



Universidad Pontificia de Comillas

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TRABAJO FIN DE GRADO

**LONGEVIDAD Y ENVEJECIMIENTO ACTIVO
¿QUÉ BUENAS PRÁCTICAS NOS PUEDEN
LLEVAR A DISFRUTARLO?**

Presentado por Nicolás Márquez Sanz

Para optar al grado por la Universidad Pontificia de
Comillas

Dirigido por: Macarena Sánchez Izquierdo

2018

1.- Introducción	3
1.1.-Envejecimiento y vejez	5
1.2.- Esperanza de vida en España con relación a otros países.....	5
2.- Envejecimiento activo	6
2.1.- Ventajas del envejecimiento activo.....	8
2.2.- Determinantes del envejecimiento activo.....	9
2.2.1.- Género y cultura	10
2.2.2.- Factores genéticos	10
2.2.3.- Servicios sociales.....	11
2.2.4.- Ambiente físico.....	12
2.2.5.- Estatus socioeconómico.....	12
2.2.6.- Inteligencia.....	14
2.2.7.- Educación.....	14
2.2.8.- Ocio y tiempo libre	15
2.2.9.- Personalidad.....	15
2.2.10.- Hábitos de vida.....	18
2.2.11.- Estado civil.....	18
3.- Estereotipos sobre la vejez	19
3.1.- Efectos de los estereotipos en las personas mayores.....	20
4.- Preocupación al fenómeno de la eterna juventud	21
5.- Conclusión	23
6.- Referencias bibliográficas	24

1.- Introducción:

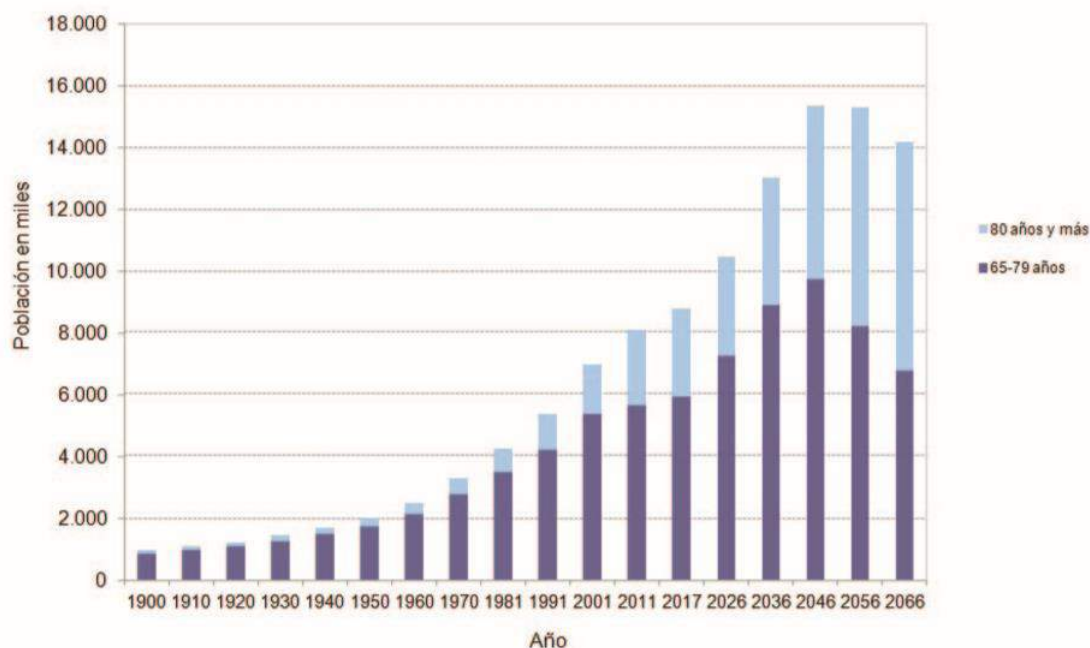
En el Trabajo de Fin de Grado que se presenta a continuación, se han escogido como temas objeto de estudio el envejecimiento, la longevidad como factor colectivo y la esperanza de vida, las cuales son obtenidas por medio de un envejecimiento activo, que pueda llevar a disfrutar de una longevidad exitosa.

Según Coler (2008), hace algunos años, se hizo viral una noticia que mostraba un determinado pueblo ecuatoriano que había sido capaz de mantener una esperanza de vida inusualmente alta entre sus habitantes. Los habitantes de este pueblo parecían vivir hasta los 120 años en unas condiciones verdaderamente saludables; afirmaban poder leer sin gafas, conservar los dientes o el cabello en unas condiciones aceptables e incluso mantener una vida social tremendamente rica y diversa sin limitaciones destacables de ningún tipo.

La baja tasa de natalidad y, en muchos casos, el incremento en la esperanza de vida está originando un crecimiento acelerado en el porcentaje de personas mayores, que tiene como consecuencia un aumento del envejecimiento de la población. Esto se debe, principalmente a la mejora en la calidad de vida como a los avances en medicina, económicos, sociales y tecnológicos.

En España, debido a lo mencionado anteriormente, en menos de 30 años se ha duplicado el número de personas mayores de 65 años. Por otra parte, en cuanto a la tasa de natalidad en 1976 la cantidad promedio de hijo era de 3 por mujer y en la actualidad se ha reducido a 1,2. Los resultados de este proceso, como se recoge de Abellán, Ayala y Pérez (2018) llevan a que España actualmente se encuentre entre los países con una importante proporción de población mayor.

Figura 1: Evolución de la población mayor en España



Fuente: INE: INEBASE:

1900-2011: Censos de Población y Vivienda.

2017: Estadística del Padrón Continuo a 1 de Enero de 2017.

2026-2066: Proyecciones de población. Consulta en enero 2018

Según las previsiones realizadas por el INE (ver Figura 1), en el año 2050 las personas mayores de 65 años estarán por encima del 30% de la población y los octogenarios llegarán a ser más de 4 millones, lo que supondría más del 30% del total de la población mayor

En la misma línea, y como mencionaremos posteriormente, la Organización de Naciones Unidas (ONU), sitúan a España junto a Japón en el año 2050 como el país más envejecido del mundo, de cuya población el 40% se situaría por encima de los 60 años.

Por todo ello, se da comienzo a la realización del presente estudio que, a través de un proceso de revisión bibliográfica, pretende analizar el fenómeno de la longevidad con sus correspondientes factores determinantes asociados. Para ello, se realizará un estudio acerca de la vejez y el envejecimiento activo. Además, se hará hincapié en el estudio de estereotipos como base cognitiva de la vejez, los prejuicios como base afectiva, y la discriminación como base comportamental, pues suponen un hecho originariamente psicológico que, como se verá a continuación, puede llegar a influir en la manera de envejecer del apersona.

1.1.- Envejecimiento y vejez

Según Dulcey-Ruiz, Mantilla, Carvajal y Camacho (2004), es diferente el envejecimiento de la población y la vejez, la cual es considerada la etapa final de la vida en la que está incluido el proceso de envejecimiento. El envejecimiento, es el proceso social, psicológico y físico en que la persona se enfrenta a la vida hasta el momento de la muerte, estando la vida condicionada por la presencia del deterioro de las distintas funciones corporales y la limitación consiguiente (Romero, 2002).

Sobre este proceso de envejecimiento, Castillo (2007) explica que cada individuo pasa por esta etapa de diferente manera, existiendo una gran heterogeneidad. En distintas personas de la misma edad, se encontrarían diferencias en el envejecimiento, en la salud, en el deterioro de la vida diaria, etc. Siguiendo en esta línea se diferencia el concepto de edad cronológica, el cual se refiere a la fecha de nacimiento, del de edad funcional que presenta el sujeto a causa de su estado funcional y de la edad biológica, determinada por el estado de los órganos y los sentidos. Las personas cuyos estados o aspectos, causen una apariencia de edad menor a la edad cronológica, estarían en un proceso de envejecimiento atenuado, en el caso opuesto, estarían en un proceso de envejecimiento acelerado.

1.2.- Esperanza de vida en España con relación a otros países.

De acuerdo con el último informe de la OCDE publicado en noviembre de 2017, España se encuentra en el segundo lugar entre los países de esta Organización con una media de esperanza de vida al nacer de 83 años. Esta cifra es casi tres años superior a la media de los 35 países miembros, que se sitúa 80,6 años. Sólo Japón supera la media española llegando a los 83,9 años

Por lo que se refiere a la esperanza de vida a partir de los 65 años, el informe refleja que, una vez alcanzada esta edad, los españoles viven de media 21 años más, situándose España en la tercera posición por detrás de Japón y Francia. Sin embargo, tal y como se especifica en el informe mencionado, estas cifras no significan que estos años se vivan con unas condiciones de salud óptimas. Teniendo en cuenta esta variable, la esperanza de vida a partir de los 65 cae hasta los 9,2 años, por debajo de la media de la OCDE (9,4 años).

La O.M.S, en su Carta Magna o Carta Institucional (1946), definió la salud como: “El estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

Diversos autores entre los que destaca Milton Terris (1980) no están de acuerdo con este concepto de salud y especifica que debería eliminarse la palabra “completo”, ya

que la salud no es algo absoluto y va más allá de lo meramente físico. Propone modificar la definición de la O.M.S, y la define como: "Un estado de bienestar físico, mental y social y la capacidad para funcionar y no meramente la ausencia de enfermedad o incapacidad".

Una vez conceptualizado el envejecimiento, concederemos gran importancia a la forma en la que es vivido este proceso y los determinantes que influyen en él.

2.- ENVEJECIMIENTO ACTIVO

Antes de comenzar con este apartado definiremos diferentes conceptos sobre envejecimiento en función de sus objetivos y los beneficiarios.

El envejecimiento saludable tiene como objetivo la salud y como beneficiario al propio sujeto.

El envejecimiento activo, con éxito, competente y satisfactorio tendrían como objetivo la implicación activa del sujeto en el proceso de envejecimiento con el fin de llegar al bienestar físico, psicológico y social y el beneficiario sería, del mismo modo, el propio sujeto.

El envejecimiento óptimo y productivo, se diferencian de los anteriores en que el beneficiario sería la comunidad por medio de la participación y contribución social como objetivos.

Denominación	Objetivo	beneficiario
Envejecimiento saludable	Salud	El propio sujeto
Envejecimiento activo	Implicación activa en el proceso de envejecimiento: bienestar físico, psicológico y social	
Envejecimiento con éxito		
Envejecimiento competente		
Envejecimiento satisfactorio		
Envejecimiento óptimo	Participación social	La comunidad
Envejecimiento productivo	Contribución social	

La OMS recoge el término de envejecimiento activo a finales de 1990 y lo define como el proceso de aprovechar al máximo las oportunidades para obtener un bienestar psíquico, físico y social, con el propósito de alargar la vida siempre dentro de un contexto más saludable.

Entre los aspectos que inciden en el envejecimiento activo, Kikwood (2005) especifica que, a pesar de que efectivamente a la genética le corresponde un 25%, el 75% de la longevidad depende de las condiciones socio-comportamentales, con lo que existe un amplio margen de cambio dirigido a conseguir una longevidad exitosa

Por otro lado, la OMS (2001), recalca la importancia de la independencia durante el proceso de envejecimiento, la cual consiste en la realización de las actividades de la vida diaria desarrolladas sin problemas de supeditación, lo que haría sentir a las personas libres y útiles y, como consecuencia, sería un factor necesario que añadir a las bases para conseguir un envejecimiento exitoso.

Lo anterior queda recogido en la II Asamblea Mundial del Envejecimiento en 2002 al hablar del término autonomía: “La autonomía es la capacidad percibida de controlar, afrontar y tomar decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias.” (OMS, 2002).

Asimismo la OMS (2002), especifica que las bases del envejecimiento activo estriban en la salud, la seguridad y la participación social. En cuanto a la salud, concede especial importancia a la alimentación, la prevención, el ejercicio físico y a un entorno favorable que conceda los servicios asistenciales necesarios. En cuanto a la seguridad, explica la importancia de unos ingresos que no solamente sean suficientes para las necesidades primarias, sino para mejorar su calidad de vida. Y por último en lo que se refiere a la participación, lo trata como el fundamento principal, de modo que se llegue a la integración de la vejez en la sociedad actual y futura.

Bermejo (2010) añade a lo anterior que, el envejecimiento activo no sólo consiste en tener una actividad laboral, sino en una intervención activa en los asuntos sociales, económicos, culturales, espirituales y cívicos. Asimismo, indica que un nuevo modelo de sociedad, debería conceder la posibilidad de envejecer viviendo pro-activamente.

Por su parte, y por lo que se refiere al hecho de que las personas puedan envejecer por los efectos de la enfermedad o por el envejecimiento per se, Rowe y Khan (1987,1997) señalan que hay tres formas de envejecer: Envejecimiento usual, patológico y con éxito. El envejecimiento con éxito sería la apersona que no presenta dependencia, que es autónoma, que se puede valer por sí misma, que es activa. El envejecimiento exitoso contendría tres componentes, que sería la ausencia o baja probabilidad de enfermedad y discapacidad, una alta capacidad cognitiva y funcional y por último un alto nivel de compromiso con la vida. El patológico caracterizado por enfermedad, dependencia y el usual, aquel en el que se puede tener alguna limitación.

Por tanto y según Rowe y Kahn (1997), el envejecimiento exitoso va más allá de la ausencia de ciertas enfermedades o de mantener cierta capacidad funcional y mental. Sería de gran importancia tener un compromiso con la vida y cierto número de actividades a desarrollar, lo que llevaría al envejecimiento exitoso. Continuando en la misma línea especifican que cada uno de los conceptos anteriores tendría sus características correspondientes. La menor probabilidad de enfermedad estaría asociada a la ausencia de factores de riesgo como pueden ser factores ambientales, médicos o genéticos. Si estos factores existieran, el riesgo probablemente llevaría a la enfermedad. Por lo que se refiere a las capacidades físicas y cognitivas, un alto nivel de éstas proporcionaría mayor actividad. Por último, el compromiso activo con la propia vida se refiere a las relaciones interpersonales y a la actividad fructífera socialmente.

Por otra parte, Strawbridge, Wallhagen y Cohen (2002), realizan un estudio longitudinal sobre dos diferentes definiciones de envejecimiento exitoso aplicado a una muestra de 867 participantes de 65 a 99 años de edad, en el que se evalúan salud y funcionalidad. Estas dos definiciones son, en primer lugar el modelo de Rowe y Kahan, mencionado anteriormente y la propia y subjetiva percepción de envejecer bien.

De esta muestra, mediante la definición subjetiva de buen envejecimiento, un 50,3% de ancianos apreciaba que envejecía bien, sin embargo al aplicar los conceptos del envejecimiento exitoso de Rowe y Kahn sólo un 18,8% estarían realmente teniendo un envejecimiento exitoso.

Desde un punto de vista psicosocial, Vivaldi F. y Barra E. (2012) señalan que la ausencia de enfermedad, el buen estado mental y funcional, pasarían a un segundo plano, mientras que factores como satisfacción en la vida, participación social, integración o crecimiento personal, pasarían a un primer plano, obteniendo mayor importancia.

2.1.- Ventajas del envejecimiento activo

Fernández López (2016), indica que llegar a conseguir un envejecimiento activo proporcionaría una serie de ventajas y beneficios muy notorios al conseguir mejorar las capacidades físicas y prevenir el desarrollo de ciertas enfermedades cognitivas, aminorando de esta manera la aparición de enfermedades crónicas.

Otra ventaja sería la autonomía e independencia no suponiendo una carga durante el mayor tiempo posible y pudiendo así disfrutar de una excelente calidad de vida.

Fernández López (2016) especifica asimismo la gran importancia del envejecimiento activo en la sostenibilidad de la sociedad actual y que en estos momentos mejoraría el paradigma económico en el que se encuentra dicha sociedad.

Como podemos observar en el estudio realizado por Moragas (1991) y de acuerdo con una investigación realizada en la Universidad de Harvard sobre un número determinado de ancianos que vivían en una residencia, la mortalidad se reducía a un 50% en los sujetos que llevaban un estilo de vida activo, frente a aquéllos cuyo estilo de vida era sedentario. (Levi, Sladey Kasl, 2002)

2.2.- Determinantes del envejecimiento activo

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (ver Figura 3) establece que los factores influyentes en el envejecimiento activo son transversales (cultura y género), macrosociales (ambientales, económicos, sociales y sanitarios), factores comportamentales (o estilos de vida), los personales (genéticos y biológicos) los cuales determinan las habilidades de afrontamiento, autoeficacia y control interno, el comportamiento prosocial y el pensamiento positivo, como condiciones psicológicas de la personalidad que aparecen asociadas a la longevidad y al envejecimiento satisfactorio.

Figura 3



Fuente: Modelo de envejecimiento exitoso (OMS)

2.2.1.- Género y cultura

El género afecta tanto a la posición social, la salud y al trabajo y es un determinante transversal de gran importancia para el desarrollo positivo durante envejecimiento.

Calvin C. et al. (2001) concluyen que, en principio, el efecto del funcionamiento cognitivo sobre la mortalidad sería el mismo para hombres y mujeres. Por otra parte, las causas de las muertes entre ambos difieren en gran medida, es decir, el efecto del funcionamiento cognitivo sobre la mortalidad es idéntico para hombres y mujeres, pero

no sería así para causas de muerte específicas. Esto cambiaría si el funcionamiento cognitivo tuviera exactamente el mismo efecto en cada causa de muerte.

En cuanto a la cultura, según la OMS, a través de diferentes estudios realizados entre 2000 y 2002, ésta es concebida como un determinante transversal incluido dentro del marco de comprensión del envejecimiento activo. La cultura que engloba a las personas y poblaciones determina la forma en que envejecemos, ya que influye sobre todos los demás determinantes del envejecimiento activo. La forma en la que la sociedad considera a las personas mayores está influida por los valores y las tradiciones culturales. Cuando las sociedades tienden a considerar que ciertos síntomas de enfermedad son parte del proceso de envejecimiento, es menos probable que proporcionen servicios de prevención y detección precoz y, por tanto, un tratamiento adecuado. Todo esto se relaciona con los estereotipos sobre la vejez, tema que será tratado más adelante.

2.2.2.-Factores genéticos

A lo largo de muchos años se han propuesto diferentes teorías para aclarar la naturaleza del envejecimiento, ya que por la naturaleza multicausal de éste, es prácticamente imposible que una única teoría pueda explicar su desarrollo y mecanismos.

La esperanza de vida es el resultado de procesos tremendamente complicados en los que pueden estar involucrados miles de genes y otros factores no genéticos.

Browner et al. (2004) en su estudio realizado en animales sobre modelos de envejecimiento, han puesto de manifiesto la existencia de genes equivalentes entre humanos y animales por lo que tienen gran importancia para obtener información sobre la longevidad.

En los estudios sobre genética humana de Browner et al. (2004) se ha demostrado que los polimorfismos comunes en un gen, es decir la variación en la secuencia de un lugar determinado del ADN, la apolipoproteína E (APOE), pueden influir en la esperanza de vida. Además de esto hay que considerar los patrones repetitivos familiares para la longevidad que posiblemente llevarán a identificar otras variantes genéticas que influyan en la esperanza de vida.

A partir de modelos de animales estudiados por Browner et al. (2004) han quedado claros diferentes hechos generales sobre la biología de la longevidad: La mayoría de los genes implicados son pleiotrópicos, es decir genes que son responsables de caracteres distintos, y especifican una mayor resistencia al estrés y dan como resultado una mayor robustez en animales más viejos. Los estudios en animales también han revelado que existe compensación directa entre mayor fertilidad por un lado y mayor resistencia al

estrés con mayor esperanza de vida, por otro. Además, se ha observado que los individuos genéticamente idénticos que crecen en un mismo ambiente no tienen la misma esperanza de vida, con lo cual la heredabilidad de la esperanza de vida es moderada, y por tanto sería importante tener en cuenta también los aspectos ambientales.

De acuerdo con las conclusiones de Perls et al. (2002), también hay evidencia de que la longevidad se agrupa en algunas familias, de tal manera que encontraron que las posibilidades de supervivencia hasta los 80 ó 90 años para hermanos de centenarios, eran cuatro veces más altas que las que tenían hermanos que habían muerto con 73 años.

Sería muy interesante saber si las familias que muestran agrupamiento de longevidad excepcional, tienen mutaciones raras que son exclusivas de la familia y que aumentan sus posibilidades de vivir hasta edades muy avanzadas, y si estas mutaciones tienden a estar en los mismos genes en diferentes familias que muestran ese agrupamiento de longevidad.

2.2.3.- Servicios sociales

La prevención de las enfermedades depende de un sistema sanitario y unos servicios sociales de calidad.

En esta línea Palacios (2011) indica el aumento de los tratamientos que dicen retrasar el envejecimiento frente a los tratamientos médicos eficientes y seguros. Ese tipo de tratamientos están, a veces, sin testar y son publicados como avalistas de una extraordinaria vejez. Estos tratamientos no solo crean falsas esperanzas, sino que perjudica el proceso de envejecimiento.

Por ejemplo, Flaherty, Perry, Lybchard y Morley (2000) concluyen que un gran número de personas mayores están medicados, en gran medida, con un promedio de entre cinco y siete medicamentos diarios y aumentando. Con tanta medicación, aumenta la incidencia de caídas y otros efectos secundarios. Es necesario añadir a esto el hecho de que los medicamentos requieren un seguimiento especial, en algunos casos inexistente, ya que el uso continuado de ellos puede producir efectos adversos y los riesgos que esto conllevan.

Rivero y Tanimoto (2005) indican que gran cantidad de ancianos se han beneficiado de los importantes avances en farmacología, manifestando la reducción de la mortalidad debida a diferentes enfermedades propias de la edad o disminuyendo sus secuelas.

Otro factor importante dentro de los servicios sociales sería el apoyo, y más con una vejez patológica de la persona mayor. Con esto, la población más anciana demanda cada vez más el aumento de los servicios sociales y de salud.

2.2.4.- Ambiente físico

Es imprescindible que los entornos físicos tengan en cuenta a las personas mayores, de tal manera y como muestra Sánchez (2015) este ambiente físico será fundamental para establecer la diferencia entre independencia y dependencia para todas las personas. Si un anciano vive en un entorno inseguro o en zonas con numerosas barreras físicas son menos proclives a salir y, por tanto, son más propensas al aislamiento, a la depresión, y también a tener un peor estado físico y más problemas de movilidad. De vital importancia es prestar especial atención a las personas mayores que viven en zonas rurales donde las pautas de enfermedad pueden ser diferentes debido a las condiciones medioambientales y a la ausencia de servicios de asistencia adecuados.

Según Golant (2015) la urbanización y la migración de los jóvenes en busca de trabajo pueden llevar a las personas mayores al aislamiento en zonas rurales con pocos medios de apoyo y poco acceso a los servicios sanitarios y sociales. En las zonas tanto rurales y como urbanas son necesarios unos servicios de transporte accesibles y asequibles para que las personas de todas las edades puedan participar plenamente en la vida familiar y comunitaria.

2.2.5.- Estatus socioeconómico

Numerosos autores han estudiado la relación que existe entre la esperanza de vida y las condiciones socioeconómicas a través de la información sobre ingresos, educación, vivienda, trabajo y distribución de la renta.

Se puede pensar que unas buenas condiciones de vida ayudan muy favorablemente durante el período de longevidad y, por tanto, una cierta seguridad económica estaría directamente relacionada con el bienestar durante esta época, alejando a los ancianos de los niveles de exclusión.

Esta seguridad económica puede ser definida como la capacidad de disponer de cierta cantidad de recursos económicos suficientes para asegurar una buena calidad de vida con dignidad e independencia.

Para la protección de las personas frente a riesgos y necesidades procedentes de la falta de trabajo, enfermedad o vejez entre otros, se diseñan los sistemas de protección social que están considerablemente desarrollados en la Unión Europea. De hecho, el

acceso a un nivel adecuado de protección social es un derecho reconocido a nivel internacional, encaminado a promover el bienestar social

En cuanto a este determinante, Grossman (1972) considera en su estudio sobre demanda de salud, que las personas tenemos unas reservas de salud que van disminuyendo con el paso del tiempo, pero que se incrementan con la inversión realizada a través de una serie de factores, entre los que se podría destacar los de naturaleza socioeconómica.

Bezrukov y Foigt. (2005) indican los determinantes que son los medios económicos, para acceder, por ejemplo al sistema de servicios socio-sanitarios. Confirman asimismo, la distribución desigual de la longevidad en Europa y la relación que existe entre esto y la concurrencia de factores históricos, culturales, biológicos, psicoconductuales y socioeconómicos.

El único problema de la pobreza no es la falta de bienes materiales, es, además, la incapacidad de participar de forma activa en la vida económica, social y política. Los ancianos que viven en la pobreza se ven excluidos socialmente y aislados de las tomas de decisiones.

El estatus socioeconómico es establecido por la OMS como un determinante muy importante de la salud, incluyendo el riesgo de mortalidad. Los ingresos familiares o la educación de los padres predicen posibles diferencias en la inteligencia durante la infancia. La clase social, el apego, la violencia o los traumas son factores que pueden llegar a influir tanto en el cociente intelectual como en la mortalidad a largo plazo. Por lo que se refiere a la educación y el SES adulto, actúan como mediadores en la asociación entre el funcionamiento cognitivo y la mortalidad, representando una influencia considerable, siendo la educación una justificación en la asociación de un 50% y el SES un 30%. De cualquier manera, las circunstancias sociales, la educación y el cociente intelectual se influyen entre ellos de forma dinámica a lo largo de la vida.

2.2.6.- Inteligencia

Hay estudios que confirman la relación entre inteligencia y longevidad (Blair Et al 2005; Calvin et al. (2011). Una mayor inteligencia parece estar asociada a un menor riesgo de mortalidad. Estos estudios, basados en las puntuaciones obtenidas mediante pruebas estandarizadas de tipo IQ en la infancia, se realizaron en 1.107.022 sujetos con ciertos rangos de inteligencia y en períodos de seguimiento desde el principio de los 17 años hasta los 69 años.

Hay diversas variables que parecen estar relacionadas con la inteligencia y existe una relación muy importante entre circunstancias sociales, habilidad cognitiva y salud. Siguiendo a Calvin et al. (2011) la inteligencia, como posible causa de la mortalidad, se confunde con las influencias ambientales durante la infancia, el estatus socioeconómico (SES), educación y SES adulto,

El funcionamiento cognitivo medido a una edad temprana está principalmente influenciado por la experiencia, la educación y el razonamiento abstracto o capacidad de resolver problemas lógicos, prever, planear, etc. Blair, Gamson, Thorne y Baker (2005) sugirieron que "la experiencia asociada con la utilización y la práctica repetida de habilidades cognitivas fluidas, que comienzan relativamente temprano en la vida, probablemente conduzcan a cambios relativamente duraderos en el rendimiento de las medidas de inteligencia fluida". Su "hipótesis del desarrollo del sistema nervioso" se utiliza para explicar el hecho de que el funcionamiento cognitivo de la población aumentó sustancialmente a lo largo del último siglo de acuerdo al efecto Flynn, según el cual se produce un aumento en el cociente intelectual con los cambios de generación. Anecdóticamente, la mortalidad estaba disminuyendo en gran parte del mismo período, lo que respalda la hipótesis de que el cociente intelectual y la salud pueden estar relacionados causalmente.

2.2.7.- Educación

Abellán y Pujol (2013) opinan que del mismo modo que, a los 80 años gran cantidad de ancianos españoles tienen dificultades para realizar de manera autónoma cierto tipo de labores de la vida diaria, la tasa de discapacidad es más alta en personas con analfabetismo o viudas.

Esta teoría está apoyada por un estudio realizado en Estados Unidos por Krueger, Tran, Hummer y Chang (2015) sobre una muestra de un millón de personas, con edades comprendidas entre 25 y 85 años, en el cual concluyen que el número de muertes acaecidas en ancianos con un bajo nivel educativo, se pueden comparar a las muertes provocada por el tabaco. De este experimento salen a la luz los siguientes datos: 145.243 muertes se pueden atribuir a individuos que han obtenido menos de un grado de educación secundaria, 110.068 muertes se podrían atribuir a las personas que tienen un grado universitario y 554.525 muertes podrían ser atribuido a las personas que han obtenido una titulación inferior al bachillerato-

Parece, por tanto, que una buena educación está asociada a mayor longevidad, ya que las personas con un alto nivel educativo pueden tener acceso a más recursos y mejores conocimientos a la hora de optar ciertas formas de vida más saludables.

2.2.8.- Ocio y tiempo libre.

Gorbeña, (2000) incide sobre la importancia de ocupar el tiempo y en aumentar el crecimiento personal durante toda la vida. Esto conducirá a grandes beneficios en la salud durante la vejez.

De acuerdo a los derechos al trabajo y al ocio (ONU, 1948), la naturaleza del ocio es un derecho universal y los gobiernos están obligados a garantizar a toda la población, el acceso a ese ocio, evitando la discriminación.

Este tipo de beneficios junto con el trabajo, el apoyo familiar y social contribuyen al alcance de las metas que las personas más valoran y son los que hace posible una longevidad exitosa.

2.2.9.-Personalidad

La personalidad es uno de los factores más importantes e influyentes en el envejecimiento como podremos observar a continuación.

Jokela M, Batty GD, Nyberg ST, Virtanen M, Nabi H, Singh-Manoux A. (2013), señalan que la personalidad se asocia con diversos estados de salud, y que ciertos tipos de personalidades podrían predecir el riesgo de mortalidad. En esta línea explicaremos el modelo de personalidad de los cinco factores para posteriormente comprender los estudios de Jokela M. et al. (2013):

Apertura la experiencia: referido a en qué medida el sujeto busca nuevas experiencias personales, se aleja de la tradición, rompen la rutina y tienen alto grado de curiosidad intelectual.

Responsabilidad: caracterizada por la disciplina para conseguir determinadas metas u objetivos, la organización, capacidad de concentración y racional.

Extraversión: atributo que muestra facilidad y diversión a la hora de rodearse de otras personas. En el polo opuesto encontramos la intraversión.

Amabilidad: este rasgo se define por la tolerancia, empatía y respeto a otros individuos.

Estabilidad Emocional: referido a la forma en que una persona afronta las situaciones compleja y obstáculos.

Jokela M. et al. (2013) realizan un estudio longitudinal y de cohorte utilizando el modelo de cinco factores, para estudiar la asociación entre personalidad y mortalidad en

sujetos mayores de 50,9 años (54,4% mujeres). Estos autores encontraron las siguientes relaciones significativas:

Puntuaciones por debajo de la media en cuanto a la responsabilidad, quedaron asociadas con un mayor riesgo de mortalidad 14% mayor; una menor extraversión, mayor neuroticismo y menos amabilidad se asoció con un elevado riesgo de mortalidad. Pero al ajustarse escrupulosamente para otros rasgos de personalidad, el neuroticismo y la amabilidad ya no se asociaban con la mortalidad.

Los autores realizaron asimismo un análisis de subgrupos con el objetivo de conocer mejor los mecanismos de actuación o en su caso, saber qué sujetos tiene un mayor riesgo de presentar las enfermedades asociadas a la personalidad. La relación entre mayor responsabilidad y menor riesgo de muerte, no indicaron diferencia alguna por sexo, edad o nivel educativo.

Para los otros cuatro rasgos de personalidad los análisis de subgrupo mostraron que no hay fuentes sistemáticas de heterogeneidad en la dimensión del efecto. Se hicieron cuarenta pruebas y sólo dos fueron significativas de acuerdo con la estadística y en ambas estaban implicada la ubicación geográfica. En la muestra australiana una mayor extraversión se asoció con menor mortalidad, pero no ocurrió así en las muestras europeas o estadounidenses

Los autores también estudiaron si el deterioro de la salud durante los años cercanos a la muerte podría disminuir la responsabilidad y los efectos causales inversos producidos, pudieran llegar a sesgar la asociación, de acuerdo con el estudio, de responsabilidad y riesgo de mortalidad. Para evaluar el sesgo de causalidad inversa, estudiaron si la relación del riesgo de responsabilidad se veía afectada cuando las muertes ocurridas cerca del momento de la evaluación de la personalidad se excluían del análisis. La asociación se mantuvo prácticamente sin cambios al omitir del análisis las seiscientas veintiuna muertes ocurridas dentro de un mismo año, las ocurridas dentro de los tres años o dentro de los 5 años. Esto indica la evidencia contra el sesgo debido a la causalidad inversa.

Como conclusión y a pesar de que muchos rasgos y tipos de personalidad se han asociado con ciertos estados de salud, los resultados de este estudio sugieren que la baja responsabilidad y alto neuroticismo, apertura a la experiencia y curiosidad son los rasgos de personalidad, del modelo de cinco factores, que puede predecir mayor riesgo de mortalidad.

En la misma línea Deary IJ., Weiss A. y Batty GD (2010) plantean que las diferencias de personalidad pueden predecir un riesgo en la salud y que existen claras evidencias de que esto ocurre, sobre todo en lo relacionado con las enfermedades coronarias.

Por otro lado, Friedman y Rosenman, (1959) plantean la definición de personalidad A, B, C, D: definieron las personalidades de tipo A y B. Morris y Greer, (1980) definieron la personalidad tipo C y Denollet y Brutsaert, (1997/8) la de tipo D.

Dentro del tipo A están las personas agresivas, hiperactivas, competitivas, egocéntricas, frías e inseguras. A este tipo de personalidad se asocian enfermedades como el estrés y trastornos cardiovasculares debidos tanto a la ira como a la irascibilidad y a la hostilidad.

Barefoot, Dahlstrom y Williams (1983) demostraron con su estudio que las personas cuya puntuación estaba por encima de la media de las escala de hostilidad tenían un promedio de mortalidad 6.4 veces más alta que los que puntuaron por debajo de dicha media.

En cuanto a la Personalidad tipo B, se refiere a persona totalmente opuesta a las del tipo A. Son relajadas, tranquilas, satisfechas, empáticas, cálidas, etc. Este tipo de personalidad está asociada a la salud y a la evitación de la enfermedad, con ausencia de estrés y trastornos de ansiedad.

Morris y Greer, (1980) acuñan por primera vez el patrón de conducta al que llamaron tipo C y se refiere a personas inhibidas, pasivas, indefensas, conformistas e inseguras. A este tipo de personalidad están asociadas enfermedades como reuma, infecciones o cáncer.

Denollet y Brutsaert, (1997) estudiaron la Personalidad tipo D. Son personas inhibidas y negativas. Este tipo de personalidad predispone a la depresión y a la ansiedad, así como trastornos cardiovasculares.

Resalta que, a pesar de estar nombrado de diferente manera, el modelo de personalidad de los 5 factores y el modelo A, B, C, D, proporcionan información muy relacionada. Así un patrón de personalidad tipo B estaría capacitado con altos niveles de los 5 factores (apertura a la experiencia, responsabilidad, extraversión, amabilidad y estabilidad emocional) y como consecuencia asociado a salud, ausencia de estrés y trastornos de ansiedad, etc.

2.2.10.- Hábitos de vida

Cabe destacar la influencia de los cambios sociales, culturales, tecnológicos, etc. en la salud y la longevidad, modificando las conductas con el mundo que nos rodea y mejorando con ello la calidad de vida.

Según el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014), es imprescindible incorporar en la vida cotidiana una serie de factores de protección como podría ser una dieta equilibrada que evite sobrepeso, colesterol, hipertensión, etc. acrecentando el consumo de frutas y verduras.

La falta de ejercicio físico es una de las causas productoras de los aumentos de las enfermedades señaladas anteriormente. Pancorbo (2011) indica que la práctica continuada de la actividad físico-deportiva ofrece unos beneficios que ayudan a incrementar la masa ósea, mejorar la presión arterial, la fuerza muscular, la reducción del colesterol, etc.

Otro factor de considerable importancia sería evitar el consumo de sustancias nocivas y adictivas como podrían ser el alcohol y el tabaco. Según Casanova (2015) individuos que consumen estas dos sustancias tienen mayor riesgo de padecer hipertensión, sobrepeso, obesidad, hipercolesterolemia etc.

Crespo (2006) puntualiza la importancia del entorno ambiental. Puede exigirse, e incluso en algunos países los tienen garantizado por ley, entornos seguros en lo que se refiere tanto al trabajo, medidas para la prevención de ciertas enfermedades o alimentos sanos.

2.2.11.- Estado civil.

Es importante tener en cuenta aspectos como la felicidad dentro del matrimonio y la duración de éste, ya que la posibilidad de que vivir en pareja está relacionada con una mayor calidad de vida. Importante es, también la salud en el matrimonio o los ingresos que obtiene la pareja, de tal manera que las parejas con poca salud o pocos ingresos son mucho más proclives a la exclusión social y a la pobreza.

En la actualidad tres de cada cuatro mayores de 65 años y más, que viven solos, son mujeres.

Abellán y Pujol (2013) especifican que estar casados durante mucho tiempo con la misma persona aumenta la longevidad en los varones debido al cuidado y bienestar recibido de parte de sus esposas. Sería el 25% casado, 38% no casados, aquellos que desarrollan dependencia

En la Universidad de Louisville un estudio realizado por Cornelis et al. (2014) concluyó que el estado de viudedad o soltería en los hombres, estaba asociado con mayor riesgo de padecer diabetes tipo 2.

3. – ESTEREOTIPOS SOBRE LA VEJEZ

Un estereotipo es realmente un modelo fijo que puede ser compartido por un determinado colectivo y que se usa para enjuiciar a una persona o en este caso a un determinado grupo con determinados atributos comunes. En general son negativos y lo que es muy importante, una vez extendidos pueden ser el origen de una determinada conducta individual o general. También encontramos estereotipos positivos y ambivalentes.

Es importante distinguir entre los estereotipos culturales (aquellos pertenecientes a la sociedad), estereotipos personales (propios de cada individuo sobre el envejecimiento y la población mayor) y los auto-estereotipos (presentes en cada individuo sobre su propio envejecimiento).

Snyder y Miene (1994) consideran que los estereotipos de la vejez presentan una singularidad y es que la vejez es la única condición social a la que las personas llegarán en algún momento a no ser que mueran precozmente. La forma en que los grupos más jóvenes perciben a las personas mayores es de alguna manera la percepción futura de ellos mismos (la teoría de asimilación de Levy, 2003). Por esto, es bastante inexplicable esta opinión negativa y generalizada ya que es una amenaza para su propio futuro.

Levy, Slade, y Kasl (2002) basándose en datos de un Estudio Longitudinal del Envejecimiento y Jubilación de Ohio, con participantes de 50 años o más al inicio del mismo y que fueron seguidos durante más de dos décadas, afirman que en el momento en que los estereotipos de edad se dirigen hacia uno mismo en la vejez, se puede decir que se está ante el fenómeno de la "autopercepción del envejecimiento". En el estudio se manifestaban los efectos a largo plazo de estas autopercepciones las cuales son el aumento de la mortalidad y la disminución del desempeño,

Levy (2003), tras realizar una serie de estudios afirma que: “Los estereotipos negativos sobre la vejez que ostentan las personas mayores influyen en su memoria, causan estrés y peores formas de combatirlo, e, incluso, predicen menor sobrevivencia”.

Fernández-Ballesteros (2004) afirma, acerca de las creencias de la población española en relación al envejecimiento, que: el 72,6% de la muestra estudiada, estaba de acuerdo con la idea de que: "La mayor parte de los adultos mantiene un nivel de salud aceptable hasta los 65 años aproximadamente, edad en la que se produce un fuerte

deterioro de la salud" y el 75% estaban de acuerdo en que: "Las personas mayores son, en muchas ocasiones, como niños". A priori, estos resultados revelan la gran proyección que tienen este tipo de estereotipos sobre la población española, percibiendo al anciano como sujeto deteriorado, incapacitado para el aprendizaje de nuevos conceptos e incluso incapaces de cuidar de sí mismos.

La realidad, como se afirma en el estudio mencionado, muestra que estas afirmaciones están completamente alejadas de la verdad, pues no se ha reconocido oficialmente la existencia de un punto de inflexión a partir del cual la salud se deteriora tajantemente. Del mismo modo, tampoco se ha podido demostrar la existencia de cambios marcados de la personalidad en el momento en que aparece la vejez. En cambio, sí se ha demostrado que a la hora de envejecer, este proceso se corresponde a la manera en que se ha vivido.

Otro dato destacable en el estudio y ya observado anteriormente, hace referencia a la gran variabilidad encontrada en la muestra de personas ancianas analizada, concluyéndose que se encuentran mayores diferencias entre los individuos que conforman este grupo que en cualquier otro grupo analizado (de diferentes rangos de edades).

Paralelamente, se encontró que, en numerosas ocasiones, la práctica o la experiencia, incidían de manera más significativa en la realización de ciertas tareas o comportamientos que lo hacía la edad.

3.1.- Efectos de los estereotipos en las personas mayores

A continuación, se realiza una recopilación de los efectos que los estereotipos sobre la vejez pueden tener sobre los ancianos, recopilando los detectados hasta este punto en el trabajo y proponiendo los que han podido ser detectados de manera adicional en otros estudios.

Primeramente, se ha constado cómo personas con una autopercepción más positiva del envejecimiento gozan de una mejor salud funcional a lo largo de su vida, viviendo un promedio de 7,5 años más que aquellos con una autopercepción más negativa del envejecimiento (Levy, Slade, Kunkel y Kasl 2002); con lo que se establece que, a fin de cuentas, los estereotipos de edad son un pronóstico más significativo de salud que a la inversa.

De igual manera, se ha podido comprobar en Fernández-Ballesteros (2004) cómo aquellas personas ancianas analizadas que tenían incorporados estereotipos negativos hacia su condición padecían mayores trastornos en su memoria, en sus niveles de estrés e incluso concurrían en menores tasas de supervivencia, mientras que aquellas que se

negaban a asumir este tipo de estereotipos, llegaban a vivir una mayor cantidad de años que los anteriores.

Por otra parte, los estereotipos en los cuidadores, como muestra Sánchez (2004), podían condicionar el bienestar de estos, al emplear, para dirigirse a estos, un lenguaje, unos gestos y una mentalidad condicionada por estos estereotipos, lo que no sólo afectaba a la independencia de la persona mayor, sino que, en numerosas ocasiones, era considerado como una falta de respeto y de competencia del cuidador.

Continuando con el estudio de los efectos de los estereotipos sobre las personas mayores, se encuentra el informe elaborado por Losada (2004) donde se recalcan los siguientes efectos a sufrir por los ancianos: pérdida prematura de independencia, aumento del grado de discapacidad presentada, aumento de los índices de depresión e incluso una disminución de la esperanza de vida en sujetos que de otra manera pudieran llevar una vida plenamente saludable y más longeva.

4.- PREOCUPACIÓN ENTORNO AL FENÓMENO DE LA ETERNA JUVENTUD.

Puede resultar evidente el pensar que una vez que la sociedad avance y su población consiga alcanzar altos niveles de esperanza de vida, comenzarán a invadirnos nuevos problemas que habrá que afrontar de la manera más efectiva posible; siendo probablemente ésta la predicción y el adelanto a la llegada del propio fenómeno. Desde el campo de la psicología resulta interesante abordar la problemática relacionada con el fenómeno de la eterna juventud, pues que una población viva más años, aunque sea de manera más saludable, significará ineludiblemente vivir más años en la etapa de la vejez, con las consideraciones que quedan intrínsecamente contenidas.

Un factor muy importante para la sociedad en cuanto a la juventud es la propia imagen. Una imagen corporal negativa en este ámbito, como se aprecia en Flint (1994) generalmente viene asociada a una baja autoestima y esta a su vez unida a una carencia notable de motivación, por lo que, si se añaden sentimientos de disforia por el desarrollo de sentimientos de dependencia y necesidad de ayuda, se está ante un círculo retroalimentado que sumirá al anciano en un verdadero proceso de negatividad y depresión de difícil salida.

Si observamos el reflejo de este fenómeno en la sociedad, se puede apreciar como en los últimos años se ha producido una fuerte remodelación de los cánones de belleza, explotando ahora al máximo el concepto de "eterna juventud", lo que lleva

irrevocablemente a una obsesión social que guarda relación con un sentido estético confrontado en su totalidad con lo considerado hace tan solo algunos años.

Todos estos cambios a los que se hacía referencia desembocan en la creación de una necesidad clara en la persona anciana: la de luchar contra los símbolos del envejecimiento para tratar de adaptarse a los cánones de belleza reinantes en el momento, con consecuencias originadas por necesidades estéticas en lugar de por necesidades relacionadas con el envejecimiento saludable, como se comentaba a lo largo del trabajo bajo la denominación de "envejecimiento activo".

Paralelamente, en estudios como el de Sarabia (2012) se observan unas cifras realmente alarmantes en cuanto a la tendencia de las mujeres ancianas a buscar esa "eterna juventud" de la que se hablaba. Cada día, son más las mujeres de edad superior a los 65 años que buscan soluciones a la vejez en centros de estética y cirugía plástica, con la única motivación de adaptarse a los cánones de belleza actuales.

Todos estos hechos, que se recopilan en el afán por mantenerse estéticamente jóvenes y adaptadas a los tiempos que corren, conllevan verdaderas modificaciones en el concepto psicológico que se puede tener de la vejez y en ciertos trastornos de alteración de la propia imagen corporal, trastornos que pueden llegar a incluir algunos como la anorexia o la bulimia nerviosa.

Además, se ha de tener en cuenta que la mujer, a lo largo de su vida y probablemente influida por tendencias del momento o la propia cultura del lugar en que viva, se ha visto típicamente preocupada e insatisfecha por su imagen corporal; hecho que no actúa de manera aislada sino que se arrastra, de manera generalizada, a lo largo de la vida de la persona; alcanzando un máximo irremediable en la etapa de la vejez, momento en que no solo tendrá que hacer frente a esta preocupación sino que además se sumarán otros elementos como los propios cambios contenidos dentro del proceso natural del envejecimiento. Se ha podido comprobar, en estudios como el de Lenze et al. (2000) o el de Clarke (2001), que, en numerosos casos, estados asociados a la depresión o a la ansiedad, son capaces por ellos mismos de modificar alteraciones en la imagen corporal de la persona anciana.

5.- CONCLUSIÓN

En este trabajo se ha tratado de especificar los distintos factores o determinantes que pueden influir en la longevidad y en la calidad de los últimos años de vida. Desde la Antigüedad se han dado casos de personas con una alta longevidad, que incluso han llegado a superar los cien años. Ciertamente, el número de personas que llegaban a esa edad era muy reducido, pero los cambios que se están produciendo llevan a que, actualmente, cada vez más personas superen esta edad y cada vez con mejor calidad de vida.

El envejecimiento es un proceso continuo e irreversible, que todos conocemos y que forma parte de la vida humana. Durante este proceso se experimentan todo tipo de cambios, físicos, sociales y psicológicos, que resultan de la interrelación de factores sociales, culturales, genéticos, presencia de enfermedades, estilo de vida etc.

La calidad de este proceso está también directamente relacionada con la forma en la que la persona satisface sus necesidades a través de todo el ciclo de su vida. Esto último condiciona lo que llamamos calidad de vida y por ende el fundamento de bienestar social. Aunque se trata de un proceso natural, no todas las personas envejecen de la misma forma y científicamente está demostrado que esa calidad de vida y la operatividad durante la vejez, dependen del modo de vida desde la infancia, la exposición a factores de riesgo, la prevención, la educación etc.

Si bien es verdad que ciertos cambios son característicos de esta etapa, algunos de ellos no son reales y están estereotipados, lo que produce en los ancianos una visión negativa de sí mismos y conduce directa o indirectamente al cumplimiento de estos estereotipos.

En resumidas cuentas, la conclusión es que existen muchas claves para conseguir una longevidad sana y exitosa como pueden ser una buena herencia genética, una vida activa tanto física como intelectualmente, una alimentación moderada, una vida ocupada pero sin estrés, proyectos e ilusiones, saber enfrentarse a la adversidad, sentirse querido y ser personas con iniciativa y mucha motivación.

En cuanto a la ayuda que la sociedad puede prestar, debería centrarse en transmitir al adulto la información adecuada sobre este proceso y sobre la forma de enfrentarlo, para conseguir una autopercepción del mismo lo más positiva posible, desechando la sensación que se tiene del envejecimiento como un proceso vital caracterizado por pérdidas físicas, discapacidad funcional, enfermedades y problemas cognitivos.

6.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Abellán A., Ayala A. y Pérez J. (2018). *Un perfil de las personas mayores en España, Informes. Envejecimiento en red. (17)*
- Abellán A., Pujol R. (2013). *Un perfil de las personas mayores en España. Indicadores estadísticos básicos.* Madrid.
- Abellán, A. (2005). *Las Personas Mayores en España* 89-204. Madrid: IMSERSO
- Barefoot J.C., Dahlstrom W.G. y Williams R.B. (1983). *Hostility, CHD incidence, and total mortality: a 25-year follow-up study of 255 physicians. Psychosom Med. 45 (1) 59-63.*
- Bermejo A. (2010). *Envejecimiento activo y programas socioeducativos con personas mayores. Manual de Buenas Prácticas. Colección Gerontología Social.*
- Bezrukov V. y Foigt N.N. (2005). *Longevidad centenaria en Europa. Revista Española de Geriatria y Gerontología (5) 300-309.*
- Blair, C., Gamson, D., Thorne, S. y Baker, D. (2005). *Rising mean IQ: Cognitive demand of mathematics education for young children, population exposure to formal schooling and the neurobiology of the prefrontal cortex. Intelligence (33) 93-106.*
- Browner W.S., Kahn A.J., Ziv E., Reiner A.P., Oshima J. y Cawthon R.M. (2004). *The genetics of human longevity. Am J Med. (117) 851-860.*
- Calvin C., Deary I., Fenton C., Roberts B., Der G., Leckenby N. y Batty G. (2011). *Intelligence in youth and all causes mortality: Systematic review with metaanalysis, Int J Epidemiol (40) 626-44.*
- Casanova Moreno, M. C., Marimón Torres, E. R., Orraca Castillo, O., Paredes Díaz, R., y Véliz Martínez, D. M. (2015). *Influencia del tabaquismo y el alcoholismo en el estado de salud de la población pinareña. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río (19) 46-55.*
- Castillo, M. J. (2007). *Ejercicio para (no) envejecer corriendo.* En P. Montiel, A. Merino, A. Sánchez & A. Heredia (Comp.), Libro de actas del 2º Congreso Internacional de Actividad Física y Deportiva para Personas Mayores 2-25.
- Clarke LH. (2001). *Older women's bodies and the self: The construction of identity in later life. Sociol Anthropology (38) 441-64.*

- Coler, R. (2008). *Eterna Juventud*. Barcelona.
- Cornelis, M.C. ;Chuve, S.E. ; Glymour, M.M.; Chang, S.C.; Tchetgen,E.J.; y Liangal, L. (2014). *Bachelors, Divorcees and Widowers: Does Marriage Protect Men from Type 2 Diabetes?*.
- Crespo Santiago, D (2006). *Bioenvejecimiento*. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Cantabria. Santander
- Deary, I.J., Weiss, A. y Batty, G.D. (2010). *Intelligence and personality as predictors of illness and death: How researchers in differential psychology and chronic disease epidemiology are collaborating to understand and address health inequalities. Psychological Science in the Public Interest 11 (2) 53-79.*
- Definición de salud de la OMS Promulgada el 7 de Abril de 1946
- Denolliet, J; y Brutsaert, D.L. (1998). *Personality, disease severity, and the risk of long-term cardiac events in patients with a decreased ejection fraction after myocardial infarction. Circulation 97(2): 167-73.*
- Diagonal (2016). *Seis dudas y siete gráficas sobre gasto sanitario en España. Diagonal: Médico crítico.*
- Dulcey, E., Mantilla, G., Carvajal, L. M. y Camacho, G. (2004). *Envejecimiento, comunicación y política.*
- Fernández A. (2001). *Salud y envejecimiento activo: un documento para el debate.*
- Fernández Ballesteros (2004). *La Psicología en la vejez.*
- Fernández-Ballesteros R., Zamarrón M.D., López M.D., Molina M.A., Juan N., Montero P. y Schettini R. (2006). *Estudio Longitudinal sobre Envejecimiento Activo (ELEA)*. Madrid.
- Fernández, F. J. L. (2016). *El reto de la sostenibilidad del sistema sanitario. ACCI*
- Flaherty, J.H.; Perry, H.M.; Lybchard, G.S. y Morley, J.E. (2000). *Polipharmacy and hospitalization among older home care patients. The journals of Gerontology (10).*
- Flint AJ. (1994). *Epidemiology and comorbidity of anxiety disorders in the elderly. Am J Psychiatry 151 (5) 640-49.*

- Friedman, M. y Rosenman, R.H. (1959). *Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings. Journal of the American Medical Association, 169 (12) 1286-1296.*
- Gascon, J.(2016). *Turismo residencial y crisis de la agricultura campesina. Los casos de Vilcabamba y Cotacachi (Andes ecuatorianos) en Pasos. Revista de Turismo y Patrimonio Cultural 1 (2) 309-318.*
- Golant, S. M. (2015). *Aging in the right place. HPP, Health Professions Press.*
- Gorbeña S. (2000). *Modelos de intervención en ocio terapéutico.* Universidad de Deusto. Bilbao
- Grossman M. (1972). *The Demand for Health. A Theoretical and Empirical Investigation.*
- Harman D. (1991). *The aging process. Major risk factor for disease and death. Proc. Natl. Acad. (88) 5360-5363. USA*
- Jokela M., Batty G.D., Nyberg S.T., Virtanen M., Nabi H., Singh-Manoux A. y Kivimäki M. (2013). *Personality and all-cause mortality: individual-participant meta-analysis of 3,947 deaths in 76,150 adults. American Journal of Epidemiology (5) 676-75.*
- Ortiz J.B. yCastros M. (2009). *Bienestar psicológico de los adultos mayores, su relación con la autoestima y la autoeficacia. Cienc. enferm. (15).*
- Katz S. y Calasanti T (2015). *Critical perspectives on successful aging: does it appeal more than it illuminates?. The gerontologist (55) 33-26.*
- Kirkwood, T.B. (1977). *Evolution of ageing en Nature (170) 201-204.*
- Kirkwood, T.B. (2005). *The biological science of human ageing.*
- Krueger, P.M., Tran, M.H., Hummer, R.A. y Chang, V.W. (2015). *Mortality Attributable to Low Levels of Education in the United States. PLOS ONE (10) 7*
- Lenze E.J., Mulsant B.H., Shear M.K., Schulberg H.C., Dew M.A. y Begley A.E, (2000). *Comorbid anxiety disorders in depressed elderly patients. Am J Psychiatry 157 (5) 722-28*

- Levy B.R. Slade M.D. y Kasl S.V. (2002). *Longitudinal benefit of positive self-perceptions of aging on functional health. J Gerontol B Psychol (5)* 409-17.
- Levy, B.R. (2003). Mind Matters: Cognitive and Physical Effects of Aging Stereotypes. *J. of Gerontology, (58B)* 203-211.
- Losada Baltar, A. (2004). *Edadismo: consecuencias de los estereotipos, del prejuicio y la discriminación en la atención a las personas mayores. Algunas pautas para la intervención. Informes Portal Mayores. (14)*
- Moragas R. (1991). *Gerontología social. Envejecimiento y calidad de vida.* Barcelona.
- Morris, T. y Greer, S. (1980). A "Type C" for cancer? Low trait anxiety in the pathogenesis of breast cancer. *Cancer Detection and Prevention, (3)* 102.
- O.E.C.D. (2017). *State of Health in the EU. España. Perfil Sanitario del país.*
- Palacios A. (2011). *El sector de los productos de higiene y cosmética en Alemania. Estudio de Mercado.* Consejería de Economía e Innovación tecnológica de la Comunidad de Madrid.
- Pancorbo, A.E. y Pancorbo, E.L. (2011). *Actividad física en la prevención y tratamiento de la enfermedad cardiometabólica. La dosis del ejercicio cardiosaludable.* Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Madrid.
- Perls TT, Wilmoth J, Levenson R, Drinkwater M, Cohen M, Bogan H, Joyce E, Brewster S, Kunkel L, Puca A. (2002). *Life-Long Sustained Mortality Advantage of Siblings of Centenarians. Proceedings of the National Academy of Sciences (99)* 8442-8447.
- Rivero O. y Tanimoto, M. (2005). *El ejercicio de la medicina en la segunda mitad del siglo XX. Madrid: Siglo XXI.*
- Romero, S. (2002). *Ejercicio físico y salud en edad avanzada.* En A. Merino, J. Vázquez & P. Montiel (Coord.), Libro de actas del 1er Congreso Internacional de Actividad Física y Deportiva para Personas 201-216. Málaga.
- Rowe, J.W. y Khan, R.L. (1997). *Successful aging. The Gerontologist (37)* 433-440.

- Rowe, J.W., y Khan, R.L. (1987). *Human aging: Usual and successful*. *Science*, (237) 143-149.
- Sánchez D. (2015). *Ambiente físico-social y envejecimiento de la población desde la gerontología ambiental y la geografía. Implicaciones socioespaciales en América Latina*. *Revista de geografía Norte Grande* (60) 97-114.
- Sánchez Palacios, C. (2004). *Estereotipos negativos hacia la vejez y su relación con variables sociodemográficas, psicosociales y psicológicas*.
- Sarabia Cobo, C. M. (2012). *La imagen corporal en los ancianos: Estudio descriptivo*. *Gerokomos* (23) 15-18.
- Snyder M, y Miene P.K. (1994). *Stereotyping of the elderly: a functional approach*. *Br J Soc Psychol. (Pt 1)* 63-82.
- Strawbridge W.J., Wallhagen M.I. y Cohen RD. (2002) *Successful aging and well-being: self-rated compared with Rowe and Kahn*. *Gerontologist*. (42) 727-33.
- Strehler BL. (1982). *Ageing: concepts and theories. Lectures on gerontology*. *Gerontologist* (3) 143-52.
- Terris M. (1980). *La Revolución Epidemiológica y la Medicina Social*.
- Vela Chiriboga, G. y Alarcon de Vela, M.C. (1989). *Secretos de Vilcabamba para vivir siempre joven*. Corporación de estudios y Publicaciones. Quito.
- Vivaldi F. y Barra E. (2012). *Bienestar psicológico, apoyo social percibido y percepción de salud en mayores*. *TerPsico* (30) 2.