; p=.001$) con un tamaño del

efecto medio ($d=.70$); lo que sugiere una mayor satisfacción por parte de los solteros respecto a los viudos.

- En la subescala de frecuencia de las relaciones sociales las puntuaciones presentan diferencias estadísticamente significativas ($F(3; 66.10)=19.96$; $p<.001$). En las comparaciones por pares, se observa que existen diferencias en la **frecuencia de las relaciones sociales de los solteros (2.92) y de los casados (3.73)** que son significativas ($t(37.49)=-5.73$; $p<.001$) con un tamaño del efecto grande ($d=1.87$); que existen diferencias en la frecuencia de **solteros (2.92) y divorciados (3.77)** que son significativas ($t(51.95)=-4.88$; $p<.001$) con un tamaño del efecto grande ($d=1.35$); que existen diferencias en la frecuencia de **solteros (2.92) y viudos (4.09)** que son significativas ($t(48.10)=-7.71$; $p<.001$) con un tamaño del efecto grande ($d=2.22$); y que existen diferencias en la frecuencia de **casados (3.73) y de viudos (4.09)** que son significativas ($t(116.14)=-4.22$; $p<.001$) con un tamaño del efecto medio ($d=.78$). Según estos datos ello sugiere que la frecuencia en la que tienen lugar las relaciones sociales varía dependiendo del estado civil, siendo mayor en casados, divorciados y viudos frente a solteros.
- En la subescala de satisfacción con las relaciones sociales, las puntuaciones presentan diferencias estadísticamente significativas ($F(3; 57.81)=42$; $p<.001$). En las comparaciones por pares, se observa que existen diferencias en la **satisfacción con las relaciones sociales de solteros (2.62) y casados (3.75)** que son significativas ($t(32.02)=-10.41$; $p<.001$) con un tamaño del efecto grande ($d=3.68$); que existen diferencias en la satisfacción de los **solteros (2.62) y los divorciados (3.55)** que son significativas ($t(51.88)=-6.76$; $p<.001$) con un tamaño del efecto grande ($d=1.88$); que existen diferencias en la satisfacción de **solteros (2.62) y viudos (3.47)** que son significativas ($t(45.75)=-7.11$; $p<.001$) con un tamaño del efecto grande ($d=2.10$); y que existen diferencias en la satisfacción de **casados (3.75) y de viudos (3.47)** que son significativas ($t(77.70)=4.88$; $p<.001$) con un tamaño del efecto grande ($d=1.11$); tal y como se observa en la siguiente tabla.

Tabla 20. Media, desviación típica y ANOVA de un factor de la escala y subescalas de integración social de CUBRECAVI según el estado civil de los participantes.

	Soltero		Casado		Divorciado		Viudo		F	p
	N	M (DT)	N	M (DT)	N	M (DT)	N	M (DT)		
Integración social	31	2.91 (.33)	262	3.41 (.36)	23	3.33 (.42)	62	3.43 (.32)	19.30	.000*
Satisfacción con la convivencia	31	2.97 (.18)	262	2.86 (.49)	23	2.61 (1.03)	62	2.76 (.43)	4.68	.005*
Frecuencia de las relaciones sociales	31	2.92 (.74)	262	3.73 (.74)	23	3.77 (.53)	62	4.09 (.57)	19.96	.000*
Satisfacción con las relaciones sociales	31	2.62 (.59)	262	3.75 (.31)	23	3.55 (.42)	62	3.47 (.42)	42	.000*

* Significación estadística

1.2.3. Escala de habilidades funcionales

También los participantes tienen una puntuación elevada en la escala de habilidades funcionales (3.69), aunque hay que señalar que el grado de **habilidad funcional de las mujeres (3.65) es algo inferior al de los hombres (3.75)**, siendo la diferencia entre ambos estadísticamente significativa ($t(349.61)=2.25$; $p=.025$) con un tamaño del efecto pequeño ($d=.24$) (Tabla 21).

En el análisis de cada una de las subescalas de habilidades funcionales⁹, en la subescala de actividades de la vida diaria (3.78) se alcanza una puntuación superior a la de la subescala de autonomía funcional (3.59). Según el **sexo** de los participantes, no existen diferencias significativas en la autonomía que tienen hombres y mujeres, pero sí en las **habilidades para realizar las actividades de la vida diaria ($t(364.75)=3.22$; $p=.001$)** con un tamaño del efecto pequeño ($d=.34$), teniendo los **hombres mayores destrezas (3.87) que las mujeres (3.73)**.

Tabla 21. Media y desviación típica de la escala y subescalas de habilidades funcionales de CUBRECAVI según el sexo de los participantes.

	Total		Mujeres		Hombres	
	<i>N</i>	<i>M (DT)</i>	<i>N</i>	<i>M (DT)</i>	<i>N</i>	<i>M (DT)</i>
Habilidades Funcionales	397	3.69 (.43)	257	3.65 (.46)	140	3.75 (.36)
Autonomía funcional	397	3.59 (.60)	257	3.58 (.63)	140	3.62 (.54)
Actividades vida diaria	397	3.78 (.48)	257	3.73 (.52)	140	3.87 (.37)

En cuanto a las habilidades funcionales según la edad, las diferencias entre ambos grupos son estadísticamente significativas ($t(387.81)=2.86$; $p=.004$) con un tamaño del efecto pequeño ($d=.29$), siendo **las habilidades funcionales de los de hasta 68 años (3.75) mayores a la de las personas de más de 68 años (3.63)** tal y como se observa en la siguiente figura.

⁹ Todas las subescalas de habilidades funcionales tienen una puntuación máxima de 4.

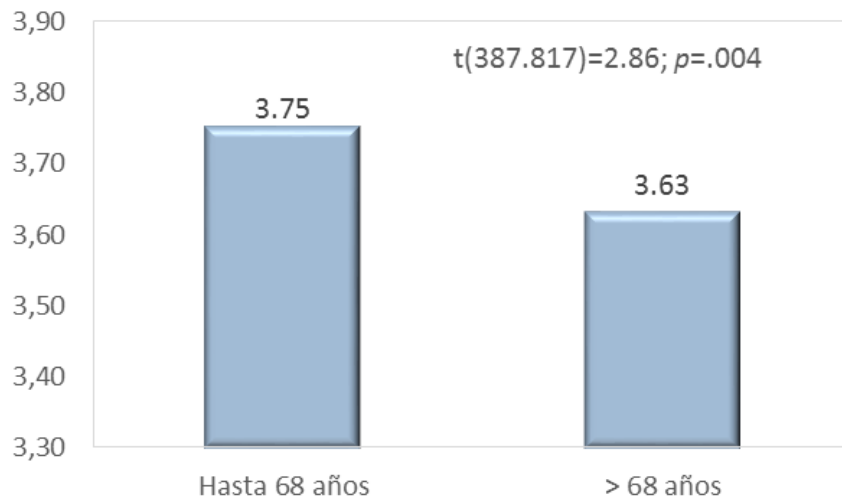


Figura 37. Habilidades funcionales por grupos de edad.

En las subescalas, en actividades de la vida diaria las diferencias son pequeñas y no significativas; en cambio, respecto a la **autonomía funcional**, tal y como se observa en la tabla 22, **los que tienen de 61 a 68 años (3.69) tienen una autonomía funcional superior a los de más de 68 años (3.51)**, y la diferencia es estadísticamente significativa ($t(380.22)=2.99; p=.003$) con un tamaño del efecto pequeño ($d=.31$) como se observa en la figura 38.

Tabla 22. Media y desviación típica de la escala y subescalas de habilidades funcionales de CUBRECAVI según la edad de los participantes.

	Hasta 68 años		> 68 años	
	<i>N</i>	<i>M (DT)</i>	<i>N</i>	<i>M (DT)</i>
Habilidades funcionales	194	3.75 (.38)	203	3.63 (.46)
Autonomía funcional	194	3.69 (.52)	203	3.51 (.66)
Actividades vida diaria	194	3.81 (.44)	203	3.75 (.51)

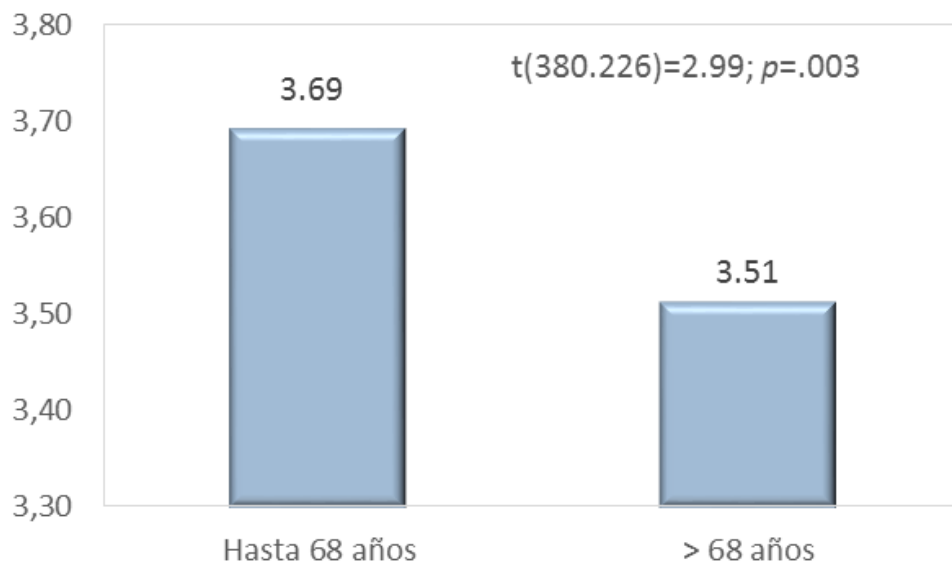


Figura 38. Autonomía funcional por grupos de edad.

Si se tiene en cuenta en las habilidades funcionales, cuál es la situación civil del participante (Tabla 23), las habilidades funcionales que manifiestan los participantes de cada estado civil varían ($F(3;62.29)=9.23$; $p<.001$). En las comparaciones por pares, se observa que **las habilidades de los solteros (3.79) son superiores a las de los viudos (3.40)**, siendo la diferencia estadísticamente significativa ($t(74.97)=4.24$; $p<.001$) con un tamaño del efecto grande ($d=.98$); las habilidades de **los casados (3.74) también son superiores a las de viudos (3.40)** de forma significativa ($t(80.16)=4.99$; $p<.001$) con un tamaño del efecto grande ($d=1.11$); y, por último, las de los **divorciados (3.79) también lo son** ($t(51.19)=3.91$; $p=.001$) con un tamaño del efecto grande ($d=1.09$). Replicando los análisis para las subescalas obtenemos los siguientes datos:

- En la subescala de autonomía funcional, los participantes de cada estado civil tienen diferente nivel de autonomía ($F(3; 65.24)=6.46$; $p=.001$). En las comparaciones por pares, se detecta que las diferencias están entre **la autonomía que tienen los solteros (3.71) y la de los viudos (3.29)** que son estadísticamente significativas ($t(73)=2.97$; $p=.020$) con un tamaño del efecto medio ($d=.70$); entre la de los **casados (3.63) y los viudos (3.29)** que son

significativas ($t(78.88)=3.45$; $p=.005$) con un tamaño del efecto medio ($d=.78$); y entre la de los **divorciados (3.83)** y la de los **viudos (3.29)** que también son significativas ($t(72.85)=4.34$; $p<.001$) con un tamaño del efecto grande ($d=1.02$).

- En la **subescala actividades de la vida diaria**, los participantes en cada estado civil realizan un nivel distinto de actividades en la vida diaria ($F(3; 59.96)=4.89$; $p=.004$). En las comparaciones por pares, se detecta que las diferencias están entre **las actividades diarias que pueden realizar los solteros (3.88)** y **las de los viudos (3.51)** que son estadísticamente significativas ($t(90.99)=3.56$; $p=.003$) con un tamaño del efecto medio ($d=.75$) y entre las de los **casados (3.84)** y **los viudos (3.51)**, que también son significativas ($t(70.84)=3.70$; $p=.002$) con un tamaño del efecto grande ($d=.88$).

Tabla 23. Media, desviación típica y ANOVA de un factor de la escala y subescalas de habilidades funcionales de CUBRECAVI según el estado civil de los participantes.

	Soltero n = 31	Casado n = 262	Divorciado n = 23	Viudo n = 62	F	p
	M (DT)	M (DT)	M (DT)	M (DT)		
Habilidades funcionales	3.7 (.38)	3.7 (.39)	3.79 (.38)	3.40 (.49)	9.23	.000*
Autonomía funcional	3.7 (.59)	3.6 (.56)	3.83 (.39)	3.29 (.73)	6.46	.001*
Actividades vida diaria	3.8 (.33)	3.84 (.38)	3.76 (.66)	3.51 (.66)	4.89	.004*

* Significación estadística

1.2.4. Escala de actividad y ocio

Las puntuaciones que han obtenido los participantes en esta escala¹⁰ son altas (2.80) y, aunque la de los **hombres (2.85) supera la de las mujeres (2.77)**, la diferencia entre ambos no alcanza a ser significativa (Tabla 24).

Tabla 24. Media y desviación típica de la escala y subescalas de actividad y ocio de CUBRECAVI según el sexo de los participantes.

	Total		Mujeres		Hombres	
	<i>N</i>	<i>M (DT)</i>	<i>N</i>	<i>M (DT)</i>	<i>N</i>	<i>M (DT)</i>
Actividad y ocio	397	2.80 (.44)	257	2.77 (.44)	140	2.85 (.43)
Nivel de Actividad	397	3.28 (1.07)	257	3.20 (1.07)	140	3.44 (1.07)
Frecuencia actividades	397	2.28 (.27)	257	2.31 (.27)	140	2.23 (.27)
Satisfacción actividades	397	2.84 (.47)	257	2.81 (.51)	140	2.89 (.37)

Analizando las subescalas de actividad y ocio, la subescala de satisfacción con las actividades¹¹ es la que proporciona una puntuación relativa mayor (2.84), seguida de la subescala de frecuencia de actividades¹² (2.28) y de la subescala de nivel de actividad¹³ (3.28).

Según el sexo de los participantes, **los hombres declaran un nivel de actividad (3.44) mayor que las mujeres (3.20)**, siendo la diferencia entre ellos estadísticamente significativa ($t(395)=2.11$; $p=.035$) con un tamaño del efecto pequeño ($d=.21$); en

¹⁰ La puntuación máxima es 3.67.

¹¹ La puntuación máxima es 3.

¹² La puntuación máxima es 3.

¹³ La puntuación máxima es 5.

cambio, la frecuencia con la que realizan actividades de ocio es mayor en las mujeres (2.31) que en los hombres (2.23), siendo la diferencia significativa ($t(395)=-2.68$; $p=.008$) con un tamaño del efecto pequeño ($d=.27$) tal y como se puede observar en la siguiente figura. En cuanto a la satisfacción con las actividades de ocio realizadas no hay apenas diferencias entre ambos sexos.

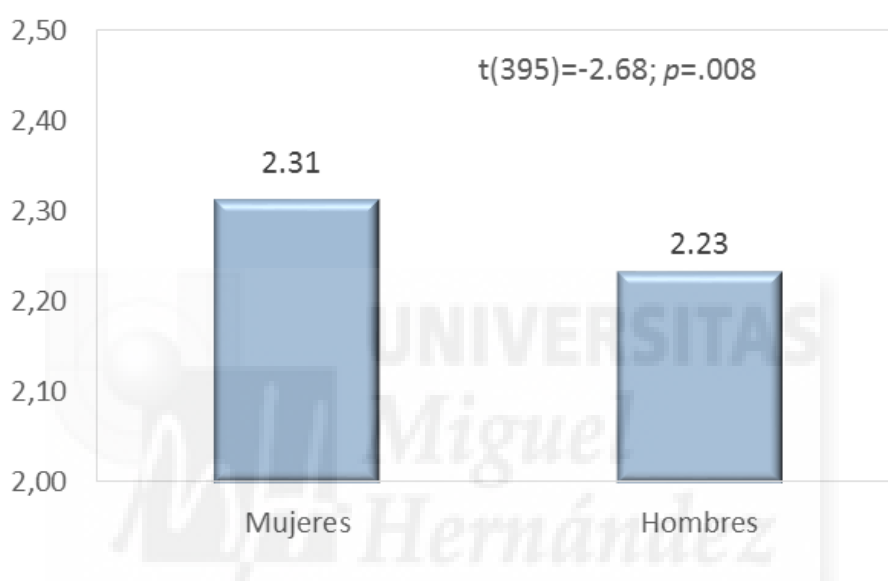


Figura 39. Frecuencia de actividades según el sexo.

En el análisis de la escala de actividad y ocio según la edad, las actividades de ocio de **las personas entre 61 y 68 años (2.85) son mayores a las de 69 años en adelante (2.75)**, siendo la diferencia estadísticamente significativa ($t(391.52)=2.33$; $p=.020$) con un tamaño del efecto pequeño ($d=.24$).

En las subescalas, no existen diferencias según la edad en la frecuencia de las actividades ni en la satisfacción que les proporcionan, pero sí en el **nivel de actividad** que tienen, ya que los que **tienen entre 61 y 68 años, tienen un nivel de actividad superior (3.42) al que asumen los de más edad (3.15)** ($t(395)=2.47$; $p=.014$) con un tamaño del efecto pequeño ($d=.25$), tal y como se observa en la siguiente tabla.

Tabla 25. Media y desviación típica de la escala y subescalas de actividad y ocio de CUBRECAVI según la edad de los participantes.

	Hasta 68 años		> 68 años	
	<i>N</i>	<i>M (DT)</i>	<i>N</i>	<i>M (DT)</i>
Actividad y ocio	194	2.85 (.44)	203	2.75 (.44)
Nivel de Actividad	194	3.42 (1.04)	203	3.15 (1.09)
Frecuencia actividades	194	2.29 (.26)	203	2.28 (.28)
Satisfacción actividades	194	2.86 (.44)	203	2.82 (.49)

En la comparación de las puntuaciones obtenidas teniendo en cuenta la **situación civil** de los participantes en el estudio (Tabla 26), las diferencias de medias son pequeñas y no significativas, tanto en la **escala de actividad y ocio** como en sus respectivas subescalas.

Tabla 26. Media, desviación típica y ANOVA de un factor de la escala y subescalas de actividad y ocio de CUBRECAVI según el estado civil de los participantes.

	Soltero		Casado		Divorciado		Viudo		<i>F</i>	<i>p</i>
	<i>N</i>	<i>M (DT)</i>	<i>N</i>	<i>M (DT)</i>	<i>N</i>	<i>M (DT)</i>	<i>N</i>	<i>M (DT)</i>		
Actividad y ocio	31	2.79 (.41)	262	2.82 (.44)	23	2.84 (.45)	62	2.73 (.44)	.66	.571
Nivel actividades	31	3.29 (1.07)	262	3.32 (1.07)	23	3.35 (1.15)	62	3.06 (1.02)	.99	.395
Frecuencia actividades	31	2.26 (.25)	262	2.28 (.27)	23	2.27 (.30)	62	2.30 (.29)	.16	.920
Satisfacción actividades	31	2.81 (.54)	262	2.84 (.47)	23	2.91 (.29)	62	2.84 (.41)	.24	.862

* Significación estadística

1.2.5. Escala de calidad ambiental

Los participantes no tienen una puntuación muy elevada en la escala de calidad ambiental¹⁴ (2.96), estando los **hombres más satisfechos (2.99) que las mujeres (2.95)**, y siendo la diferencia estadísticamente significativa ($t(389.87)=4.30$; $p<.001$) con un tamaño del efecto pequeño ($d=.44$) (Tabla 27).

Tabla 27. Media y desviación típica de la escala y subescalas de calidad ambiental de CUBRECAVI según el sexo de los participantes.

	Total		Mujeres		Hombres	
	<i>N</i>	<i>M (DT)</i>	<i>N</i>	<i>M (DT)</i>	<i>N</i>	<i>M (DT)</i>
Calidad ambiental	397	2.96 (.09)	257	2.95 (.10)	140	2.99 (.06)
Satisf. elementos ambientales	397	2.93 (.16)	257	2.91 (.19)	140	2.98 (.08)
Satisf. general vivienda	397	3 (.07)	257	3 (.06)	140	2.99 (.08)

Respecto a las subescalas, los participantes están totalmente satisfechos con su lugar de residencia (3), y menos satisfechos con los elementos ambientales de la misma (2.93). Teniendo en cuenta el **sexo** de los participantes, no hay diferencias entre ellos en la satisfacción con su vivienda, pero sí las hay en la **satisfacción con los elementos ambientales, ya que los hombres (2.98) se muestran más satisfechos que las mujeres (2.91)**, y esta diferencia es estadísticamente significativa ($t(385.41)=5.20$; $p<.001$) con un tamaño del efecto medio ($d=.53$).

¹⁴ La puntuación máxima de la escala y subescalas es de 3.

En la calidad ambiental percibida según la edad (Tabla 28), las diferencias entre ambos grupos son estadísticamente significativas ($t(369.02)=-2.40$; $p=.017$) con un tamaño del efecto pequeño ($d=.25$), siendo **superior la percepción de la calidad que tienen las personas de más de 69 años (2.97 frente a 2.95)**. En las subescalas, también en la **satisfacción con los elementos ambientales, la diferencia es estadísticamente significativa ($t(321.64)=-3.21$; $p=.001$) con un tamaño del efecto pequeño ($d=.36$) y mayor en las personas de más de 69 años (2.96 frente a 2.91)**, mientras que no difieren en ambas edades en la opinión general sobre su vivienda.

Tabla 28. Media y desviación típica de la escala y subescalas de calidad ambiental de CUBRECAVI según la edad de los participantes.

	Hasta 68 años		> 68 años	
	<i>N</i>	<i>M (DT)</i>	<i>N</i>	<i>M (DT)</i>
Calidad ambiental	194	2.95 (.10)	203	2.97 (.08)
Satisfacción elementos ambientales	194	2.91 (.20)	203	2.96 (.12)
Satisf. General vivienda	194	3 (.00)	203	2.99 (.10)

En cuanto a la escala de calidad ambiental según el estado civil de los participantes (Tabla 29), las diferencias en las puntuaciones varían según su estado ($F(3;60.08)=3.21$; $p=.029$). En las comparaciones por pares se observa que la diferencia es estadísticamente significativa ($t(33.78)=2.79$; $p=.041$) con un tamaño del efecto grande ($d=.96$) en la satisfacción que manifiestan los **solteros (2.91) y la de los casados (2.97)**.

En las subescalas, las puntuaciones no varían en satisfacción general con la vivienda, pero sí en **satisfacción con los elementos ambientales ($F(3;58.69)=3.88$; $p=.013$)**; en las comparaciones por pares, se muestra que son **los casados (2.95) los que están más**

satisfechos con los elementos ambientales que los solteros (**2.82**), y que esa diferencia de valoración es estadísticamente significativa ($t(32.83)=-2.99$; $p=.026$) con un tamaño del efecto grande ($d=1.04$).

Tabla 29. Media, desviación típica y ANOVA de un factor de la escala y subescalas de calidad ambiental de CUBRECAVI según el estado civil de los participantes.

	Soltero		Casado		Divorciado		Viudo		F	p
	N	M (DT)	N	M (DT)	N	M (DT)	N	M (DT)		
Calidad ambiental	31	2.91 (.12)	262	2.97 (.08)	23	2.93 (.12)	62	2.97 (.07)	3.21	.029*
Satisfacción elementos ambientales	31	2.82 (.23)	262	2.95 (.14)	23	2.86 (.24)	62	2.93 (.14)	3.88	.013*
Satisf. General vivienda	31	3 (.00)	262	2.99 (.09)	23	3(.00)	62	3 (.00)	.29	.830

* Significación estadística

1.2.6. Escala de satisfacción con la vida

El nivel **de satisfacción** de los participantes es bastante elevado, ya que mientras que el 5.5% de los participantes declaran estar algo satisfechos con su vida, el 44.1% dicen estar bastante satisfechos, y el **50.4%** dicen tener **mucha satisfacción** con su vida, tal y como se observa en la siguiente figura.

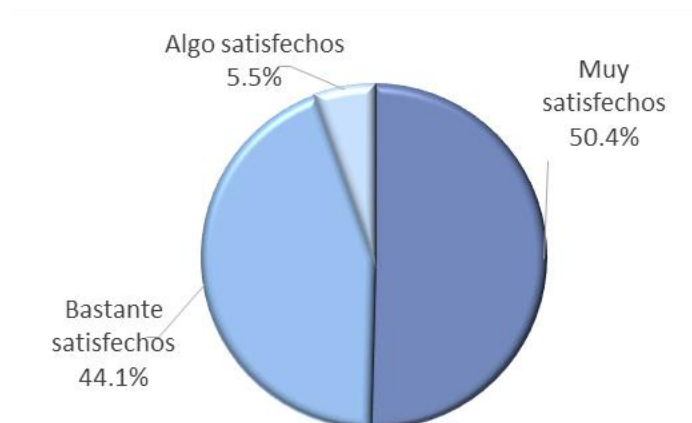


Figura 40. Nivel de satisfacción con la vida de los participantes.

Si analizamos si la **edad** de los participantes varía según el nivel de satisfacción, no existen diferencias significativas entre las medias de edad en cada grupo de grado de satisfacción (Tabla 30).

Tabla 30. Medias (desviaciones típicas) y ANOVA de un factor de la edad de los participantes según el nivel de satisfacción con la vida.

	Algo		Bastante		Mucho		F	p
	N	M (DT)	N	M (DT)	N	M (DT)		
Edad	22	69 (4.06)	175	69.15 (4)	200	70.17 (5.28)	2.39	.100

* Significación estadística

Respecto al nivel de satisfacción según el sexo de los participantes, mientras que **los hombres** manifiestan mayoritariamente **mucha satisfacción** (el 62.1% frente al 44% de las mujeres), **las mujeres** declaran **bastante satisfacción** (el 49% frente al 35% de los hombres) (Tabla 31); así, los resultados de los análisis muestran que existe relación entre estas dos variables, y por tanto hay diferencias en el grado de satisfacción entre hombres y mujeres que son estadísticamente significativas ($\chi^2(2, N=397)=12.80$; $p=.002$) aunque la asociación entre las variables es de grado bajo ($V_{\text{Cramer}}=.180$).

Tabla 31. Nivel de satisfacción con la vida según el sexo de los participantes.

		Algo	Bastante	Mucho	Total
Hombres	<i>N</i>	4	49	87	140
	% sexo	2.9	35	62.1	100
	% N. satisfacción	18.2	28	43.5	35.3
Mujeres	<i>N</i>	18	126	113	257
	% sexo	7	49	44	100
	% N. satisfacción	81.8	72	56.5	64.7

En cuanto a la satisfacción que manifiestan los participantes según su situación civil, mientras que **los solteros, los casados y los divorciados** se declaran mayoritariamente **muy satisfechos** (el 51.6%, el 56.5% y el 52.2% respectivamente), **los viudos** dicen estar **bastante satisfechos** (el 54.9%) (Tabla 32); los análisis señalan que existen diferencias estadísticamente significativas en la satisfacción reconocida en los diferentes estados civiles ($\chi^2(6,N=378)=33.61$; $p<.001$) y que la asociación entre las variables es pequeña ($V_{Cramer}=.211$).

Tabla 32. Nivel de satisfacción con la vida según el estado civil de los participantes.

		Algo	Bastante	Mucho	Total
Soltero	<i>N</i>	3	12	16	31
	% estado civil	9.7	38.7	51.6	100
	% N. satisfacción	16.7	7.2	8.2	8.2
Casado	<i>N</i>	5	109	148	262
	% estado civil	1.9	41.6	56.5	100
	% N. satisfacción	27.8	65.7	76.3	69.3
Divorciado	<i>N</i>	0	11	12	23
	% estado civil	0	47.8	52.2	100
	% N. satisfacción	0	6.6	6.2	6.1
Viudo	<i>N</i>	10	34	18	62
	% estado civil	16.1	54.9	29	100
	% N. satisfacción	55.5	20.5	9.3	16.4

1.2.7. Nivel educativo

El nivel educativo de los participantes es bastante dispar, ya que hay un 36% de los participantes que no terminó los estudios primarios, un 25.9% que concluyó los estudios primarios, un 7.6% que realizó formación profesional, un 10.6% que cursó bachiller elemental o superior y un 19.9% que cursó estudios de grado medio o universitarios. Si analizamos si la edad de los participantes varía según el nivel educativo que han alcanzado, los resultados muestran que no hay relación entre estas dos variables, y en la tabla 33 se puede observar que las diferencias que existen son pequeñas.

Tabla 33. Nivel educativo según la edad de los participantes.

		Estudios primarios Sin terminar	Estudios primarios	Formación profesional	Bachiller elemental y superior	Estudios de grado medio y universitarios	Total
Hasta 68 años	<i>N</i>	62	51	17	22	42	194
	% edad	32	26.3	8.8	11.3	21.6	100
	% nivel	43.4	49.5	56.7	52.4	53.2	48.9
> 68 años	<i>N</i>	81	52	13	20	37	203
	% edad	39.9	25.6	6.4	9.9	18.2	100
	% nivel	56.6	50.5	43.3	47.6	46.8	51.1
Total	<i>N</i>	143	103	30	42	79	397
	% edad	36	25.9	7.6	10.6	19.9	100
	% nivel	100	100	100	100	100	100

Respecto al nivel educativo que tienen los participantes según el sexo, de los análisis realizados se desprende que tampoco existe relación entre estas dos variables, ya que como se refleja en la tabla 34, las diferencias que se han detectado son pequeñas.

Tabla 34. Nivel educativo según el sexo de los participantes.

		Estudios primarios Sin terminar	Estudios primarios	Formación profesional	Bachiller elemental y superior	Estudios de grado medio y universitarios	Total
Hombre	<i>N</i>	42	40	9	21	28	140
	% sexo	30	28.6	6.4	15	20	100
	% nivel	29.4	38.8	30	50	35.4	35.3
Mujer	<i>N</i>	101	63	21	21	51	257
	% sexo	39.3	24.5	8.2	8.2	19.8	100
	% nivel	70.6	61.2	70	50	64.6	64.7

En cuanto al grado educativo que tienen los participantes según su situación civil¹⁵, mientras que los solteros tienen mayoritariamente estudios de grado medio o superiores (el 61.3%) y entre los divorciados los que tienen estudios de grado medio o superior también están muy presentes (34.8%), entre los viudos y los casados predominan los que tienen hasta estudios primarios (el 82.2% y el 64.1% respectivamente) (Tabla 35); se ha obtenido que existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel educativo en los diferentes estados civiles ($\chi^2(6,N=378)=53.30$; $p<.001$) y la asociación entre las variables es de grado medio ($V_{Cramer}=.266$).

Tabla 35. Nivel educativo agrupado según el estado civil de los participantes.

		Hasta estudios primarios	FP o bachiller	Estudios de grado medio o superiores	Total
Soltero	<i>N</i>	10	2	19	31
	% estado civil	32.2	6.5	61.3	100
	% N. educativo	4.2	3	26.4	8.2
Casado	<i>N</i>	168	53	41	262
	% estado civil	64.1	20.2	15.7	100
	% N. educativo	70.3	79.1	56.9	69.3
Divorciado	<i>N</i>	10	5	8	23

¹⁵ En este caso se ha reagrupado la variable del nivel educativo para estudiar si existe relación con la variable del estado civil.

	% estado civil	43.5	21.7	34.8	100
	% N. educativo	4.2	7.5	11.1	6.1
	<i>N</i>	51	7	4	62
Viudo	% estado civil	82.2	11.3	6.5	100
	% N. educativo	21.3	10.4	5.6	16.4

1.2.8. Escala de ingresos

En el estudio del nivel de ingresos de los participantes, se obtiene que el 4.1% de los participantes no dispone de más de 300 euros para pasar el mes, el 14.5% tiene entre 301 y 600 euros, el 37.5% entre 601 y 1.200 euros, el 23.2% entre 1.201 y 2.100 euros y el 20.7% dispone de más de 2.100 euros mensuales.

Si analizamos si la edad de los participantes varían según sus **ingresos**, mientras que el **30.5% de las personas entre 61 y 68 años disponen de unos ingresos altos de entre 1.201 y 2.100 euros, entre las personas de más de 68 años sólo el 16.3% dispone de ese nivel de ingresos (Tabla 36)**; en los análisis se obtiene que existe relación entre estas dos variables ($\chi^2(4, N=392)=13.52$; $p=.009$) y la asociación entre las variables es pequeña ($V_{Cramer}=.186$).

Tabla 36. Nivel de ingresos según la edad de los participantes.

		Hasta 300 euros	Entre 301 y 600 euros	Entre 601 y 1.200 euros	Entre 1.201 y 2.100 euros	Más de 2.100 euros	Total
Hasta 68 años	<i>N</i>	4	25	67	58	36	190
	% edad	2.1	13.2	35.3	30.5	18.9	100
	% ingresos	25	43.9	45.6	63.7	44.4	48.5
> 68 años	<i>N</i>	12	32	80	33	45	202
	% edad	5.9	15.9	39.6	16.3	22.3	100
	% ingresos	75	56.1	54.4	36.3	55.6	51.5
Total	<i>N</i>	16	57	147	91	81	392
	% edad	4.1	14.5	37.5	23.2	20.7	100
	% ingresos	100	100	100	100	100	100

Por otra parte, el nivel de ingresos no depende del sexo de los participantes, ya que no se ha hallado que exista relación entre estas dos variables y, además, las diferencias recogidas entre hombres y mujeres son pequeñas, según se refleja en la tabla 37.

Tabla 37. Nivel de ingresos según el sexo de los participantes.

		Hasta 300 euros	Entre 301 y 600 euros	Entre 601 y 1.200 euros	Entre 1.201 y 2.100 euros	Más de 2.100 euros	Total
Hombre	<i>N</i>	6	12	50	35	37	140
	% sexo	4.3	8.6	35.7	25	26.4	100
	% ingresos	37.5	21.1	34	38.5	45.7	35.7
Mujer	<i>N</i>	10	45	97	56	44	252
	% sexo	4	17.8	38.5	22.2	17.5	100
	% ingresos	62.5	78.9	66	61.5	54.3	64.3

En cuanto al tramo de ingresos en que se sitúan los participantes según su situación civil¹⁶, mientras que entre los **solteros, los casados y los divorciados predominan los que tienen más de 1.200 euros de ingresos mensuales** (son el 61.3%, el 46.7% y el 47.8% respectivamente), entre los **viudos** predominan los participantes que cuentan con **menos de 601 euros** (el 46.8%) (Tabla 38); existen diferencias estadísticamente significativas en los ingresos que perciben los participantes en los diferentes estados civiles ($\chi^2(6,N=373)=46.37$; $p<.001$) y la asociación entre las variables es pequeña ($V_{Cramer}=.249$).

Tabla 38. Nivel de ingresos agrupado según el estado civil de los participantes.

		Hasta 600 euros	Entre 601 y 1.200 euros	Más de 1.200 euros	Total
Soltero	<i>N</i>	3	9	19	31
	% estado civil	9.7	29	61.3	100
	% N. ingresos	4.3	6.3	11.9	8.3

¹⁶ En este caso se ha reagrupado la variable de nivel de ingresos para estudiar si existe relación con la variable del estado civil.

Casado	<i>N</i>	36	101	120	257
	% estado civil	14	39.3	46.7	100
	% N. ingresos	51.4	70.6	75	68.9
Divorciado	<i>N</i>	2	10	11	23
	% estado civil	8.7	43.5	47.8	100
	% N. ingresos	2.9	7	6.9	6.2
Viudo	<i>N</i>	29	23	10	62
	% estado civil	46.8	37.1	16.1	100
	% N. ingresos	41.4	16.1	6.2	16.6

1.2.9. Escala de servicios sociales y sanitarios

En esta escala se distingue entre dos aspectos: la frecuencia de utilización que hacen los participantes de los servicios sociales y sanitarios, y la satisfacción que alcanzan tras la utilización de los mismos.

a) Frecuencia de utilización de los servicios sociales y sanitarios

La frecuencia con la que los participantes utilizan los servicios sociales y sanitarios es moderada, ya que el 6.1% de los participantes dice no usarlos nunca, el 56.9% recurre a ellos ocasionalmente, y el 37% los utiliza frecuentemente. Si se considera la frecuencia de uso según la edad.

Si se tiene en cuenta la edad, es llamativo que mientras **las personas de 61 a 68 años los utilizan frecuentemente** (un 42.3%), las personas de más de 68 años que los usan con esa frecuencia son menos (un 32%) y, por otra parte, los comprendidos **entre 61 y 68 años no los utilizan nunca**, el 3.6%, frente al 8.4% de las personas de más de 69 años que dicen no recurrir a ellos (Tabla 39); aunque hay diferencias estadísticamente significativas en la frecuencia de utilización según los tramos de edad de los participantes ($\chi^2(2, N=397)=7.07$; $p=.029$) la asociación entre las variables es pequeña ($V_{\text{Cramer}}=.133$).

Tabla 39. Frecuencia de utilización de los servicios sociales y sanitarios según la edad de los participantes.

		Nunca	Ocasionalmente	Frecuentemente	Total
Hasta 68 años	<i>N</i>	7	105	82	194
	% edad	3.6	54.1	42.3	100
	% frecuencia	29.2	46.5	55.8	48.9
> 68 años	<i>N</i>	17	121	65	203
	% edad	8.4	59.6	32	100
	% frecuencia	70.8	53.5	44.2	51.1
Total	<i>N</i>	24	226	147	397
	% edad	6	56.9	37	100
	% frecuencia	100	100	100	100

Respecto a la frecuencia de utilización de los servicios sociales y sanitarios según el sexo de los participantes, en la tabla 40 se muestra que hay pocas diferencias en la frecuencia de uso entre hombres y mujeres y no existe relación entre estas dos variables.

Tabla 40. Frecuencia de utilización de los servicios sociales y sanitarios según el sexo de los participantes.

		Nunca	Ocasionalmente	Frecuentemente	Total
Hombres	<i>N</i>	13	82	45	140
	% sexo	9.3	58.6	32.1	100
	% frecuencia	54.2	36.3	30.6	35.3
Mujeres	<i>N</i>	11	144	102	257
	% sexo	4.3	56	39.7	100
	% frecuencia	45.8	63.7	69.4	64.7

En cuanto a la frecuencia de utilización de los **servicios según su estado civil**¹⁷, mientras que los **solteros y los viudos utilizan frecuentemente los servicios sociales y sanitarios** (el 60.7% y el 50.8% respectivamente), los **casados y divorciados** los utilizan sobre todo **ocasionalmente** (el 62.9% y el 71.4% respectivamente) (Tabla 41); los análisis indican que existen diferencias estadísticamente significativas en la frecuencia de uso según los diferentes estados civiles ($\chi^2(3, N=356)=9.76$; $p=.021$) y que la asociación entre las variables es pequeña ($V_{Cramer}=.166$).

Tabla 41. Frecuencia de utilización de los servicios sociales y sanitarios según el estado civil de los participantes.

		Ocasionalmente	Frecuentemente	Total
Soltero	<i>N</i>	11	17	28
	% estado civil	39.3	60.7	100
	% frecuencia	5.2	11.7	7.8
Casado	<i>N</i>	156	92	248
	% estado civil	62.9	37.1	100
	% frecuencia	73.9	63.5	69.7
Divorciado	<i>N</i>	15	6	21
	% estado civil	71.4	28.6	100
	% frecuencia	7.1	4.1	5.9
Viudo	<i>N</i>	29	30	59
	% estado civil	49.2	50.8	100
	% frecuencia	13.8	20.7	16.6

b) Satisfacción con la utilización de los servicios sociales y sanitarios

La satisfacción con los servicios sociales y sanitarios que tienen los participantes es elevada, ya que el **22.4%** de los participantes está **muy satisfecho**, el **53.1%** está **bastante satisfecho**, el **21.4%** **algo satisfecho** y el **3%** **no se encuentra nada satisfecho**. Si se considera la satisfacción que tienen los participantes con los

¹⁷ Se han estudiado las diferencias entre los participantes que hacen uso de los servicios sociales y sanitarios, ya sea ocasionalmente o frecuentemente, que son el 93.9% de los participantes.

servicios según la edad, el estadístico muestra que no hay relación entre las variables (Tabla 42).

Tabla 42. Nivel de satisfacción con los servicios sociales y sanitarios según la edad de los participantes.

		Nada Satisfecho	Algo satisfecho	Bastante satisfecho	Muy satisfecho	Total
Hasta 68 años	<i>N</i>	4	39	115	36	194
	% edad	2.1	20.1	59.3	18.5	100
	% satisfacción	33.3	45.9	54.5	40.4	48.9
> 68 años	<i>N</i>	8	46	96	53	203
	% edad	3.9	22.7	47.3	26.1	100
	% satisfacción	66.7	54.1	45.5	59.6	51.1
Total	<i>N</i>	12	85	211	89	397
	% edad	3	21.4	53.1	22.4	100
	% satisfacción	100	100	100	100	100

Respecto a la satisfacción con la utilización de los servicios sociales y sanitarios según el sexo de los participantes, los análisis muestran que tampoco existe relación entre estas dos variables, y en la tabla 43 se observa que hay pocas diferencias en la valoración de la satisfacción de uso recogida de hombres y mujeres.

Tabla 43. Nivel de satisfacción con los servicios sociales y sanitarios según el sexo de los participantes.

		Nada Satisfecho	Algo satisfecho	Bastante satisfecho	Muy satisfecho	Total
Hombres	<i>N</i>	6	25	74	35	140
	% sexo	4.3	17.9	52.8	25	100
	% satisfacción	50	29.4	35.1	39.3	35.3
Mujeres	<i>N</i>	6	60	137	54	257
	% sexo	2.3	23.4	53.3	21	100
	% satisfacción	50	70.6	64.9	60.7	64.7

En cuanto a la satisfacción que tienen los participantes con los servicios según su estado civil¹⁸, los análisis también muestran que no existe relación entre estas variables (Tabla 44).

Tabla 44. Nivel de satisfacción con los servicios sociales y sanitarios según el estado civil de los participantes.

		Baja satisfacción	Alta satisfacción	Total
	<i>N</i>	5	26	31
Soltero	% estado civil	16.1	83.9	100
	% frecuencia	5.5	9	8.2
	<i>N</i>	62	200	262
Casado	% estado civil	23.7	76.3	100
	% frecuencia	68.9	69.5	69.3
	<i>N</i>	6	17	23
Divorciado	% estado civil	26.1	73.9	100
	% frecuencia	6.7	5.9	6.1
	<i>N</i>	17	45	62
Viudo	% estado civil	27.4	72.6	100
	% frecuencia	18.9	15.6	16.4

1.2.10. Componentes más valorados de la calidad de vida¹⁹

Adicionalmente, los participantes han enumerado sus preferencias sobre cuáles son los aspectos determinantes de la calidad de vida. Así el componente **“Tener buena salud”** es el que mayor porcentaje de participantes considera entre los más relevantes en la calidad de vida (en concreto el 87.9% de los participantes), seguido de **“Mantener**

¹⁸ Se ha recodificado la satisfacción con los servicios sociales y sanitarios en dos niveles: baja y alta satisfacción, dado el pequeño valor que alcanzan algunas frecuencias.

¹⁹ Para analizar este apartado se han eliminado aquellos casos en los que los participantes habían realizado mal la enumeración de sus preferencias (principalmente por repetir en alguna ocasión las tres primeras posiciones) quedando la muestra reducida a *N*=322.

buenas relaciones familiares y sociales” (el 69.3%), de **“Poder valerme por mí mismo”** (el 58.1%) y de **“Mantenerse activo”** (el 42.5%) (Tabla 45).

Tabla 45. Posición de importancia en que los participantes sitúan los componentes de la calidad de vida.

Componentes de la calidad de vida	% participantes que incluyen el componente entre los tres primeros	Posición de importancia del componente en la calidad de vida		
		1ª	2ª	3ª
Tener buena salud	87.9	72.7	10.9	4.3
Mantener buenas relaciones familiares y sociales	69.3	5	33.5	30.8
Poder valerme por mi mismo	58.1	6.5	28.6	23
Mantenerme activo	42.5	6.5	12.4	23.6
Tener una vivienda buena y cómoda	11.5	0.3	5.9	5.3
Sentirme satisfecho con la vida	10.9	5	1.9	4
Tener oportunidades de aprender y conocer nuevas cosas	2.1	0.3	0.9	0.9
Tener una buena pensión o renta	3.4	0.6	1.2	1.6
Tener buenos servicios sociales y sanitarios	3.4	-	0.3	3.1

Asimismo, para el 72.7% de los participantes del estudio “Tener buena salud” es el componente considerando como el más importante de todos en la calidad de vida.

1.2.11. Valoración subjetiva de la calidad de vida

La autovaloración que los participantes hacen de su calidad de vida es positiva ya que el **39% de los participantes** dice que su vida tiene **alta calidad**, el **58.2%** cree que tiene una **calidad media** y solo el **2.8%** considera que su vida tiene **baja calidad** como se puede ver en la siguiente figura.

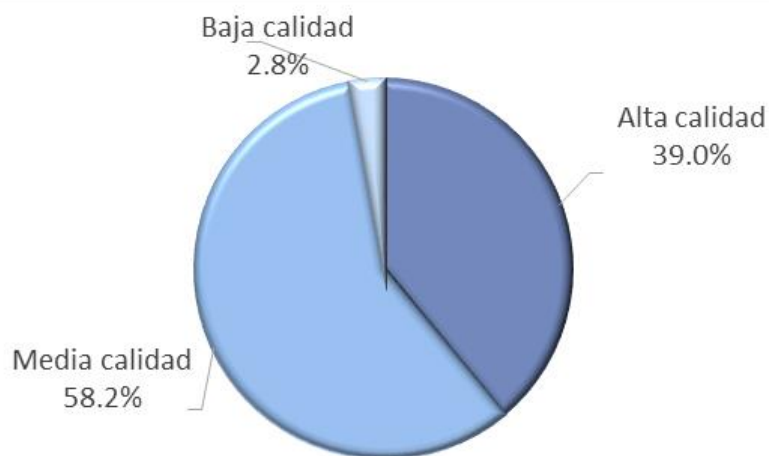


Figura 41. Valorcación de la calidad de vida de los participantes.

Poniendo en relación la autovaloración de su calidad de vida con la edad, los análisis resuelven que no hay relación entre las variables. Como se observa en la tabla 46, las diferencias en la apreciación de la calidad de vida que hacen los participantes según la edad que tienen son pequeñas y no tienen significación estadística.

Tabla 46. Autovaloración de su calidad de vida según la edad de los participantes.

		Calidad baja	Calidad media	Calidad alta	Total
Hasta 68 años	<i>N</i>	2	114	78	194
	% edad	1	58.8	40.2	100
	% calidad	18.2	49.4	50.3	48.9
> 68 años	<i>N</i>	9	117	77	203
	% edad	4.4	57.7	37.9	100
	% calidad	81.8	50.6	49.7	51.1

Respecto a la valoración subjetiva de la calidad de vida según el sexo de los participantes, en la tabla 47 se muestra que hay pocas diferencias en la autovaloración que hacen hombres y mujeres, y los estadísticos concluyen que no existe relación entre estas dos variables.

Tabla 47. Autovaloración de su calidad de vida según el sexo de los participantes.

		Calidad baja	Calidad media	Calidad alta	Total
Hombres	<i>N</i>	3	76	61	140
	% sexo	2.1	54.3	43.6	100
	% calidad	27.3	32.9	39.4	35.3
Mujeres	<i>N</i>	8	155	94	257
	% sexo	3.1	60.3	36.6	100
	% calidad	72.7	67.1	60.6	64.7

En cuanto a la valoración de su calidad de vida según su estado civil, en la tabla 48 se observa que existen pocas diferencias en la autovaloración que hacen los participantes según los diferentes estados civiles. Dado que es entre los participantes que valoran su calidad de vida como media o alta, entre los que hay más diferencias según su situación civil, se ha estudiado si existen diferencias entre estas dos calificaciones, y la χ^2 no refleja que exista relación entre las dos variables.

Tabla 48. Autovaloración de su calidad de vida según el estado civil de los participantes.

		Calidad baja	Calidad media	Calidad alta	Total
Soltero	<i>N</i>	2	14	15	31
	% estado civil	6.4	45.2	48.4	100
	% calidad	18.2	6.3	10.2	8.2
Casado	<i>N</i>	5	155	102	262
	% estado civil	1.9	59.2	38.9	100
	% calidad	45.4	70.5	69.4	69.3
Divorciado	<i>N</i>	0	13	10	23
	% estado civil	0	56.5	43.5	100
	% calidad	0	5.9	6.8	6.1
Viudo	<i>N</i>	4	38	20	62
	% estado civil	6.4	61.3	32.3	100
	% calidad	36.4	17.3	13.6	16.4

1.3 Satisfacción con la vida

En este apartado se tratará de conocer si las personas activas alcanzan niveles notables de satisfacción con la vida, así como según su edad, sexo y estado civil.

Los participantes en la investigación obtienen una puntuación media de 22.37 en la escala de satisfacción con la vida, aunque los datos muestran que la puntuación de las **mujeres (21.52) es ligeramente inferior a la puntuación de los hombres (23.92)**, siendo la diferencia entre ambos estadísticamente significativa ($t(332.42)=3.96$; $p<.001$) con un tamaño del efecto pequeño ($d=.43$) (Tabla 49).

Tabla 49. Media y desviación típica de la escala LSI según el sexo de los participantes.

	Total		Mujeres		Hombres	
	<i>N</i>	<i>M (DT)</i>	<i>N</i>	<i>M (DT)</i>	<i>N</i>	<i>M (DT)</i>
LSI	397	22.37 (6.20)	257	21.52 (6.46)	140	23.92 (5.37)

Si se analiza la escala LSI según la edad de los participantes (Tabla 50), se observa que la satisfacción obtenida es **algo superior en los participantes de entre 61 a 68 años (22.95 frente a 21.80)**, pero las diferencias entre ambos grupos son pequeñas y no alcanzan a ser estadísticamente significativas.

Tabla 50. Media y desviación típica de la escala LSI según la edad de los participantes.

	Hasta 68 años		> 68 años	
	<i>N</i>	<i>M (DT)</i>	<i>N</i>	<i>M (DT)</i>
LSI	194	22.95 (6.61)	203	21.80 (5.74)

En cuanto a la escala de satisfacción percibida, según el estado civil de los participantes (Tabla 51), los análisis muestran que hay diferencias entre los grupos que son estadísticamente significativas ($F(3;374)=4.32; p=.005$).

Tabla 51. Media, desviación típica y ANOVA de un factor de la escala LSI según el estado civil de los participantes.

	Soltero		Casado		Divorciado		Viudo		F	p
	N	M (DT)	N	M (DT)	N	M (DT)	N	M (DT)		
LSI	31	23.26 (5.96)	262	22.93 (5.97)	23	23.65 (5.52)	62	20 (6.94)	4.32	.005*

* Significación estadística

En las comparaciones por pares se obtiene que las diferencias son estadísticamente significativas ($t(322)=3.39; p=.001$) con un tamaño del efecto pequeño ($d=.38$) entre la **satisfacción manifestada por los casados (22.93) y la de los viudos (20) que es inferior** (figura 42).

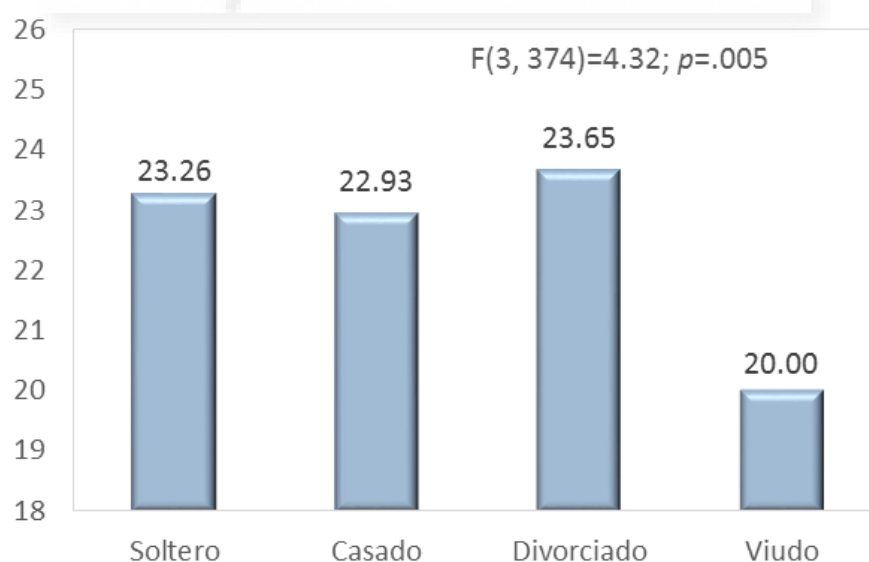


Figura 42. Satisfacción según el estado civil de los participantes.

2. Análisis de las dimensiones de la calidad de vida en personas mayores según su nivel de actividad física

En este apartado se tratará de conocer si la calidad de vida varía según el nivel de actividad.

Calidad de vida \longrightarrow Nivel de actividad física

2.1. Escala de salud

En este apartado se tratará de conocer si las personas más activas tienen una mejor valoración de la salud.

Se ha analizado si la puntuación de la escala de salud de los participantes varía según el nivel de actividad física realizado. Los resultados muestran que, aunque la puntuación en la escala es mayor conforme se incrementa el nivel de actividad, las diferencias de puntuación son pequeñas y no son estadísticamente significativas. (Tabla 52).

Tabla 52. Media, desviación típica y ANOVA de un factor de la escala de salud de CUBRECAVI según la actividad física de los participantes.

	Alta		Moderada		Baja		<i>F</i>	<i>p</i>
	<i>N</i>	<i>M (DT)</i>	<i>N</i>	<i>M (DT)</i>	<i>N</i>	<i>M (DT)</i>		
Salud	183	3.20 (.41)	165	3.14 (.49)	49	2.99 (.65)	2.54	.083

* Significación estadística

2.2. Escala de integración social

En este apartado se tratará de conocer si las personas más activas poseen una mayor integración social.

Analizando las puntuaciones obtenidas por los participantes en la escala de integración social según la actividad física realizada, en la tabla 53 se observa que las diferencias de medias son muy pequeñas no alcanzando tampoco a ser estadísticamente significativas.

Tabla 53. Media, desviación típica y ANOVA de un factor de la escala de integración social de CUBRECAVI según la actividad física de los participantes.

	Alta		Moderada		Baja		F	p
	N	M (DT)	N	M (DT)	N	M (DT)		
Integración social	183	3.31 (.40)	165	3.36 (.40)	49	3.32 (.39)	.663	.516

* Significación estadística

2.3. Escala de habilidades funcionales

En este apartado se tratará de conocer si las personas más activas poseen una mayor habilidad funcional.

Las puntuaciones de los participantes en la **escala de habilidades funcionales** según el **nivel de actividad física**, revelan que los participantes que **están clasificados en el grado más elevado de actividad física, puntúan más alto también en habilidades funcionales (3.79)**, y los análisis también muestran que las puntuaciones en la escala varían significativamente considerando los niveles de actividad física realizados ($F(2;122.82)=11.92; p<.001$) (Tabla 54).

Tabla 54. Media, desviación típica y ANOVA de un factor de la escala de habilidades funcionales de CUBRECAVI según la actividad física de los participantes.

	Alta		Moderada		Baja		F	p
	N	M (DT)	N	M (DT)	N	M (DT)		
Habilidades funcionales	183	3.79 (.34)	165	3.59 (.46)	49	3.63 (.52)	11.92	.000*

* Significación estadística

En las comparaciones por pares se deduce que las diferencias detectadas están en las habilidades funcionales de los que realizan un **alto nivel de actividad física (3.79)**, que son superiores a las habilidades de los que realizan un **nivel moderado de actividad (3.59)**, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($t(299.55)=4.73$; $p<.001$) con un tamaño del efecto medio ($d=.55$) tal y como se observa en la siguiente figura.

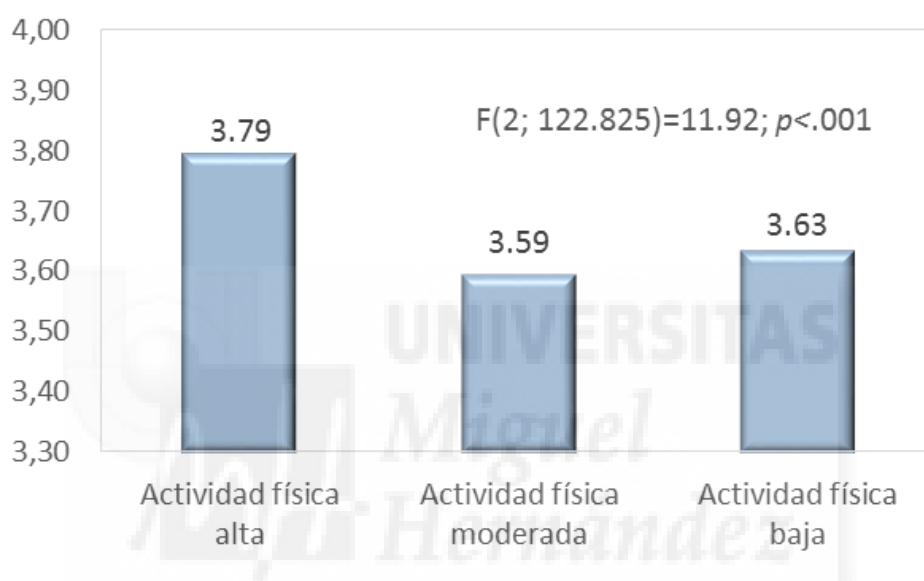


Figura 43. Habilidades funcionales según el nivel de actividad física.

2.4. Escala de actividad y ocio

En este apartado se tratará de conocer si las personas más activas poseen más actividades y de ocio.

En cuanto a las puntuaciones de los participantes en la **escala de actividad y ocio** según **el nivel de actividad física**, se observa que la calificación obtenida es **superior conforme se va subiendo de nivel de actividad física**, y los análisis señalan que esa variación es estadísticamente significativa ($F(2;139.21)=40.77$; $p<.001$) (Tabla 55).

Tabla 55. Media, desviación típica y ANOVA de un factor de la escala de actividad y ocio de CUBRECAVI según la actividad física de los participantes.

	Alta		Moderada		Baja		F	p
	N	M (DT)	N	M (DT)	N	M (DT)		
Actividad y ocio	183	2.99 (.43)	165	2.68 (.38)	49	2.50 (.38)	40.77	.000*

* Significación estadística

En las comparaciones por pares se obtiene que las diferencias se dan en los tres grupos analizados. Así, **las actividades y ocio de los que están en un nivel alto de actividad física son mayores (2.99), a las de los que están en un nivel moderado (2.68)**, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($t(345.99)=7.07$; $p<.001$) con un tamaño del efecto medio ($d=.76$).

Las actividades y ocio de los participantes que están en un **nivel moderado de actividad física (2.68) son mayores a las de los que están en un nivel bajo (2.50)**, siendo la diferencia significativa ($t(80.22)=2.95$; $p=.004$) con un tamaño del efecto medio ($d=.66$); y las actividades y ocio de los participantes que están en un **nivel alto de actividad física (2.99) son mayores de las de los que están en un nivel bajo (2.50)**, siendo la diferencia también estadísticamente significativa ($t(84.05)=7.85$; $p<.001$) con un tamaño del efecto grande ($d=1.71$) tal y como se observa en la siguiente figura.

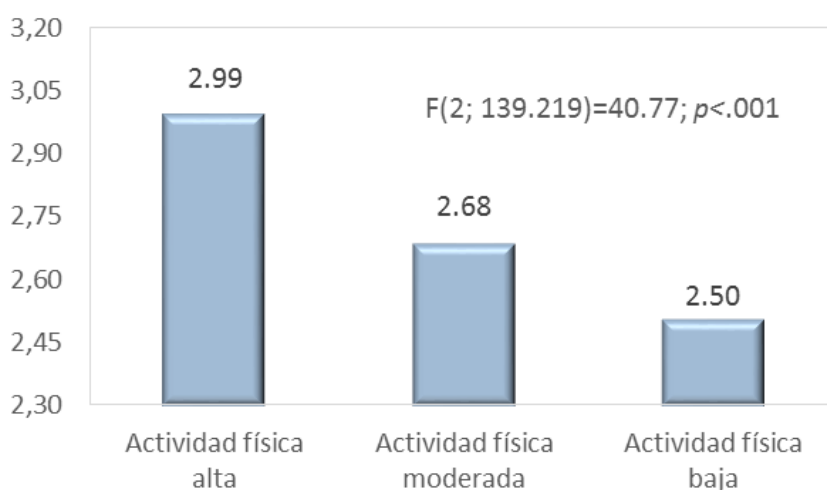


Figura 44. Actividad y ocio en grupos diferenciados por nivel de actividad física.

2.5. Escala de calidad ambiental

En este apartado se tratará de conocer si el nivel de actividad física que realizan no afecta a la calidad ambiental que poseen.

Respecto a las puntuaciones de los participantes en la escala de calidad ambiental según el nivel de actividad física que tienen, la tabla 56 muestra que prácticamente no hay diferencias entre los niveles y, por tanto, no son éstas significativas.

Tabla 56. Media, desviación típica y ANOVA de un factor de la escala de calidad ambiental de CUBRECAVI según la actividad física de los participantes.

	Alta		Moderada		Baja		F	p
	N	M (DT)	N	M (DT)	N	M (DT)		
Calidad ambiental	183	2.97 (.09)	165	2.96 (.09)	49	2.96 (.09)	.284	.753

* Significación estadística

3. Percepción de la calidad de vida de las personas mayores según su nivel de actividad física

En este apartado se tratará de conocer si la percepción de la calidad de vida de entre los que practican niveles elevados de actividad física es mayor.

Percepción de Calidad de vida \longrightarrow Niveles elevados de actividad física

Para analizar si la **calidad de vida** que perciben los participantes de la muestra está relacionada con el **nivel de actividad física** que realizan, se ha calculado la prueba chi-cuadrado entre las dos variables y los resultados muestran que no son independientes ($\chi^2(4,N=397)=11.75$; $p=.020$) aunque la asociación entre las variables es pequeña ($V_{\text{Cramer}}=.122$).

Para concretar en qué niveles la actividad física está relacionada con la calidad de vida percibida, hemos estudiado entre qué niveles de actividad hay significación estadística con la autovaloración de la calidad de vida. De los distintos grupos analizados, se ha obtenido que donde existen diferencias estadísticamente significativas, es entre el **nivel alto de actividad física con los niveles de actividad moderada y baja** ($\chi^2(2,N=397)=9.11$; $p=.011$), aunque con una asociación pequeña entre las variables ($V_{\text{Cramer}}=.151$)²⁰.

A continuación, hemos analizado entre qué niveles de calidad de vida están esas diferencias estadísticamente significativas de actividad física. Los resultados indican que existen diferencias estadísticamente significativas entre el **nivel alto de calidad de vida con los niveles medio y bajo de calidad de vida**²¹ ($\chi^2(1,N=397)=6.71$; $p=.010$) con una asociación pequeña entre las variables ($\text{Phi}=.130$) (cuando comparamos la alta actividad física como grupo diferente de la actividad física moderada y baja, que tienen un comportamiento homogéneo).

Por tanto, la proporción de participantes con **alta calidad de vida que tienen alto nivel de actividad, es significativamente superior, a la proporción de participantes con alta calidad de vida y con actividad física moderada y baja**. Además, para los niveles de actividad moderada y baja, la autovaloración de la calidad de vida no depende de la actividad realizada como se puede observar en la siguiente tabla.

Tabla 57. Autovaloración de la calidad de vida según el nivel de actividad física de los participantes.

		Calidad baja	Calidad media	Calidad alta	Total
	<i>N</i>	2	97	84	183
Alta	% N. actividad	1.1	53	45.9	100
	% Calidad	18.2	42	54.2	46.1

²⁰ Siendo los niveles de actividad moderada y baja homogéneos.

²¹ Los niveles de calidad de vida media y baja tienen un comportamiento homogéneo respecto a la actividad física.

	<i>N</i>	8	99	58	165
Moderada	% N. actividad	4.8	60	35.2	100
	% Calidad	72.7	42.9	37.4	41.6
	<i>N</i>	1	35	13	49
Baja	% N. actividad	2.1	71.4	26.5	100
	% Calidad	9.1	15.1	8.4	12.3

4. Satisfacción con la vida en personas mayores según su nivel de actividad física

En este apartado se tratará de conocer si de entre los que practican niveles elevados de actividad física, son los que alcanzan una mayor satisfacción con la vida.

Niveles elevados de actividad física → Mayor satisfacción con la vida

Para estudiar si la satisfacción con la vida que tienen los participantes del estudio está relacionada con el nivel de actividad física que realizan, se ha calculado un anova de un factor entre las dos variables, y los resultados muestran que no existen diferencias estadísticamente significativas en la valoración media de satisfacción con la vida que hacen los participantes de los tres grupos de actividad física (Tabla 58).

Tabla 58. Media, desviación típica y ANOVA de un factor de la escala LSI según el nivel de actividad física de los participantes.

	Alta		Moderada		Baja		<i>F</i>	<i>p</i>
	<i>N</i>	<i>M (DT)</i>	<i>N</i>	<i>M (DT)</i>	<i>N</i>	<i>M (DT)</i>		
LSI	183	23.16 (5.76)	165	21.8 (6.31)	49	21.29 (7.12)	2.97	.052

* Significación estadística

Capítulo 6

Discusión

En este capítulo se relacionan los resultados obtenidos en la investigación con los objetivos e hipótesis formulados inicialmente, así como con la literatura científica analizada. Más adelante se expondrán las limitaciones que se han encontrado en la realización de este estudio.

Esta investigación trataba de conocer cuáles son los niveles de actividad física y de bienestar en personas mayores de 60 años que están activas según sus características para averiguar si ese bienestar estaba relacionado con el grado de actividad física que realizaban. Como se ha comentado a lo largo de este trabajo, el tema se ha convertido en uno de los ejes de la sociedad actual dado el envejecimiento de la población y las consecuencias que esta acarrea. Numerosos autores otorgan la misma importancia al tema escogido por la doctoranda (Etxeberría, 2016; García, Bohórquez y Lorenzo, 2014; Guillén y Angulo, 2016).

De este modo, al cotejar los objetivos e hipótesis con los resultados obtenidos se deducen las siguientes cuestiones:

- 1) Primer objetivo: **estudiar la relación entre el nivel de actividad física y las características sociodemográficas de los participantes**

Los resultados indican una proporción bastante elevada de los participantes que realizan una actividad física moderada o alta, confirmando la hipótesis de que

una gran parte de las personas de más de 60 años en adelante físicamente activas realizan niveles relevantes de actividad física. Sin embargo, estos resultados contradicen los numerosos autores (Devereux-Fitzgerald et al. 2016; Franco et al. 2015; García et al. 2014; García-Ferrando y Llopis-Boig, 2011; Guillén y Angulo, 2016; Josefsson, Lindwall y Archer, 2014; Lindwall, Gerber, Jonsdottir, Borjesson y Ahlborg, 2013), que sugieren que casi la mitad de las personas mayores de 60 años son inactivas.

Asimismo, en este estudio se ha constatado que no hay diferencias significativas en el nivel de actividad que practican según la edad de los participantes, o si padecen, o no, algún tipo de enfermedad física o psíquica. En cambio, sí que son significativas las diferencias de actividad física entre hombres y mujeres, y según su estado civil, lo que concuerda con los resultados encontrados por Gonzalo y Pasarín (2004) así como con el estudio de Víctor et al. (2016), al sugerir una mayor actividad por parte de los hombres frente a las mujeres. Por tanto, se valida parcialmente la hipótesis de que el nivel de actividad física está relacionado con las características sociodemográficas de las personas de 60 años en adelante.

2) Segundo objetivo: investigar la **relación entre la calidad de vida y las características de las personas mayores**

Al respecto, las puntuaciones han resultado elevadas en la escala de salud, en la de integración social, en la de habilidades funcionales, en la de actividad y ocio y en la de satisfacción con la vida. También se confirma parcialmente que los participantes activos tienen buenas valoraciones en las dimensiones de la calidad de vida. Estos resultados son similares a los encontrados por Montenegro y Soler (2013) y Rodríguez (2013), quienes indican que los mayores activos físicamente poseen buena salud, buenas habilidades funcionales, y mayor número de contactos sociales.

Una vez más, en este estudio se observan diferencias significativas entre hombres y mujeres, en este caso, en la escala de salud y en las subescalas de salud objetiva y psíquica, siendo **mayor la salud de los hombres**. Estos resultados también se aproximan a los de Navarro, Calero y Calero-García (2014). Asimismo, las diferencias según la edad en la subescala de salud subjetiva también son significativas, siendo mayor la percibida por los que tienen 68 años o menos; y la salud psíquica percibida por los solteros frente a los viudos.

Por otro lado, hay diferencias significativas en los tramos de edad en la escala de integración social y en la subescala de satisfacción con la convivencia, siendo en ambos casos, mayor la puntuación en los menores de 68 años; y, según el estado civil, en la integración social, en la satisfacción con la convivencia, en la frecuencia de las relaciones sociales y en la satisfacción con las relaciones sociales, siendo los solteros los que presentan más diferencias con los demás estados y los que menos puntuación obtienen (excepto en la satisfacción con la convivencia que son los que obtienen mayor puntuación). Las diferencias son significativas entre hombres y mujeres en la escala de habilidades funcionales, y en la subescala de habilidades para realizar las actividades de la vida diaria, teniendo los hombres más destrezas en ambos casos que las mujeres, siguiendo la línea de los resultados encontrados por Navarro et al. (2014). También hay diferencias significativas entre los tramos de edad en las habilidades funcionales y en la autonomía funcional, siendo superiores las puntuaciones de las personas de hasta 68 años. Por otra parte y, según su estado civil, hay diferencias significativas en las habilidades funcionales, en la autonomía funcional y en las habilidades para las actividades diarias, siendo los viudos los que menos puntúan y los que, en las comparaciones con los demás estados, las diferencias tienen habitualmente significación.

Las diferencias son significativas entre hombres y mujeres en la subescala de nivel de actividad y en la de frecuencia de las actividades. Sin embargo, mientras

que **los hombres tienen más nivel de actividad, las mujeres registran una mayor frecuencia. Ello sugiere lo corroborado por Garrido et al. (2002) al sugerir que las mujeres poseen mayores lazos afectivos y fuentes de apoyo.** Teniendo en cuenta la edad, son significativas las diferencias en la escala de actividad y ocio, y en el nivel de actividad, siendo en ambos casos superiores las actividades de las personas menores de 68 años.

Las diferencias también son significativas entre hombres y mujeres en la escala de calidad ambiental y en la subescala de satisfacción con los elementos ambientales, estando en ambos **casos los hombres más satisfechos.** Según la edad, son significativas las diferencias en la calidad ambiental y en la satisfacción con los elementos ambientales, siendo en ambos casos mayor la satisfacción de las personas de más de 69 años. Según el estado civil, hay significación en las diferencias en la calidad ambiental y en la satisfacción con elementos ambientales. Así, en las comparaciones por estados, las diferencias radican en los solteros que están menos satisfechos que los casados.

Asimismo, hay diferencias significativas en la escala **de la satisfacción con la vida entre hombres y mujeres,** y considerando su estado civil; en la escala de educación, según su estado civil; en la escala de ingresos, según su edad y su estado civil; en la frecuencia de uso de los servicios sociales y sanitarios, según la edad de los participantes y según su estado civil; y en la satisfacción con la utilización de los servicios sociales y sanitarios, según la edad. Estos resultados son muy similares a los obtenidos por Gonzalo y Pasarín (2004), quienes afirman mayor uso de los servicios sociales y sanitarios por parte de los hombres que de las mujeres.

Por su parte, la autovaloración de la calidad de vida no presenta diferencias significativas ni en función del sexo, ni de la edad, ni del estado civil de los participantes activos; resultados que no coinciden con los aportados por Navarro et al. (2014), quienes señalan que los hombres tienen una calidad de vida en la

vejez superior a la de las mujeres y los casados menor calidad de vida (López, Banegas, Graciani, Herruzo y Rodríguez, 2005).

Por tanto, se confirma parcialmente la hipótesis de que las características sociodemográficas afectan a la calidad de vida de las personas mayores activas.

3) Tercer objetivo: estudiar la relación entre la **satisfacción con la vida y las características de las personas mayores activas**

En este aspecto, los participantes manifiestan que su satisfacción con la vida es media, por lo que no se confirma la hipótesis de que las personas de más de 60 años físicamente activas alcancen valores notables de satisfacción con su vida. Al respecto, existen estudios contradictorios: numerosos autores no confirman este resultado y otros sí lo hacen. Etxeberría (2016), por ejemplo, señala que las personas de entre 65 y 74 años poseen menor satisfacción con la vida respecto a los de 85 a 94 años. Por su parte, Maher et al. (2015) indican bajos niveles de satisfacción con la vida en las personas mayores, mientras que Frijters y Beaton (2012) señalan que la satisfacción con la vida sigue una trayectoria estable hasta los 50, y es a partir de los 60 años cuando decrece.

Sin embargo, y como se ha comentado anteriormente, otros autores, sí que indican un incremento de la satisfacción con la vida (Mroczek y Spiro, 2005; López-Ulloa, Moller y Sousa-Poza, 2013).

Además, una vez más, las diferencias en la satisfacción con la vida son estadísticamente significativas entre hombres y mujeres (es mayor en los hombres) y también considerando su estado civil (los casados están más satisfechos que los viudos). El primero de los aspectos (la diferenciación según el sexo) no concuerda con los resultados de algunos investigadores (Maciá et al. 2015; Montenegro y Soler, 2013).

Sin embargo, no hay diferencias significativas en la satisfacción obtenida según la edad. Por tanto, se valida parcialmente la hipótesis de que las características sociodemográficas son decisivas para la satisfacción con la vida de los participantes activos, especialmente las relaciones sociales. Etxebarría (2016) muestra, sin embargo, resultados contradictorios con los nuestros cuando señala que las personas mayores de 85 años poseen menor satisfacción que grupos de edad menor.

4) Cuarto objetivo: investigar **la calidad de vida que alcanzan las personas mayores según su nivel de actividad física**

Nuestro estudio arroja el resultado de que la salud de los participantes activos no presenta diferencias significativas según el nivel de actividad física que realizan. No se confirma, por tanto, la hipótesis de que las personas mayores que desarrollan niveles más altos de actividad física tengan una mejor valoración de su salud. Estos resultados contradicen los de numerosos autores: Varma et al. (2014) señala que incluso practicando actividades de poca intensidad se produce un incremento del bienestar y una mejoría física; Vagetti et al. (2015) indican que la actividad moderada más que la vigorosa y la caminata ligera, están asociadas a una mejor calidad de vida en las mujeres. Sin embargo, los resultados entre calidad de vida y actividad física son confusos y, por ello, es necesario evaluar con claridad si las asociaciones son causales (Voukelatos et al. 2015).

Por otro lado, la integración social de los participantes activos no presenta diferencias significativas según el nivel de actividad física que realizan. No se confirma, por tanto, la hipótesis de que los mayores que **desarrollan niveles más altos de actividad física estén más integrados socialmente.**

En cuanto a las habilidades funcionales de los participantes activos, éstas presentan diferencias significativas según el nivel de actividad física que realizan, siendo las **habilidades funcionales de los participantes que realizan un nivel alto de actividad física, superiores a las habilidades de los que realizan un nivel moderado** de actividad. Se confirma, por tanto, parcialmente la hipótesis de que las personas mayores que desarrollan niveles más altos de actividad física cuentan con más habilidades funcionales. Varma et al. (2014) arrojan resultados similares al indicar que la actividad física mejora la función física, independientemente de la intensidad realizada, así como la menor dependencia. Sin embargo, las actividades y ocio de las personas mayores activas presentan diferencias significativas según el nivel de actividad física que realizan, siendo superiores las actividades y ocio del participante a medida que aumenta el nivel de actividad física. Se confirma, por tanto, la hipótesis de que las personas mayores que desarrollan niveles más altos de actividad física tienen más actividades y ocio. Por su parte, la calidad ambiental de los participantes activos no presenta diferencias significativas según el nivel de actividad física que realizan. Se confirma, por tanto, la hipótesis de que el nivel de actividad física que desarrollan las personas de 60 a 90 años es independiente de la calidad ambiental que poseen.

5) Quinto objetivo: estudiar la **autovaloración de la calidad de vida de las personas mayores según su nivel de actividad física**

La percepción de la calidad de vida de los participantes activos depende del nivel de actividad física que realizan, siendo significativamente mayor en los participantes con alta calidad de vida y alto nivel de actividad física, que en los que tienen alta calidad de vida y un nivel moderado o bajo de actividad física. Se confirma, por tanto, parcialmente la hipótesis de que las personas mayores que desarrollan niveles más altos de actividad física, perciben poseer una mayor

calidad de vida. Resultados similares se han encontrado por Gómez-Piriz et al. (2014). Otros estudios evalúan la calidad de vida en personas con deterioro cognitivo o demencia, ya sea leve, moderada o grave (O'Rourke et al. 2015). Estos autores sugieren que no existe claridad entre la intensidad de la actividad física realizada y la calidad de vida.

6) Sexto objetivo: estudiar la **satisfacción con la vida que alcanzan las personas mayores según su nivel de actividad física**

La valoración de la satisfacción con la vida de los participantes activos no difiere significativamente según el nivel de actividad física que realizan. No se confirma, por tanto, la hipótesis de que las personas mayores que desarrollan niveles más altos de actividad física tengan una mejor estimación de su satisfacción con la vida. Estos resultados van en la misma línea que el estudio de Varma et al. (2014), que indicaba el mismo bienestar para los que realizaban actividad física moderada o baja, igualándose el efecto independientemente de la intensidad. Además, la relación entre el bienestar y la actividad física no está tan clara según algunos estudiosos (Windle, 2014). Otros (De Rezende, Rey-Lopez, Matsudo y Do Carmo, 2014) señalan que las investigaciones sobre el comportamiento sedentario en personas mayores de 60 años son todavía escasas.

Estos datos presentados contribuyen al conocimiento sobre cómo envejecer activamente, las características de una población mayor emergente y los hábitos de cuidado que favorecen una mayor calidad de vida. Con ello, se proyecta una imagen actual de las personas mayores físicamente activas, teniendo en cuenta además que, tal y como indican Sun, Normal y While (2013), poco se sabe sobre la actividad física practicada por los mayores y que este hecho pone de manifiesto la necesidad de reclutar muestras aleatorias de mayor calidad, dado que no hay opinión acerca de si las personas mayores activas cumplen con los niveles recomendados de actividad física. A partir de ello, se identifican algunas

limitaciones que se han detectado en la investigación y se proponen líneas de investigación futuras:

- La muestra realizada con personas físicamente activas no permite generalizar estas conclusiones a otros grupos de personas mayores.
- Aunque al realizar la investigación se intentaron resolver todas las dudas que les surgieran a los participantes en la cumplimentación de los cuestionarios, hubiera sido deseable poder realizar un mayor control en la cumplimentación de los que se recogieron en zonas externas.
- Asimismo, hubiera sido deseable poder contar en la investigación con un grupo control de personas mayores que no realizan actividad física, para poder comparar con ellos la situación de bienestar que tienen.
- Se deberían analizar los datos según la actividad realizada (gimnasia, baile, yoga, etc.), posibilidad que se contempla en publicaciones futuras dada la amplia muestra que se ha manejado en la presente tesis.
- Además, hubiera sido apropiado emplear medidas objetivas que mejoren las medidas físicas como podómetros, tal y como sugiere Mutrie et al. (2012) y Víctor et al. (2016).
- Por otra parte, el empleo de un diseño transversal no nos permite aventurar conclusiones sobre la causa-efecto de realizar, o no, ejercicio físico.

Teniendo en cuenta todo ello, en próximas investigaciones sería deseable poder realizar un diseño longitudinal, que permitiera profundizar en los efectos que a medio plazo pueden tener tanto la actividad física como la satisfacción en la calidad de vida de las personas mayores. De este hecho, extraemos las siguientes implicaciones y prácticas:

- Es necesario seguir investigando sobre la calidad de vida en las personas mayores, ya que aspectos como la actividad física, e incluso la satisfacción con la vida, han sido más estudiadas en jóvenes o deportistas.

Ello implica un nuevo ámbito de estudio en el envejecimiento en personas físicamente activas, alejado de la tendencia al estudio de la enfermedad y el deterioro ligado a la vejez, muy reflejado en la literatura científica.

- Desde las implicaciones prácticas expuestas, sería necesario enfatizar la necesidad actual de conocer los nuevos perfiles y demandas existentes. Conocer dichas características iniciales, facilitaría realizar acciones concretas para mejorar la calidad de vida con intervenciones adaptadas.

Del mismo modo, sería interesante potenciar estos hábitos con el fin de mejorar la adherencia a la práctica de actividad física, reforzando la conducta para el mantenimiento de la salud. Asimismo, las intervenciones dirigidas a un envejecimiento activo y saludable, podrían ir más allá de los factores ambientales y adentrarse en las estrategias compensatorias que previenen los déficit, dada la contribución de las intervenciones recientes basadas en la psicología positiva a la psicogerontología (Jiménez et al. 2016).

Finalmente, tal y como aseguran Dow y Gaffy (2015), hay que insistir en el estudio de este tipo de intervenciones para mejorar el bienestar y la calidad de vida de las personas mayores, lo que podría suponer una línea de investigación futura, que estableciera intervenciones para comprobar la clara evidencia de la mejora de estas variables. Estos estudios deberían abordarse desde una metodología y diseño empleado rigurosos, desde una perspectiva multidimensional que incluyera la monitorización de aspectos psicobiológicos.

- Conociendo el perfil actual de las personas mayores físicamente activas, el paso siguiente sería diseñar intervenciones adaptadas científicamente a este perfil, para comprobar la evidencia de estas variables en la calidad de vida en esta población. Como se ha comentado anteriormente, esta etapa de la vida

despierta menos interés que la juventud (Dow y Gaffy, 2015), al igual que la situación de los mayores de determinadas zonas geográficas (en especial, Estados Unidos) recibe más interés académico que los de otras. Por ello, tal y como indica Müller, Ansari, Ale y Khoo (2015), es necesario ampliar el estudio a otras zonas geográficas.



Capítulo 7

Conclusiones

A partir de los objetivos que se habían formulado y tras el análisis de los resultados de la investigación, podemos extraer las siguientes conclusiones:

- El nivel de actividad física que realizan las personas mayores activas no depende de su edad, pero sí del sexo y de la situación civil que tienen.
- Los hombres mayores activos tienen mejor salud que las mujeres, aunque todos creen que su salud es peor de lo que apunta la realidad.
- Asimismo, los hombres mayores activos tienen más habilidades funcionales que las mujeres, aunque, entre los mayores, los que son viudos tienen menos habilidades funcionales que los de cualquier otro estado civil.
- Las personas mayores solteras consideran que están menos integradas socialmente y estiman que sus relaciones sociales tienen una frecuencia, y les causa una satisfacción que es menor que la que presentan las personas mayores viudas, casadas o divorciadas.
- Pese a que los hombres tienen un mayor nivel de actividades y ocio, las mujeres realizan esas acciones con mayor frecuencia.
- Los hombres están más satisfechos que las mujeres con la calidad ambiental que tienen.

- Para la mayoría de las personas mayores “Tener buena salud” es el componente más importante para determinar la calidad de vida.
- Los hombres mayores activos manifiestan estar más satisfechos con la vida que las mujeres, y los casados también están más satisfechos que los viudos.
- Algunos aspectos de la calidad de vida de las personas mayores activas como son la salud, la integración social y la calidad ambiental son independientes del nivel de actividad física que realizan las personas mayores. En cambio, otros aspectos como las habilidades funcionales y las actividades y de ocio, sí varían (y suelen aumentar) según el nivel de actividad física que estos desarrollan.
- Los altos niveles de actividad física realizada por las personas mayores se relacionan con una alta valoración de su calidad de vida.
- No se ha encontrado relación entre la satisfacción con la vida de las personas mayores y el nivel de actividad física realizado.

Referencias

- Aarsland, D., Bronnick, K., Williams-Gray, C., Weintraub, D., Marder, K., Kulisevsky, J., ... Emre, M. (2010). Mild cognitive impairment in Parkinson disease: A multicenter pooled analysis. *Neurology*, 75(12), 1062-1069.
- Adams, D. (1969). Analysis of a life satisfaction index. *Journal of Gerontology*, 24(4), 470-474.
- Adams, T. R., Rabin, L. A., Da Silva, V. G., Katz, M. J., Fogel, J. y Lipton, R. B. (2016). Social Support Buffers the Impact of Depressive Symptoms on Life Satisfaction in *Old Age*. *Clinical Gerontologist*, 39(2), 139-157.
- Alix, C. y Muñoz, J. (2002). Envejecimiento social. En Muñoz, J. (Ed.). *Psicología del Envejecimiento*. Psicología Pirámide.
- Almeida, O. P., Khan, K. M., Hankey, G. J., Yeap, B. B., Colledge, J. y Flicker, L. (2014). 150 minutes of vigorous physical activity per week predicts survival and successful ageing: A population-based 11-year longitudinal study of 12.201 older Australian men. *British Journal of Sports Medicine*, 48(3), 220-225.
- Antonucci, T., Okorodulu, C. y Akiyama, H. (2002). Well-being among older adults on different continents. *Journal of Social Issues*, 58(4), 617-626.
- Arem, H., Moore, S. C., Patel, A., Hartge, P., Berrington de Gonzalez, A., Visvanathan, K., ... Matthews, I. (2015). Leisure time physical activity and mortality: A detailed pooled analysis of the dose-response relationship. *Jama Internal Medicine*, 175(6), 959-967.
- Aspinwall, L. G., Richter, L. y Hoffman, R. R. (2001). Understanding how optimism works: An examination of optimist adaptative moderation of belief and behavior. In E. C. Chang (Ed.). *Optimism and Pessimism: Theory, Research and Practice*, 217-238. Washington DC: American Psychological Association.
- Atchley, R. C. (1989). A continuity theory of normal aging. *Gerontologist*, 29(2), 183-190.

- Atchley, R. C. (1999). *Continuity and adaptation in aging. Creating positive experiences*. Baltimore: J. Hopkins University Press.
- Awick, E. A., Wojcicki, T. R., Olson, E. A., Fanning, J., Chung, H. D., Zuniga, K., ... McAuley, E. (2015). Differential exercise effects on quality of life and health-related quality of life in older adults: A randomized controlled trial. *Quality of Life Research*, 24(4), 455-462.
- Baltes, M. M. y Carstensen, L. L. (1996). The process of successful aging. *Aging and Society*, 16(4), 397-422.
- Baltes, P. B. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, 23(5), 611-626.
- Baltes, P. B. y Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P. B. Baltes y M. M. Baltes, (Eds.) (1990). *Successful aging: Perspectives from the behavioural sciences* (pp.1-35). Cambridge UK: Cambridge University Press.
- Bandura, A. (1986). *Social foundation of thoughts and actions*. Englewood Cliffs, Ca, Prentice Hall.
- Bass, S., Caro, F. y Chen, Y. P. (1993). *Achieving a productive aging society*. Westport, CT: Auburn House.
- Bauman, A., Merom, D., Bull, F., Buchner, D. y Fiatarone, M. (2016). Updating the Evidence for Physical Activity: Summative Reviews of the Epidemiological Evidence, Prevalence, and Interventions to Promote "Active Aging". *The Gerontologist*, 56(2), 268-280.
- Bauman, A., Singh, M., Buchner, D., Merom, D. y Bull, F. (2016). Physical activity in older adults. *Gerontologist*, 56(2), 268-280.
- Benítez, I. (2016). La evaluación de la calidad de vida: Retos metodológicos presentes y futuros. *Papeles Del Psicólogo*, 37(1), 69-73.

- Berryman, J. W. (2010). Exercise is medicine: A historical perspective. *Current Sports Medicine Reports*, 9(4), 195-210.
- Birren, J. (1996). History of Gerontology. In J. Birren (ed.), *Encyclopedia of Gerontology. Age, Aging and the Aged*. San Diego: Academia Press.
- Bishop, A. J. y Martin, P. (2011). The measurement of life satisfaction and happiness in old-old age. In L. W. Poon y J. Cohen-Mansfield (Eds.), *Understanding well-being in the oldest old* (pp. 290-331). New York, NY: Cambridge University Press.
- Blanchflower, D. G. y Oswald, A. J. (2004). Well-being over time in Britain and the USA. *Journal of Public Economics*, 88, 1359-1386.
- Blanco, A. (1985). Calidad de vida: Supuestos psicosociales. En J. F. Morales y cols. (Eds.). *Psicología social aplicada*. Bilbao: Desclée de Brouwer. Pp. 159-182.
- Blondell, S. J., Hammersley-Mather, R. y Veerman, J. L. (2014). Does physical activity prevent cognitive decline and dementia? A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *BMC Public Health*, 14(1), 510.
- Bohórquez, M., Lorenzo, M. y García, A. (2014). Actividad física como promotor del autoconcepto y la independencia personal en personas mayores. *Revista Iberoamericana de Psicología Del Ejercicio y el Deporte*, 9(2), 481-491.
- Butler, R. N. (1969). Age-ism: Another form of bigotry. *Gerontologist*, 9, 243-246.
- Butler, R. y Schechter, M. (1995). Productive aging. In G. L. Maddoc (ed.), *The encyclopedia of aging* (pp.763-764). New York: Springer.
- Caprara, M., Molina, M. A, 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*, 817-813.

- Caprara, M., Steca, P. y Caprara, G. (2009). Personalidad y creencias sobre uno mismo. En Fernández-Ballesteros, R. *PsicoGerontología. Perspectivas europeas para un mundo que envejece*. Psicología Pirámide.
- Carballeira, M., González, J. A. y Marrero, R. (2015). Diferencias transculturales en el bienestar subjetivo: México y España. *Anales de Psicología*, 31(1), 199-206.
- Carmel, S. (2011). The will to live as an indicator of well-being and predictor of survival in old age. In L. W. Poon y J. Cohen-Mansfield (Eds.), *Understanding well-being in the oldest old* (pp. 281-289). New York, NY: Cambridge University Press.
- Carmel, S., Raveis, V., O'Rourke, N. y Tovel, H. (2016). Health, coping and subjective well-being: Results of a longitudinal study of elderly Israelis. *Aging and Mental Health*, 1, 1-8.
- Carmel, S., Shrira, A. y Shmotkin, D. (2013). The will to live and death related decline in life satisfaction. *Psychology and Aging*, 28(4), 1115-1123.
- Carstensen, L. L. (1991). Selectivity theory: Social activity in life-span context. En K. W. Schaie (Ed.), *Annual Review of Gerontology and Geriatrics* (Vol. 11, pp. 195-217). New York, EE.UU.: Springer.
- Carstensen, L., Fung, H. y Charles, S. (2003). Socioemotional selectivity theory and the regulation of emotion in the second half of life. *Motivation and Emotion*, 27(2), 103-123.
- Casas, A., Cadore, E., Martínez, N. y Izquierdo, M. (2015). Physical exercise in the frail elderly: An update. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 50(2), 74-81.
- Casas, F. (1989). *Técnicas de investigación social: Los indicadores sociales y psicosociales. Teoría y práctica*. Barcelona. PPU.
- Casas, F. (1996). *Bienestar social: Una introducción psicosociológica*. Barcelona. PPU.

- Casas, F. (2000). Calidad de vida, bienestar e intervención psicosocial. *Cadernos de Psicología*, 27, 13-27.
- Casas, F. y Aymerich, M. (2005). Calidad de vida de las personas mayores, en Pinazo, S. y Sánchez, M. (dir.) *Gerontología. Actualizaciones, innovación y propuestas*. Madrid, Pearson Prentice Hall, pp. 115-143.
- Casilda-López, J., Torres-Sánchez, I., Garzón-Moreno, V. M., Cabrera-Martos, I. y Valenza, M. C. (2015). Results of a physical therapy program in nursing home residents: A randomized clinical trial. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 50(4), 174-178.
- Castellano, M. (2014). Análisis de la relación entre las actitudes hacia la vejez y el envejecimiento y los índices de bienestar en una muestra de personas mayores. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 49(3), 108-114.
- Centro Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) (2015). *Consecuencias del cambio de la estructura de edad de la población en la UE*
<https://envejecimientoenred.wordpress.com/2015/06/08/consecuencias-del-cambio-de-la-estructura-de-edad-de-la-poblacion-en-la-ue/#more-2370>
- Centro Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) (2016). Galicia: el finis terrae del envejecimiento europeo. En J. Hernández-Borges.
<https://envejecimientoenred.wordpress.com/2016/02/11/galicia-el-finis-terrae-del-envejecimiento-europeo/>
- Centro Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) (2016a). Un perfil de las personas mayores en España. En Abellán, A. y Pujol, R. *Indicadores estadísticos básicos*. Nº 14.
- Chodzko-Zajko, W. J., Proctor, D. N., Fiatarone, M. A., Minson, C. T., Nigg, C. R., Salem, G. J. y Skinner, J. S. (2010). Exercise and Physical Activity for Older Adults. *Medicine and Science in Sport and Exercise*, 41(7), 1510-1530.

- Christensen, K., Doblhammer, G., Rau, R. y Vaupel, J. W. (2009). Ageing populations: The challenges ahead. *Lancet*, 374(9696), 1196-1208.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd edition). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Colley, R., Garriguet, D., Janssen, I., Craig, C., Clarke, J. y Tremblay, S. (2009). Physical activity of Canadian adults: Accelerometer results from the 2007 to 2009 CHMS. *Health Reports*, 22(1), 1-9.
- Combrain, C., D'Argembeau, A. y Van der Linden, M. (2005). Phenomenal characteristics of autobiographical memories for emotional and neutral events in older and younger adults. *Experimental Aging Research*, 31(2), 173-189.
- Comisión Europea (2005). *Population in Europe*. Brussels: European Communities.
- Comisión Europea (2015). *The 2015 Ageing Report*. Economic and Financial Affairs. http://ec.europa.eu/economy_finance/structural_reforms/ageing/demography/index_en.htm
- Consejo Superior de Deportes (CSD) (2009). *Plan Integral para la promoción del Deporte y la Actividad Física en personas mayores*. Madrid: Consejo Superior de Deportes.
- Cumming, E. y Henry, W. E. (1961). *Growing old: The process of disengagement*. Nueva York: Basic Book.
- De Rezende, L. F., Rey-López J. P., Matsudo V. K. y Do Carmo, O. (2014). Sedentary behavior and health outcomes among older adults: A systematic review. *BMC Public Health*, 14(1), 333.
- Devereux-Fitzgerald, A., Pwell, R., Dewhurst A. y French, D. P. (2016). The acceptability of physical activity interventions to older adults: A systematic review and meta-synthesis. *Social Science & Medicine*, 158(1), 14-23.

- Díaz, F. J. y Moreno, E. M. (2015). Modelo predictivo de satisfacción vital en personas mayores institucionalizadas. *Neurama*, 2(2), 5-14.
- Diener, E. (1994). Assessing subjective well-being: Progress and opportunities. *Social Indicators Research*, 31(2), 103-157.
- Diener, E. y Chan, M. Y. (2011). Happy people live longer: Subjective well-being contributes to health and longevity. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 3(1), 1-43.
- Diener, E. y Lucas, R. E. (1999). Personality and subjective well-being. In D. Kahneman, E. Diener y N. Schwarz (eds.), *Well-being. The foundation of hedonic psychology* (pp.213-229). NY: Russell Sage Foundation.
- Diep, L., Kwagyan, J., Kurantsin-Mills, J., Weir, R. y Jayam-Trouth A. (2010). Association of physical activity level and stroke outcomes in men and women: A meta-analysis. *Journal of Womens Health*, 19(10), 1815-1822.
- Dow, B. y Gaffy, E. (2015). Mental health and well-being in older people. *Australasian Journal on Ageing*, 34(4), 220-223.
- Efklides, A., Kalaitzidou, M. y Chankin, G. (2003). Subjective quality of life in old age in Greece: The effect of demographic factors, emotional state, and adaptation to aging. *European Psychologist*, 8(3), 178-191.
- Elder, G. H. (1975). Age differentiation and the life course. *Annual Review of Sociology*, 1(1), 165-190.
- Enkvist, A., Ekstrom, H. y Elmstahl, S. (2012). Life satisfaction and symptoms among the oldest-old: Results from the longitudinal population study called goog aging in Skane (Gas). *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 54(1), 146-150.
- Erikson, E. (2000). *El ciclo vital completado (edición revisada)*. Barcelona: Paidós.
- Erikson, E. H. (1950). *Childhood and Society*. Nueva York: Norton.

- Esteban, M., Jiménez, R., Gil-De, A., Díaz-Olalla, J. M., Villasevil-Llanos, E. y Fernández-Cordero, X. (2010). Calidad de vida en relación con la salud, medida por las láminas COOP/WONCA en la ciudad de Madrid. *Semergen*, 36(4), 187-195.
- Etxeberría, I. (2016). Estudio descriptivo de algunas variables emocionales en las personas mayores. *European Journal of Investigation in Health*, 6(2), 57-69.
- Felce, D. (2006). La calidad de vida en servicios de vida comunitaria: Cuestiones sobre medición subjetiva y objetiva. En M. A. Verdugo y Jordán de Urries, F. B. (Coords.), *Rompiendo inercias. Claves para avanzar*. VI Scientific Meeting of Research on People with Disability, 73-88.
- Fernández-Ballesteros, R. (1986). Hacia una vejez competente. En M. Carretero, A. Marchesi y J. Palacios (dirs.) *Psicología evolutiva*. Vol. 3. Adolescencia, madurez y senectud. Madrid: Alianza Editorial.
- Fernández-Ballesteros, R. (1998). Calidad de vida: Concepto y contribución. En: Adair, J., Belanger, D. y Dion, K. (Eds.), *Avances en la Ciencia Psicológica (Vol 1)*. Sussex, UK: Psicología.
- Fernández-Ballesteros, R. (2000). *Gerontología Social*. Madrid: Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. (2002). Social support and quality of life among older people in Spain. *Journal of Social Issues*, 58(4), 645-661.
- Fernández-Ballesteros, R. (2004). Psicología de la vejez. Comportamiento y adaptación. En *Gerontología social*. Psicología Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. (2009). Un nuevo paradigma en el estudio del envejecimiento. En Fernández-Ballesteros, R. *Envejecimiento activo. Contribuciones de la Psicología*. Psicología Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. (Dir.) (1992). *Introducción a la evaluación psicológica*. Vol. I y II. Madrid: Ed. Pirámide. (50 Edición, 1996).

- Fernández-Ballesteros, R. y Zamarrón, M. D. (2007). *CUBRECAVI Cuestionario Breve de Calidad de Vida*. Madrid: TEA Ediciones.
- Fernández-Ballesteros, R., Bustillos, A., Santacreu, M., Schettini, R., Díaz-Veiga, P. y Huici, C. (2016). Is older adult care mediated by caregivers' cultural stereotypes? The role of competence and warmth attribution. *Clinical Interventions in Aging*, 11(5), 545-552.
- Fernández-Ballesteros, R., Kruse, A., Zamarrón, M. D. y Caprara, M. G. (2007). Quality of life, life satisfaction and positive ageing. In R. Fernández-Ballesteros (Ed.), *Geropsychology. European perspective for an ageing world* (pp. 196-223). Gottingen: Hogrefe y Huber.
- Fernández-Ballesteros, R., Kruse, A., Zamarrón, M. D. y Caprara, M. (2009). Calidad de vida, satisfacción con la vida y envejecimiento positivo. En Fernández-Ballesteros, R. *PsicoGerontología. Perspectivas europeas para un mundo que envejece*. Psicología Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M. D. y Maciá, A. (1996). *Calidad de vida en la vejez en distintos contextos*. Madrid: IMSERSO.
- Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M. D., Rudinger, G., Schroots, J. F., Hekkonen, E., Drusini, A., ... Rosenmayr, L. (2004). Assessing competence: The European Survey on Aging Protocol (ESAP). *Gerontology*, 50(5), 330-347.
- Fernández-Mayoralas, G., Rojo, F., Abellán, A. y Rodríguez, V. (2003). Envejecimiento y salud. Diez años de investigación en el CSIC. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 13(1), 43-46.
- 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. *Aging & Mental Health*, 19(11), 1031-1041.

- Fiatarone, M., O'Neill, E. F., Ryan, N. D., Clemens, K. M., Solares, G. R. y Nelson, M. E. (1994). Exercise training and nutritional supplementation for physical frailty in very elderly people. *New England Journal of Medicine*, 330(25), 1769-1775.
- Fisher, B. J. (1992). Successful aging and life satisfaction: A pilot study for conceptual clarification. *Journal of Aging Studies*, 6(2), 191-202.
- Flecha-García, A. (2015). Subjective psychological well-being of senior residents in nursing homes. *Pedagogía Social*, 25, 319-341.
- Floegel, T. A. y Perez, G. A. (2016). An integrative review of physical activity/exercise intervention effects on function and health-related quality of life in older adults with heart failure. *Geriatric Nursing*, 37(5), 340-347.
- Foster, L. y Walker, A. (2014). Active and successful aging: A European Policy Perspective. *The Gerontologist*, 55(1), 83-90.
- Fox, K. R., Stathi, A., McKenna, J. y Davis, M. G. (2007). Physical activity and mental wellbeing in older people participating in the Better Ageing Project. *European Journal of Applied Physiology*, 100(5), 591-602.
- Franco, M. R., Tong, A., Howard, K., Sherrington, C., Ferreira, P. H., Pinto, R. Z. y Ferreira, M. L. (2015). Older people's perspectives on participation in physical activity: A systematic review and thematic synthesis of qualitative literature. *British Journal of Sports Medicine*, 49(19), 1-9.
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology. *American Psychologist*, 56(3), 218-226.
- Fries, J. F. (1989). *Aging well*. Reading: Mass., Addison-Wesley Pub.
- Fries, J. F. y Crapo, L. M. (1981). *Vitality and Aging: Implications of the Rectangular Curve*. San Francisco: W.H. Freeman.

- Frijters, P. y Beatton, T. (2012). The mystery of the U-shaped relationship between happiness and age. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 82(2-3), 525-542.
- Fundación Edad y Vida (2013). *Libro Dorado. El envejecimiento en España. Retos y Oportunidades para la innovación y el emprendimiento*. Recuperado de: <http://www.edad-vida.org>
- Gal, D. L., Santos, A. C. y Barros, H. (2005). Leisure-time versus full-day energy expenditure: A cross-sectional study of sedentarism in a Portuguese urban population. *BMC Public Health*, 5, 16-23.
- Gañán, A. y Villafruela, I. (2015). El ocio, tiempo libre y calidad de vida para un envejecimiento activo, el caso de la Universidad de Burgos. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 5(1), 75-87.
- García, A. J. y García, M. A. (2013). Nuevas formas de envejecer activamente: Calidad de Vida y Actividad Física desde una perspectiva Psicosocial. *Escritos de Psicología*, 6(2), 1-5.
- García, A. J., Bohórquez, M. R. y Lorenzo, M. (2014). La implicación en la actividad física como fuente de felicidad en personas mayores. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 4(1), 19-30.
- García-Ferrando, M. y Llopis-Goig, R. (2011). *Ideal democrático y bienestar personal. Encuesta sobre los hábitos deportivos en España 2010*. Madrid: CIS-CSD.
- Garrido, G. E., Furuie, S. S., Buchpiguel, C. A., Bottino, C. M., Almeida, O. P. y Cid C. G., ... Busatto, G. (2002). Relation between medial temporal atrophy and functional brain activity during memory processing in Alzheimer's disease: a combined MRI and SPECT study. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 73(5), 508-516.
- Gebel, K., Ding, D. y Bauman, A. (2015). Physical Activity and Successful Aging-Reply: Even a Little Is Good. *JAMA Internal Medicine*, 175(11), 1863-1864.

- George, L. K. (2010). Still happy after all these years: Research frontiers on subjective well-being in later life. *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 65(3), 331-339.
- Gergen, M. M. y Gergen, K. J. (2001). Positive aging: New images for a new age. *Aging International*, 27(1), 3-23.
- Gerstorf, D., Ram, N., Mayraz, G., Hidajat, M., Lindenberger, U., Wagner, G. G. y Schupp, J. (2010). Late-life decline in well-being across adulthood in Germany, the United Kingdom, and the United States: Something is seriously wrong at the end of life. *Psychology and Aging*, 25(2), 477-485.
- Gómez-Piriz, P. T., Puga, E., Jurado, R. M. y Pérez, P. (2014). Perceived quality of life and the specific physical activities by the elderly. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, 14(54), 227-242.
- González-Serrano, G., Huéscar, E. y Moreno-Murcia, J. A. (2013). Satisfacción con la vida y el ejercicio físico. *European Journal of Human Movement*, 30, 131-151.
- Gonzalo, E. y Pasarín, M.A. (2004). La salud de las personas mayores. *Gaceta Sanitaria*, 18 (Supl 1), 69-80.
- Gross, J. J., Carstensen, L. L., Tsai, J., Skorpen, C. G. y Hsu, A. Y. C. (1997). Emotion and aging: Experience, expression and control. *Psychology and Aging*, 12, 590-599.
- Grühn, D., Smith, J. y Baltes, P. (2005). No aging bias favoring memory for positive material: Evidence from a heterogeneity-homogeneity list paradigm using emotionally toned words. *Psychology and Aging*, 20, 579-588.
- Guillén, F. y Angulo, J. (2016). Análisis de rasgos de personalidad positiva y bienestar psicológico en personas mayores practicantes de ejercicio físico vs no practicantes. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte*, 11(1), 113-122.

- Guillén, F. y Sánchez, M. C. (2010). La intervención del psicólogo/a del ejercicio y el deporte en la mejora de la salud y la calidad de vida en poblaciones especiales. *Apuntes de psicología*, 28, 329-340.
- 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(6), 703-708.
- Gutiérrez, M., Serra, E. y Zacarés, J. J. (2006). *Envejecimiento óptimo. Perspectivas desde la Psicología del Desarrollo*. Valencia: Promolibro.
- Hamer, M., Lavoie, K. L. y Bacon, S. L. (2014). Taking up physical activity in later life and healthy ageing: The English longitudinal study of ageing. *British Journal of Sports Medicine*, 48(3), 239-243.
- Harvey, J. A., Chastin, S. F. y Skelton, D. A. (2015). How sedentary are older people? A systematic review of the amount of sedentary behavior. *Journal of Aging and Physical Activity*, 23(3), 471-487.
- Havighurst, R. J. (1961). Successful ageing. *The Gerontologist*, 1(1), 8-13.
- Havighurst, R. J. y Albrecht, R. (1953). *Older people*. New York, NY: Longmans, Green.
- Havinghurst, R. J. (1987). Gerontological Society of America. In G. L. Maddox (ed), *The Encyclopedia of Aging*. Nueva York: Springer Publishing. Company.
- Heckhausen, J. y Schulz, R. (1993). Optimization by selection and compensation: Balancing primary and secondary control in life span development. *International Journal of Behavioral Development*, 16(2), 287-303.
- HelpAge International (2015). *Agewatch*. Oxana Sinyavskaya.
- Higgins, E. T., Grant, H. y Shah, J. (1999). Self-regulation and quality of life: Emotional and nonemotional life experiences. In D. Kahneman, E. Diener, y N. Schwarz (eds.), *Well-*

being. The foundation of hedonic psychology (pp. 244-266). NY: Russell Sage Foundation.

Hillgaard, M. y Söderqvist, T. (2014). Successful ageing: A historical overview and critical analysis of a successful concept. *Journal of Aging Studies, 31*, 139-149.

Instituto Nacional de Estadística (INE) (2016). *Proyecciones de población. Cifras INE*.

Isaacowitz, D. M. y Smith, J. (2003). Positive and Negative Affect in very old age. *Journal of Gerontology, 58*(3), 143-152.

Iwarsson, S., Wahl, H. W. y Nygren, C. (2005). Challenges of cross-national housing research with older people: Lessons from the ENABLE-AGE project. *European Journal of Ageing, 1*(1), 79-88.

Jak, A. J. (2012). The impact of physical and mental activity on cognitive aging. *Current Topics in Behavioral Neurosciences, 10*, 273-291.

Jiménez, M. C., Párraga, J. A. y Lozano, E. (2013). Impact of a training program in women 60 years-old and older. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte, 13*(50), 217-233.

Jiménez, M. G., Izal, M. y Montorio, I. (2016). An intervention program to enhance the wellbeing of the elderly: Pilot study based on positive psychology. *Suma Psicológica, 23*(1), 51-59.

Jongeneel-Grimen, B., Droomers, M., VanOers, H. A. M., Stronks, K. y Kunst, A. (2014). The relationship between physical activity and the living environment: A multi-level analyses focusing on changes over time in environmental factors. *Health Place, 26*, 149-160.

Jopp, D. y Smith, J. (2006). Resources and life management strategies as determinants of successful aging: On the protective effect of selection, optimization and compensation. *Psychology and Aging, 21*(2), 253-265.

- Josefsson, T., Lindwall, M. y Archer, T. (2014). Physical exercise intervention in depressive disorders: Meta-analysis and systematic review. *Scandinavian Journal of Medicine & Science and Sports*, 24(2), 259-272.
- Justine, M. y Hamid, T. A. (2010). A multicomponent exercise program for institutionalized older adults. *Journal of Gerontological Nursing*, 36(10), 10.
- Kahana, E. y Kahana, B. (1996). Conceptual and empirical advances in understanding aging well through proactive adaptation. In V. Bengtson (Ed.), *Adulthood and aging: Research on continuities and discontinuities* (pp. 18-41). New York: Springer Publishing.
- Kahana, E. y Kahana, B. (2003). Contextualizing successful aging: New direction: New direction in age-old search. In R. Settersten, Jr. (Ed.), *Invitation to the life course. A new look at old age* (pp.225-255). Amityville, NY: Baywood Pub.
- Kelaiditi, E., Van Kan, G. A. y Cesari, M. (2014). Frailty: Role of nutrition and exercise. *Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care*, 17(1), 32-39.
- Kramer, A. F., Erickson, K. I. y Colcombe, S. J. (2006). Exercise, cognition, and the aging brain. *Journal of Applied Physiology*, 101(4), 1237-1242.
- Kunzmann, U., Little, T. D. y Smith, J. (2002). Perceiving control: A double-edged sword in old age. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences*, 57(6), 484-491.
- Kunzmann, U., Stange, A. y Jordan, J. (2005). Positive affectivity and lifestyle in adulthood: Do you do what you feel? *Personality and Social Psychology Bulletin*, 31(4), 574-588.
- Lawton, M. P. (1983). The varieties of well-being. *Experimental Aging Research*, 9(2), 65-72.
- Lawton, M. P., Kleban, M. H. y Dean, J. (1993). Affect and age: Cross-sectional comparisons of structure and prevalence. *Psychology and Aging*, 8(2), 165-175.
- Lawton, M. P., Kleban, M. H., Rejagopal, D. y Dean, J. (1992). Dimensions of affective experience in three age groups. *Psychology and Aging*, 7(2), 171-184.

- Layous, K., Nelson, K. S. y Lyubomirsky, S. (2012). What is the optimal way to deliver a positive activity intervention? The case of writing about one's best possible selves. *Journal of Happiness Studies*, 14(2), 635-654.
- Lee, I. M., Shiroma, E. J., Lobelo, F., Puska, P., Blair, S. N. y Katzmarzyk, P. T. (2012). Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: An analysis of burden of disease and life expectancy. *The Lancet*, 380(9838), 219-229.
- Lehr, U. (1982). Socio-psychological correlates of longevity. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 3, 102-147.
- Lehr, U. (2004). Calidad de vida, satisfacción con la vida, envejecimiento satisfactorio y bienestar subjetivo. *Revista de Geriatría y Gerontología*, 39(3), 2-7.
- Lehr, U., Re, S. y Wilbers, J. (2009). El cambio demográfico, la necesidad de cuidados y el papel de los mayores. En Fernández-Ballesteros, R. *PsicoGerontología. Perspectivas europeas para un mundo que envejece*. Psicología Pirámide.
- Lehr, U., Seiler, E. y Thomae, H. (2000). Aging in a cross-cultural perspective. In A. L. Comunian, y U. P. Gielen (Eds.): *International perspectives on human development* (pp.571-589). Lengerich: Pabst Science Pub.
- Levy, B. R. (2003). Mind matters: Cognitive and physical effects of aging self-stereotypes. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 58(4), 203-211.
- Limón, I. y Berzosa, G. (2006). Siglo XXI, Envejecimiento y solidaridad. *Revista Galega do Ensino*, 14(48), 59-88.
- Limón, M. R. (2011). Nuevos retos de la educación para la salud en las personas mayores. En R. Perea Quesada, *Educación para la salud y calidad de vida*, pp. 149-177. Madrid: Díaz de Santos.

- Limón, M. R. y Ortega, M. C. (2011). Envejecimiento activo y mejora de la calidad de vida en adultos mayores. *Revista de Psicología y Educación*, 1(6), 225-238.
- Lindwall, M., Gerber, M., Jonsdottir, I., Börjesson, M. y Ahlborg, G. (2013). The relationships of change in physical activity with change in depression, anxiety, and burnout: A longitudinal study of Swedish healthcare workers. *Health Psychology*, 33(11), 1309-1318.
- López, E., Banegas, J. R., Graciani, A., Herruzo, R. y Rodríguez, F. (2005). Social network and healthrelated quality of life in older adults: A population-based study in Spain. *Quality of Life Research*, 14(2), 511-520.
- López-Ulloa, B., Moller, V. y Sousa-Poza, A. (2013). How does subjective wellbeing evolve with age? A literature review. *Journal of Population Ageing*, 6(3), 1-33.
- Luhman, M., Hofmann, W., Eid, M. y Lucas, R. E. (2012). Subjective wellbeing and adaptation to life events: A meta-analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 102(3), 592-615.
- Lupien, S. J. y Wan, N. (2004). Successful ageing: From cell to self. *Philosophical transactions of the Royal Society of London, Series B, Biological Sciences*, 359(1449), 1413-1426.
- Lynch, G., Palmer, L. C. y Gall, C. M. (2011). The likelihood of cognitive enhancement. *Pharmacology Biochemistry and Behaviour*, 99(2), 116-129.
- Lyubomirsky, S., King, L. y Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success? *Psychological Bulletin*, 131(6), 803-855.
- Maciá, E., Duboz, P., Montepare, J. M. y Gueye, L. (2015). Exploring life satisfaction among older adults in Dakar. *Journal of Cross Cultural Gerontology*, 30(4), 377-391.
- Maddox, G. (1963). Activity and morale: A longitudinal study of selected subjects. *Social Forces*, 42(2), 195-204.

- Maher, J. P., Pincus, A. L., Ram, N. y Conroy, D. E. (2015). Physical activity and life satisfaction across adulthood. *Developmental Psychology*, 51(10), 1407-1419.
- Martín, M., Barriopedro, M. I., Martínez del Castillo, J., Jiménez-Beatty, J. E. y Rivero-Herráiz, A. (2014). Diferencias de género en los hábitos de actividad física de la población adulta en la Comunidad de Madrid. *Revista Internacional de Ciencias del Deporte*, 38(10), 319-335.
- Martín, M., Moscoso, D. y Pedrajas, N. (2013). Gender differences in motivations to practice physical activity and sport in old age. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, 13(49), 121-129.
- Mazzola, P., Lorenza, S. M., Rossi, P., Noale, M., Rea, F., Facchini, C., ... Annoni, G. (2016). Aging in Italy: The need for new welfare strategies in an old country. *The Gerontologist*, 1-8.
- Meeks, T. W., Vahia, I. V., Lavretsky, H., Kulkarni, G. y Jeste, D. V. (2011). A tune in "a minor" can "b major": A review of epidemiology, illness course, and public health implications of subthreshold depression in older adults. *Journal of Affective Disorders*, 129(1-3), 126-142.
- Meléndez, A. y Schofield, D. (1997). *Las directrices de Heidelberg*. Madrid: Consejo Superior de Deportes.
- Meléndez, J. C., Tomás, J. M. y Navarro, E. (2008). Análisis del bienestar en la vejez según la edad. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 43(2), 90-95.
- Meléndez, J., Tomás, J. y Navarro, E. (2011). Actividades de la vida diaria y bienestar y su relación con la edad y el género en la vejez. *Anales de Psicología*, 27(1), 164-169.
- Milanović, Z., Sporis, G. y Weston, M. (2015). Effectiveness of high-intensity interval training (HIT) and continuous endurance training for VO₂max improvements: A systematic review and meta-analysis of controlled trials. *Sports Medicine*, 45(10), 1469-1481.

- Mishara, B. L. y Riedel, R. G. (1986). *El proceso de envejecimiento*. Madrid: Morata.
- Montenegro, A. O. y Soler, L. M. (2013). Institutionalized older: Rating of satisfaction and well-being in a religious nursing home. *Gerokomos*, 24(1), 18-21.
- Montero-Fernández, N. y Serra-Rexach, J. A. (2013). Role of exercise on sarcopenia in the elderly. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 49(1), 131-143.
- Morfi, R. (2007). Atención del personal de enfermería en la Gerontología comunitaria en Cuba. *Revista Cubana de Enfermería*, 23(1), 1561-2961.
- Mozaffarian, D. (2016). Food and weight gain: Time to end our fear of fat. *Lancet Diabetes Endocrinology*, 4(8), 633-635.
- Mroczek, D. K. y Spiro, A. (2005). Change in life satisfaction during adulthood: Findings from the Veterans Affairs Normative Aging Study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88(1), 189-202.
- Müller, A. M., Ansari, P., Ale, N. y Khoo, S. (2015). Physical activity and aging research: A bibliometric analysis. *Journal of aging and physical activity*, 24(3), 476-483.
- Muñoz, J. (2002). *Psicología del Envejecimiento*. Madrid. Psicología Pirámide.
- Mutrie, N., Doolin, O., Fitzsimons, C. F., Grant, M., Granat, M. y Greal, M., ... Skelton, D. A. (2012). Increasing older adult walking through primary care: Results of a pilot randomized controlled trial. *Family Practice*, 29(6), 633-642.
- Navarro, E., Calero, M. D. y Calero-García, M. J. (2014). Diferencias entre hombres y mujeres mayores en funcionamiento cognitivo y calidad de vida. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 4(3), 267-277. doi: 10.1989/ejihpe.v4i3.74

- Netz, Y., Wu, M. J., Becker, B. J. y Tenebaum, G. (2005). Physical activity and psychological well-being in advance age: A meta-analysis of intervention studies. *Psychology and Aging, 20*(2), 272-284.
- Neugarten, B. L. (1964). *Personality in middle and late life*. New York: Atherton Press.
- Neugarten, B. L. (1975). The future and the young old. *The Gerontologist, 15*, 49.
- Neugarten, B. L., Havighurst, R. J. y Tobin, S. (1961). The measurement of life satisfaction. *Journal of Gerontology, 16*(2), 134-143.
- Norton, S., Matthews, F. E., Barnes, D. E., Yaffe, K. y Brayne, C. (2014). Potential for primary prevention of Alzheimer's disease: An analysis of population-based data. *Lancet Neurology, 13*(8), 788-794.
- Notthoff, N., Klomp, P., Doerwald, F. y Scheibe, S. (2016). Positive messages enhance older adults' motivation and recognition memory for physical activity programmes. *European Journal of Ageing, 13*(3), 1-7.
- O'Rourke, A. M., Duggleb, W., Fraser, K. y Jorke, L. (2015). Factors that affect quality of life from the perspective of people with dementia. *Journal of the American Geriatrics Society, 63*(1), 24-38.
- Oliver, A., Gutiérrez, M., Tomás, J., Galiana, L. y Sancho, P. (2016). Validación de un modelo explicativo del proceso de envejecer con éxito a partir de aspectos psicológicos, físicos, relacionales y de ocio. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education, 6*(1), 47-56.
- Organización de las Naciones Unidas (ONU) (2002). *Madrid International Plan of Action on Ageing*. NY: UN.
- Organización de Naciones Unidas (ONU) (2002). *Plan de Acción Internacional Madrid sobre el Envejecimiento*. Madrid: ONU.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (1948). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud* [Documento en línea].

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2010). *Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud*. Organización Mundial de la Salud. Suiza.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (1990). *Healthy Aging*. G \acute{e} nova: WHO.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (1995). The World Health Organization Quality of life assessment (WHOQOL). Position Paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403-1409.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (1997). The world health organization issues guidelines for promoting physical activity among older persons. *Journal of Aging and Physical Activity*, 5, 1-8.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (1999). *Making a difference*. Geneva: World Health Organization.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2002). Envejecimiento activo: Un marco pol \acute{t} ico. *Revista Espa \acute{n} ola de Geriatr \acute{a} y Gerontolog \acute{a}* , 37, 94-124.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2002a). *Active aging a policy framework*. Geneva: World Health Organization. Available online at <http://www.who.int/hpr/aging/ActiveAgeingPolicyFrame.pdf>

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2004). *Changing History*, Geneva, World Health Organization, Technical Report. http://www.who.int/features/factfiles/ageing/ageing_facts/es/

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2011). *Global Recommendations on Physical Activity for Health 65 years and above*. <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/en/index.html>

- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2012). *Active Ageing: A policy Framework*. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2012). *IPAQ. International Physical Activity Questionnaire* (versión 2.0. español). Recuperado de <http://www.who.int/chp/steps/instrument/es/index/html>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2014). *World Health Statistics*. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112738/1/9789240692671_eng.pdf?ua=1
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2016). *Estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud 2016-2020: Hacia un mundo en el que todas las personas puedan vivir una vida prolongada y sana*. 69ª Asamblea Mundial de la Salud. 24 de mayo de 2016. Recuperado de http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_ACONF8-sp.pdf
- Paffenbarger, R. S., Hyde, R. T., Wing, A. y Hsieh, C. (1986). Physical Activity, All-Cause Mortality, and Longevity of College Alumni. *The New England Journal of Medicine*, 314(10), 605-613.
- Pahor, M., Blair, S. N., Espeland, M., Fielding, R., Gill, T. M., Guralnik, J. M., ... Studenski, S. (2006). Effects of a physical activity intervention on measures of physical performance: Results of the lifestyle interventions and independence for Elders Pilot (LIFE-P) study. *The Journal of Gerontology*, 61(11), 1157-1165.
- Palacios-Ceña, D. y Salvadores, P (coord.). (2010). Conceptos generales de geriatría y gerontología. Manual docente de enfermería geriátrica y gerontológica (I) Limitación funcional en las personas mayores. Intervención multidisciplinar. Madrid: Servicio de Publicaciones Universidad Rey Juan Carlos.
- Palmore, E. (1979). Predictors of successful aging. *The Gerontologist*, 19(5), 427-431.

- Palmore, E. B. (1995). El éxito del envejecimiento. En G. L. Maddox (Ed.), *Enciclopedia del envejecimiento: Un recurso completo en Gerontología y Geriatría*. Nueva York: Springer, 914-915.
- Paterson, D. H. y Warburton, D. E. (2010). Physical activity and functional limitations in older adults: A systematic review related to Canada's Physical Activity Guidelines. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 7(1), 38.
- Pavot, W. y Diener E. (1993). Review of the Satisfaction with Life scale. *Psychological Assessment*, 5(2), 164-172.
- Peitsch, L., Tyas, S. L., Menec, V. H. y John, P. D. (2016). General life satisfaction predicts dementia in community living older adults: A prospective cohort study. *International Psychogeriatrics*, 28(7), 1101-9.
- 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(8), 1363-1375.
- Pereira, C., Baptista, F. y Cruz-Ferreira, A. (2016). Role of physical activity, physical fitness, and chronic health conditions on the physical independence of community-dwelling older adults over a 5-year period. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 65(1), 45-53.
- Pérez, M. (2003). *Activando el envejecimiento activo*. Madrid, IMSERSO, Estudios I+D+I, nº 18.
- Petretto, D. R., Pili, R., Gaviano, L., Matos-Lopez, C. y Zuddas, C. (2016). Active ageing and success: A brief history of conceptual models. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 51(4), 229-241.
- Pfeiffer, E. (Ed.). (1974). *Successful aging: A conference report*. Durham, NC: Duke University.
- Pinazo, S. y Sánchez, M. (2006). *Gerontología. Actualización, innovación y propuestas*. Madrid: Pearson Prentice-Hall.

- Pinquart, M. (2001). Age differences in perceived positive affect, negative affect, and affect balance in middle and old age. *Journal of Happiness Studies*, 2(4), 375-405.
- Pressman, S. D. y Cohen, S. (2005). Does positive affect influence health? *Psychological Bulletin*, 131, 925-971.
- Ramírez, M. y Lee, S. (2012). Factores asociados a la satisfacción vital en adultos mayores de 60 años. *Revista Latinoamericana Polis*, 33, 2-15.
- Ramírez-Vélez, R. (2010). Actividad física y calidad de vida relacionada con la salud: Revisión sistemática de la evidencia actual. *Revista Andaluza de Medicina del Deporte*, 3(3), 110-120.
- Reichert, C. L., Diogo, C. L., Vieira, J. L. y Dalacorte, R. R. (2011). Physical activity and depressive symptoms in community-dwelling elders from southern Brazil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 33(2), 165-170.
- Reig, A. (2000). Psicología de la Vejez, Comportamiento y adaptación. En Fernández-Ballesteros. *Gerontología social*. Madrid: Editorial Pirámide.
- Riley, M. W. (1988). Forward. In K. W. Schaie y R. T. Campbell (eds.), *Methodological Issues in Aging Research*. Nueva York: Springer Pub.
- Robine, J. M. y Michel, J. P. (2004). Looking forward to a general theory of population aging. *Journals Gerontology Series A Biological Science Medical Sciences*, 59(6), 590-597.
- Rodríguez, E. N. (2013). Instrumento de evaluación económica para la medición de años de vida ajustados a la calidad en adultos mayores. *Medisan*, 17(8), 4035-4044.
- Rodríguez-Marín, J. (1993). Evaluación en prevención y promoción de la salud. En R. Fernández-Ballesteros (Dir.) *Evaluación conductual hoy. Un enfoque para el cambio en Psicología clínica y de la salud*. Madrid: Pirámide.
- Rodríguez-Marín, J. y Neipp, M. C. (2008). *Psicología Social de la Salud*. Madrid: Síntesis.

- Rodríguez-Marín, J., Pastor, M. y López-Roig, S. (1993). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema*, 5(1), 349-372.
- Rodríguez-Romo, G., Barriopedro, M., Alonso-Salazar, P. y Garrido-Muñoz, M. (2015). Relaciones entre Actividad Física y Salud Mental en la población adulta de Madrid. *Revista de Psicología del Deporte*, 24(2), 233-239.
- Rodríguez-Romo, G., Cordente, C. A., Mayorga, J. I., Garrido-Muñoz, M., Macías, R., Lucía, A. y Ruiz, J. R. (2011). Influence of socio-demographic correlates on the adherence to physical activity recommendations in adults aged from 15-to 74 years Spanish. *Revista Española de Salud Pública*, 85(4), 351-362.
- Rowe, J. W. y Kahn, R. L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37(4), 433-440.
- Rowe, J. W. y Khan, R. L. (1987). Human aging: Usual and Successful. *Science*, 237(4811), 143-149.
- Rowe, J. W. y Khan, R. L. (1998). *Successful aging*. New York: The Random House.
- Ruiz, M. A. y Baca, E. (1993). Design and validation of the Quality of Life Questionnaire (Cuestionario de Calidad de Vida CCV). A generic health related quality of life instrument. *European Journal of Psychological Assessment*, 9(1), 19-32.
- Ryff, C. D. (1989a). In the eye of the beholder: Views of psychological well-being among middle-aged and older adults. *Psychology and Aging*, 4(2), 195-201.
- Ryff, C. D. (1989b). Beyond Ponce de Leon and life satisfaction: New directions in quest of successful aging. *International Journal of Behavioral Development*, 12(1), 35-55.
- Salovey, P., Rothman, A. J., Detweiler, J. B. y Steward, W. T. (2000). Emotional states and physical health. *American Psychologist*, 55(1), 110-121.

- Sampedro-Piquero, P. (2015). Efecto del ejercicio aeróbico y la estimulación ambiental sobre la reducción de los niveles de ansiedad en el envejecimiento. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 5(2), 197-208.
- Santacreu, M., Bustillos, A. y Fernández-Ballesteros, R. (2016). Multidimensional/Multisystems/Multinature Indicators of quality of life: Cross-cultural evidence from Mexico and Spain. *Social Indicators Research*, 126(2), 467-482.
- Schäfer, H. (1975). *Plädoyer für eine neue Medizin*. München: Piper.
- Scheibe, S. y Carstensen, L. L. (2010). Emotional Aging: Recent Findings and Future Trends. *Journals of Gerontology*, 65(2), 135-144.
- Schroots, J. (1996). Theoretical developments in the psychology of aging. *The Gerontologist*, 36(6), 742-748.
- Schulz, R. y Heckhausen, J. (1996). A life model of successful aging. *American Psychologist*, 51(7), 702-714.
- Seligman, M. E. (2011). *Flourish: A visionary new understanding of happiness and wellbeing*. New York: Free Press.
- Seligman, M. E. P. y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An Introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14.
- Serrano, J. P., Latorre, J. M. y Gratz, M. (2014). Spain: Promoting the welfare of older adults in the context of population aging. *The Gerontologist*, 54(4), 733-740.
- Serrano-Sánchez, J. A., Lera-Navarro, A. y Espino-Torón, L. (2013). Physical activity and differences of functional fitness and quality of life in older males. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, 13(49), 87-105.

- Shankar, A., Bjorn, S. B. y Steptoe, A. (2015). Longitudinal associations between social connections and subjective wellbeing in the English Longitudinal Study of Ageing. *Psychology & Health, 30*(6), 686-698.
- Söderman, K., Norberg, M. y Öhman A. (2011). Increasing physical activity, but persisting social gaps among middle aged people: Trends in Northern Sweden from 1990 to 2007. *Global Health Action, 25*, 735-744.
- Staats, A. W. (1975). *Social Behaviorism*. New York: Springer.
- Staudinger, U. M. (2015). Images of aging: Outside and inside perspectives. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics, 35*(1), 187-209.
- Stern, Y. (2003). The concept of cognitive reserve: A catalyst for research. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology, 25*(5), 589-593.
- Stock, W., Okun, M. y Gómez, J. (1994). Subjective well-being measures: Reliability and validity among Spanish elders. *International Journal of Aging and Human Development, 38*(3), 221-235.
- Stowe, J. D. y Cooney, T. M. (2014). Examining Rowe and Kahn's concept of successful aging: Importance of taking a life course perspective. *The Gerontologist, 55*(1), 43-50.
- Sun, F., Normal, I. J. y While, A. (2013). Physical activity in older people: A systematic review. *BMC Public Health, 6*(13), 449.
- Tak, E., Kuiper, R., Chorus, A. y Hopman-Rock, M. (2013). Prevention of onset and progression of basic ADL disability by physical activity in community dwelling older adults: A meta-analysis. *Ageing Research Reviews, 12*(1), 329-338.
- Taylor, B. A. y Pescatello, L. S. (2016). For the love it: Affective experiences that may increase physical activity participation among older adults. *Social Science & Medicine, 161*, 61-63.

- Tesch-Römer, C., Von Kindratowitz, H. J. y Motel-Klingebiel, A. (2001). Quality of life in the context of intergenerational solidarity. In S. O. Daatland y K. Herlofson (eds.), *Ageing, intergenerational relations, care systems, and quality of life* (pp. 63-73). Oslo: Nova.
- Thomae, H. (1975a). *Patterns of aging*. Babel: Karger.
- Thomae, H. (1975b). Patterns of successful aging. In H. Thomae (Ed.). *Patterns of aging*. Babel: Karger.
- Thomae, H. (1976). *Patterns of aging-Findings from the Bonn Longitudinal Study (BOLSA)*. Basel: Karger.
- Thomae, H. (1983). *Altersstile und Altersschicksale. Ein Beitrag zur Differentiellen Gerontologie*. Bern: Huber.
- Thomae, H. (1998). Probleme der Konzeptualisierung von Altersformen. In A. Kruse (ed.), *Psychosoziale Gerontologie*. (vol. 1, pp. 35-50). Göttingen: Hogrefe.
- U.S. Department of Health and Human Services. (2008). *2008 Physical Activity Guidelines for Americans* (ODPHP Publication No. U0036). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Ueshima, K., Ishikawa-Takata, K., Yorifuji, T., Suzuki, E., Kashima, S., Takao, S., ... Doi, H. (2010). Physical Activity and Mortality Risk in the Japanese Elderly. A Cohort Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 38(4), 410-418.
- UNDESA. (2015). División de la población. World population prospects: The 2015 revision. "Perspectivas de la población mundial: revisión de 2015", edición de DVD.
- Vagetti, G. C., Filho, V. C. B., Moreira, N. B., De Oliveira, V., Mazzardo, O. y De Campos, W. (2015). The association between physical activity and quality of life of life domains among older woman. *Journal of Aging and Physical Activity*, 23(4), 524-533.

- Vaillant, G. E. y Vaillant, C. O. (1990). Natural history of male psychological health: XII. A 45 year study of predictors of successful aging at age of 65. *American Journal of Psychiatry*, 147, 31-37.
- Van Kraayenoord, C. (2006). Adulthood, Ageing and those with disabilities: Starting early with education. *International Journal of Disability, Development, and Education*, 53(3), 283-285.
- Varma, V. R., Tan, E. J., Gross, A. L., Harris, G., Romani, W., Fried, L. P., ... Carlson, M. C. (2014). Effect of community volunteering on physical activity: A randomized controlled trial. *American Journal of Preventive Medicine*, 50(1), 106-110.
- Vaupel, J. W. y Jeune, B. (1995). The emergence and proliferation of centenarians. In B. Jeune y J. W. Vaupel (Eds.). *Exceptional Longevity: From Prehistory to the Present* (pp.11-24), Odense: Odense Univ. Press.
- Víctor, C. R., Rogers, A., Woodcock, A., Beighton, C., Cook, D. G. y Kerry, S.M. ... Harris, T. J. (2016). What factors support older people to increase their physical activity levels? An exploratory analysis of the experiences of PACE-Lift trial participants. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 67, 1-6.
- Videra, A. y Reigal, R. (2013). Autoconcepto físico, percepción de salud y satisfacción vital en una muestra de adolescentes. *Anales de Psicología*, 29(1), 141-147.
- Villar, F., Triadó, C., Pinazo, S., Celdrán, M. y Solé, C. (2010). Reasons for Older Adult Participation in University Programs in Spain. *Educational Gerontology*, 36(3), 244-259.
- Voukelatos, A., Merom, D., Sherrington, C., Rissel, C., Cumming, R. G. y Lord, S. R. (2015). The impact of a home-based walking programme on falls in older people: The Easy Steps randomised controlled trial. *Age and Ageing*, 44, 377-388.
- Walker, A. (2004). Calidad de vida de las personas mayores. Análisis comparativo europeo. *Revista de Geriátría y Gerontología*, 39, 8-17.

- Walker, A. (2005). *Growing older in Europe*. London: Open University Press.
- Walker, A. (2009). A European perspective on quality of life in old age. *European Journal of Ageing*, 2(1), 2-12.
- Weiland, M., Dammermann, C. y Stoppe, G. (2011). Selective optimization with compensation (SOC) competencies in depression. *Journal of Affective Disorders*, 133(1-2), 144-119.
- Werher, I. y Lipsky, M. (2015). Psychological theories of aging. *Disease-a-Month*, 61(11), 480-488.
- Whal, H. W. y Iwarsson, S. (2007). Person-Environment Relations. En R. Fernández-Ballesteros, R. (Ed.) *Geropsychology. European perspective for and Aging World*. Gottingen: Hogrefe y Huber.
- Williams, R. H. y Wirths, G. G. (1965). *Lives through the years: Styles of life and successful aging*. New York: Atherton Press.
- Wills, E. (2009). A Spirituality and Subjective Well Being: Evidences for the Emergence of a New Domain in the Personal Wellbeing Index. *Journal of Happiness Studies*, 10(1), 49-69.
- Windle, G. (2014). Exercise, physical activity and mental well-being in later life. *Reviews in Clinical Gerontology*, 24(4), 319-325.
- Withall, J., Stathi, A., Davis, M., Coulson, J., Thompson, J. L. y Fox, K. R. (2014). Objective indicators of physical activity and sedentary time and associations with subjective well-being in adults aged 70 and over. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 11(1), 643-656.
- Yi-Yin, L. y Chin-Shan, H. (2015). Aging in Taiwan: Building a Society for Active Aging and Aging in Place. *The Gerontologist*, 1-8.

Yoon, G. (1996). Psychosocial factors for successful ageing. *Australian Journal of Ageing*, 15, 69-72.

Yorston, L. y Kolt, G. (2012). Physical Activity and Physical Function in Older Adults: The 45 and Up Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(4), 719-725.

Zamarrón, M. D. (2006). *El bienestar subjetivo en la vejez*. Madrid: Informe Portal Mayores, nº 52. Lecciones de Gerontología.

Zamarrón, M. D. (2007). Envejecimiento Activo. *Infocop*, 34, 7-9.



ANEXOS



ANEXO I: Ficha Informativa

Estimado/a,

La profesora María Antonia Parra Rizo del Departamento de Psicología de la Facultad de Ciencias Sociosanitarias de la Universidad Miguel Hernández está investigando el envejecimiento activo y la calidad de vida en personas de 60 años en adelante.

Ante este objetivo, la profesora María Antonia Parra Rizo del Departamento de Psicología de la Facultad de Ciencias Sociosanitarias ha considerado tener en cuenta su colaboración para el estudio.

La encuesta es confidencial y tratada con fines científicos, donde se evalúa la actividad física, satisfacción con la vida y calidad de vida mediante 3 cuestionarios, no se preguntan cuestiones personales.

Con ello se pretende:

- Sensibilizar a la población y administraciones con el fin de mejorar las políticas y ayudas dirigidas a este sector.
- Informar a la comunidad científica y sociedad de la situación actual según los datos con el fin de crear programas de promoción de la salud, teniendo en cuenta cuales son los predictores del envejecimiento con éxito.

Con ello la **Universidad Miguel Hernández (UMH)** como organismo público de investigación le agradece su participación en la investigación, contribuyendo a la calidad de la misma y a su desarrollo. Fomentando con ello la actividad investigadora, así como favorecer la difusión y transferencia de conocimientos generados a la sociedad.

Firmado María Antonia Parra Rizo.

Profesora Dpto Psicología. Universidad Miguel Hernández.

maria.parrar@umh.es

Elche, de de .

ANEXO II: Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre: _____ Apellidos: _____ Teléfono: _____

Correo electrónico _____ DNI: _____

El **OBJETIVO** consiste en **conocer el impacto que la actividad física y la satisfacción con la vida poseen en la calidad de vida en personas de 60 años en adelante**. Por ello, no le vamos a preguntar cuestiones personales, sólo cuestiones referidas a 1 cuestionario referido a la práctica de actividad física, 1 cuestionario referido a la satisfacción con la vida y 1 cuestionario referido a la calidad de vida.

Con ello se pretende:

-Sensibilizar a la población y administraciones con el fin de mejorar las políticas y ayudas dirigidas a este sector.

-Informar a la comunidad científica de la situación actual según los datos con el fin de crear programas de promoción de la salud, teniendo en cuenta cuales son los predictores del envejecimiento con éxito.

CONFIDENCIALIDAD: Aseguramos la absoluta confidencialidad, anonimato y uso con fines estrictamente científicos de la información recogida. Por ello, no le vamos a preguntar cuestiones personales, sólo cuestiones referidas a 1 cuestionario referido a la práctica de actividad física, 1 cuestionario referido a la satisfacción con la vida y 1 cuestionario referido a la calidad de vida.

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

He sido informado de:

El objetivo de la investigación para la cual voy a participar.

- Que acepto voluntariamente participar en el estudio. Que se tratarán todos los datos con la confidencialidad y anonimato correspondientes.
- He leído y entendido la información, por ello acepto voluntariamente participar en este estudio.

Con ello la **Universidad Miguel Hernández (UMH)** como organismo público de investigación te agradece tu participación en la investigación, contribuyendo a la calidad de la misma y a su desarrollo. Fomentando con ello la actividad investigadora, así como favorecer la difusión y transferencia de conocimientos generados a la sociedad.

Por tanto, ACEPTO VOLUNTARIAMENTE y en plena conciencia la participación en el estudio.

FIRMA PARTICIPANTE: FIRMA INVESTIGADOR:

MARÍA ANTONIA PARRA RIZO
Profesora Universidad Miguel Hernández de Elche
Datos contacto con el investigador:
maria.parrar@umh.es

Elche, a ____ de _____ de _____.

GRACIAS POR TU COLABORACIÓN.

ANEXO III: BATERÍA DE CUESTIONARIOS

CUESTIONARIO DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

(las respuestas son tratadas de forma anónima)

a. Marca con una cruz (X) tu **sexo**:

Mujer.	<input type="checkbox"/>
--------	--------------------------

Hombre.	<input type="checkbox"/>
---------	--------------------------

Otros.	<input type="checkbox"/>
--------	--------------------------

b. Escribe tu **edad actual**..... c. Escribe tu **Peso (en Kg)**.....

d. Marca con una cruz (X) tu **estado civil**:

Soltero/a.	<input type="checkbox"/>
------------	--------------------------

Casado/a.	<input type="checkbox"/>
-----------	--------------------------

Divorciado/a.	<input type="checkbox"/>
---------------	--------------------------

Viudo/a.	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------

e. Escribe a continuación el **nº de hijos/as que tienes (0, 1, 4 etc)**:

f. Escribe **las edades de tus hijos/as (0, 50, 45 etc.)**:.....

g. Escribe el **nº personas que viven contigo (0, 2, 3 etc.)**:.....

h. Marca con una cruz (X) qué nivel tienes en la actualidad o has tenido a **nivel laboral**:

Trabajo no remunerado. Amo/a de casa.	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

En la actualidad, jubilado/a.	<input type="checkbox"/>
----------------------------------	--------------------------

Directivo/a.	<input type="checkbox"/>
--------------	--------------------------

Otros.	<input type="checkbox"/>
--------	--------------------------

En la actualidad, desempleado/a.	<input type="checkbox"/>
-------------------------------------	--------------------------

Empleado/a.	<input type="checkbox"/>
-------------	--------------------------

Autónomo/a.	<input type="checkbox"/>
-------------	--------------------------

i. En la actualidad, **mi fuente de ingresos** es: (Puedes marcar con una cruz (X) tantas opciones como ingresos tengas).

Sin ingresos.	<input type="checkbox"/>
Trabajo.	<input type="checkbox"/>
Paro.	<input type="checkbox"/>
Jubilación.	<input type="checkbox"/>

Ayuda viudedad.	<input type="checkbox"/>
Ayuda incapacidad.	<input type="checkbox"/>
Otros (alquileres de bienes inmuebles etc).	<input type="checkbox"/>

j. Marca con una cruz (X) **la cantidad de cigarrillos diarios** que tomas:

No fumo.	<input type="checkbox"/>
Sí, menos de 3 cigarrillos diarios.	<input type="checkbox"/>
Sí, más de 5 cigarrillos diarios.	<input type="checkbox"/>

Sí, entre 3 y 5 cigarrillos semanales.	<input type="checkbox"/>
Sí, más de 20 cigarrillos semanales.	<input type="checkbox"/>
Sí, solo en ocasiones especiales a celebrar.	<input type="checkbox"/>

k. Marca con una cruz (X) respecto a tu **consumo de alcohol**:

Nunca.	<input type="checkbox"/>
Alguna vez a la semana.	<input type="checkbox"/>

Todos los días.	<input type="checkbox"/>
Sí, solo en ocasiones especiales a celebrar	<input type="checkbox"/>

l. Escribe el **número** de las personas(0, 1, 2, 3 etc) que crees que **podrían acudir a ayudarte en alguna situación complicada** (incluidos amigos y familiares):.....

m. Escribe **cuántos amigos/as** consideras que tienes:.....

n. ¿Padeces alguna **enfermedad física**? En caso afirmativo, escribe el nombre:.....

ñ. ¿Tienes ahora o has tenido algún **problema psicológico**? En caso afirmativo, escribe el nombre:.....

CUESTIONARIO INTERNACIONAL DE ACTIVIDAD FISICA

(las respuestas son tratadas de forma anónima)

Piensa en todas las actividades intensas que realizaste en los **últimos 7 días**. Las actividades físicas **intensas** se refieren a aquellas que implican un esfuerzo físico intenso y que lo hacen respirar mucho más intensamente que lo normal. Piensa *solo* en aquellas actividades físicas que realizaste durante por lo menos **10 minutos** seguidos.

Por favor, piensa acerca de las **actividades que realizas en tu trabajo, como parte de tus tareas en el hogar o en el jardín, moviéndote de un lugar a otro, o en tu tiempo libre para la recreación, el ejercicio o el deporte.**

1. Durante los **últimos 7 días**, ¿cuántos días realizaste actividades físicas intensas tales como levantar objetos pesados, cavar, hacer ejercicios aeróbicos o pedalear rápido en bicicleta?

_____ **días por semana**

Ninguna actividad física intensa  **Vaya a la pregunta 3**

2. Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicaste a una actividad física **intensa** en uno de esos días?

_____ **horas por día**

_____ **minutos por día**

No sabe/No está seguro

Piensa en todas las actividades moderadas que realizaste en los **últimos 7 días**. Las actividades **moderadas** son aquellas que requieren un esfuerzo físico moderado que lo hace respirar algo más intensamente que lo normal. Piensa *solo* en aquellas actividades físicas que realizó durante por lo menos **10 minutos** seguidos.

3. Durante los **últimos 7 días**, ¿cuántos días hiciste actividades físicas **moderadas** como transportar objetos livianos, pedalear en bicicleta a velocidad regular o jugar dobles de tenis? **No** incluyas caminar.

_____ **días por semana**

Ninguna actividad física moderada → **Vaya a la pregunta 5**

4. Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicaste a una actividad física **moderada** en uno de esos días?

_____ **horas por día**

_____ **minutos por día**

No sabe/No está seguro

Piensa en el tiempo que dedicaste a **caminar** en los **últimos 7 días**. Esto incluye caminar en el trabajo o en la casa, para trasladarse de un lugar a otro, o cualquier otra caminata que podrías hacer solamente para la recreación, el deporte, el ejercicio o el ocio.

5. Durante los **últimos 7 días**, ¿Cuántos días **caminaste** por lo menos **10 minutos** seguidos?

_____ **días por semana**

Ninguna caminata ~~Vaya a la pregunta 7~~

Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicaste a caminar en uno de esos días?

_____ horas por día

_____ minutos por día

No sabe/No está seguro

La última pregunta es acerca del tiempo que pasaste **sentado/a** durante los días hábiles de los **últimos 7 días**. Esto incluye el tiempo dedicado al trabajo, en la casa, en una clase, y durante el tiempo libre. Puedes incluir el tiempo que pasaste sentado/a ante un escritorio, visitando amigos, leyendo, viajando, o sentado/a o recostado mirando la televisión.

6. Durante los **últimos 7 días** ¿cuánto tiempo pasaste **sentado/a** durante un **día de la semana**?

_____ horas por día

_____ minutos por día

No sabe/No está seguro

ESCALA LIFE SATISFACTION INDEX (LSI) (LSI-A) DE NEUGARTEN, HAVIGHURST Y TOBIN (1961)

Aquí hay algunas informaciones de la vida en general, sobre las cuales la gente opina de modo diferente. Indica tu opinión. Di si estás de acuerdo o en desacuerdo. **Marca con una cruz (X).**

(* A= De acuerdo / ¿? = Si no está seguro/a / D = En desacuerdo)

(Las respuestas son tratadas de forma anónima)

1. A medida que pasan los años, las cosas parecen mejores de lo que pensé que serían.	A	¿?	D
2. He tenido más oportunidades en la vida que la mayoría de las personas que conozco.	A	¿?	D
3. Esta es la etapa más monótona de mi vida.	A	¿?	D
4. Soy tan feliz como cuando era más joven.	A	¿?	D
5. Mi vida podría ser más feliz de lo que es ahora.	A	¿?	D
6. Estos son los mejores años de mi vida.	A	¿?	D
7. La mayoría de las cosas que hago son aburridas o monótonas.	A	¿?	D
8. Espero que en el futuro me ocurran algunas cosas interesantes y placenteras.	A	¿?	D
9. Las cosas que hago me parecen tan interesantes como antes.	A	¿?	D
10. Me siento viejo/a y un tanto cansado/a.	A	¿?	D
11. Cuando miro hacia atrás me siento bastante satisfecho/a.	A	¿?	D
12. No cambiaría mi vida pasada aunque pudiera.	A	¿?	D
13. Comparativamente con otra gente de mi edad, tengo buen aspecto.	A	¿?	D
14. He hecho planes sobre las cosas que haré dentro de un mes o un año.	A	¿?	D
15. Cuando pienso en mi vida pasada, me doy cuenta que no conseguí la mayoría de las cosas que quise.	A	¿?	D
16. Comparativamente con otras personas, tengo ideas negativas demasiado a menudo.	A	¿?	D
17. He conseguido casi todo lo que esperaba de la vida.	A	¿?	D
18. A pesar de lo que dice la gente, las personas de mediana edad están empeorando, no mejorando.	A	¿?	D

**CUBRECAVI. CUESTIONARIO BREVE DE CALIDAD DE VIDA. R.FERNÁNDEZ-BALLESTEROS
Y M.D. ZAMARRÓN (2007)**

A continuación encontrarás algunas preguntas relacionadas con distintos aspectos de la calidad de vida.

(las respuestas son tratadas de forma anónima)

SALUD

1. ¿Te sientes **satisfecho/a** con tu **estado de salud**? Marca con una cruz (X):

Mucho.		Bastante.		Algo.		Nada.	
--------	--	-----------	--	-------	--	-------	--

2. Para cada uno de los siguientes enunciados, **elige la casilla que mejor describa CÓMO TE SENTÍAS EN LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS**. Marca con una cruz (X).

	Nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Muchas veces
1. Dolor de huesos, de columna o de las articulaciones.				
2. Mareos.				
3. Tos, catarro o gripe.				
4. Tobillos hinchados.				
5. Cansancio sin razón aparente.				
6. Dificultad para dormir.				
7. Flojedad de piernas.				
8. Dificultad para respirar o sensación de falta de aire.				
9. Palpitaciones.				
10. Dolor u opresión en el pecho.				
11. Manos o pies fríos.				
12. Estar adormilado/a durante el día.				
13. Boca seca.				
14. Sensación de náusea o ganas de vomitar.				
15. Gases.				
16. Levantarse u orinar por las noches.				
17. Escapársele la orina.				

18. Zumbido de oídos.				
19. Hormigueos en los brazos o en las piernas.				
20. Picores en el cuerpo.				
21. Sofocos				
22. Llorar con facilidad.				

3. Para cada uno de los siguientes enunciados, elige la casilla que mejor describa **CON QUÉ FRECUENCIA TE OCURREN LAS COSAS QUE SE PREGUNTAN**. Marca con una cruz (X).

	Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuentemente
1. ¿Te sientes deprimido/a, triste, indefenso/a, desesperado/a, nervioso/a, angustiado/a?				
2. ¿Tienes problemas de memoria, como olvidar el día de la semana, lo que ha estado haciendo o dónde puesto sus objetos personales?				
3. ¿Te desorientas o pierdes en algún lugar?				

INTEGRACIÓN SOCIAL

4. **Indica en la actualidad dónde vives**. Marca con una cruz (X).

Vivo solo/a en mi propio domicilio o en el de un familiar.	
Vivo acompañado/a en mi propio domicilio o en el de un familiar.	
Vivo en una residencia de ancianos y no comparto habitación con nadie.	
Vivo en una residencia de ancianos y si comparto habitación con alguien	

5. **¿En qué medida estás satisfecho/a con la relación que mantienes con la persona con quien vives o compartes habitación (en el caso de residentes)?**
 Marca con una cruz (X):

Satisfecho/a.	<input type="checkbox"/>
---------------	--------------------------

Indiferente.	<input type="checkbox"/>
--------------	--------------------------

Insatisfecho/a.	<input type="checkbox"/>
-----------------	--------------------------

6. Marca con una cruz (X) CON QUÉ FRECUENCIA SUELES VER (PARA HABLAR O TOMAR ALGO) A LAS SIGUIENTES PERSONAS:

	Todos o casi todos los días	1 vez por semana	1 vez por mes	Nunca o casi nunca	No tengo
1.Hijos/as que no viven conmigo en la misma casa.					
2.Nietos/as que no viven conmigo en la misma casa.					
3.Familiares que no viven conmigo en la misma casa.					
4.Vecinos/as o personas de la residencia.					
5.Amigos/as.					

7. Marca con una cruz (X) en qué medida estás **SATISFECHO/A** con la relación que mantienes con las siguientes personas:

	Satisfecho/a.	Indiferente.	Insatisfecho/a.	No tengo.
1.Tu cónyuge.				
2.Tus hijos/as.				
3.Otros familiares.				
4.Vecinos/as o personas de la residencia.				
5.Amigos/as.				

HABILIDADES FUNCIONALES

8. **¿Cómo consideras que puedes valerte por ti mismo/a?** Marca con una cruz (X):

Muy bien.	<input type="checkbox"/>	Bien.	<input type="checkbox"/>	Regular.	<input type="checkbox"/>	Mal.	<input type="checkbox"/>
-----------	--------------------------	-------	--------------------------	----------	--------------------------	------	--------------------------

9. Marca con una cruz (X) **LA DIFICULTAD** que tengas para las siguientes tareas:

	Ninguna.	Alguna.	Bastante.	Mucha.
1. Cuidar de mi aspecto físico (peinarme, lavarme, vestirme, ducharme etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Realizar tareas domésticas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Caminar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Realizar tareas fuera de casa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ACTIVIDAD Y OCIO

10. Marca con una cruz (X) una de las siguientes opciones que mejor describa **TU**

NIVEL DE ACTIVIDAD DIARIA:

<input type="checkbox"/>	Paso el día casi completamente inactivo/a (leo, veo la televisión, etc.).
<input type="checkbox"/>	Realizo algunas actividades cotidianas normales (hago algunas gestiones, voy a la compra o al cine).
<input type="checkbox"/>	Realizo alguna actividad física o deportiva ocasional (caminar, pasear en bicicleta, jardinería, gimnasia suave, actividades que requieren un ligero esfuerzo, etc.).
<input type="checkbox"/>	Realizo actividades físicas regularmente varias veces al mes (jugar al tenis,

	correr, natación, ciclismo, juegos en equipo, etc.).
	Realizo entrenamiento físico varias veces a la semana.

11. Marca con una cruz (X) la **FRECUENCIA con la realizas estas actividades:**

	Frecuentemente	Ocasionalmente	Nunca
1.Leer un libro o un periódico.			
2.Visitar a parientes o amigos.			
3.Ver la televisión.			
4.Escuchar la radio.			
5.Caminar.			
6. Jugar con otras personas a juegos recreativos.			
7. Cuidar niños.			
8.Hacer manualidades (coser, ganchillo).			
9.Hacer recados o gestiones.			
10.Ir de compras.			
11.Viajar.			

12. Marca con una cruz (X) el **GRADO DE SATISFACCIÓN en la forma en la que ocupas tu tiempo:**

Satisfecho/a.	<input type="checkbox"/>
---------------	--------------------------

Indiferente.	<input type="checkbox"/>
--------------	--------------------------

Insatisfecho/a.	<input type="checkbox"/>
-----------------	--------------------------

CALIDAD AMBIENTAL

13. Marca con una cruz (X) el **GRADO DE SATISFACCIÓN que tienes con los siguientes aspectos de la casa o residencia donde vives:**

	Satisfecho/a.	Indiferente.	Insatisfecho/a.
1.El ruido y silencio.			
2.La temperatura.			
3.La iluminación.			
4.El orden y la limpieza.			
5.El mobiliario.			
6.Las comodidades (electrodomésticos etc.).			

14. Marca con una cruz (X) el **GRADO SATISFACCIÓN** que tienes con la vivienda o **residencia** en GENERAL.

Satisfecho/a.	<input type="checkbox"/>
---------------	--------------------------

Indiferente.	<input type="checkbox"/>
--------------	--------------------------

Insatisfecho/a.	<input type="checkbox"/>
-----------------	--------------------------

SATISFACCIÓN CON LA VIDA

Mucho.	<input type="checkbox"/>
--------	--------------------------

Bastante.	<input type="checkbox"/>
-----------	--------------------------

Algo.	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------

Nada.	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------

15. Marca con una cruz (X) **en qué medida estás satisfecho con la vida:**

EDUCACIÓN

16. Marca con una cruz (X) el **nivel máximo de estudios terminados:**

Menos de estudios primarios (no sabe leer).	<input type="checkbox"/>
Menos de estudios primarios (sabe leer).	<input type="checkbox"/>
Estudios primarios completos.	<input type="checkbox"/>
Formación profesional de 1º grado.	<input type="checkbox"/>

Bachiller elemental o E.G.B.	<input type="checkbox"/>
Bachiller superior B.U.P. o C.O.U.	<input type="checkbox"/>
Estudios de grado medio.	<input type="checkbox"/>
Estudios universitarios o superiores.	<input type="checkbox"/>

Formación profesional de 2º grado.

INGRESOS

17. Marca con una cruz (X) los **ingresos mensuales que entran en el hogar (entre todos de forma conjunta)**:

Sin ingresos.	<input type="checkbox"/>
Hasta 300 euros.	<input type="checkbox"/>
De 301 a 450 euros.	<input type="checkbox"/>
De 451 a 600 euros.	<input type="checkbox"/>
De 601 a 900 euros.	<input type="checkbox"/>

De 901 a 1.200 euros.	<input type="checkbox"/>
De 1.201 a 1.600 euros.	<input type="checkbox"/>
De 1.601 a 2.100 euros.	<input type="checkbox"/>
De 2.100 euros a 2.700 euros.	<input type="checkbox"/>
Más de 2.700 euros.	<input type="checkbox"/>
Más de 3.500 euros.	<input type="checkbox"/>

SERVICIOS SOCIALES Y SANITARIOS

18. Marca con una cruz (X) la **FRECUENCIA en la utilizas los servicios sociales y sanitarios que te ofrece la comunidad o residencia**:

Frecuentemente.

Ocasionalmente.

Nunca.

19. Marca con una cruz (X) el **GRADO DE SATISFACCIÓN con los servicios sociales y sanitarios que utilizas**:

Muy
satisfecho/a.

Bastante
satisfecho/a.

Algo
satisfecho/a.

Nada
satisfecho/a.

IMPORTANCIA DE LOS COMPONENTES DE LA CALIDAD DE VIDA

20. A continuación, te indicamos un listado de aspectos importantes en la **calidad de vida**. **Ordena el listado** en función de la mayor a menor importancia que tiene para ti en tu calidad de vida, bien con letras o con números.

	Tener buena salud.
	Mantener buenas relaciones familiares y sociales.
	Poder valerme por mi mismo/a.
	Mantenerme activo/a.
	Tener una buena vivienda buena y cómoda.
	Sentirme satisfecho/a con la vida.
	Tener oportunidades de aprender y conocer nuevas cosas.
	Tener una buena pensión o renta.
	Tener buenos servicios sociales y sanitarios.
	Otras. ¿Cuáles? Escríbalas a continuación::
	Ninguna

21. Marca con una cruz (X) como valoras tu propia calidad de vida:

Alta.	<input type="checkbox"/>	Media.	<input type="checkbox"/>	Baja.	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------	--------	--------------------------	-------	--------------------------

GRACIAS POR TU COLABORACIÓN

