



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y
SOCIALES**

Programas para una longevidad saludable y activa

Autora: Herrero Martínez Rosa María

Directora: Sánchez –Izquierdo Alonso Macarena

Madrid

2018/2019

Índice

1.	Introducción.....	3
2.	¿Un reto para la sociedad?.....	6
2.1	Posturas encontradas respecto a este “reto”.	6
2.2	El reto actual.	7
3.	Salud y envejecimiento.....	8
4.	Factores que inciden en la longevidad activa o saludable.....	9
4.1.	Factores Transversales: La cultura y el género.....	10
4.2.	Sanidad y servicios sociales.	10
4.3.	Entorno físico.	11
4.4.	Factores económicos.	11
4.5.	Factores sociales y educativos.	12
4.6.	Determinantes psicológicos: conductuales y personales.	13
4.6.1.	Determinantes conductuales: Hábitos de vida saludable.	13
4.6.2	Ejercicio físico.	14
4.6.3	Dieta.	14
4.6.4	Relaciones sociales.	15
4.7	Determinantes psicológicos, emoción, afecto y control.....	16
4.7. 1	Personalidad.....	16
4.7. 2	Emoción y afecto.....	17
4.7. 3	Control.	18
4.7. 4	Inteligencia.....	19
5.	Programas de promoción del envejecimiento saludable o activo.....	21
6.	Proyecto de intervención de mayores: “Cooperativa TRABENSOL”.	22
7.	Discusión.	25
8.	Conclusiones.....	27
	Referencias.	27
9.	Anexos.....	33
	Anexo 9.1 Programas de promoción del envejecimiento saludable y activo	33
	Anexo 9.2. Cooperativa Trabensol. Funcionamiento y características generales.....	35

1. Introducción

El envejecimiento de la población es un fenómeno que ha crecido exponencialmente en este siglo, convirtiéndose en un desafío para la humanidad, una realidad de vital importancia tanto a nivel individual como social. Cuando hablamos de envejecimiento poblacional nos referimos a la comparación que se establece entre el número de personas mayores de 60 años y más, y el número de niños y niñas y de jóvenes de esa misma población y tiene una relación directa con la disminución de las tasas de fecundidad, especialmente a finales del siglo XIX, la reducción de las migraciones, y el decrecimiento de la mortalidad en todas las edades, en el siglo XX (Preston y Coale, 1982). Además, el desarrollo económico y tecnológico de las últimas décadas ha potenciado que las personas mayores sean cada día más longevas.

El envejecimiento se ha asociado a los países más desarrollados del mundo, siendo Europa uno de los continentes donde hay una mayor proporción de personas mayores se prevé que para el año 2025 un tercio de la población esté conformada por personas mayores de 60 años. Cabe señalar el aumento y la velocidad del envejecimiento de la población en regiones del mundo menos desarrolladas, siendo el 70% la gran mayoría de las personas ancianas (OMS, 2002).

También es notable el avance del envejecimiento que podemos observar con el incremento de las personas mayores de 85 años e incluso centenarias (Preston y Coale, 1982). Tal y como señala Kannisto (1998), la esperanza de vida de 80 años nos aporta un dato significativo respecto al retraso en el proceso de envejecimiento y la mortalidad de las personas de edad avanzada. El ciclo vital se ha alargado por el incremento en la longevidad.

Pero, ¿cómo es este colectivo de personas mayores? según los datos del INE (2014) el porcentaje de población de 65 años y más, que en el 2014 se situaba en el 18,2% de la población, pasaría a ser del 24,9% en el 2029 y del 38,7% en 2064. Hablamos de que se prevé un aumento significativo de la población centenaria en España de 13.551 en la actualidad, a más 372.000 en el 2064. Esto quiere decir que el grupo de edad de mayor crecimiento en el siglo XXI es el de las personas mayores de 80 años. En el año 2000 este grupo de edad lo conformaban un total de 70 millones y se espera que para el año 2050 esta cifra sea de cinco veces mayor. Como señalan Vaupel y Jeune (1995) a mediados del siglo XX los centenarios, que eran una excepción, han ido doblando progresivamente el número cada diez años hasta nuestros días. De forma similar Perry (1995) afirma que estamos en los albores de la revolución de la longevidad. A este fenómeno se ha llamado “envejecimiento del envejecimiento” y abre las puertas a desarrollar nuevas investigaciones, retos y paradigmas de esta revolución demográfica sin precedentes a lo largo de la historia de la humanidad.

Otro aspecto que define al grupo de personas mayores, es una gran heterogeneidad, debido a que las características inter-individuales y bio-psico-socioculturales están en interacción con un mundo dinámico y cambiante. Por ello encontramos dentro de esta población grupos diferentes en relación a la edad, los niveles de funcionamiento personal y de necesidades (Baile, 2007). Tal y como señalan Bandura (1997) y Staats (como se citó en Fernández-Ballesteros, 2009) desde el conductismo social, el funcionamiento psicológico del ser humano está definido por las interacciones entre el organismo (biología), el repertorio de conductas y el entorno sociocultural.

Siguiendo esta línea, y teniendo en cuenta las evidencias científicas de la plasticidad biológica como resultado de las sucesivas interacciones que se dan entre un ser humano concreto (biología-genética) y el entorno sociocultural (que abarca el contexto donde vive la persona, la política, la sanidad, la educación, la economía, la tecnología, las redes sociales de apoyo, valores, hábitos de vida, la personalidad y el comportamiento) dan como resultado la posibilidad de modificar y producir cambios en las condiciones negativas del proceso de envejecimiento (Fernández-Ballesteros, 2009).

Según los datos de la OMS, otra característica importante es la feminización de la vejez, pues las mujeres viven más tiempo que los hombres en todas las partes del mundo. En 2002 había 678 hombres por cada 1.000 mujeres mayores de 60 años en Europa. En el grupo de mayores de edad de 80 años el promedio mundial es de menos de 550 hombres por cada 1.000 mujeres. Aunque es cierto que las mujeres viven más años, tienen más posibilidad de sufrir violencia doméstica, discriminación para acceder a la educación, a disponer de recursos económicos, así como a un trabajo digno que no sea precario, y todas estas situaciones ponen el foco en que ser mujer y mayor puede ser sinónimo de pobreza y por lo tanto de peores condiciones de salud. Además, es en las mujeres donde más recae el peso de los cuidados informales en el marco familiar, incluso en perjuicio de su propia salud y economía (OMS, 2002; Osorio, 2006; Uriarte, 2014).

Cabe destacar las características comunes al proceso de envejecimiento que han establecido Fernández-Ballesteros, Caprara, y García (2004): a) La edad no es un factor determinante del envejecimiento; b) A lo largo de la vida, existen patrones heterogéneos diferentes de crecimiento, estabilidad y declive tanto en el envejecimiento psicológico, como en el biológico; c) Estas diferencias individuales ponen de manifiesto cómo influye la participación activa de la persona en interacción con la sociedad en su propio proceso de envejecimiento, de ahí la necesidad de fomentar acciones de promoción e intervención para un envejecimiento con éxito.

En el marco de la Unión Europea, España es uno de los países que presenta un crecimiento demográfico más acelerado. Esto nos plantea nuevos retos que afrontar desde diferentes ámbitos, como el sanitario. La mayor vulnerabilidad y fragilidad potencian la dependencia con lo que aumenta la necesidad de atender problemas de movilidad, autocuidados y realización de tareas domésticas en las personas mayores, lo que requiere un incremento en el número de cuidados informales y profesionales. Otro aspecto a analizar es la posible falta de “redes de apoyo” que tienen las personas mayores, lo que puede repercutir en un mayor aislamiento social, siendo “la soledad” uno de los factores de riesgo a prevenir, junto con otras variables psicológicas, para lograr “un envejecimiento saludable” (Abades y Rayón, 2012).

En resumen, es una necesidad que los gobiernos, las organizaciones internacionales y la sociedad civil, promuevan políticas y programas para un “envejecimiento saludable y activo” tanto a nivel individual como poblacional. Es decir, deberán buscar “la optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen” (OMS, 2002, p.79). En este sentido, la OMS pone énfasis en el envejecimiento como una experiencia positiva del ciclo vital. Utiliza el concepto de “envejecimiento activo” para poner de relieve la experiencia de envejecer de una manera óptima, con mayores oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de incrementar la calidad de vida de las personas mayores en el proceso de envejecimiento.

Tal y como recoge Fernández-Ballesteros (2004), en los últimos años se ha ido conformando un nuevo paradigma focalizado en este énfasis en el envejecimiento como una experiencia positiva del ciclo vital, y que ha ido recibiendo distintos nombres: “envejecimiento saludable”, “envejecer bien” (eje. Fries, 1989), “envejecimiento con éxito” (Rowe y Khan, 1998; Baltes y Baltes, 1990), “envejecimiento competente” (Fernández-Ballesteros, 1986, 2002; Schroots, 1995; Fernández-Ballesteros, Van Vijver y Hambeton, 1999), “envejecimiento activo” (OMS, 2002) y “envejecimiento satisfactorio” (Fernández-Ballesteros, 2009).

Todos estos términos parten de dos asunciones teóricas básicas. La primera es que el envejecimiento ocurre a lo largo de la vida, o como decía Séneca, en el mismo momento de nacimiento, siendo además un fenómeno individual. Y tiene que ver con condiciones genéticas, biológicas, sociales y psicológicas (Baltes y Baltes, 1990; Rowen y Khan, 1997). La segunda asunción teórica se refiere a que existen una serie de condiciones culturales, ambientales, sociales, políticas y económicas que influyen en las formas de envejecer (OMS, 2002).

El coste económico, personal y social generado por el envejecimiento de la población, requiere analizar el impacto de este fenómeno en todos los ámbitos de la vida: el estudio de los

factores de riesgo de contraer enfermedades crónicas incapacitantes, los factores protectores de promoción de un estilo de vida y hábitos saludables y la implicación en el autocuidado son vitales para un envejecimiento saludable y hace necesario el desarrollo de propuestas de intervenciones eficaces para un “envejecimiento saludable y activo”. La OMS (2015) recoge en el documento “Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud” las definiciones de envejecimiento saludable y activo: envejecimiento saludable es “el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez”; el “envejecimiento activo” lo define como un “proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad que tiene como fin mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen” (p.36). Por lo anteriormente citado, resulta de máximo interés para este trabajo investigar sobre las acciones y programas de promoción e intervención eficaces para lograr un “envejecimiento saludable y activo” que mejoren aspectos claves como la salud, la participación y la seguridad de las personas de mayor edad (Bezrukov y Foigt, 2005). Este trabajo pretende poner el “foco” en las variables psicológicas (comportamentales y personales) que inciden en la longevidad, así como exponer un proyecto novedoso en esta línea, la “Cooperativa Trabensol”.

2. ¿Un reto para la sociedad?

“El envejecimiento de la población es, ante todo y sobre todo; una historia del éxito de las políticas de salud públicas, así como del desarrollo social y económico...” (Gro Harlem Brundtland, Directora General de Organización Mundial de la Salud, como se citó en OMS, 2002, p. 75).

2.1 Posturas encontradas respecto a este “reto”.

Podemos conocer a través de la historia dos grandes tradiciones de pensamiento sobre el envejecimiento que provienen de Platón (427-347 a. de C.) y de Aristóteles (383-322 a de C.) La herencia de Platón nos ofrece una visión positiva de la vejez en la cual una persona envejece tal y como ha vivido, por lo que es importante prepararse para envejecer a lo largo del curso de la vida. Aristóteles en cambio, ofrece una perspectiva de la vejez negativa como una enfermedad natural (Fernández-Ballesteros, 2009).

Nos encontramos con autores y teorías que apoyan y enfatizan esta óptica positiva sobre el envejecimiento (entre otras, la teoría de la actividad de Havighurst, 1987, o la teoría de la continuidad de Atchley, 1989, 1999). Por el contrario, la visión negativa del proceso de

envejecimiento la podemos encontrar en la teoría de la desvinculación propuesta por Cumming y Henry (1961). Desde esta teoría se propone, que el envejecimiento es un proceso de descenso de los sistemas biológicos, que provoca una mayor vulnerabilidad y fragilidad ante la enfermedad y aumenta las posibilidades de dependencia, que varían según las características inter-individuales de la persona. Además postula la necesaria desvinculación de la persona mayor para prepararse para el final: la muerte.

2.2 El reto actual.

Según hemos visto en el apartado anterior y a tenor de este panorama a nivel mundial los autores puntualizan varias consideraciones a tener en cuenta.

En primer lugar, este envejecimiento del envejecimiento de la población va de la mano de grandes cambios en las estructuras sociales y roles familiares: en patrones de trabajo, la incorporación de la mujer al mercado laboral, la migración y un menor número de nacimientos junto con la reducción de la mortalidad (OMS, 2002). Por ello, existe un amplio debate sobre si habrá suficiente mano de obra para sufragar los gastos derivados del incremento de la población de personas mayores en el mundo. Esta y otras ideas contribuyen a crear una imagen colectiva de la vejez como un estigma, con una visión negativa de pérdida, de sobrecarga. Frente a estas posturas también existe una visión positiva de la vejez, considerándola una etapa vital que ofrece una oportunidad de crecimiento y desarrollo. Desde esta postura se subraya la diversidad de las personas mayores y que éstas aportan valiosos recursos para sus familias, comunidades y que son fundamentales para la sociedad aunque a menudo aparecen invisibilizados (OMS, 2002).

En segundo lugar, Lord Amulree (1950) ya indicó la importancia de “dar vida a los años”. Se confirman las predicciones de Fríes (2013) y Crapo (1989) respecto a la rectangularización de la curva de supervivencia y la comprensión de la morbimortalidad al final de la vida; como indica (Vaupel y Jeune, 1995) el envejecimiento se retrasa en unos diez años y aumenta la esperanza de vida libre de discapacidad. Se ha ido ganando en esperanza de vida libre de cualquier deterioro cognitivo, alrededor de cuatro años para mujeres y de dos a cuatro años para los hombres (Jagger, Matthews, Wohland, Fouweather, Stephan, Robinson, 2016).

Sin duda estamos ante un fenómeno nuevo históricamente sin precedentes (Christensen, Doblhammer, Rau y Vaupel, 2009). Llegar hasta aquí ha sido una revolución social importante, debido tanto al desarrollo socio-político, educativo como tecnológico, así como a través de “buenas prácticas” personales que han sido posibilitadoras de cambios no sólo en la esperanza

de vida, sino en una “vida saludable” para las personas mayores. Como señala Kirkwood (2005) es posible explicar que el envejecimiento y la supervivencia de la especie no son sólo debidas a razones genéticas sino también a ambientales y comportamentales, unidas a unos “hábitos saludables” de vida. Esto nos ha llevado a doblar la esperanza de vida en 150 años, lo que pone en cuestionamiento el techo de vida de la especie humana en el planeta.

En resumen, esta visión negativa de los mayores refleja unos estereotipos no coincidentes con la realidad como se recoge en el Estudio Longitudinal sobre Envejecimiento Activo (ELEA) (Fernández-Ballesteros et al., 2006), que muestran que las personas mayores son un recurso importante para la sociedad, aportando su tiempo y habilidades: En concreto, este estudio mostró que el 100% de las mujeres entre 55 y 75 años dedicaban 7.68 horas y el 99.8% de los hombres entre 55 y 75 años dedicaban 6.9 horas (Fernández –Ballesteros, 2011).

3. Salud y envejecimiento.

La salud, por tanto, toma una relevancia esencial cuando hablamos no sólo de envejecer sino de envejecer de forma saludable y activa, tal y como recoge la (OMS, 2002). En 1986 tuvo lugar la I Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud de la OMS, celebrada en Ottawa.

La OMS (1986) define: *“la salud el grado en que un individuo o grupo es capaz, por una parte, de llevar a cabo sus aspiraciones y satisfacer sus necesidades y, por otra, cambiar o enfrentarse con el ambiente. Salud es vista, por tanto, como un recurso para la vida diaria y no el objetivo de la vida: un concepto positivo que enfatiza los recursos sociales y personales, así como las capacidades física”*

Este concepto aporta una mirada holística de la salud y centra la atención en las opciones personales y grupales para una vida sana, pretendiendo aumentar en las personas el control sobre la salud.

Desde cualquier planteamiento que hagamos sobre el envejecimiento, tanto el primario o normal, como el envejecimiento secundario o ligado a la enfermedad (Hayflick, 1994), podemos decir que la salud es el elemento aglutinador para abordar el “envejecimiento saludable y activo” mientras que la enfermedad y la discapacidad son el adversario para afrontarlo. Algunos autores (Frías y Crapo, 1981; Rowen y Khan, 1989) señalan que es posible que la edad conlleve, por tanto, una mayor vulnerabilidad, fragilidad y que la enfermedad sea resultado del envejecimiento secundario (enfermedad).

Por lo tanto, es importante destacar los avances que se han producido en la Psicología de la salud, para poder profundizar, entender y analizar aquellas variables psicológicas y comportamentales que inciden directamente en un envejecimiento saludable y activo. Tal y como se han plasmado en el documento envejecimiento activo: Un marco político (OMS, 2002) que fue publicado con ocasión del II plan Internacional de Acción sobre el Envejecimiento (Naciones Unidas, 2002) y que se expondrán a lo largo de este trabajo.

4. Factores que inciden en la longevidad activa o saludable.

La longevidad y los factores asociados a una vida larga y saludable han suscitado interés desde hace décadas. El filósofo de Oxford, Jhon Locke (1681), uno de los primeros investigadores de los secretos de la longevidad, ya mencionó que dos aspectos clave para una vida larga, activa y con sentido eran tener una buena familia y un trabajo continuado. Por otro lado, las investigaciones sobre hermanos y gemelos (Christensen et al., 2009) han mostrado que la predisposición genética, factores ambientales y de comportamiento, el nivel socioeconómico, lugar dónde se viva (regiones geográficas como por ejemplo las del Cáucaso y Cerdeña), el estilo de vida (al aire libre), e incluso una dieta determinada, parecen influir en una mayor longevidad.

Otra aportación significativa es la de Kirkwood (2005) quien argumenta que los factores genéticos pueden tener una influencia del 25% en la longevidad mientras que los factores individuales y sociales un 75%. Esto implica que tenemos un amplio margen de intervención que somos parte activa en nuestro proceso de envejecimiento: tanto a nivel personal como social para envejecer de forma saludable.

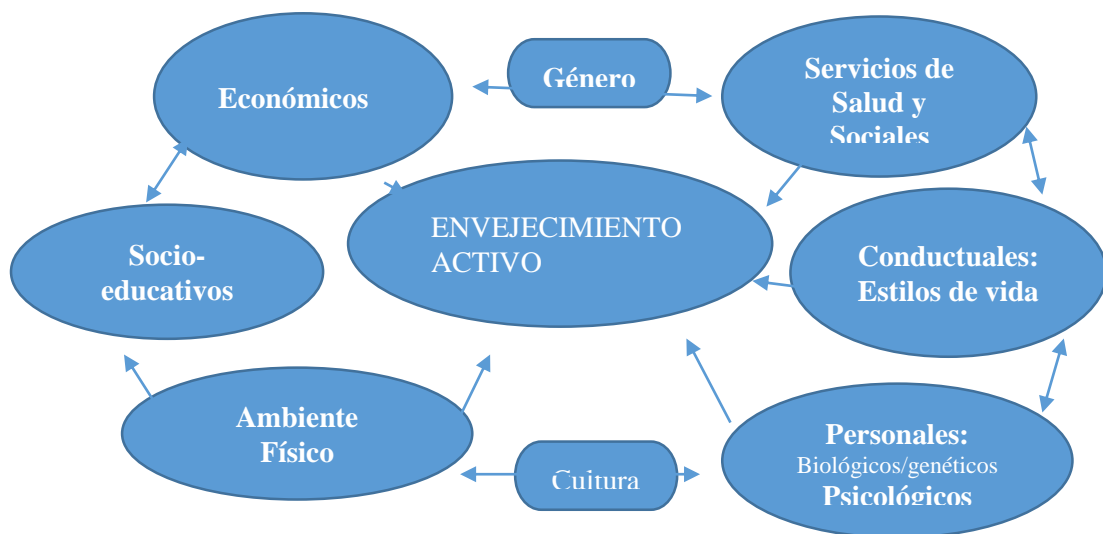


Figura 1. Determinantes del envejecimiento activo (Modificado de OMS, 2002).

La OMS da especial relevancia a los factores psicológicos y conductuales que inciden en la salud y, que a su vez son la clave para una longevidad saludable o activa. Se incluyen cultura, género y otros determinantes potenciales de la salud y el envejecimiento como son: económicos, sociales, ambientales, servicios sociales, sanitarios y educativos. Entendiendo la importancia de la interrelación de todas las variables en la manera de envejecer, es fundamental atender a la desigualdad socioeconómica (OMS, 2002 y 2015).

4.1. Factores Transversales: La cultura y el género.

La cultura.

La cultura en la que están inmersas tanto las personas como las poblaciones, condiciona la forma en la que vamos a envejecer e influye y media en el resto de determinantes. Por otro lado, los valores y las tradiciones culturales van a marcar la forma en que una sociedad va a valorar a sus mayores y el proceso de envejecimiento de los mismos. En este sentido, de cómo estén consideradas las personas mayores en la cultura, se van a desarrollar políticas preventivas y de promoción de salud, así como la dotación de recursos y servicios que favorezcan el envejecimiento (OMS, 2002).

El género.

Es importante tener en cuenta la mirada de género a la hora de ver el impacto que tendrán las políticas sobre el envejecimiento. Los datos nos indican que las mujeres viven más tiempo que los hombres, pero que no encuentran empleo, debido al rol tradicional de cuidadoras de la familia, y el desigual acceso a los recursos educativos, por lo que existe una mayor probabilidad de empobrecimiento de enfermedad y soledad respecto a los hombres (OMS, 2002; Osorio, 2006; Uriarte, 2014).

4.2. Sanidad y servicios sociales.

Otro aspecto de gran relevancia para un envejecimiento saludable y activo es disponer de recursos sanitarios públicos y accesibles que contemplen la heterogeneidad y las necesidades de las personas mayores a lo largo de la vida; así como la realización de campañas de prevención y promoción de la salud. Haciendo una revisión de los documentos al respecto publicados por los OMS (OMS, 1999, 2000 y 2001), se puede observar cómo han ido incluyendo aspectos relevantes en diferentes momentos: en el año 1999 señala la OMS en la atención primaria (hábitos de alimentación) como secundaria (detección de enfermedades crónicas); en el año 2000 se incluyen los servicios de asistencia de larga duración para dar

continuidad, soporte y apoyo a los cuidadores informales y formales y en el año 2001 es cuando se incorporan los servicios de salud mental.

4.3. Entorno físico.

La relación entre las personas mayores y el entorno requiere de una especial sensibilidad así como la realización de los ajustes necesarios como: “1) tener en cuenta a la persona (es decir, las características de salud y capacidad del individuo) y las necesidades y recursos de la sociedad; 2) saber que la relación es dinámica e interactiva; y 3) atender a los cambios que se producen con el tiempo en las personas y en los lugares” (OMS, 2015 p.39). Estos ajustes afectan a todos los entornos dónde habitamos las personas, nos encontramos especialmente con tres tipos de entornos saludables recogidos por la OMS para mayores que son: los entornos adaptados, los entornos contruidos y las Ciudades y comunidades amigables (OMS, 2015).

Los “entornos adaptados” (como su casa o la comunidad) dónde las personas mayores puedan sentirse seguras, cómodas y autónomas con una mayor capacidad funcional en el caso de una persona con determinado nivel de capacidad o de dependencia. El envejecimiento en el lugar adecuado extiende este concepto a la capacidad de vivir en el lugar que mejor responde a las necesidades y preferencias de la persona, y que puede ser o no el propio hogar. Y por último para que las “ciudades” y “comunidades amigables” con las personas mayores que fomentan un envejecimiento saludable y activo lo que Naciones Unidas denomina como “age friendly cities” (OMS, 2015).

4.4. Factores económicos.

Para abordar el ámbito económico es importante indicar tres aspectos que tienen un efecto significativo en el envejecimiento como son: los ingresos, la protección social y el trabajo.

Respecto a los ingresos es importante que las políticas públicas tengan en cuenta la situación de la personas mayores, siendo las más vulnerables las de pocos ingresos. La economía de la persona ya que va a repercutir en la salud, en la alimentación, en la vivienda, en un entorno adaptado, en el acceso a recursos sanitarios adecuados y por tanto todo esto va influir en la calidad de vida de los mayores, en la capacidad de elección de cómo quieren envejecer y en su calidad de vida y bienestar (OMS, 2002).

En esta línea, la protección social en todos los países del mundo recae sobre las familias, que son las que proporcionan mayoritariamente el apoyo que necesitan los mayores, pero aquí nos encontramos con personas que no tienen familia, que están solas y sin red de apoyo y en

estos casos son las políticas sociales las encargadas de facilitar recursos alternativos para estas personas.

Respecto al trabajo en los países desarrollados a lo largo de la vida laboral las personas que trabajan contribuyen económicamente para posteriormente tener derecho a una pensión de jubilación digna. En los países menos desarrollados, es probable que las personas mayores tengan que trabajar para poder sobrevivir. En la mayoría del mundo los mayores suelen asumir responsabilidades como el trabajo en casa y el cuidado de los niños para que los más jóvenes puedan salir a trabajar. Sabemos lo importante que es sentirse activo y útil por lo que muchos mayores han encontrado en el voluntariado una forma de participación y contribución de sus talentos a la sociedad y al mundo (OMS, 2002).

4.5. Factores sociales y educativos.

El apoyo social, las oportunidades para una educación a lo largo de la vida, la paz y la protección frente al abuso y la violencia son factores fundamentales del entorno social que mejoran las condiciones de salud, la participación y la seguridad de las personas mayores al envejecer. El apoyo social es una fuente de vitalidad y fortaleza que conlleva bienestar cuando nos hacemos mayores sobre todo en una etapa de la vida en la que nos enfrentamos a las pérdidas (salud, familiares, amigos, trabajo) y nos sentimos más vulnerables. Existe una relación entre aislamiento, soledad y falta de red de apoyo con mortalidad y enfermedad como han señalado en las diversas investigaciones. Las personas mayores sufren violencia y abuso (a veces por los cuidadores más cercanos y familiares) que son proclives al robo, al asalto y son más vulnerables a sufrir: la exclusión social y abandono, violación de los derechos humanos, legales y médicos así como la privación a participar en elecciones, tomar decisiones, en su economía y respeto a su vida. Esto significa que abusar de los mayores se trata de una violación flagrante de los derechos humanos y una causa importante de lesiones, enfermedades y muerte en el mundo (INPEA, 2002 y OMS, 2002).

Educación.

Es un derecho fundamental de las personas el acceso y las oportunidades para la educación y el aprendizaje a lo largo de toda la vida, siendo el analfabetismo y la falta de educación un mayor riesgo de discapacidad y de mortalidad en los mayores. La educación y la capacidad de aprender a lo largo del ciclo vital, que las personas puedan desarrollar su potencial y que tengan confianza en sí mismas son factores de protección para un envejecimiento saludable y activo.

Los mayores pueden compensar las pérdidas asociadas a la edad, a través, del aprendizaje continuo siendo proactivas creativas y flexibles en la vida (OMS, 2002).

4.6. Determinantes psicológicos: conductuales y personales.

Para el interés de este trabajo nos vamos a adentrar de manera más detallada en aquellos factores de carácter más psicológicos, como son los “conductuales” y “personales”.

En primer lugar, nos encontramos con los determinantes conductuales, como son estilos o hábitos de vida saludables entre los que podemos señalar: no fumar, un ejercicio físico adecuado, una alimentación saludable, moderado consumo de alcohol y una adecuada adherencia al tratamiento. Las variables en las que se pretenden profundidad en este trabajo son: ejercicio físico, dieta y relaciones sociales.

En segundo lugar, las variables personales entre las que se localizan: la personalidad, emoción, afecto positivo y afecto negativo, control (autoeficacia) e inteligencia (OMS, 2015; Fernández-Ballesteros, 2007, 2017).

4.6.1. Determinantes conductuales: Hábitos de vida saludable.

Como demuestran diversas evidencias científicas, mantener unos estilos de vida saludable o salud conductual durante todo el ciclo de la vida es uno de los principales factores predictivos sobre la mortalidad. Los estudios muestran que los hábitos saludables como: ejercicio físico regular, dieta y control de peso, no fumar y beber con moderación se consideran los más importantes no sólo para las personas mayores sino para toda la población (ej. Bogers, Tijhuis, Van Gelder y Kormhout, 2006; Housman y Dorman, 2005).

El estudio longitudinal de Ford, Bergman, Boeing y Capewel (2012) (como se citó en Fernández Ballesteros, 2009), llevado a cabo con jóvenes norteamericanos, pone de manifiesto que el riesgo de muerte por cualquier causa fue 56% menos en los no-fumadores y 40% más bajo en aquellas personas que hacían ejercicio físico de manera habitual, y un 26% en aquellos que mantienen una óptima relación con una dieta saludable. Los autores concluyen que estos tres hábitos: no fumar, alimentación saludable y hacer deporte de forma habitual, reducen la mortalidad sobrevenida a nivel mundial y aumentan la esperanza de vida alrededor de 9 años como así lo demuestran los resultados del meta-análisis realizado por (Loef y Walach, 2012; OMS, 2015).

Adecuada adherencia al tratamiento.

Otro aspecto importante a destacar, es la relación de la adherencia al tratamiento o a los hábitos comportamentales y a las intervenciones en salud que llevan consigo la promoción de estilos de vida saludables. Esto va influir en la capacidad de comprensión de la información de salud, así como van a influir otras variables como la auto-eficacia y redes de apoyo social. Los estudios longitudinales sobre estilos de vida que llevaron a cabo Bostock y Steptoe (2012) con una muestra de 78.579 con personas mayores de 52 años en Reino Unido, se concluye que un tercio de la población inglesa tiene dificultades en la comprensión en relación a la información sobre salud (adherencia al tratamiento) siendo este un factor importante en la predicción de mortalidad.

4.6.2 Ejercicio físico.

Hoy en día existe un amplio consenso científico sobre los efectos beneficiosos del “ejercicio físico” habitual y un envejecimiento saludable y activo. Como muestran los estudios longitudinales con personas mayores, la actividad física periódica aumenta la longevidad, y genera beneficios en la salud física y mental, en la capacidad cognitiva, emocional y social de la persona Bouchard, Shepard y Stephens, 1994: OMS, 1997(citados en Fernández-Ballesteros, 2009). El ejercicio físico es un factor protector de la salud, retrasa la aparición de la dependencia, y aumenta el funcionamiento cognitivo, psicológico y social. (Brosse, Sheets, Lett y Blumenthal, 2002; Fries 1989).

En esta línea Rowen y Khan (1987) y Netz, Wu, Becker y Tenenbaum (2005) tras la revisión de estudios longitudinales, transversales y experimentales, muestran que existe una correlación positiva entre la práctica de ejercicio físico y longevidad, siendo estos resultados similares a otros estudios longitudinales como el europeo sobre envejecimiento saludable, HALE, Bogers et al. (2006) que llevaron a cabo en 17 países con personas mayores de 70 y 99 años. Los resultados mostraron: que el ejercicio físico tiene efectos beneficiosos en la salud, que actúa sobre la fuerza muscular, la flexibilidad y el equilibrio y que la buena forma física reduce el riesgo de mortalidad. Los datos muestran evidencias de que las personas mayores que hacen deporte de forma regular tienen un 35 por cien menos riesgo de mortalidad y de dependencia.

4.6.3 Dieta.

La ingesta de alimentos es una necesidad vital y uno de los problemas más graves a lo que nos enfrentamos como sociedad, a juzgar por los datos de la OMS, (2016) en los que un 39% de adultos y personas mayores padecían sobrepeso y el 13% obesidad (OMS. 2016).

Estos dos factores de riesgo, sobrepeso y obesidad, junto con la pérdida de peso a causa de la desnutrición, son especialmente relevantes en la vejez e inciden en la mortalidad como muestran los estudios de (Aldwin, Spiro III y Park, 2006; Bernis, 2007; OMS, 2018).

En esta línea se encuentran los estudios SENECA, FINE, EXCELSA y ALE realizados con mayores de 65 años y que revelan menor proporción de personas con sobrepeso en Europa que en el resto del mundo, gracias a la dieta mediterránea. El consumo frecuente de fruta y verdura y el menor aporte de grasas saturadas junto con la adecuada distribución de la ingesta diaria: desayuno, comida, merienda y cena, está relacionado directamente con una mayor longevidad. (Knoops et al., 2004; Elias y Wagster, 2007). En España, la Sociedad Española de Dietética y Ciencias de la Alimentación, en 2007

Un paso más en los estudios sobre la dieta rica en verduras y cómo afecta a la capacidad cognitiva es el estudio longitudinal realizado en el Brinhan and Women's Hospital de Kang, (2004) con una muestra de 13.388 de mujeres, en el que los resultados mostraron que quienes habían consumido más verduras tuvieron menos declive en los test de memoria, atención y habilidad verbal, frente a las que no siguieron este tipo de dieta (rica en verduras).

La OMS junto con otras organizaciones hace unas recomendaciones específicas sobre la dieta para esta población y alienta al consumo de alimentos ricos en calcio y vitamina D señalando la dieta mediterránea como la adecuada para las personas mayores, siendo esta una idea compartida y extendida por los medios de comunicación: *“comer verde no sólo beneficia al cuerpo, sino también a la mente”* (Associated Press, 2014).

4.6.4 Relaciones sociales.

El contacto con los demás es una de las necesidades esenciales de nuestra especie y es lo que nos ha permitido avanzar como humanidad, aún más, vamos construyendo nuestra “identidad” como personas a través de las interacciones con la familia, con los amigos y la comunidad en un entorno social y cultural determinado.

Por tanto, la calidad, como la cantidad de las interacciones sociales van a ser decisiva para la salud a lo largo del ciclo vital y especialmente un factor protector en la vejez como muestran los estudios lo que vamos a tener en cuenta es la percepción de la persona respecto a su red de apoyo: si una persona tiene muchas relaciones pero ella percibe que está sola, este no sería para ella un factor protector sino un factor negativo la “soledad sentida”; en cambio una persona mayor puede tener pocas relaciones pero ella sentir y percibir que está acompañada, que puede contar con una red de apoyo (formal o informal) esto es lo verdaderamente significativo.

En esta línea, los autores Zunzunegui, et al. (2005), investigaron la relación entre la discapacidad y los lazos sociales: en 3 países europeos (Finlandia, Países Bajos y España) en el estudio comparativo Comparison Longitudinal European Studies on Aging (CLESA) con personas mayores entre 65-85 años en Europa N= 3.648. Se midió la discapacidad en (Actividades de la Vida Diaria) y lazos sociales con el número de los lazos familiares y la presencia de amigos para obtener un indicador de lazos sociales. Los resultados mostraron, que las personas mayores con lazos familiares fuertes son menos vulnerables a la discapacidad, y las personas sin lazos familiares tienen un mayor riesgo de sufrir discapacidad. Estos resultados pueden interpretarse a la luz de la vida familiar tradicional de la población anciana en España.

Otros estudios en esta línea fueron los de Méndez de León, Glass y Berckman (2003) sobre compromiso social y discapacidad en una población comunitaria de adultos mayores, The New Haven (EPESE) examinan el efecto del compromiso social sobre la discapacidad entre adultos mayores que viven en comunidades durante 1982-1991. El compromiso social se midió con 11 ítems relacionados con actividad social y productiva. Mientras que la discapacidad se midió con seis elementos de la vida diaria (AVD). Los resultados muestran que una alta asociación del compromiso social está asociada con una menor discapacidad, además de ser un predictor para la prevención de la discapacidad. Los autores concluyen que las personas mayores comprometidas con su entorno social tienen una mayor supervivencia.

4.7 Determinantes psicológicos, emoción, afecto y control.

Como demuestran las aportaciones de algunos de los estudios más sólidos sobre personalidad sabemos, por las diferentes investigaciones realizadas, que estos factores psicológicos son predictores de una longevidad saludable y activa, pero se desconoce cómo influye cada uno de ellos en la salud durante la vejez o cómo afectan en relación con la mortalidad (Fernández-Ballesteros, 2009).

4.7.1 Personalidad.

Los estudios longitudinales de Wilson et al. (2004, 2005) investigaron la asociación entre los rasgos de personalidad de neuroticismo y extraversión con el riesgo de muerte en la vejez. La muestra fue de 6158 mayores de 65 años y la información se obtuvo a partir de entrevistas, historial médico y su participación en actividades físicas, sociales y cognitivas.

Los resultados mostraron en ambos estudios que un alto nivel de neuroticismo fue asociado con una mayor mortalidad, y que un alto nivel de extraversión está relacionado con un bajo

nivel de mortalidad y una mayor longevidad. Los autores concluyen que a mayor neuroticismo se reduce la actividad cognitiva, social y física y por lo contrario a una mayor extraversión aumenta la actividad cognitiva, social y física.

Sin embargo las aportaciones del estudio longitudinal de los autores Martín, Friedman y Schwartz (2007) de (1253 personas), no encontraron pruebas concluyentes a la hora de predecir la relación de las variables de personalidad, neuroticismo, como sociabilidad y extraversión como factores de riesgo de la mortalidad. Sin embargo, las conclusiones apoyan que puntuar bajo en la variable tenacidad (consciousness) como (baja persistencia, pobre auto-control y escasa capacidad de planificación a largo plazo) asociada a estilos de vida son predictores de enfermedad. Como también lo avalan los estudios de Friedman et al. (1995) y Kern, Friedman, Martin, Reynolds y Luong (2009).

Estos resultados son corroborados por Jokela et al. (2013) en un meta-análisis con (N=76.150) participantes (54.4% mujeres mayores de 50 años), en diferentes países del mundo, en el que se introducen los 5 factores de personalidad, (neuroticismo, extraversión, sociabilidad, tenacidad, apertura a la experiencia). Los autores concluyen en los estudios sobre personalidad que es la “Consciousness” (tenacidad) el único factor asociado a la mortalidad. Por lo que podemos concluir que hay dos rasgos de personalidad cuyos estudios han demostrado su relación con la longevidad que son: neuroticismo y tenacidad. Estos resultados también se han descrito en otros estudios realizados por los autores Bogg y Roberts (2004).

4.7. 2 Emoción y afecto.

Gracias a la psicología positiva, hay un cambio en los constructos sobre “afecto positivo” y emociones y son autores como Selligman y Csikszentmihalyi, 2000; Avía y Vázquez, 1998 (como se citó en Fernández- Ballesteros 2017) los que encabezan estas líneas de pensamiento. De igual modo, los estudios de (Fredrickson, 2001; Fredrickson y Levenson, 1998) comprobaron que las emociones positivas facilitan la recuperación del equilibrio cardiovascular alterada previamente por las emociones negativas. En esta misma línea de trabajo confluyen los autores Pressman y Cohen (2005) al señalar el impacto que tiene el afecto positivo en la disminución de accidentes cardiovasculares. Las evidencias científicas muestran que la activación de la emoción positiva está relacionada con beneficios en los sistemas cardiovascular, endocrino, y neuro-inmune tal y como recogen los autores (Ostir, Ottenbacher y Markides, 2004) y también que el afecto positivo retrasa en unos 7 años la posibilidad de fragilidad de las personas mayores. Estos resultados fueron encontrados en el estudio

longitudinal de Levy, Slade y Kasl (2002) sobre auto-percepciones positivas y envejecimiento con personas mayores de 63 años, dónde se concluye que los auto-estereotipos positivos sobre envejecimiento o las creencias que las personas mayores tengan sobre la población anciana pueden afectar a su funcionamiento cognitivo y a la longevidad

Otras aportaciones son las de Chida y Steptoe (2008) que realizaron un meta-análisis de artículos sobre bienestar, salud y mortalidad en poblaciones tanto “saludables” como “patológicas” y encontraron que el afecto positivo en ambas poblaciones es un “rol protector” del bienestar para las personas. Y en contraposición con estos datos, un afecto negativo es un elemento amenazante para la salud tanto física como mental según afirman los estudios de los autores Kiecolt-Glaser, McGuire, Robles y Glaser (2002).

Hasta ahora la autoría de las investigaciones sobre afecto y salud han sido desarrolladas en lo que denominamos “países desarrollados”. Surge por tanto, la necesidad de ahondar en esta variable y ampliar a otros países con otros contextos más vulnerables. En este sentido, las investigaciones de Pressman, Gallagher y López (2013) intentan dar respuesta y se plantean si perdura esta relación entre salud y emoción en todos los países del mundo. En este estudio mundial participaron 142 países (N=150.048) y los resultados encontrados fueron que los efectos de la emoción sobre la salud eran más relevantes en los países menos desarrollados por encima de la huella del hambre, la seguridad y la vivienda. La conclusión a la que llegaron, fue que el impacto de los “factores emocionales” incide sobre la salud en todo nuestro planeta, y es un factor determinante en los países menos desarrollados (Fernández- Ballesteros, 2017).

4.7. 3 Control.

Las investigaciones recogen la importancia del impacto que tiene el control como una característica psicológica adaptativa para la salud y la longevidad de las personas mayores. Entendemos el control como la auto-percepción de la capacidad de la persona para ejercer el poder sobre su vida y tomar decisiones (Moos, 1981; Rodin, 1977) y por tanto, las variables (auto-percepción y auto-valoración) son componentes esenciales del sistema- motivacional de auto-regulación emocional (Caprara y Cervone 2000).

En la misma línea (Krause y Shaw, 2000) investigaron con personas mayores (N=884) cómo la percepción que tenemos de nuestro rol va a influir sobre nuestra vida y va a tener un impacto en la mortalidad. Llegando a la conclusión de que una percepción positiva de nuestra vida va a ser un factor para una menor mortalidad.

En esta dirección, la investigación de Levy et al. (2002) en la que vuelven a revisar, el estudio longitudinal Ohio Longitudinal Study of Aging and Retirement (OLSAR), comprueban que las personas mayores que habían mostrado una auto-percepción positiva en su proceso de envejecimiento, vivieron por encima de 7.5 años más que aquellas otras personas que manifestaron tener una auto-percepción de manera negativa su envejecimiento.

De hecho, como señala Bandura (1997), la creencia en la propia capacidad para envejecer es un factor predictivo para la longevidad siendo varias las evidencias encontradas: la primera, es la percepción de las situaciones difíciles no vividas como amenazas sino como retos o desafíos y la segunda, la auto-eficacia hace que las persona mayores se sientan más comprometidas con objetivos de optimización y compensación de dificultades. Por lo tanto, la confianza en la propia competencia, junto con otros factores actúa como un amplificador de resultados positivos frente al envejecimiento.

En esta dirección, las investigaciones de los autores, Fernández-Ballesteros, Díez-Nicolás, Caprara, Barbaranelli y Bandura (2002). Estudiaron la confianza en la propia capacidad personal de las personas mayores frente a las más jóvenes (N=1.200) para desenvolverse en cuatro áreas (relaciones familiares y de pareja, el trabajo, el dinero, la salud), las conclusiones mostraron que no hay diferencias entre y las personas mayores y los jóvenes en las: relaciones familiares y de pareja, en el trabajo y en el dinero pero si encontraron diferencias entre el grupo de mayores y jóvenes en el área de salud.

4.7. 4 Inteligencia.

Ante la pregunta ¿qué es la inteligencia? algunos autores la definen como: la capacidad intelectual, de aprendizaje, de entender y razonar, de planificación de estrategias en definitiva se trata de tomar decisiones para adaptarse a las nuevas demandas de la sociedad y resolver de forma eficaz los problemas de la vida. Vamos a decir que una persona es inteligente cuando es capaz de seleccionar alternativas que le permitan resolver adecuadamente los problemas y aprender de ellos (Fernández-Ballesteros, 2017).

La esperanza de vida ha aumentado en los últimos siglos gracias al incremento de la inteligencia como avalan los diferentes estudios:

- El “Efecto Flynn” que se refiere al aumento de las puntuaciones en los test y pruebas de inteligencia, así como el aumento del cociente intelectual (CI) (en todo el mundo) (Flynn, 2007; Trahan et al., 2014).
- Los rangos de edad de los más jóvenes han mejorado en una serie de aptitudes

mentales (Schaie, 2005).

Se han realizado diversos estudios sobre inteligencia a lo largo de la vida (ej. estudio de Seattle de Schaie, 2005). Resulta complejo condensar todas las aportaciones de estos estudios por lo que sólo se citaran los aspectos que tienen relación con la inteligencia.

1. Las investigaciones longitudinales sobre el envejecimiento ponen de relieve que las personas con puntuaciones bajas en funcionamiento intelectual mueren antes.
2. Hay un declive mayor en la inteligencia fluida (capacidades de procesamiento de información, razonamiento y memoria) que en la inteligencia cristalizada (aquellos conocimientos sobre la vida)
3. Respecto a la aparición del declive, los estudios nos indican que hay una gran heterogeneidad pero hay un consenso que es entre los 60 y 75 años cuando podemos apreciar de forma significativa el declive.
4. El declive asociado con la edad puede tener relación con el desuso, por lo tanto el declive de la capacidad cognitiva se puede reducir con un entrenamiento cognitivo adecuado.

En los estudios sobre epidemiología cognitiva (Lubinski y Humphreys, 1997) comprueban que una alta puntuación en capacidad intelectual demuestra ser un factor protector frente a la enfermedad. A luz de los estudios arriba mencionados de que la inteligencia es una variable psicológica determinante de la longevidad, estos resultados deberían de ir acompañados con programas de prevención y promoción: de educación a lo largo de la vida, en los sistemas de salud incluir programas para un envejecimiento saludable y activo y prevención de la enfermedad y de la dependencia.

Son numerosos los autores (ej. Herzog, 1989; Schaie y Willis, 1986; Wilson, 2003) que señalan la importancia de incorporar la actividad cognitiva como una rutina al considerarla como un factor protector frente a la demencia, mejorando su funcionamiento cognitivo y aumentando la longevidad. Estos resultados se confirman en distintos países europeos, diferentes rangos de edad en estudios de vida de adultos (Hambrick, 2015).

En esta misma dirección el meta-análisis de Calvin et al. (2011) hace una revisión de 16 estudios con 1.107.202 participantes. Los autores concluyen que la asociación entre inteligencia y mortalidad es semejante en mujeres y en hombres, que el ajuste durante la infancia del estatus socio-económico no parece influir en la asociación de inteligencia-mortalidad.

5. Programas de promoción del envejecimiento saludable o activo.

Aunque se han desarrollado por todo el mundo programas para animar a los mayores a mantener un estilo de vida saludable, la falta de evaluación de resultados y la poca claridad de las teorías que sustentan las intervenciones hacen difícil garantizar su eficacia. Caprara (2019) analiza sobre programas dirigidos a personas mayores de 60 años publicados entre los años 2002-2006, seleccionando 19 programas en los que intervinieron 2.959 participantes estos programas se desarrollaron: en España se han aplicado 4, 1 en Holanda, 1 Inglaterra, 1 Brasil, 1 Colombia, 1 Venezuela y 3 en México, 4 en Estados Unidos, 2 Irán, 1 Nueva Zelanda y otro en Corea.

Características metodológicas de los programas.

De los 19 programas 17 usaron métodos cuantitativos, un programa usó un método cualitativo y otro, realizó una combinación de ambos métodos. La población participante era mayor o igual a 60 años. Los lugares para la intervención fueron centros de mayores o casas de salud. Los profesionales que desarrollaron el programa fueron psicólogos, psiquiatras o enfermeras. Las sesiones por grupos siguieron el formato utilizado en 16 estudios, un programa se aplicó de manera individual y dos de forma mixta. Los programas fueron categorizados considerando en primer lugar la estrategia usada por ejemplo crecimiento personal, compromiso social, actividad física, aprendizaje, estimulación cognitiva y posteriormente se analizaron variables de resultados. La Tabla 1 recoge las dimensiones en las que se ha intervenido en los programas europeos, siendo estos tanto unidimensionales como multidimensionales y también se indica dentro de los programas multidimensionales, aquellas dimensiones en las que se está actuando en el proyecto de intervención que se presenta en este trabajo, la Cooperativa Trabensol.

Tabla 1. *Estrategias de intervención implementadas por programas de intervención multidimensionales para promover un envejecimiento exitoso* (Modificado de Caprara, 2019).

Dimensión	Programa Multidimensionales
-Estilo de vida comportamental	-Actividad física (1,7,9,11,12,14) Cooperativa Trabensol -Hábitos nutricionales(1,9,11,12,14) Cooperativa Trabensol -Promoción saludable (1) Cooperativa Trabensol -Responsabilidad por la salud(9) Cooperativa Trabensol -Educación de las salud (11)

-Psicológica	-Entrenamiento cognitivo (1,11,12,14) Cooperativa Trabensol
	Trabensol
	-Cambios en el comportamiento(9,7,14)
	-Afecto y control(1,11) Cooperativa Trabensol
	-Comportamiento pro-social(7) Cooperativa Trabensol
	-Métodos educativos(9)
-Social	-Participación social (1,12) Cooperativa Trabensol
	-Interacción social (9) Cooperativa Trabensol
	-Apoyo social (11) Cooperativa Trabensol
	-Voluntariado(7) Cooperativa Trabensol

*En Anexo 9.1 se especifican los programas

6. Proyecto de intervención de mayores: “Cooperativa TRABENSOL”.

Este proyecto de intervención está gestionado por una Cooperativa de personas mayores que comparten unos principios comunes y pretenden dar una respuesta a los retos más importantes que tiene ahora la sociedad como: hacerse mayor y envejecer de forma saludable y activa en todos las área de la vida a nivel social, personal, conductual, psicológico y cognitivo, en un entorno saludable y no ser una carga para la familia.

Este modelo de gestión pone especial énfasis en aspectos como: principios y valores, un ideal común (de cómo envejecer) y un compromiso social cuya finalidad es la de dar una respuesta personal, grupal (comunidad) y social a los nuevos retos sobre cómo afrontar el envejecimiento saludable. Tras años de reflexión el proyecto se materializada en el año 2014 en la localidad de Torremocha del Jarama en un entorno rural, con servicios sanitarios, sociales y transporte cercano a Madrid. Los objetivos que persigue este proyecto de intervención son:

- 1) Buscar en común una forma de vida satisfactoria para pasar los últimos años de la vida y ofrecer un modelo de intervención basado en la solidaridad y ayuda mutua.
- 2) Compartir con otras personas afines, espacios, experiencias, conocimientos, valores y reflexionar en común sobre el proceso de envejecer de forma saludable en Comunidad.

Algunos principios básicos que rigen la convivencia en la comunidad son: los principios de solidaridad, apoyo mutuo, la cooperación y el compromiso social estos son los cimientos que sustentan “El Centro Social de Convivencia, Asistencia y Servicios para Mayores” de intervención multidimensional de buena praxis para envejecer.

*En el Anexo 2, se puede ver el funcionamiento normativo de este recurso, así como la configuración grupal y los retos que tiene la comunidad para un futuro próximo.

Dimensiones para un envejecimiento saludable y activo.

En este proyecto podemos ver reflejadas las dimensiones que recogen un número de autores (OMS, 2002,2015; Fernández- Ballesteros 2003,2011) para un envejecimiento saludable y activo como son: 1) estilos de vida y funcionamiento físico. 2) funcionamiento cognitivo. 3) afecto positivo y bienestar físicamente y cognitivamente. 4) Participación e implicación social. La suma de todas estas variables, las características del grupo y el contexto en un entorno saludable y adaptado, (viven en el campo en un pueblo pequeño con servicios), han dado como resultado que los mayores se perciban con una buena calidad. En la Tabla 2 se puede ver una tabla que refleja las dimensiones y dominios que se trabaja desde este proyecto innovador. En concreto, podemos decir que se trabajan los cuatro pilares básicos del envejecimiento activo desde diversas actividades.

Tabla 2.- Programa de intervención para un Envejecimiento saludable y activo. Cooperativa Trabensol.

Dimensiones para promover un envejecimiento activo	Subdominios	Objetivos	Actividades
1-Estilos de vida, funcionamiento físico	-Actividad Física	-Mantener un estado físico, mental y emocional: Mejorar el ejercicio físico y mantener unos hábitos saludables -Gestión externa de la cocina.	-Chikung, danzas del mundo, gimnasia de mantenimiento, marcha nórdica, tenis de mesa, yoga, gimnasio libre, piscina y yoga.
	-Nutrición	-Elaboración de un menú adecuado a la edad	-Comida del mediodía se hace grupal en el comedor.
	-Salud	-Atención cuidados profesionales a personas que lo necesiten, dentro del entorno -Adaptación de las necesidades individuales al cuidado compartido por la Comunidad. -Realización de ejercicio físico y mantener unos hábitos saludables	-Desayuno y cena individual.

	-Autonomía		
		-Gestionar la manera de envejecer, los recursos, las personas y la ayuda.	-Gestión de la comunidad, huerto, compras, cuentas, limpieza, visitas al médico, comedor, actividades, vivienda.
2-Funcionamiento cognitivo	-Función Cognitiva.	-Mantener la capacidad y flexibilidad cognitiva.	-Estimulación cognitiva y psicológica, taller de memoria, meditación, música clásica.
	-Habilidades Cognitivas.	-Entrenamiento de habilidades.	-Teatro-leído. -Libro-Fórum. Cine-Fórum.
3-Afecto positivo (bienestar)	-Afecto	-Favorecer un clima afectivo de amistad y cooperación.	-Relaciones de amistad entre los socios y cuidado de las personas más vulnerables -Fondo de solidaridad y cooperación
	-Control	-Mantener independencia en un alojamiento particular. -Combinar independencia y comunidad. -Formación de redes→ potenciando capacidades.	-Mantener su propia independencia y su vivienda.
	-Personalidad	-Vivir en una Comunidad y compartir una filosofía de vida -Abiertos a la experiencia -Ser parte activa en el proceso de envejecer y en la gestión de recursos de la comunidad.	-Comisión de acogida -Comunicación exterior, página web -Participación en redes para dar a conocer la experiencia.

4-Participación e implicación social	-Participación social	-Creación de unas infraestructuras que permiten una adecuada atención según necesidades, poniendo en común nuestra vida con otras personas.	-Salidas culturales. -Cuidado del huerto. -Actividades de voluntariado. -Actividades intergeneracionales.
	-Compromiso social	-Apoyo mutuo. -Creación de nuevas redes.	-Participación en el ayuntamiento con propuesta de sostenibilidad.
	-Cultura y ocio	-Participación en un coro, y actividades escolares en el municipio.	-Actividades culturales y de ocio: cine, charlas, teatro, música, viajes y celebraciones comunes.

7. Discusión.

Los objetivos propuestos en esta revisión sobre programas para una intervención para una longevidad saludable y activa se han realizado bajo un prisma holístico que ha consistido en: a) buscar fuentes fiables sobre el constructo a nivel internacional y nacional. b) revisar las variables que influyen en el envejecimiento siendo el objeto de interés las psicológicas y conductuales. c) enlazar el marco teórico, la revisión de la efectividad de los programas (Caprara, 2019), con un ejemplo de envejecimiento actual existente en Madrid.

En este siglo nuestra sociedad está viviendo una revolución silenciosa de la longevidad debido a un incremento exponencial de la esperanza de vida (de 80 años) gracias a los hallazgos científicos, biomédicos, socioeconómicos, ambientales y educativos. Existen tantas formas de envejecer como personas, por lo tanto resulta de mayor interés para este trabajo apoyarnos en las evidencias científicas que sustentan un envejecimiento saludable y activo (ej. Fernández-Ballesteros, 2009-2017; Lord Amulree, 1950; Perry, 1995; Vaupel y Jeune, 1995).

Por todo lo anteriormente mencionado es importante repensar conjuntamente las políticas sobre envejecimiento, entendiendo que el envejecimiento es un proceso individual, poblacional y social, y se hace imprescindible la redefinición y reconstrucción del ciclo vital desde una mirada transcultural y de género, centrada en los aspectos positivos del envejecimiento y no en las ideas de vejez estereotipadas como enfermedad o etapa improductiva que genera sólo cargas a la sociedad (ej. OMS, 2002, 2015; Fernández – Ballesteros, 2007; Osorio, 2006; Uriarte).

Hay sobradas evidencias científicas del efecto que tienen las relaciones sociales en la longevidad. Las personas mayores con lazos familiares positivos y que mantienen relaciones afectuosas con los demás están más protegidas frente a la enfermedad y discapacidad. Por lo que importante señalar que esta variable es un factor protector para todas las edades y que no tiene que ver con el hecho de ser mayor, pero sí es cierto que las personas mayores se sienten más vulnerables y frágiles con la edad (Méndez de León et al., 2003; Zunzunegui, et al., 2005).

Los autores coinciden en que el envejecimiento saludable y activo es un concepto biopsico-social esto quiere decir que no sólo es importante tener una buena salud, sino que también tienen peso los factores psicológicos y comportamentales como son: hábitos de vida saludable, la autorregulación de las emociones, el sentido de control, la autopercepción positiva de la vejez, la tenacidad, estilos de afrontamiento y compromiso social (ej. Bandura, 1997; Christensen, 2009; Fernández-Ballesteros, 2009,2017; Fries, 1989,2013; Kirkwood, 2005: OMS, 2002, 2015).

Destacar la valiosa aportación de estos estudios respecto al impacto que tienen los “factores emocionales” sobre la salud en todo el mundo, siendo esta variable un factor de protección en los países menos desarrollados por encima de la huella del hambre la inseguridad y la vivienda (Bogg y Roberts, 2004; Fernández- Ballesteros, 2017; OMS, 2002).

Son numerosos los autores (ej. Herzog, 1989; Wilson, 2003; Schaie y Willis, 1986) que señalan la importancia de incorporar la actividad cognitiva como una rutina al considerarla como un factor protector frente a la demencia, mejorando su funcionamiento cognitivo y aumentando la longevidad.

Para crear sinergias que intervienen en la implementación de programas de intervención para promover actuaciones encaminadas a un envejecimiento saludable o activo, es necesario ponerse de acuerdo en el diseño y los objetivos ya que se evidencia una falta de consenso teórico sobre qué es el envejecimiento y existe una confusión en la forma de nombrar el envejecimiento (saludable, exitoso y activo). Y otro aspecto crucial es el establecimiento de criterios consensuados de cómo desarrollar estos programas y cómo medirlos y adaptados a cada contexto socio-cultural. (Fernández-Ballesteros y Caprara, 2019).

El proyecto de intervención que se ha mostrado (Cooperativa Trabensol) visibiliza de forma práctica algunas de las variables psicológicas y conductuales expuestas a lo largo de este trabajo que favorecen una longevidad saludable y activa para un envejecimiento como son: 1) estilos de vida y funcionamiento físico. 2) funcionamiento cognitivo. 3) afecto positivo y bienestar físicamente y cognitivamente. 4) Participación e implicación social (Fernández- Ballesteros

2003,2011) y sobre las que hay múltiples evidencias científicas de que son factores protectores de la salud frente a la dependencia, discapacidad y la mortalidad (ej. Bogers, Tijhuis, Van Gelder, Kormhout, 2006; Housman y Dorman, 2005; Jagger, Matthews, Wohland, Fouweather, Stephan y Robinson, 2016). La principal aportación de esta experiencia es la importancia de la autogestión efectiva del envejecimiento (Fernández-Ballesteros, Benetos y Robine, 2019).

8. Conclusiones.

1. El ciclo vital de las personas se ha alargado provocando un nuevo paradigma del envejecimiento: todos vamos a llegar a viajes pero, como afirman los estudios, tenemos la capacidad de aprender activamente a envejecer de una manera saludable y activa.
2. En el envejecimiento influyen tanto la genética como los factores psicológicos y conductuales que van a ser determinantes en la forma de afrontar el proceso de envejecimiento: la auto-percepción positiva de cómo ser mayor, la voluntad de superar los obstáculos de la vida (tenacidad) y la confianza en uno mismo, así como el compromiso social y unas relaciones afectivas positivas.
3. Es importante que los avances científicos reviertan en las personas mayores en la comunidades y en la sociedad necesitamos consensuar modelos, experiencias de intervención que sean eficaces y transferibles a la mayoría de los contextos.

Referencias.

- Abades Porcel, M., y Rayón Valpuesta, E., (2012). El envejecimiento en España: un reto o un problema social. *Gerokomos*, 23(4), 151-155.
- Abellán García, A., Ayala García, A., Pérez Díaz, J., y Pujol Rodríguez, R. (2018). Un perfil de las personas mayores en España, 2018. Indicadores Estadísticos básicos. *Informes Envejecimiento en Red*, 17, 7-33.
- Aldwin, C. M., Spiro III, A., y Park, C. L. (2006). Health, behavior, and optimal aging: A life span developmental perspective. In *Handbook of the psychology of aging* (pp. 85-104). Academic Press.
- Baile, J. I. (2007). "Psicología y Envejecimiento. El acercamiento de la psicología a la vejez a comienzos del siglo XXI". Madrid, Portal Mayores, Informes Portal Mayores, nº 72. Lecciones de Gerontología, XIII [Fecha de publicación: 16/04/2007]. <<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/baile-psicologia-01.pdf>>
- Baltes P. B. y Baltes, M. M. (1990). *Successful Aging: perspectives from the behavioural sciences*. Cambridge UK: Cambridge University Press.

- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. Nueva York: Freeman and Co.
- Bezrukov, V., y Foigt, N. A. (2005). Longevidad centenaria en Europa. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 40(5), 300-309.
- Bogers, R. P., Tijhuis, M. A. R., Van Gelder, B. M. y Kormhout, D. (2006). *Final Report of the HALE (Healthy Aging: a Longitudinal Study in Europe Project)*. Bilthoven,NL: Center for Prevention and Health Services Research
- Bogg, T., y Roberts, B. W. (2004). Conscientiousness and Health-Related Behaviours: A Meta-Analysis of the Leading Behavioral contributors to Mortality. *Psychological bulletin*, 130(6), 887.
- Bostock, S., y Steptoe, A. (2012). Association between low functional health literacy and mortality in older adults: longitudinal cohort study. *BMJ*, 344: e1602.
- Brosse, A. L., Sheets, E. S., Lett, H. S. y Blumenthal, J. A. (2002). Exercise and the treatment of clinical depression in adults: recent findings and future directions. *Sports and Medicine*, 32, 471-760.
- Calvin, C. M., Deary, I. J., Fenton, C., Roberts, B. A, Der, G., Leckenby, N. y Batty G.D. (2011). Intelligence in youth and all-cause-mortality: systematic review with meta-analysis. *International Journal of Epidemiology*, 40(3), 626-644.
- Cumming, E., y Henry, W. E. (1961). *Growing old, the process of disengagement*. Basic books.
- Chida, Y., y Steptoe, A. (2008). Positive psychological well-being and mortality: a quantitative review of prospective observational studies. *Psychosomatic medicine*, 70(7), 741-756.
- Christensen, K., Doblhammer, G., Rau, R., y Vaupel, J. W. (2009). Ageing populations: the challenges ahead. *The lancet*, 374(9696), 1196-1208.
- Elias, J. W. y Wagster, M. V. (2007). Developing Context and Background Underlying Cognitive Intervention/ Training Studies in Older Populations. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 62B, 5-10.
- Fernandez- Ballesteros, R. (2007). *GeroPsychology. An European perspective for an aging world*. Göttinghen: Hogrefe y Huber.
- Fernández-Ballesteros, R. (1986). “Hacia una vejez competente: un desafío a la ciencia ya la sociedad” En A. Marchesí. M., Carretero, J., Palacios, A. Marchesi,, *Psicología evolutiva*, 3 . Madrid: Alianza Universidad.
- Fernández-Ballesteros, R. (1986). Hacia una vejez competente: un desafío a la ciencia ya la sociedad. *Psicología evolutiva*, 3, 139-258.
- Fernández-Ballesteros, R. (2002). *Vivir con vitalidad. 5 Vols*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. (2009). Envejecimiento de la población: hechos y proyecciones. En R Fernández-Ballesteros, *Envejecimiento activo: Contribuciones de la psicología* .Madrid: Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. (2011). Posibilidades y limitaciones de la edad. En: *Libro blanco del envejecimiento activo*, Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad Secretaría

- General de Política Social y Consumo Instituto de Mayores y Servicios Sociales(IMSERSO),(pp.113-136).Recuperado de http://www.imserso.es/imserso_01/envejecimiento_activo/libro_blanco/index.htm.
- Fernández-Ballesteros, R. (2017) Psicología y envejecimiento. El comportamiento humano un factor causal ¿un factor causal de longevidad? En *Academia de Psicología de España, Psicología para un mundo sostenible* (pp.1-23) Madrid: Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R., Benetos, A., y Robine, J. (2019). *The Cambridge Handbook of Successful Aging (Cambridge Handbooks in Psychology)*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Fernández-Ballesteros, R., Caprara, M. G., y García, L. F. (2004). Vivir con vitalidad-M®: Un programa europeo multimedia. *Psychosocial Intervention, 13*(1), 63-84.
- Fernández-Ballesteros, R., Díez-Nicolas, J., Caprara, G.V., Barbanelli, C. y Bandura, A. (2002).Self-efficacy and collective efficacy: structural relationships. *Applied Psychology: An International Review, 51*, 107-121.
- Fernández-Ballesteros, R., Van de Vijver, J. y Hambleton, R. K. (1999). Protocol adaptation procedures. En: H.J.J. Schroots, R. Fernández-Ballesteros y G. Rudinger, *Aging in Europe* (pp.169-184). Amsterdam: IOS Press.
- Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M. D., Díez, J., López, M. D., Montero, P., & Mañanes, V. (2006). Estudio Longitudinal sobre envejecimiento activo (ELEA). *Madrid, IMSERSO, Estudios I+D+ I*, (38).
- Flynn, J. R. (2007). *What is intelligence: Beyond the Flynn effects*. Nueva York: Cambridge University Press.
- Fredrickson, B. L. (2001).The role of positive emotions in the positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist, 56*(3), 218-226.
- Friendman, H. S., Tucker, J.S., Schwartz, J. E., Tomlinson-Keasy, C., Martin, L.R., Wingard, D. L. y Criqui, M. H. (1995). Psychological and Behavioral Predictors of Longevity the Aging and Death of the “Termites”. *American Psychologist, 50*(2), 69-78.
- Fries, J. F. y Crapo, L. M. (1981). *Vitality and aging*. New York: Freeman and Co.
- Fries, J.F. (1989). Aging natural death and the compression morbidity. *New England Journal of Medicine, 303*, 130-135.
- Hambrick, D. Z. (2015). Research confirms a link between intelligence and life expectancy.December <http://www.scientificamerican.com/search/?q=Research+Confirms+a+link+between+Intelligence&display=rsearch&x=0&y=0>
- Hayflick,L.(1994). *How and why we age*. Nueva York: Ballantine Books.
- Herzog, A. R., Khan, R. L., Morgan, J. N., Jackson, J.S., y Antonucci, T.C.(1989).Age differences in productive activities. *Journal of Gerontology: Social Sciences, 44*, S219-148.

- Housman, J. y Dorman, S. (2005) The Alameda County Study: A Systematic, Chronological. Review. *American Journal of Health Education*, 36(5) 302-308.
- INE (2014). *Proyección de la Población de España 2014 –2064*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística
- INPEA, O. M. D. L. S. (2002). Voces ausentes. Opiniones de personas mayores sobre abuso y maltrato al mayor. *Revista española de Geriatria y Gerontología*, 37(6), 319-331.
- Jagger, C., Matthews, F. E., Wohland, P., Fouweather, T., Stephan, B. C., Robinson, L., y Medical Research Council Cognitive Function and Ageing Collaboration. (2016). A comparison of health expectancies over two decades in England: results of the Cognitive Function and Ageing Study I and II. *The Lancet*, 387(10020), 779-786.
- 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*, 178(5), 667-675.
- Kannisto, V. (1998). *The advancing frontier of survival: life tables for old age* (No. 3). University Press of Southern Denmark.
- Kern, M.L., Friedman, H.S., Martin, L.R., Reynolds, C.A. y Luong, G. (2009). Conscientiousness, Career Success, and Longevity: A Lifespan Analysis. *Annals of Behavioral Medicine*, 37(2), 154-163.
- Kielcolt-Glaser, J., Mcguire, L., Robles, T. F. y Glaser, R. (2002). Emotions, morbidity, and mortality: new perspectives from psychoneuroimmunology. *Annu. Rev. Psychol.* 53:83-107.
- Kirkwood, T. B. (2005). Understanding the odd science of aging. *Cell*, 120(4), 437-447.
- Knoops, K. T., Kim, T. B., Knoops, M. S., Lisette, C. P., de Groot, G. M., Kromhout, D., Perrin, A. E., Moreiras-Varela, O., Menotti, A. y van Staveren, W. A. (2004). Mediterranean diet, life style factors, and 10 year mortality in the elderly European men and women: the HALE project. *Journal of American Medical Association*, 292, 1433-1439.
- Krause, N. y Shaw, B. A. (2000). Role-specific feelings of control and mortality. *Psychology and Aging*, 15(4), 617-626.
- L. Fredrickson, B., y Levenson, R. W. (1998). Positive emotions speed recovery from the cardiovascular sequelae of negative emotions. *Cognition & emotion*, 12(2), 191-220.
- Levy, B. R., Slade, M. D., y Kasl, S. V. (2002). Longitudinal benefit of positive self-perceptions of aging on functional health. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 57(5), P409-P417.
- Loef, M., y Walach, H. (2012). The combined effects of healthy lifestyle behaviors- on all cause mortality: a systematic review and meta-analysis. *Preventive medicine*, 55(3), 163-170.
- Lubinski, D. y Humphreys L. G. (1997). Incorporating general intelligence into epidemiology and the social sciences. *Intelligence*, 24, 159-201.

- Martin, L. R., Friedman, H.S. y Schwartz, J. E. (2007). Personality and Mortality Risk Across the Life Span: The Importance of Conscientiousness as a Biopsychological Attribute. *Health Psychology, 26*, 428-438.
- Mendes de Leon, C. F., Glass, T. A., y Berkman, L. F. (2003). Social engagement and disability in a community population of older adults: the New Haven EPESE. *American Journal of Epidemiology, 157*(7), 633-642.
- Moos R. H. (1981). Environmental Choice and control in community care settings for older people. *Journal of Applied Social Psychology, 11*, 23-243.
- Netz, Y., Wu., M. J., Becker, B. J. y Tenenbaum, G. (2005). Physical activity and psychological well-being in advance age: A meta-analysis of intervention studies. *Psychology and Aging, 20*, 272-284.
- OMS (1999). *Making a Difference*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- OMS (2000). *The World health report 2000*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- OMS (2001). *Health and Aging. A Discussion Paper*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- OMS (2002). *Envejecimiento activo: un marco político*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- OMS (2015). *Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Osorio, P. (2006). La longevidad: más allá de la biología. Aspectos socioculturales. Papeles del CEIC, *International Journal on Collective Identity Research, (22)*, 1 (pp 1-28).
- Ostir, G.V., Ottenbacher, K. J. y Markides, K. S. (2004). Onset of frailty in older adults and the protective role of positive affect. *Psychology and Aging, 19*, 402-408.
- Pressman, S. D., y Cohen, S. (2005). Does positive affect influence health? *Psychological bulletin, 131*(6), 925.
- Pressman, S.D., Gallagher M.W., y Lopez SJ (2013): Is the Emotion- Health Connection a “First- World Problem”? *Psychological Science 24*(4) 544-549.
- Preston, S. H., y Coale, A. J. (1982). Age structure, growth, attrition, and accession: A new synthesis. *Population Index, 217-259*.
- Rodin, J., Timko, C. y Harris, S. (1977). The construct of control: Biological and psychological correlates. En M. P. Lawton y G. L. Maddox(Eds). *Annual review of gerontology and geriatrics, 5*, (pp. 80-96). Nueva York: Springer.
- Rowen, J.W. y Kahn, R. L. (1987). Human aging: usual and successful. *Science, 237*(4811), 143-149.
- Schaie, K. W. y Willis, S. L. (1986). Can decline in adult intellectual functioning be reserved? *Developmental Psychology, 22*, 223-232.
- Schroots, J. J. F. (1995). Psychological models of aging. *Canadian Journal of Aging, 14*, 40-44.
- Shaie, K. W. (2005). *Developmental Influence. The Seattle Longitudinal Study*. Nueva York: Cambridge Press.

- Trahan, L., Stuebing, K. K., Hiscock, M. K. y Fletcher, J. M. (2014). The Flynn Effect: A Meta-analysis. *Psychol Bull.* 140(5), 1332-1360.
- Uriarte, J. D. (2014). Resiliencia y Envejecimiento. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 4(2), 67-77.
- Vaupel, J. W. Y Jeune, B. (1995). The emergence and proliferation of centenarians. En B. Jeune y J.W. Vaupel (Eds.) *Excepcional Longevity: From Prehistory to the Present*, 11-24, Odense: Odense Univ. Press.
- Walsh, F., y McGoldrich, M. (1988). Loss and the family life cycle. En C.J. Falicov, *Family transitions: Continuity and change over the life cycle* (pp. 311-335). New York, NY: The Guildford Press.
- Wilson, R. S., Bennett, D. A., Bienias, J. L., Mendes de Leon, C. F., Morris, M. C. y Evans, D. A. (2003). Cognitive activity and cognitive decline in a biracial community population. *Neurology*, 61, 812-816.
- Wilson, R. S., Krueger, K. R., Gu, L., Bienias, J. L., de Leon, C. F. M., y Evans, D. A. (2005). Neuroticism, extraversion, and mortality in a defined population of older persons. *Psychosomatic medicine*, 67(6), 841-845.
- Wilson, R. S., Mendes de Leon, C. F., Bienias, J. L., Evans, D. A., y Bennett, D. A. (2004). Personality and mortality in old age. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 59(3), P110-P116.
- Zunzunegui, M. V., Rodriguez-Laso, A., Otero, A., Pluijm, S., Nikula, S., Blumstein, T., Jylhä, M., Minicuci, N., Deeg, D., CLESA Working Group (2005). Disability and social ties: comparative findings of the CLESA study. *European Journal of Ageing*, 2(1), 40-47.

9. Anexos.

Anexo 9.1 Programas de promoción del envejecimiento saludable y activo

Tabla 3. Programas de promoción del envejecimiento saludable y activo

No.	Año	Program/Reference
1	2002	Fernández-Ballesteros, R. (2002b). <i>Vivir con Vitalidad</i> . Madrid: Pirámide.
	2004	Fernández-Ballesteros, R., Caprara, M. G. y García, L.F. (2004). Vivir con Vitalidad-M: Un programa europeo multimedia [Vital Aging-M: European multimedia program]. <i>Intervención Social</i> , 13, 63-85.
	2005	Fernández-Ballesteros, R., Caprara, M. G., Iñiguez, J., y García, L.F. (2005b). Promoción del envejecimiento activo: Efectos del programa Vivir con Vitalidad. <i>Revista Española de Geriátria y Gerontología</i> , 40(2), 92-102.
	2013	Caprara, M. G., Molina, M. A., Schettini, R., et al. (2013). Active aging promotion: Results from the vital aging program. <i>Current Gerontology and Geriatrics Research</i> , 2013, 1-14. doi: http://dx.doi.org/10.1155/2013/817813 .
	2015	Caprara, M. G., Fernández-Ballesteros, R., Alessandri, G. (2015). Promoting aging well: Evaluation of Vital-Aging-Multimedia Program in Madrid, Spain. <i>Health Promotion International</i> , 31(3), 515-522.
	2016	Mendoza Ruvalcaba, N. M. y Fernández-Ballesteros, R. (2016). Effectiveness of the Vital Aging program to promote active aging in Mexican older adults. <i>Clinical Interventions in Aging</i> , 10, 829-837.
2	2006	“Optimal Aging Program” Sikora, S. (2008). The University of Arizona College of Medicine Optimal Aging Program. <i>Gerontology & Geriatrics Education</i> , 27(2), 59-67.
3	2007	Bode, C., De Ridder, D. T., Kuijter, R. G., y Bensing, J. M. (2007). Effects of an intervention promoting proactive coping competencies in middle and late adulthood. <i>The Gerontologist</i> , 47(1), 492-31.
4	2010	“Mental Fitness for Life” Cusack, S. A. (2003). Mental fitness for life: Assessing the impact of an 8-week mental fitness program on healthy aging. <i>Educational Gerontology</i> , (29)5, 393-403.
5	2012	Correa-Bautista, J. E., Sandoval-Cuellar, C., Alfonso Mara, M. L., y Rodríguez-Daza, K. D. (2012). Cambios en la aptitud física en un grupo de mujeres adultas mayores bajo el modelo de envejecimiento activo. <i>Revista de la Facultad de Medicina</i> , 60(1), 21-30.
6	2013	Boyes, M. (2013). Outdoor adventure and successful aging. <i>Aging and Society</i> , 33(4), 644-665.
7	2013	Foy, C. G., Vitolins, M. Z., Case, L. D., Harris, S. J., Massa-Fanale, C. Hopley, R. J., y Goff, D. C. (2013). Incorporating prosocial behavior to promote physical activity in older adults: Rationale and design of the Program for Active Aging and Community Engagement (PACE). <i>Contemporary Clinical Trials</i> , 36(2013), 284-297.

- 8 2013 “Gero-Health”
Lorenzo, T., Millan-Calenti, J. C., Lorenzo López, L., y Maseda, A. (2013) Efectos del programa educativo Gero-Health sobre el nivel de interiorización de conocimientos de prevención y promoción de la salud en personas mayores. *Revista de Investigación Educativa*, 31(2), 502-515
- 9 2014 Estebansari, F., Hossein, M., Foroushani, A. R., Ardebili, H. E., y Shojaeizadeh, V. (2014). An educational program based on the successful aging approach on health-promoting behaviours in the elderly: A clinical trial study. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 16(4), e16314.
- 10 2014 Mastropietro, E. (2014). Clubes de memoria. Programas de Intervención Comunitaria en Salud para Adultos Mayores. *Revista Psicología*, 33(1), 15-32.
- 11 2014 “Integrated Health Management Program”
Ahn, O., Gyeong, H., Chang, S. J., Cho, H., y Kim, H. S. (2014). Effect of an integrated health management program based on successful aging in Korean women. *Public Health Nursing*, 32(4), 307-315.
- 12 2015 Canseco, M. (2015). Programa de intervención para envejecer con éxito dirigido a personas mayores de la ciudad de México. Retrieved from: www.tesisred.net/handle/10803/310381
- 13 2015 Latorre, J. M. et al. (2015). Life review based on remembering specific positive events in active aging. *Journal of Aging and Health*, 27(1), 140-157.
- 14 2015 “I Am Active”
Mendoza-Ruvalcaba, N. M., y Arias Merino, E. D. (2015). “I Am Active”: Effects of a program to promote active aging. *Clinical Interventions in Aging*, 2015(10), 829-837.
- 15 2015 Santos, L. C. et al. (2015). Calidad de vida de los mayores que participan en el grupo de promoción de la salud. *Enfermería Global*, 1-11.
- 16 2015 “Healthy Aging Mind Body Intervention”
Sculth, M., Haime, V., Jacquart, J., Takahashi, J., Moscovitz, B., Webster, A., Denninger, J. W., y Mehta, D. (2015). A healthy aging program for older adults: Effects on self-efficacy and morale. *Advances in Mind Body Medicine*, 29(1), 26-33.
- 17 2016 Jiménez, M. G., Izal, M., y Montorio, I. (2016). Programa para la mejora del bienestar de las personas mayores. Estudio piloto basado en la psicología positiva. *Suma Psicológica*, 23(1), 51-59.
- 18 2016 “Islamic Spiritual Program”
Moeini, M., Sharifi, S., y Zandiyeh, Z. (2016). Does Islamic spiritual program lead to successful aging? A randomized clinical trial. *Journal of Education and Health Promotion*, 5, 1—7.
- 19 2016 Newman, A. B., Dodson, J. A., Church, T. S., Buford, T. W., Fielding, R. A., et al. Cardiovascular events in a physical activity intervention compared with a successful aging intervention. The LIFE study randomized trial. *Journal of the American Medical Association Cardiology*, 1(5), 568-674.

*Anexo 9.2. Cooperativa Trabensol. Funcionamiento y características generales*Centro Social de Convivencia, Asistencia y Servicios para Mayores

Fotografía de Rosa María Herrero Martínez. (Torremocha del Jarama, 2019). Cooperativa Trabensol

Características generales del grupo

Esta Comunidad la configuran 90 personas entre (60 y 84 años) que se han organizado como cooperativa y que han construido un centro social en el que vivir hasta el final de su vida. Son un grupo heterogéneo con amplia experiencia en el campo del cooperativismo, provienen del mundo asociativo y tienen una relación personal de muchos años con un alto nivel académico, integrado por profesionales de diferentes ámbitos ámbito como la medicina, enseñanza, periodismo, ingeniería y economía. En relación al género encontramos un grupo que está equilibrado hay un 50% de mujeres y un 50% de hombres. Con las configuraciones familiares: matrimonios, personas solteras y viudas. La edad para entrar a formar parte en la cooperativa es de 50-70 años, previa valoración del Consejo Rector de la cooperativa.

La idea es buscar una relación equilibrada entre compartir con los demás y a la vez mantener la independencia. Para ello se han gestionado unos alojamientos individuales adaptados, así como, servicios comunes: comedor, limpieza, lavandería; y espacios que faciliten lugares de encuentro y de convivencia entre todos los habitantes.

En el ámbito psicológico, esta forma de vida que combina independencia y comunidad, busca evitar la soledad y el aislamiento que como sabemos por los avances científicos sobre el envejecimiento y las variables psicológicas como la personalidad van a ser factores predictores en relación a la mortalidad (junto con el control, la tenacidad y la inteligencia). En el siguiente apartado profundizaremos en las dimensiones que van a intervenir para un envejecimiento saludable y exitoso y que se han evaluado en los programas desarrollados a nivel mundial y el nexos de las mismas con la propuesta de intervención que se presenta como propuesta de futuro

Funcionamiento de la Cooperativa Trabensol

El sistema jurídico que han adoptado en el “Centro Social de Convivencia, Asistencia y Servicios para Mayores” es el de cooperativa. Los alojamientos particulares también son propiedad de esta, teniendo los socios el derecho a su usufructo. Cuando el socio (o la pareja de socios) fallezca o la deje, se les devolverá, a ellos o a sus herederos, el importe de la inversión actualizada según el coste de la vida.

La cooperativa se regirá por los principios de solidaridad y cooperación voluntariamente asumidos.

La concepción del Centro de Convivencia es el de un lugar para llenar de vida y salud los años y poder disfrutar en compañía de personas queridas de forma gozosa. No es el concepto tradicional de residencia pues aquí la mayoría de las personas mayores se encuentran en buen estado de salud, son autónomas y válidas. Y otro tema es que sería muy costoso mantener este proyecto si las personas que se incorporan a él tienen ya un deterioro importante.

Cada residente paga una cuota a la comunidad correspondiente a cada alojamiento, en la que se incluyen los servicios comunes, personal y mantenimiento general. Hay otra cuota que recoge el pago de los servicios individualizados como la comida, el teléfono.

El cuidado que cada persona recibe de la comunidad está determinado por las necesidades requeridas por su estado, valoradas por una comisión formada por personal sanitario y miembros del Consejo Rector. Los costos que esto genere serán cubiertos solidariamente por todos los miembros de la comunidad.

Siempre que sea posible se usarán los servicios médicos de la Seguridad Social y los centros culturales y recreativos públicos, donde los residentes podrán participar según sus necesidades y gustos.

Se respetarán los acuerdos de los Estatutos de la Institución y el Reglamento de Régimen Interior, elaborados de acuerdo a estos Principios Básicos. (Cooperativa Trabensol, 2019).

Retos de Futuro

La mayoría de los residentes son autónomos sólo hay un 5 % de personas dependientes hasta ahora de los servicios de cuidado se encargan los cuidadores más próximos como (la familia y amigos,) y residentes que prestan un apoyo instrumental los para gestiones (AIVD) como: acompañarles al médico, compras, bancos y quedarse con ellos cuando están enfermos o cualquier necesidad.

Actualmente se encuentran en pleno proceso de reflexión sobre la manera de atender los futuros casos de deterioro producidos por la edad. Para lo que han creado una “comisión sostenible” dónde están trabajando el impacto que puede tener la dependencia en la comunidad, así como las necesidades para un futuro. Para ello están evaluando la repercusión de los costes de servicios externos o internos, para poder planificar los recursos tanto: económicos, materiales y personales necesarios para abordar esta realidad.