



REVISIÓN

Envejecimiento activo y de éxito o saludable: una breve historia de modelos conceptuales



Donatella Rita Petretto^{a,*}, Roberto Pili^b, Luca Gaviano^a, Cristina Matos López^a y Carlo Zuddas^a

^a Department of Pedagogy, Psychology, Philosophy, University of Cagliari, Cagliari, Italy

^b Comunità Mondiale della Longevità, Italy

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 28 de noviembre de 2014

Aceptado el 9 de octubre de 2015

On-line el 2 de mayo de 2016

Palabras clave:

Envejecimiento activo
Envejecimiento saludable
Envejecimiento positivo
Modelo de Rowe y Kahn
Envejecimiento con éxito

Keywords:

Active ageing
Healthy ageing
Positive ageing
Rowe and Kahn Model
Successful ageing

R E S U M E N

Introducción y propósito del estudio: El objetivo de este trabajo es analizar y describir los diferentes modelos teóricos de envejecimiento exitoso, envejecimiento activo y envejecimiento saludable desarrollados en Europa y en América en el siglo XX, a partir del modelo original de Rowe y Kahn (1987, 1997).

Metodología: Se ha realizado una revisión narrativa de la literatura sobre el envejecimiento exitoso.

Resultados: Nuestra revisión incluyó los modelos de envejecimiento exitoso de autores europeos y americanos. Encontramos modelos que se proponen describir los índices de envejecimiento activo y saludable, modelos dedicados a describir los procesos involucrados en el envejecimiento exitoso y modelos adicionales que hacen hincapié en la percepción subjetiva y objetiva de un envejecimiento con éxito. También describimos las críticas a los modelos anteriores, las modificaciones según Martin et al. (2014) y las estrategias para un envejecimiento exitoso según Jeste y Depp (2014). La necesidad de mejorar el modelo de Rowe y Kahn y otros modelos con una descripción más inclusiva y universal del envejecimiento y la incorporación de evidencia científica sobre el envejecimiento activo son todavía argumentos en discusión.

© 2015 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Active ageing and success: A brief history of conceptual models

A B S T R A C T

Introduction and purpose of the study: The aim of this paper is to analyse and describe different conceptual models of successful ageing, active and healthy ageing developed in Europe and in America in the 20th century, starting from Rowe and Kahn's original model (1987, 1997).

Methodology: A narrative review was conducted on the literature on successful ageing.

Results: Our review included definition of successful ageing from European and American scholars. Models were found that aimed to describe indexes of active and healthy ageing, models devoted to describe processes involved in successful ageing, and additional views that emphasise subjective and objective perception of successful ageing. A description is also given of critiques on previous models and remedies according to Martin et al. (2014) and strategies for successful ageing according to Jeste and Depp (2014). The need is discussed for the enhancement of Rowe and Kahn's model and other models with a more inclusive, universal description of ageing, incorporating scientific evidence regarding active ageing.

© 2015 SEGG. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: drpetretto@unica.it, donatellapetretto@yahoo.it (D.R. Petretto).

El progresivo envejecimiento a nivel mundial plantea numerosos problemas de naturaleza sanitaria y sociosanitaria, que ha dado lugar al desarrollo de intervenciones de promoción de la salud para evitar una revolución demográfica, frenar las enfermedades y promover el bienestar de las personas que están en proceso de envejecimiento. A nivel mundial, diversas organizaciones se han

ocupado del tema del envejecimiento progresivo de la población, y han tratado de estimular intervenciones dirigidas a promover formas de envejecimiento activo y saludable. A nivel europeo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha abordado esta cuestión desde los años 90, a través de la promoción de medidas dirigidas a difundir formas de envejecimiento activo y saludable y reiterando a los países miembros que no se trata de una elección residual sino una opción necesaria para promover la salud de las personas y para detener las consecuencias sociosanitarias^{1,2}.

Muchos investigadores se han dedicado a elaborar modelos teóricos de envejecimiento activo y saludable, y a definir y describir los elementos centrales con el objetivo de identificar, por un lado, la frecuencia de las situaciones de envejecimiento activo y saludable en la población general y, por otro lado, la promoción de estas situaciones en las personas que envejecen y la prevención del envejecimiento patológico.

A lo largo de este trabajo, nos encargaremos de describir y sintetizar la literatura sobre los modelos que describen el envejecimiento activo y saludable en la actualidad, y de los modelos en los que se centra la OMS y otros organismos internacionales. Para ello, vamos a hacer una síntesis de casi 60 años de investigación en esta área, y vamos a tomar un enfoque histórico a partir de los primeros modelos que se desarrollaron en los años 60 del siglo pasado y que se extiende hasta la época actual. El hilo conductor de los estudios consistirá en la alternancia entre modelos descriptivos (destinados a describir los indicadores de envejecimiento saludable y activo) y los modelos procesuales (diseñados para describir el proceso que lleva al envejecimiento activo y de éxito, indicando los predictores y mediadores). Este análisis nos conducirá a realizar una defensa de la necesidad de integrar las descripciones y los indicadores objetivos con la percepción y la subjetividad de los involucrados³⁻⁵.

Distinguiremos también los modelos de tradición europea que hablan sobre el envejecimiento activo y saludable (de los que deriva el modelo de la OMS, cuya principal referencia se encuentra en los estudios de Fernández-Ballesteros⁶⁻⁸, y los modelos que derivan de la tradición estadounidense que hablan de envejecimiento con éxito (cuyas primeras referencias son Havighurst de 1961 y el modelo de Rowe y Kahn en 1988^{9,10}). Además, veremos el reciente debate sobre los modelos anteriores y como se empiezan a difundir los nuevos modelos que tratan de superar las limitaciones de los anteriores: a través de enfoques holísticos, se intenta superar los rígidos límites conceptuales y describir modelos universales e inclusivos que permitan a cualquier persona envejecer con dignidad^{11,12}.

Primera parte: los primeros modelos de envejecimiento con éxito

Primera definición de envejecimiento con éxito y teoría de la actividad de Havighurst (1961)

Havighurst ha sido reconocido como el primero en utilizar el concepto de envejecimiento activo^c, que ya en 1961 proporcionó la primera definición de envejecimiento con éxito. En el primer número de la revista *The Gerontologist*, dicho autor describió el envejecimiento exitoso en términos de felicidad y satisfacción vital⁹. Afirmó que para que la gerontología pudiese realizar correctamente su tarea, se debería haber elaborado una teoría sobre el envejecimiento con éxito que describiese las condiciones a través de las cuales promover el máximo nivel de satisfacción y felicidad,

^c Ya en 1951 había hablado de envejecimiento activo y había propuesto que el envejecimiento activo debería ser considerado muy pronto en el curso de la vida: una vida feliz de las personas mayores debería ser el resultado y la recompensa de haber llevado una buena vida.

teoría que tendría que convertirse en un tema central de dicha disciplina.

Según este autor, el envejecimiento activo puede ser interpretado como una adhesión continua a las actividades y a las actitudes de las personas de mediana edad, como alternativa a la sustitución de los roles que se han perdido debido a la edad, con el fin de mantener un sentido positivo de uno mismo. Para tener en cuenta las diferencias individuales, el autor habla del sentimiento interno de felicidad y de la satisfacción vital presente y pasada. Havighurst consideró el envejecimiento exitoso más como un marco teórico que como una experiencia evaluable a través de estudios empíricos. Sin embargo, indica que se debe tener precaución a la hora de considerar el envejecimiento con éxito, y recuerda que ninguna parte de la sociedad logra la satisfacción sin un costo para otros segmentos de la sociedad. El autor defiende que las personas que presentan envejecimiento con éxito están satisfechas, son activas, independientes, autosuficientes y, sobre todo, contrastan con la visión tradicional del declive. De hecho, Havighurst propuso esta teoría para contrarrestar la extendida visión de la teoría de la desvinculación⁹.

Teoría de la desvinculación (Cumming y Henry, 1961)

El modelo propuesto por Cummings y colaboradores hace hincapié en la necesidad de reducir la participación en diversos tipos de actividades a medida que aumenta la edad. La tarea central del envejecimiento se convierte así en ir abandonando gradualmente y de la mejor manera posible, en un proceso gradual de retirada. Esta teoría tuvo cierta influencia en los años 60¹³. Según Cumming, el envejecimiento activo se define como el deseo y la capacidad de la persona para alejarse de una vida activa con el fin de prepararse para la muerte^d. La teoría de la baja participación analiza el envejecimiento a nivel macro (sociedad y población) y a nivel micro (individual, familiar y grupal), y también tiene en cuenta los cambios fisiológicos, psicológicos y de la interacción social. Si, por un lado, la persona que renuncia a los roles se desvincula, por el otro, las redes sociales se alejan del individuo que envejece: es la misma sociedad la que limita los roles de las personas mayores.

Según el autor, esto sería la base de la renovación y de la estabilidad de la sociedad, ya que si las personas mayores ejercieran durante demasiado tiempo su papel, podría crearse una crisis en la sucesión ordenada y en la estabilidad de las organizaciones sociales. Este modelo se enfrenta a una serie de críticas a pesar de que, en algunos aspectos, todavía hay referencias a este punto de vista, sobre todo en cuanto al hecho de que sea natural y hasta beneficioso para el individuo alejarse poco a poco de ciertos roles sociales.

Reichard et al. (1962): adaptación a la jubilación

Reichard et al. en 1962 definieron el envejecimiento exitoso como la capacidad de adaptación a la jubilación. Identifican 3 tipos de adaptación adecuada: el tipo *mature* (maduro), el tipo *docking chair* (mecedora) y el tipo *armored* (blindado)¹⁶.

El tipo maduro y el blindado basan su vida en el compromiso, de ello depende su propia satisfacción. El tipo *docking chair* o silla balancín, se anticipa a la oportunidad de una vida libre de trabajo y otras actividades y disfruta de un estilo de vida pasivo. Entre los 3 grupos emergen aquellos que muestran una adaptación reducida, los que son infelices en las etapas finales de la vida y los que se sienten culpables de su propia infelicidad. Este trabajo es interesante porque representa un primer intento de apreciar el papel de la personalidad en el envejecimiento exitoso y por haber propuesto

^d Según Kahn (2002, 2004)^{14,15} la reducción de la implicación es una parte inevitable del proceso de envejecimiento, pero no es la tarea principal.

diferentes caminos de envejecimiento activo, mientras que otros modelos se han centrado en las tendencias de la media.

Neugarten (1972): la personalidad

También Neugarten, en 1972, se hizo cargo de analizar el papel de la personalidad en el envejecimiento con éxito¹⁷. Los estilos de afrontamiento, la capacidad de adaptarse y las expectativas, así como el nivel de ingreso económico, la salud, las interacciones sociales y los límites impuestos por el medio ambiente se consideraron como factores relacionados con la personalidad y, como tales, desempeñan un papel de gran complejidad en el envejecimiento con éxito. Neugarten introdujo las características sociales y de salud en el modelo de Reichard et al. (1962)¹⁶, que se centró solo en la personalidad, reconociendo la multidimensionalidad del envejecimiento exitoso presente desde estas primeras formulaciones.

Envejecimiento con éxito: el modelo de Rowe y Kahn (1987, 1998) y Kahn (2002 y 2004)

En 1987, Rowe, médico de profesión, y Kahn, psicólogo, propusieron una distinción entre el envejecimiento «usual» y «con éxito» como estados del envejecimiento no patológico^{14,15,18,19}.

El objetivo principal de esta distinción era compensar la tendencia continua de la gerontología de hacer hincapié solo en la distinción entre patológico y no patológico, es decir, entre las personas con discapacidades o enfermedades y los que no las sufren.

El supuesto implícito de la gerontología era que, en ausencia de enfermedad, todas las demás funciones eran «normales». Rowe y Kahn proponen una dicotomía adicional entre los que de alguna manera presentan enfermedad o riesgo de presentarlas y los que no las presentan: la distinción entre «normal» y «mejor de lo habitual» (que se denomina «éxito»). En la primera categoría estarían aquellos no patológicos pero que tienen alto riesgo de desarrollar enfermedades y en la segunda categoría, los de bajo riesgo y de alto funcionamiento; esta distinción se hizo para estimular la investigación sobre los determinantes del envejecimiento activo y para identificar objetivos adecuados para la intervención. De hecho, la Fundación MacArthur llevó a cabo muchos estudios en los que se identificaron 5 áreas clave de la investigación: la ética biomédica, biomedicina básica, medicina clínica, áreas sociales y del comportamiento en relación con los servicios sanitarios^e.

En 1998, Rowe y Kahn definieron el envejecimiento exitoso como multidimensional y afirmaron que consta de 3 componentes: una baja probabilidad de enfermar y de presentar discapacidad, un alto funcionamiento cognitivo y físico, y un alto compromiso con la vida. Estos 3 componentes están vinculados entre sí jerárquicamente. En otras palabras, el envejecimiento exitoso es más que la ausencia de enfermedad y es más que el mantenimiento de la capacidad funcional. Ambos elementos son importantes, pero es su combinación con la participación activa en la vida lo que representa el concepto de envejecimiento exitoso con más detalle. Los autores hacen hincapié en la importancia de centrar la atención en la heterogeneidad de los comportamientos asociados con el envejecimiento activo, en lugar de centrarse excesivamente en el comportamiento promedio o en las tendencias medias¹⁹.

Cada componente individual está a su vez compuesto por diferentes partes: la probabilidad reducida de contraer un trastorno no solo se refiere a la ausencia o presencia del trastorno, sino también a la presencia, ausencia o gravedad de los factores de riesgo para el trastorno. El alto nivel funcional incluye tanto componentes físicos como cognitivos. La capacidad física y cognitiva indica lo que la persona puede hacer, pero no lo que realmente hace. El envejecimiento activo va más allá del potencial, se refiere a la actividad. La participación activa puede adoptar muchas formas, pero se refiere en particular a las actividades productivas, es decir, aquellas que tienen significado para la persona (las actividades productivas son las que crean valor social, ya sean remuneradas o no), y las relaciones interpersonales (contactos y relaciones con los demás, el intercambio de información, apoyo emocional y asistencia directa). Los autores dejan claro que lo que importa es la integración entre los diferentes elementos. El concepto de éxito es variable en términos cuantitativos, y que varias personas tengan limitaciones en una de las diversas áreas no significa que no tengan un envejecimiento exitoso. El propósito de Rowe y Kahn es estudiar el envejecimiento no patológico, distinguiendo entre el usual y el de éxito con el fin de entender cómo actuar en el envejecimiento usual, es decir, cómo actuar y sobre qué variables intervenir para reducir los factores de riesgo. Según los autores, muchos factores de riesgo y los niveles funcionales y de actividad son potencialmente modificables, ya sea por la misma persona, ya sea a través de un cambio del medio ambiente. Por lo tanto, es necesario proporcionar intervenciones dirigidas a identificar estrategias eficaces para aumentar la proporción de población que muestre un envejecimiento exitoso^{10,18,19}.

Además, el concepto de envejecimiento exitoso no es un concepto de «todo o nada»; existirían, de hecho, muchas personas que, aun presentando enfermedades o discapacidades, se caracterizan por adoptar formas de envejecimiento activo. Podemos citar como ejemplo a Stephen Hawking, una persona con discapacidad, pero también un físico, matemático, cosmólogo y astrofísico británico. Nacido en 1942, está entre los estudiosos más importantes y conocidos del mundo y puede, a todos los efectos, considerarse un ejemplo de envejecimiento con éxito, aun padeciendo una enfermedad que limita su movimiento^{14,15}. Por último, cabe señalar que el concepto de envejecimiento exitoso es variable, y que las personas se pueden ver en este ámbito en algún momento de sus vidas y no en otros.

Los autores analizan los diversos elementos del envejecimiento de éxito, en primer lugar, reducir el riesgo de enfermedad y discapacidad.

El concepto de envejecimiento «usual» es descrito a través de una imagen y comprende las situaciones de riesgo: la población que no tiene ninguna discapacidad, pero presenta un riesgo significativo de desarrollarla. En la obra de 1998, se exponen los factores de riesgo y se reportan las evidencias obtenidas a través de estudios de la Fundación MacArthur. En concreto, hablamos de los factores de riesgo relacionados con el estilo de vida y otros factores que pueden estar relacionados con la edad, cuya frecuencia aumenta con la edad, pero que no son dependientes de la edad, lo que significa que no son causados por el envejecimiento en sí mismo, sino por el estrés¹⁹.

Una primera fuente de estudio hace referencia a las investigaciones sobre los gemelos y los datos resultantes del Registro Nacional de Gemelos en Suecia. Estos estudios mostraron que los coeficientes de herencia de los principales factores de riesgo cardiovasculares y cerebrovasculares, entre los cuales el 0,66-0,70 correspondía al índice de masa corporal (IMC), el 0,28-0,78 al nivel de colesterol, el 0,44 a la presión arterial sistólica y el 0,34 a la presión arterial diastólica. A lo largo de la edad existe una reducción de los coeficientes hereditarios, tanto para los triglicéridos como para la presión sistólica, incluso de la misma mortalidad.

Entre gemelos monocigóticos la probabilidad de morir por enfermedad cardiovascular es mayor si mueren antes de cumplir

^e En el artículo de 2004, Kahn describe el modo casual en el que se introduce en este ámbito de investigación: mientras pensaba jubilarse de la universidad y ocuparse de sus intereses de bricolaje, lo llamaron para hablar de sus investigaciones sobre este tema, y de aquí nace el interés por la gerontología y, por lo tanto, empezó a participar en los estudios de la MacArthur Foundation. La elección del grupo de trabajo fue hacer algo nuevo juntando a un equipo de investigadores, genetistas, epidemiólogos, psicólogos, sociólogos y llevar a cabo investigaciones en el campo de la promoción del envejecimiento no patológico¹⁵.

los 55, y es 8 veces menos si mueren después de los 65 años. Esto sería un indicador del rol del factor «estilo de vida» en la aparición de los factores de riesgo. Para enfermedades como la intolerancia a la glucosa y la hiperglucemia, enfermedades relacionadas con el envejecimiento, un papel importante lo juegan factores de riesgo como la cantidad y la distribución de la grasa corporal, la reducida actividad física y los hábitos alimenticios. De la misma manera, el desarrollo de la enfermedad vascular y la enfermedad cerebrovascular puede estar influida por el estilo de vida y los hábitos dietéticos.

De todos los estudios mencionados los autores hacen 3 consideraciones:

1. los factores intrínsecos por sí solos, aunque son significativos, no determinan el riesgo en la vejez. Los factores extrínsecos, relacionados con el medio ambiente y el estilo de vida, desempeñan un papel importante en la determinación del riesgo de desarrollar un trastorno;
2. con la edad, la contribución relativa de los factores genéticos se reduce y aumenta la influencia de los factores no genéticos;
3. se pueden cambiar las características de envejecimiento «normal». De ahí, la importancia de los factores ambientales y de comportamiento para determinar el riesgo de desarrollar trastornos en las fases más avanzadas de la vida en desarrollo¹⁹.

En cuanto al envejecimiento con éxito, la Fundación MacArthur ha llevado a cabo varios estudios sobre el «maximizar el estado funcional». Una de las principales preocupaciones de las personas mayores es perder las funciones cognitivas, especialmente las relacionadas con el aprendizaje y la memoria. Otro tema se refiere a la ejecución física: una disminución en la capacidad de realizar fácilmente acciones simples puede conducir a una reducción de la participación en actividades productivas y de ocio de la vida cotidiana.

Con el fin de estudiar estos aspectos, se analizó a 1.189 personas de edades comprendidas entre 70 y 79 años. Con respecto a los predictores de funcionamiento cognitivo, se vio que en el grupo de alto funcionamiento, cuatro variables fueron predictoras de dicho funcionamiento: la educación, la actividad física intensa dentro y fuera de casa, la función pulmonar y el sentido de autoeficacia. Estos 4 elementos, juntos, explicaban el 40% de la varianza. El nivel de educación fue el predictor más relevante. De hecho, cuanto mayor era el nivel educativo, mayor era la probabilidad de mantener un alto funcionamiento cognitivo. La función pulmonar fue el segundo predictor prevalente. En cuanto a la función física, los predictores para el mantenimiento serían de naturaleza comportamental, tales como la actividad física moderada e intensa y el apoyo emocional de familiares y amigos. Un nivel moderado de actividad física (por ejemplo, caminar) parece llevar, según algunos estudios, a resultados similares a los de un ejercicio más intenso.

Con respecto a la participación en las actividades de la vida diaria, hay 2 elementos principales: el mantenimiento de las relaciones interpersonales y las actividades productivas. Varios estudios han demostrado que formar parte de una red social es un determinante importante de la longevidad, especialmente para los hombres. Se hace hincapié en 2 tipos de relaciones de apoyo: las socioemocionales (expresiones de afecto, respeto y cercanía) y las instrumentales (asistencia directa, ayuda física, apoyo financiero). El modelo de Rowe y Kahn^{18,19} hace referencia a la implicación en actividades productivas, que deben ser entendidas no solo como actividades remuneradas, sino que es necesario asociar este concepto al de actividad que asume un significado para la persona^{14,15}. De acuerdo con una definición más amplia, se refiere tanto al trabajo remunerado como al no remunerado, pero que sigue siendo de valor y que asume un significado personal para el individuo: crear bienes, servicios o valor económico. Las actividades exitosas se diferencian en función

de la edad del sujeto y se caracterizan de manera diferente respecto a las actividades remuneradas. Existe un vínculo entre las actividades productivas y las capacidades funcionales (personas con alta función física y cognitiva tienen 3 veces más probabilidades de llevar a cabo actividades productivas), el nivel de educación (nivel de educación como el principal determinante del nivel de empleo e ingresos económicos), el sentido de la autoeficacia (mientras vulnerabilidad y el fatalismo son negativamente correlacionados con la productividad) y la respuesta al estrés (para estar unidos al concepto de resiliencia, como la rapidez y la integridad con la que la persona se recupera de un evento estresante y vuelve a satisfacer los criterios del envejecimiento exitoso, tal vez después de un accidente, fractura, etc.)^{14,15}.

Los críticos del modelo de Rowe y Kahn^{10,15,18} han querido analizar solo el aspecto relativo a la reducción de la enfermedad y de la discapacidad asociada^{6,7}. Desde este punto de vista, todos ellos critican el enfoque de Rowe y Kahn y afirman que los 2 autores se han centrado demasiado en la idea de un envejecimiento saludable, libre de enfermedad y discapacidad, y esto excluye a los grupos de edad en los que fisiológicamente se pierden funciones; en realidad, esto nos parece una interpretación parcial del modelo de Rowe y Kahn (1987, 1998)^{10,18} f. Otras críticas se han dirigido a la ausencia de factores personales y sociales. Estas críticas llevaron al desarrollo de posteriores modelos teóricos, entre ellos, respectivamente, los de Baltes y Baltes (1990)²⁰ y Riley y Riley (1994)²¹, de los que hablaremos a continuación, que se propusieron como una alternativa al modelo de Rowe y Kahn (1987 y 1988)^{10,18}, pero según Kahn (2002 y 2004)^{14,15}, en realidad representan una necesaria integración del modelo inicial, ya que tienen en consideración respectivamente los factores psicológicos personales, los ambientales y del contexto que apoyan el envejecimiento activo.

Ryff (1989)

Ryff propuso en 1989 un nuevo conjunto de criterios que no solo enfatizaban la satisfacción con respecto a la propia vida, sino que se referían también al crecimiento y al progreso en las edades más avanzadas²². La definición de este autor incluye 6 dimensiones del funcionamiento positivo: aceptación, autonomía, crecimiento personal, propósito en la vida, relaciones positivas con otros y dominio del entorno.

Según este autor, el envejecimiento es un proceso de desarrollo en el que el crecimiento es todavía posible.

Segunda parte: de los modelos descriptivos a los modelos procesuales del envejecimiento de éxito

El modelo selección, optimización y compensación (SOC) de Baltes y Margaret Baltes (1990)

Este modelo representa el punto de transición de una visión que trata de describir los criterios para definir el envejecimiento activo a una visión que analiza de los procesos involucrados en el envejecimiento activo³, y analiza la subjetividad de las personas involucradas en estos procesos⁵.

Reflexionar sobre los propios objetivos personales y tratar de alcanzarlos son los ingredientes importantes para el envejecimiento desde el momento en que contribuyen al bienestar subjetivo. El modelo de Baltes y Baltes analiza las estrategias a través de las cuales pueden ser manejadas muchas dificultades asociadas con el envejecimiento que se pueden encontrar en el intento

^f Seguidamente veremos una reciente síntesis de la literatura sobre críticas dirigidas al modelo de Rowe y Kahn, después de más de 25 años de su formulación, que revela 4 categorías de críticas¹².

de alcanzar los objetivos personales y prioritarios para la propia vida.

Con el fin de analizar los aspectos psicológicos relacionados con afrontar las dificultades y las pérdidas inevitables que pueden caracterizar a una persona que envejece, Baltes y Baltes han propuesto un modelo que tiene en cuenta el hecho de que, a pesar de las dificultades y las pérdidas inevitables que se asocian al envejecimiento, muchas personas mayores siguen manteniendo una sensación subjetiva de bienestar²⁰.

Baltes y Baltes conceptualizan el envejecimiento como un equilibrio cambiante entre las pérdidas y las ganancias. Afirman que la gente puede compensar las pérdidas y mantener un alto nivel de satisfacción en sus vidas.

Según los autores, el concepto de envejecimiento activo se asocia al concepto de resiliencia, gracias a la cual las personas son capaces de lograr un equilibrio positivo entre las ganancias y las pérdidas durante el envejecimiento. Según los autores, el envejecimiento puede ser caracterizado como un proceso heterogéneo, con muchos caminos diferentes y diferentes resultados de éxito. De acuerdo con el modelo de optimización selectiva con compensación (modelo SOC), las personas seleccionan dominios de la vida que son importantes para ellos, optimizan los recursos y ayudas que facilitan el éxito en estos dominios, compensan las pérdidas en estos dominios y crean un entorno para el desarrollo de éxito en el transcurso de la vida. Dado que, en las últimas etapas de la vida, los acontecimientos estresantes y los factores de estrés (en general) se pueden multiplicar con el declive de la salud y también con la reducción de los recursos, los procesos de optimización y de compensación adquieren cada vez más importancia durante el envejecimiento con el fin de mantener un equilibrio positivo entre las pérdidas y las nuevas adquisiciones. El proceso SOC puede verificarse a un nivel consciente o inconsciente, de forma activa o pasiva, y tiene el objetivo de maximizar la adquisición y reducir las pérdidas al tratar de alcanzar metas personales.

Se considera un mecanismo universal, pero su expresión varía de persona a persona, así como según la cultura y el período. La definición de envejecimiento activo basada en este modelo permite hipotetizar las trayectorias individuales, no normativas, de desarrollo y de éxito en las fases sucesivas de la vida⁸.

Desde el momento en que los recursos son limitados, no es posible perseguir cada objetivo en todos los ámbitos de la vida, pero hay que elegir entre los diferentes objetivos, desarrollarlos en una jerarquía coherente y comprometerse. El concepto de selección electiva se refiere a este aspecto. Con el fin de lograr objetivos personales ya establecidos, deben ser adquiridos y puestos a disposición los recursos necesarios y apropiados para que podamos hablar de proceso de optimización. El proceso de optimización es un proceso mediante el cual se adquieren nuevos recursos, se desarrollan nuevas habilidades, se copian o se cogen ideas de los recursos de éxito que tienen otras personas y se utiliza la propia energía para alcanzar metas personales.

Cuando los recursos se reducen o se pierden por completo, las estrategias de compensación se hacen necesarias para evitar

una reducción, modificación o pérdida de los objetivos relevantes para la persona. Cada individuo puede obtener compensaciones haciendo uso de la tecnología, como el uso de un audífono para compensar una reducción de la agudeza auditiva, o aumentando sus propios esfuerzos, o a través del aprendizaje de nuevas habilidades. Tanto la optimización como la compensación están vinculadas a los recursos, en el sentido de que dependen de la disponibilidad de recursos y a la vez crean otros nuevos. Cuando, en las últimas etapas de la vida, las pérdidas superan las nuevas adquisiciones, una selección basada en la pérdida se vuelve aún más importante. Como resultado de las pérdidas, los individuos comienzan a centrarse en los objetivos más importantes, reconstruyen su propia jerarquía de objetivos, descartan los anteriores objetivos e identifican otros nuevos. Heckhausen y Schulz (1995)²⁴ hicieron hincapié en la importancia de aceptar las pérdidas y deshacerse de los objetivos que no pueden llevarse a cabo en la vida de las personas mayores. Los autores han desarrollado un modelo de control primario y secundario en la vida. Según dicho modelo, las personas utilizan las estrategias secundarias de control para modificar la evaluación de los objetivos que ya no se pueden alcanzar, con una posterior retirada de estos objetivos.

Brandstadter et al. en 1993²⁵ se pronunciaron al respecto en los procesos de asimilación y acomodación. Por procesos de asimilación entienden los procesos a través de los que se modifica el ambiente para que coincida con los objetivos personales, mientras que los procesos de acomodación son los que modifican las estrategias cuando los recursos de compensación se reducen. Es preferible que mientras los recursos de compensación se mantengan se opte inicialmente por cambiar el ambiente, y esto con el fin de estar satisfechos con uno mismo y la propia vida. Según los autores, descartar los objetivos que no puedan ser alcanzados es un proceso gradual y no intencional, especialmente en los casos en que estos objetivos sean centrales para el individuo. En cualquier caso, el abandono es a menudo necesario con el fin de ajustar las emociones negativas en la vida de las personas mayores y con el fin de permanecer satisfechos con el propio rendimiento. En otras palabras, una cierta flexibilidad acomodativa puede ser útil en el proceso de envejecimiento de éxito: el abandono de los objetivos no alcanzables está vinculado a un mayor nivel de bienestar subjetivo en personas de edad avanzada (55-89 años), pero solo cuando estos individuos tienen una tendencia a encontrar nuevos objetivos que tienen un significado personal. Este es un proceso que algunos autores han llamado reacomplamiento²⁶.

En resumen, el modelo SOC analiza y describe los procesos a través de los cuales las personas mayores se adaptan a los muchos cambios asociados con el envejecimiento.

El envejecimiento exitoso no significa no tener que enfrentarse a pérdidas, sino que tiene que ver con afrontar estas de forma adecuada y afrontar con éxito los cambios negativos.

Además, el modelo SOC destaca la importancia de crear un ambiente personal en el que el éxito es posible, eligiendo entre los diferentes dominios de la vida y definiendo una jerarquía de objetivos.

Structural lag de Riley y Riley (1994) y Riley (1998)

Justo después de la publicación del modelo de Rowe y Kahn, en 1998¹⁹, Matilda Riley lo describió como incompleto, por focalizarse solo en el suceso del individuo y por no tener en cuenta los factores sociales y estructurales que influyen en el envejecimiento, variables que, sin embargo, los Riley han descrito en su modelo del *structural lag* de 1994²¹. En una *letter to editor* de 1998²⁷, Riley subraya que el proceso del envejecimiento está fuertemente influido de oportunidades de rol disponibles para los ancianos que, a su vez, están muy influidos por variables sociales estructurales, que no se controlan fácilmente y que a menudo se modifican de forma más lenta

⁸ Steverink et al. (1998)²³ afirman, por el contrario, que un modelo de envejecimiento activo debería incluir los objetivos que las personas pueden adquirir para identificar el concepto de éxito de forma objetiva. En la base de la teoría de la función de la producción social, estos autores afirman que el bienestar físico y el bienestar social son 2 objetivos universales. La consecución de estos 2 objetivos depende de la adquisición de objetivos instrumentales de primer nivel: para adquirir el bienestar físico, la comodidad y la estimulación con necesarios; mientras que el afecto y la confirmación conductual y el estado son necesarios para alcanzar el bienestar social. Este modelo tiene en cuenta objetivos individuales con el fin de conseguir objetivos instrumentales. Todavía permanecen cuestiones que ellos proponen como objetivos de nivel más elevado, en particular, los objetivos instrumentales: son universales y no están influidos por la norma.

y rígida respecto a las necesidades de las personas que envejecen de manera activa. Si se piensa por ejemplo, en la edad de jubilación, esta permanece sin modificarse, a pesar de las capacidades reales o de la voluntad de participar y formar parte de actividades productivas de las personas mayores. Según Riley, la visión institucional del envejecimiento tiene el mejor patrón real de envejecimiento individual de cada persona, ya que define normas y reglas para acceder a roles y ofrecer apoyo de naturaleza organizativa.

Refiriéndonos a la teoría *Structural lag*, que se basa en la distinción entre persona y rol, y en el enlace entre comportamientos, actitudes y oportunidades sociales de acceder a roles, Riley señala que las oportunidades de rol se modifican más lentamente con respecto a las modificaciones de patrones comportamentales entre diversas cohortes de ancianos. Aunque el modelo de Rowe y Kahn describa las variables que pueden influir en el envejecimiento de éxito a nivel individual, dicho modelo no tiene en consideración de forma adecuada las oportunidades estructurales sociales que pueden consentir la realización del recorrido de éxito, y no considera que los cambios en la vida y los cambios en la estructura social sean muy interdependientes, hasta el punto de que el mismo envejecimiento de éxito deriva de la interacción entre cambios en las vidas individuales y cambios sociales estructurales complementarios. El modelo de Rowe y Kahn, por lo tanto, no tiene en cuenta, según Riley, la dependencia del envejecimiento activo de las oportunidades estructurales presentes en las escuelas, en las oficinas, en las residencias sanitarias, en las familias y, más en general, en la sociedad.

En el mismo año, Rowe y Kahn responden a Riley evidenciando 2 motivos por los que no han puesto énfasis en los factores sociales estructurales: uno de los motivos está unido a las limitaciones de los confines disciplinarios y a las diferencias entre investigaciones de naturaleza sociológica y en el ámbito médico y psicológico; y el segundo motivo es de naturaleza económica, con relación a la financiación de las investigaciones. Por lo que respecta al primer motivo, una colaboración interdisciplinar podría permitir, según los autores, centrarse también en el rol de factores estructurales sociales, que las investigaciones en ámbito médico y psicológico pueden afrontar solo parcialmente. Respecto al segundo motivo, la misma atención debería ser dirigida por parte de los proveedores de fondos de las investigaciones, que deberían incentivar investigaciones de naturaleza interdisciplinaria y sustentar la disponibilidad de los investigadores en tal sentido¹⁹.

Kahana y Kahana el coping proactivo (1996, 2001)

Un posterior modelo procesual desarrollado para responder a los límites del modelo de Rowe y Kahn (1987 y 1998)^{18,19} es el del *coping* (o afrontamiento) *proactivo* de Kahana y Kahana (1996, 2001)^{28,29} Ouwehand et al. (2007)³ y Martin et al. (2014)⁵. Con el fin de hacer más inclusivos los modelos del envejecimiento exitoso y, sobre todo, de tener en cuenta también a aquellos que afrontan eventos negativos de vida y pérdidas, Kahana y Kahana en 1996 proponen el modelo *coping proactivo*^{3,5}. Este modelo reconoce que las personas mayores, aun teniendo que enfrentarse a eventos estresantes, pérdidas, lutos y a una reducida adaptación ambiental, pueden mantener un buen nivel de calidad de vida si consiguen crear estrategias internas de afrontamiento y recursos sociales externos. Estas estrategias se pueden traducir en adaptaciones comportamentales proactivas, es decir, adaptaciones puestas en marcha antes de que aparezcan los eventos estresantes y que implican la promoción de la salud, ayudar a los demás, la adaptación y la planificación preventiva. Todo esto se llevaría a cabo a través de la integración del apoyo, la modificación de los roles y la modificación del ambiente.

El *coping* proactivo se define como el conjunto de estrategias que las personas llevan a cabo para prevenir actos estresantes futuros

o para minimizar sus efectos. El *coping* proactivo es, por lo tanto, un proceso psicológico que según los autores está compuesto por 5 fases:

- Fase 1, disponibilidad de recursos que pueden acumularse a lo largo de la vida para construir la resistencia y para estar lo más preparados posible.
- Fase 2, se verifica el análisis del ambiente en búsqueda de amenazas.
- Fase 3, se verifica el análisis del ambiente en busca de estímulos que indiquen la presencia de factores estresantes potenciales o estímulos que sean evaluados como desafíos y que necesitan una acción y una intervención.
- Fase 4, prevé la activación de esfuerzos de adaptación que incluyen acciones comportamentales, como buscar información sobre los factores estresantes, y acciones cognitivas, como la planificación con el fin de prevenir o minimizar dichos factores estresantes.
- Fase 5, es la fase final del *coping* proactivo ya que da la información sobre el desarrollo de los potenciales factores estresantes y los resultados de los esfuerzos de adaptación²⁸.

Dicha adaptación proactiva puede ayudar a reducir los efectos de los eventos estresantes sobre la calidad de vida, el bienestar psicológico, el significado de la vida, y puede mantener actividades y relaciones con un significado personal⁵.

Kahana y Kahana se encargan de describir y analizar el rol de las estrategias preventivas en el envejecimiento activo, junto con las reacciones y los cambios estresantes^{28,29}. Los autores han desarrollado un modelo de proactividad preventiva y de corrección, en el que describen las estrategias útiles para utilizar de manera eficaz los elementos estresantes asociados con el envejecimiento con el fin de evitar consecuencias negativas. Estas estrategias no solo incluyen acciones correctivas para afrontar los eventos estresantes una vez que estos aparecen, sino también las diversas acciones preventivas que se pueden llevar a cabo antes de que estos aparezcan, con el fin de retrasarlos o reducir su número. Estos comportamientos preventivos incluyen la promoción de la salud para reducir el riesgo de perder dicha salud, planificar el futuro y ayudar a los demás a aumentar la gama de recursos sociales sobre los que basarse en el futuro (en la línea de Rowe y Kahn, que hablan de reducir el riesgo de sufrir trastornos y de mantener el funcionamiento físico). Los autores identifican 3 tipos de actividades preventivas (promoción de la salud, planificación y ayuda a los demás) que a menudo se asocian a las personas mayores, pero todavía existen dudas sobre el hecho de que sean solo estas las actividades preventivas.

Ouwehand et al.³, sin embargo, consideran que el *coping* proactivo puede variar entre los individuos y en uno mismo, por ejemplo en los objetivos personales, o en los factores estresantes que la persona puede encontrar durante el envejecimiento, y el nivel en el que los elementos estresantes representan una barrera para la consecución de los objetivos de la persona. Aunque es posible que cada persona atraviese las mismas fases de *coping* proactivo, pueden existir diferencias en términos de esfuerzo o actividad cognitiva que las personas realmente asumen o desarrollan, como consecuencia del proceso psicológico que se lleva a cabo para manejar el evento estresante. Además, los esfuerzos del *coping* proactivo pueden diferir en el mismo individuo, ya que los diferentes elementos estresantes pueden requerir diferentes tipos de acciones para contrarrestarlos.

Una ventaja del *coping* proactivo es, que si los elementos estresantes se encuentran en las fases iniciales, su impacto puede ser menor cuando dichos elementos emergen plenamente y, por lo

tanto, consumen menos recursos^h. Un riesgo de este modelo tiene que ver con las evaluaciones erróneas de eventos percibidos como estresantes, que implican un despilfarro de recursos antes de que los eventos sean verificados y reconocidos como no estresantes. Todavía el ahorro de recursos en los casos de eventos realmente estresantes equilibra este riesgo³.

Tercera parte: los modelos europeos y la contribución de la Organización Mundial de la Salud

Envejecimiento activo y la Organización Mundial de la Salud

Entre las entidades internacionales que se han dedicado a analizar el fenómeno del envejecimiento saludable y activo con el fin de elaborar y estimular intervenciones dedicadas a promoverlo, recordamos que la OMS desde los 90 se ha ocupado de este tema, y que en los primeros años del siglo XXI ha elaborado diversos documentos en los cuales invita a los estados miembros a organizar intervenciones de promoción de la salud para las personas mayores^{1,2,30}.

La OMS define el envejecimiento activo como «el proceso en que se optimizan las oportunidades de salud, participación y seguridad a fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen»^{1,2}. Este concepto se ha desarrollado en los años 90 partiendo de una definición de envejecimiento saludable (*healthy ageing*)³⁰, y gracias al interés sobre la relación entre actividad, salud, independencia y la posibilidad de envejecer bien. Si, en otros contextos, a menudo el concepto de envejecimiento activo se focaliza en la participación en el mercado de trabajo, en un contexto de tipo económico o en una perspectiva fuertemente orientada a la salud, la OMS utiliza un enfoque y un concepto más amplio de salud, como condición de bienestar biológico, psicológico y social. El concepto de envejecimiento saludable que propone la OMS para el siglo XXI ha sido sustituido por uno más general de envejecimiento activo, considerando no solo los indicadores de salud, sino también los aspectos psicológicos, sociales y económicos que deben ser considerados según un enfoque más amplio, a nivel de comunidad y teniendo en cuenta los aspectos culturales y las diferencias de género.

El modelo de la OMS está basado en 3 pilares fundamentales: participación, salud y seguridad. Este modelo considera 6 determinantes, cada uno de los cuales incluye diversos aspectos: 1) determinantes relacionados con los servicios sociales y sanitarios (que incluye la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, servicios curativos, asistencia de larga duración y servicios de salud mental); 2) determinantes conductuales: tabaquismo, actividad física, alimentación sana, alcohol, medicamentos y cumplimiento terapéutico; 3) determinantes relacionados con factores personales: factores psicológicos, genéticos y biológicos; 4) determinantes relacionados con el entorno físico: entornos físicos, seguridad en la vivienda, caídas y ausencia de contaminación; 5) determinantes relacionados con el entorno social: apoyo social, violencia y abuso, educación y alfabetización; 6) determinantes económicos: ingresos, protección social y trabajo.

Según este modelo, los factores clave del envejecimiento activo son: 1) la autonomía, que se percibe como la habilidad de controlar, adaptarse y poder tomar decisiones personales sobre la propia vida cotidianamente, según las propias reglas y preferencias; 2) la independencia, que es la habilidad de continuar autónomamente las actividades de la vida cotidiana, es decir, la capacidad de vivir de forma independiente en la comunidad o sin

ayuda de otras personas; 3) la calidad de vida, que representa una percepción individual de la propia posición en la vida en el contexto de la cultura y del sistema cultural en el que se vive y según los propios objetivos, expectativas y preocupaciones. Es un concepto amplio que reúne de forma integrada y compleja la salud física de la persona, el estado psicológico y las relaciones con características destacables del ambiente. Cuando las personas envejecen, su calidad de vida está fuertemente determinada por su habilidad para mantener la autonomía y la independencia, y por la esperanza de vida sana, es decir, la esperanza de vida sin enfermedad.

Según la Organización Mundial de la Salud, el envejecimiento activo es el éxito de la influencia de diferentes variables constitucionales, estilos de vida y ambientales, que llevan al desarrollo de perfiles de menor riesgo de envejecimiento patológico. Según Paulson et al. (2012)³¹, pocos artículos se han ocupado de este modelo propuesto por la OMS: una búsqueda en Medline identifica 8 artículos si se utilizan «active ageing» y «WHO 2002» (OMS 2002) como palabras clave, con una atención a este modelo sobre todo en Europa más que en EE. UU., donde se utiliza principalmente el concepto de envejecimiento de éxito según el modelo de Rowe y Kahn (1987, 1998) del cual encontramos 3.587 artículos^{18,19}.

Envejecimiento saludable, positivo y con éxito: el modelo de Fernández Ballesteros

El modelo de Fernández Ballesteros representa el referente europeo de los modelos de envejecimiento activo. Esta autora se ha encargado a lo largo de los años de definir tanto el envejecimiento con éxito como «un concepto multidimensional que comprende y trasciende respecto a la buena salud y compuesto por una amplia gama de factores biopsicosociales»^{6,7}; como envejecimiento positivo y el envejecimiento saludable.

Según Fernández Ballesteros las condiciones de salud, funcionamiento físico óptimo, alto funcionamiento cognitivo, afecto positivo y participación social son los criterios generalmente aceptados entre los investigadores (parcialmente o en su conjunto), para identificar esta forma de envejecer^{6,7}. Es más, todas estas condiciones multidimensionales también aparecen en el concepto «popular» de envejecer bien que las propias personas mayores tienen, y ello está extendido entre distintos países y culturas.

Según Fernández-Ballesteros et al.^{6,7} envejecimiento con éxito es un concepto relativamente nuevo sinónimo de otros conceptos tales como envejecimiento saludable, activo, productivo, óptimo y positivo. Estos conceptos reflejan una extrema variabilidad en las formas de envejecer definidas por Rowe y Khan (1987)¹⁸: envejecimiento usual, patológico y con éxito. En este sentido, el envejecimiento con éxito puede ser considerado como una variable categórica a través de la cual es posible determinar, para una determinada población, qué porcentaje de personas envejecen con éxito, de la misma manera que se puede establecer la prevalencia de las personas mayores dependientes, o de las que presentan un envejecimiento patológico. El envejecimiento con éxito es considerado como un concepto multidimensional que abarca, y supera, la buena salud y que está compuesto por un amplio conjunto de factores bio-psico-sociales. Rowe y Khan los definen con los siguientes componentes: baja probabilidad de enfermedad y de la discapacidad asociada, alto funcionamiento físico y mental y alta participación social.

Sin embargo, otros autores enfatizan la valoración subjetiva y la satisfacción con la vida como elementos clave de un envejecimiento exitoso³² e, incluso, otros consideran como elemento clave la actividad y productividad social³³.

En resumen, según Fernández-Ballesteros, las condiciones de salud, funcionamiento físico óptimo, alto funcionamiento cognitivo, afecto positivo y participación social son los criterios

^h El modelo SOC y el del *coping* proactivo se integran en el sentido de que preparan para los eventos estresantes y facilitan la optimización o la compensación sucesiva frente al evento estresante. En cuanto al *coping* proactivo, puede conservar recursos importantes que contribuyen al bienestar subjetivo³.

generalmente aceptados. Por el hecho de ser un concepto multidimensional, en muchos casos se opera a través de simples criterios categóricos o continuos, con una frecuente confusión entre predictores y criterios de éxito. Con el objetivo de superar estas críticas, Fernández Ballesteros et al.⁶ evalúan la prevalencia de envejecimiento activo en una muestra española de 458 individuos con edades comprendidas entre los 55 y los 75 años, utilizando criterios específicos y compuestos, y analizando los predictores. En cuanto a las definiciones simples de envejecimiento con éxito, se tienen en cuenta las enfermedades, la salud subjetiva, el estado mental y la satisfacción informada. En cuanto a las definiciones complejas, se han desarrollado 4 definiciones combinadas de envejecimiento con éxito: 1) *enfermedad con un valor bajo, elevada satisfacción*, elevada puntuación en el test Mini Mental State Examination (MMSE) y poder valerse por sí mismo; 2) *salud subjetiva* bastante buena o muy buena, puntuación elevada en el MMSE mayor o igual, satisfacción elevada y poder valerse por sí mismo; 3) *actividades de ocio* por encima de la media, elevada puntuación en el test MMSE y poder valerse por sí mismo; 4) *productividad* mayor que la media, puntuación elevada en el MMSE mayor o igual, satisfacción elevada y poder valerse por sí mismo. Basados en los indicadores simples, los autores reflejan que un 80% de las personas presentaba una alta o muy alta satisfacción con la vida; un 57,2% informaron de una buena o muy buena salud subjetiva; un 46% obtuvieron una puntuación del MMSE mayor o igual a 29 y, finalmente, un 27,4% fueron aquellos que informaron no tener ninguna enfermedad. Utilizando las medidas combinadas, encontramos un menor rango de personas que presentan los criterios de envejecimiento con éxito. La mayor prevalencia corresponde a la segunda combinación: un 41,4% muestra tener un alto nivel de salud subjetiva, no necesitar ayuda, tiene un alto estado mental y alta satisfacción con la vida. En la combinación primera se encontró un 27,9%; en la tercera combinación, un 19,5% y solo el 15,5% para la combinación cuarta. En resumen, el estudio señala que el porcentaje de envejecimiento con éxito varía en función de los criterios utilizados: los criterios singulares producen un porcentaje mayor que los criterios compuestos y los subjetivos (satisfacción y salud percibida subjetivamente), lo que es coherente con las teorías que individualizan en la satisfacción de vida el indicador más relevante del envejecimiento con éxito.

En otro trabajo de Fernández Ballesteros et al.⁷ abordan el envejecimiento positivo, término inserto en el mismo dominio semántico que el de envejecimiento con éxito y que se basa en 3 postulados: 1) el envejecimiento es un complejo fenómeno en el que se asocian cambios en el transcurso de la vida con una variabilidad intraindividual, sea respecto a la velocidad, sea respecto al nivel y a la dirección. Esta heterogeneidad se expresa con diversas terminologías utilizadas para describir el envejecimiento, como las utilizadas por Rowe y Kahn^{18,19}: envejecimiento usual, óptimo y patológico; 2) la capacidad de aprender, la modificación y los cambios positivos han caracterizado a los seres humanos a lo largo de la historia y están presentes también a lo largo de la vida. Durante el envejecimiento, las personas pueden optimizar los propios recursos biológicos, comportamentales y sociales y compensar los déficits que pueden presentarse; 3) en las fases finales de la vida, el balance entre adquisiciones y pérdidas se va convirtiendo poco a poco en menos positivo. Este balance está asociado a la muerte y depende de la evaluación subjetiva y de las imágenes negativas socialmente asociadas al envejecimiento. En función de todo esto, los trastornos del envejecimiento pueden ver demorada su aparición a través de decisiones personales (por ejemplo, a través de cambios en los estilos de vida).

El concepto de envejecimiento positivo es, por lo tanto, un intento de compensar la tendencia difundida de analizar los

aspectos negativos del envejecimiento a favor de los aspectos positivos útiles, para tener una visión más amplia y más real del envejecimiento y reducir las imágenes negativas y sus consecuencias sobre el individuo y la sociedad. La concepción de envejecimiento positivo en las investigaciones, y las integraciones que derivan de las visiones adoptadas del sentido común, se basan en los siguientes aspectos: 1) una conceptualización multidimensional que tiene en cuenta los dominios biofísicos, emocionales y cognitivos; 2) la definición no puede ser reducida a indicadores biomédicos como la salud o la discapacidad o a condiciones físicas o subjetivas como la satisfacción vital o el bienestar y 3) hay diferencias mínimas entre los estudios desarrollados en países y culturas diferentes con respecto de las definiciones propuestas, y tendencialmente se comparten los aspectos tomados en consideración en las definiciones propuestas. El objetivo de Fernández Ballesteros et al.⁷ es alcanzar una definición compartida que evalúe la frecuencia de personas que envejecen bien en la población general.

Desde un punto de vista científico, la mayor parte de los términos que entran en el concepto paraguas «envejecer bien» se definen a través de un conjunto de éxitos (comprendido por indicadores de naturaleza biopsicosocial), pero se está lejos de tener un set de componentes e ingredientes compartidos, teniendo en cuenta que algunos autores se focalizan en visiones que consideran perspectivas unidimensionales, es decir, no multidimensionales. En el ámbito de un estudio longitudinal sobre el envejecimiento activo en 2011, se analizó a 458 ancianos (edad media 66,47 años, en un rango de edad de 55 a 75 años). Con el fin de probar la estructura interna conceptual del envejecimiento positivo, se han considerado variables de éxito: salud percibida objetivamente (número de enfermedades diagnosticadas, número de fármacos ingeridos), salud percibida subjetivamente (3 preguntas relativas a la evaluación de la propia salud), *fitness* físico objetivo (equilibrio estático y dinámico y *body mass index* [en español, IMC]) y *fitness* subjetivo (autoevaluación de la fuerza, la resistencia y la flexibilidad), funcionamiento cognitivo (evaluado a través de diversos test neuropsicológicos y a través del test MMSE), afecto (evaluado subjetivamente a través del nivel de satisfacción de la propia vida, comparación entre afectos diversos, el equilibrio emotivo) y la actividad (medida a través de la frecuencia de la actividad productiva y la actividad de diversión).

En cuanto a la prevalencia del envejecimiento positivo, existen diferencias según si se utilizan parámetros objetivos o subjetivos. Cuando los índices se basan en medidas objetivas, la frecuencia varía del 63,5 al 18,6%, mientras que si se basan en medidas subjetivas la prevalencia fluctúa entre el 41,4 y el 15,5%. Medidas combinadas de variables objetivas y subjetivas llevan a porcentajes del 41,4 al 15,5%. Un análisis factorial explorativo revela una estructura de 5 factores independientes de envejecimiento positivo con una varianza explicada igual del 53,73%. Los factores considerados son: la salud, la actividad, el afecto y el *fitness*. El factor más importante es la salud, que explica el 21% de la varianza. El segundo factor es la cognición, que explica un 10,98% de la varianza, e indica que la habilidad cognitiva no solo predice una larga vida, éxito en la formación e instrucción y en el ámbito laboral, sino que también es útil en el proceso de adaptación durante el envejecimiento. El tercer factor es la actividad, que explica el 7,59% de la varianza. El cuarto factor es el afecto, que explica el 9,2% de la varianza y el quinto factor es el *fitness* que explica el 6,7% de la varianza. El análisis factorial no distingue entre 2 conceptos independientes de envejecimiento activo: objetivo y subjetivo. Por ejemplo, en cuanto la dimensión subjetiva está presente en diversos dominios, entre ellos la salud y el *fitness*.

En resumen, el trabajo del 2011^{6,7} apoya una visión multidimensional del envejecimiento positivo y la importancia de combinar medidas objetivas y subjetivas.

Cuarta parte: determinantes, definiciones y estrategias para el envejecimiento de éxito

Los determinantes comportamentales del envejecimiento saludable según un enfoque que tiene en cuenta los aspectos objetivos y subjetivos

A partir de los años 90, y todavía recientemente, se han propuesto diversas teorías sobre el envejecimiento saludable y exitoso. La primera de estas teorías fue desarrollada por Peel et al. en 2005, quienes se centraron en el concepto de envejecimiento saludable partiendo de los estudios que han analizado de forma longitudinal el envejecimiento de personas mayores de 60 años³⁴. Han querido, entre otras cosas, sintetizar los llamados determinantes comportamentales, o aquellas variables vinculadas al estilo de vida, al tipo de alimentación y otros comportamientos que se asocian al envejecimiento saludable. Los autores definen el envejecimiento saludable como un proceso que dura toda la vida, un proceso de optimización de las oportunidades para mejorar y preservar el bienestar físico, social, mental, la salud, la independencia y la calidad de vida para aumentar las interacciones de éxito; equiparándose, en este sentido, a la misma definición de la OMS. Señalan, por lo tanto, la validez de este concepto en el desarrollo y la implementación de políticas de promoción del envejecimiento saludable con el objetivo de promover la calidad y los años de vida sana. Al llevar a cabo una revisión de la literatura para individualizar los determinantes comportamentales del envejecimiento saludable, detectan que un mayor número de estudios se han centrado en los factores que llevan al declive funcional, y un menor número de trabajos se ha focalizado en las personas que envejecen bien. Los predictores que derivan de forma predominante de la literatura que se focaliza en las enfermedades y deficiencias no son los mejores para explorar el envejecimiento saludable, lo que tiene como consecuencia reducir la posibilidad de información.

Las investigaciones sobre los factores extrínsecos determinantes se han focalizado en los factores de riesgo. Como el uso del tabaco, dieta inadecuada, reducida actividad física y el abuso de alcohol, que según la OMS explican casi un tercio de todas las enfermedades crónicas². Por lo tanto, los autores han llevado a cabo un análisis sistemático de la literatura relativa a los estudios longitudinales que analizan las relaciones entre dichos factores comportamentales y la salud en la población anciana³³.

Entre los criterios de selección de los artículos, se ha hecho referencia al uso de términos de envejecimiento de éxito o envejecimiento saludable como palabras clave. Se han encontrado 341 artículos, pero de estos, solo 8 trabajos satisfacen el criterio preestablecido: estudios longitudinales sobre la relación entre factores de riesgo comportamental de base, y el sucesivo envejecimiento saludable en cohortes de personas con al menos 60 años de edad en el momento de la evaluación sucesiva. En general, del número total de artículos, solo 8 se tienen en consideración y, de estos, 7 han sido desarrollados en los EE. UU. y solo uno en Europa. Los determinantes del envejecimiento saludable han sido categorizados en factores demográficos, médicos, comportamentales y psicológicos. En cuanto a los determinantes comportamentales han surgido:

1. El tabaco: ser o no fumador se asocia a un mayor nivel de salud. Para todos aquellos que han fumado anteriormente, un estudio identifica un periodo de abstinencia de al menos 15 años para predecir un envejecimiento sano. Un reducido consumo de cigarrillos (menos de 30 o 40 paquetes al año) era un predictor de mejor salud.
2. El consumo de alcohol (en cuanto a esta variable, existen diferencias entre los diversos estudios). En un estudio, se afirma que los que consumen menos de 60 copas al mes tienen una mayor

probabilidad de envejecer de forma sana. En algunos casos este dato no estaba separado de la dieta.

3. La actividad física: un elevado nivel de actividad física estaba asociado con el envejecimiento sano. Ejemplos de ejercicio eran caminar varias veces por semana, realizar actividades de jardinería, hacer ejercicio frecuente y vigoroso y consumir al menos 500 calorías a la semana.
4. La obesidad: medida ya sea como peso, ya sea como *body mass index* (IMC). No tener sobrepeso predice el envejecimiento sano.
5. La dieta. En la muestra japonesa, una reducida ingesta de comida se asocia al envejecimiento sano, mientras que en la dieta mediterránea, una reducida ingesta de alimentos no se asocia al estado de salud en la muestra europea.

Se han evidenciado factores combinados: por ejemplo, las personas que habían fumado hace mucho tiempo y practicaban mucha actividad física tenían una probabilidad 2 veces y media mayor de envejecimiento saludable.

Resumiendo, los determinantes por los cuales existe una asociación con el envejecimiento saludable son el no fumar, ser físicamente activo, mantener el peso en un rango normal, y un moderado consumo de alcohol. Combinar la elevada actividad física con el hecho de no fumar aumenta la probabilidad de un envejecimiento saludable. Los efectos de la dieta son menos claros en estos estudios. Según los autores, los datos del estudio deberían estimular intervenciones destinadas a influir sobre las variables comportamentales que se ha demostrado que influyen en el envejecimiento saludable y deberían dirigirse a los jóvenes o las personas de media edad. En cuanto a las intervenciones dirigidas a las personas mayores, podrían influir positivamente sobre la salud y apoyar el lema «nunca es demasiado tarde».

Definiciones y predictores de envejecimiento

Un segundo análisis de la literatura sobre el envejecimiento sano fue llevado a cabo por Deep y Jeste en 2006, con el objetivo de sintetizar las definiciones presentes en la literatura con respecto a este constructo y los predictores de envejecimiento sano³⁴.

Partiendo de la base de que no existe un acuerdo sobre la definición, y a pesar de la necesidad de un consenso para facilitar las intervenciones dirigidas a promover formas de envejecimiento activo, los autores han querido indagar en las definiciones presentes en los artículos que evalúan la frecuencia de envejecimiento sano en la población anciana.

Además del modelo de Rowe y Kahn que se centra en la reducción del riesgo de enfermedad y discapacidad, en el mantenimiento de un elevado nivel de funcionamiento y en la participación social, otros modelos se centran y buscan describir los componentes esenciales de una definición de envejecimiento activo¹⁰. Estos autores se preguntan si el envejecimiento debe ser definido objetivamente por los otros o subjetivamente por las mismas personas mayores. Los autores se plantean, además, el objetivo de examinar el envejecimiento activo como variable dependiente y evaluar los factores que influyen³⁵. Además, categorizan y examinan la frecuencia de varios componentes utilizados en las definiciones. Después de haber llevado a cabo una revisión bibliográfica, identifican 407 artículos que hablan de envejecimiento con éxito, 490 artículos que hablan de envejecimiento sano, 12 artículos que tratan del envejecimiento productivo y solo un artículo sobre envejecer bien o envejecimiento robusto. Después de haberlos evaluado según los criterios preestablecidos (informar datos cuantitativos sobre una población de personas con al menos 60 años; utilizar una definición de envejecimiento de éxito como variable continua o categorial), identifican 28 artículos que cumplen estos criterios.

En estos 28 artículos se presentan 29 definiciones, ya que un artículo propone 2 definiciones, por lo que cabe destacar la gran

variedad de definiciones existente en la literatura. En cuanto a las definiciones, los autores categorizan los componentes de las definiciones en 10 dominios diversos, cada cual medido de forma variable, desde la autoevaluación hasta los indicadores externos. El componente más frecuente está representado por discapacidad o funcionamiento físico (indicado en 26 de los 29 estudios), normalmente medidos mediante la autodescripción de las actividades de la vida cotidiana o indicadores de rendimiento (por ejemplo la fuerza de agarre o la capacidad de caminar). El segundo componente es el funcionamiento cognitivo (indicado en 13 de las 29 definiciones), medido con instrumentos de evaluación o de *screening* cognitivo como el MMSE o con medidas autoinformadas³⁴.

El funcionamiento social y productivo está indicado en 8 de las 29 definiciones y la satisfacción respecto a la propia vida en 9. Respecto a los predictores del envejecimiento activo, los autores analizan el peso que en cada uno de los artículos se reconoce a las diversas variables predictivas y, según esto, distinguen 3 categorías de predictores: fuertes, moderados y limitados. Los predictores fuertes son aquellos que muestran una elevada asociación con el envejecimiento sano y entre estos, el principal predictor es la edad (ser mayor de 60 años), encontrado en 13 de los 15 estudios; el segundo es la salud, entendida como ausencia de enfermedades, entre las cuales destacan la artritis (3 de 4 estudios), problemas de audición (4 de 4 estudios), mejores habilidades en la vida cotidiana (5 de los 5 estudios) y el hecho de no fumar (9 de 12 estudios)³⁴.

Después son enumerados los predictores moderados que tienen una menor relevancia que los anteriores. Entre ellos destaca el nivel de ejercicio físico (6 de 10 estudios), reducida presión sistólica (2 de 4 estudios), un menor número de condiciones clínicas (4 de 7 estudios), funcionamiento cognitivo global (5 de 7 estudios) y ausencia de depresión. Se consideran predictores limitados aquellos que tienen menos peso, entre los que destaca el rol de un mayor ingreso económico (4 de 9 estudios), un mejor nivel de instrucción (4 de los 9 estudios), matrimonio (1 de 10 estudios) y el pertenecer a la etnia blanca (2 de 7 estudios). Además, el género no resulta predictor³⁵.

Harmell et al. (2014): las estrategias para el envejecimiento con éxito

Recientemente se ha realizado otro análisis de la literatura sobre las estrategias del envejecimiento de éxito llevada a cabo por Harmell et al. (2014), refiriéndose tanto a ancianos con trastornos psiquiátricos como a ancianos sin ellos³⁶.

Los autores señalan que diversas enfermedades psiquiátricas tienden a acelerar el envejecimiento, por ejemplo, la esquizofrenia o los trastornos bipolares^{37,38}. En cuanto a los determinantes y las definiciones de envejecimiento con éxito, no existe todavía un total acuerdo. Existen datos crecientes de que la enfermedad psiquiátrica influye directamente sobre las trayectorias biológicas del envejecimiento y reduce el efecto de los factores psicológicos asociados a los estilos de vida y socioambientales que, al mismo tiempo, parecen contener el riesgo de morbimortalidad. Conscientes de que no hay una definición compartida de envejecimiento con éxito, los autores definen las estrategias que lo posibilitan como características potencialmente modificables, o intervenciones que tiene el objetivo de aumentar el funcionamiento de los ancianos que envejecen normalmente. Los autores se centran en la actividad física, intervenciones de estimulación cognitiva, intervenciones alimenticias y de control de la dieta. En cuanto a la actividad física, informan que esta reduce el riesgo de desarrollar trastornos asociados con el envejecimiento, como trastornos cardiovasculares, metabólicos y osteoartritis.

Según las directrices del American College of Sport Medicine, al menos 150 min semanales de actividad física moderada (30 min diarios durante 5 días) son útiles para obtener beneficios³⁹. Brown

et al. en 2013 destacan un enlace entre el nivel más elevado de actividad física y el menor declive cognitivo o el aumento del funcionamiento cognitivo en dominios como la memoria verbal, las funciones ejecutivas, la atención y la cognición global⁴⁰. Un estudio con 1.324 casos informa sobre el mayor efecto del ejercicio moderado respecto al ligero, por una parte, y al vigoroso, por otra, para reducir el riesgo del deterioro cognitivo ligero⁴¹.

Diversos estudios aleatorizados han aumentado la actividad física en los ancianos con resultados alentadores. Por ejemplo Erickson et al. (2011) comparan a ancianos sedentarios sin demencia en un programa en el que se debe caminar con otros ancianos que hacen solo estiramientos⁴². El grupo que camina muestra resultados positivos, incluyendo un aumento de la capacidad cardiovascular, en la memoria de trabajo y un aumento del factor neurotrófico derivado del cerebro. En cuanto a las intervenciones sobre la habilidad cognitiva, existen indicaciones de que las actividades de estimulación cognitiva ralentizan el proceso de declive.

En consecuencia, muchos ancianos están siendo alentados para desarrollar cotidianamente actividades de estimulación cognitiva como crucigramas o juegos de cartas. Existen evidencias que señalan que una participación frecuente en actividades de estimulación cognitiva por al menos 6 h a la semana reduce el riesgo de incidencia de la demencia⁴³. Las investigaciones han indicado que participar en estas actividades puede ser eficaz para alterar la velocidad del declive cognitivo en personas que han sido diagnosticadas de demencia⁴⁴. Reijnder et al. en 2013, en una revisión sistemática realizada con 21 estudios que evaluaban la eficacia de intervenciones cognitivas, han concluido que las intervenciones de rehabilitación cognitiva pueden ser eficaces para mejorar diversos aspectos del funcionamiento cognitivo objetivo como la memoria, las funciones ejecutivas, la velocidad de elaboración, la atención, la inteligencia fluida y la percepción subjetiva del rendimiento cognitivo⁴⁵.

Por lo que concierne a la dieta y los estilos de alimentación, se ha estudiado en animales los efectos de la restricción calórica, asociada a la longevidad en ratas, en menor medida en monos y aún en menor medida en el hombre^{46,47}.

Existen algunas evidencias que afirman que la obesidad está asociada a un elevado riesgo de demencia en los individuos estudiados de forma longitudinal, y está asociada a discapacidades cognitivas en los trastornos bipolares y en la esquizofrenia⁴⁸. Integradores alimenticios como la vitamina D y el ginkgo biloba no muestran beneficios para las habilidades cognitivas^{48,49}. La dieta mediterránea está asociada a una reducción de la tasa de depresión y a un menor riesgo de declive cognitivo^{50,51}.

Harmell et al. (2014) discuten también sobre el rol que juegan intervenciones alternativas que pueden tener un efecto complementario como el yoga y la meditación, y los estudios que ponen de relieve la influencia de aspectos psicológicos como la resiliencia y el altruismo³⁶. Moliver et al., en 2011, en un estudio observacional con 211 mujeres de 45 a 80 años de edad, practicantes de yoga, han identificado que un aumento de la experiencia con esta disciplina predice un nivel más elevado de comportamientos psicológicos positivos, mejora de las habilidades mentales, vitalidad subjetiva y trascendencia (sentimiento de estar en unión con lo que nos rodea y con la comunidad)⁵². Los mismos autores han revelado también que, al aumentar la frecuencia de la práctica de yoga, aumenta el bienestar psicológico. En cuanto a la meditación, un estudio de Prakash et al., en 2012, ha comparado la ejecución cognitiva entre personas que meditan desde hace al menos 10 años y personas que no lo han hecho nunca, y encuentran que los primeros tienen un mejor rendimiento en medidas de atención, velocidad de elaboración, en la capacidad de mover la atención de un ejercicio a otro y en pruebas que implican la presencia de distractores⁵³.

Diversos estudios han indicado también un rol importante de la red social y de la participación en actividades sociales⁵⁴⁻⁵⁶. Además, otros estudios se han centrado en el rol de las variables psicológicas

de las cuales emerge el rol de la resiliencia⁵⁷, de la adaptación a la discapacidad⁵⁸, del optimismo⁵⁹, de la sabiduría⁶⁰, del altruismo y de la compasión⁶¹, todas las variables psicológicas asociadas con una buena adaptación en los ancianos y un buen nivel de bienestar.

Quinta parte: de las críticas al modelo de Rowe e Kahn y hacia nuevos modelos

El enfoque crítico de Katz y Calasanti (2014)

Recientemente, Katz y Calasanti analizan de forma crítica el concepto de envejecimiento de éxito, ilustrando los límites⁶².

Katz y Calasanti reconocen que el concepto de envejecimiento con éxito se ha difundido a lo largo de los últimos 50 años y ha cristalizado sobre todo gracias a los estudios de Rowe y Kahn. Se han asumido con rapidez los términos «gemelos» como «productive ageing», «positive ageing», «optimal ageing», «effective ageing», «independent ageing» y «healthy ageing». Aun cuando este concepto haya sido una de las principales ideas de éxito de la gerontología y haya representado un enfoque optimista para medir la satisfacción de la vida y un enfrentamiento contra el edadismo tradicional basado en el declive, este modelo presenta, según Katz y Calasanti, numerosas limitaciones empíricas y metodológicas, y también en lo referido a las asunciones teóricas sobre la idea de la elección individual y de los estilos de vida, o la reducida atención que se ha dirigido a la desigualdad social, a las diferentes posibilidades de acceder a los servicios sanitarios y con relación a aspectos relacionados con la edad⁶².

En cuanto a los límites metodológicos, están particularmente relacionados con la inconsistencia entre los estudios respecto a la conceptualización del envejecimiento de éxito, de su medida. Por ejemplo el trabajo de Deep y Jeste de 2006, identificaba 29 definiciones en 28 estudios, entre las cuales la mayor parte, pero no todas, hablaban de discapacidad o funcionamiento físico³⁴. Según Katz y Calasanti esta variabilidad representa una limitación en las investigaciones sobre el envejecimiento activo y con éxito. A menudo, los investigadores responden a estas limitaciones extendiendo y adaptando los criterios para definir el envejecimiento activo de manera alternativa⁶².

Por ejemplo Baltes y Baltes (1990)²⁰ con el modelo SOC, se centran en el modo en el que las personas que envejecen compensan pérdidas y limitaciones. Estos aspectos ponen en evidencia elementos críticos del modelo de Rowe y Kahn, los cuales no han considerado el lado subjetivo del envejecimiento con éxito (o qué es el envejecimiento con éxito), y qué representa para las personas. Aspectos que, sin embargo, han sido afrontados por otros estudios que se han centrado en la descripción cualitativa y en la autoevaluación⁶³.

Dillaway y Byrnes (2009) señalan que los modelos del envejecimiento activo parecen definir el éxito como un resultado en un juego que la persona gana o pierde a partir del hecho de que se haya identificado como individuo con envejecimiento activo o con éxito, sin considerar que la vida es vivida como un proceso subjetivo en el curso del tiempo y a través de diversidad de contextos y relaciones⁶⁴. Cuando se tienen en consideración a los interesados directos, emerge que la discapacidad o las patologías no se perciben necesariamente como una forma de «envejecimiento no exitoso» ni el envejecimiento activo es vivido como una precondition para vivir bien, y es por este motivo que otros investigadores han introducido conceptos como el Coping u otras estrategias (Van Wagenen y colaboradores, 2013)⁶⁵. La continua discrepancia entre criterios objetivos, la experiencia del individuo y las definiciones construidas por los mismos individuos en referencia al envejecimiento con éxito han llevado a los investigadores a la necesidad de tener en cuenta dimensiones subjetivas y objetivas simultáneamente, por lo

que algunas personas tendrán un envejecimiento activo para ambas dimensiones, para una sola o para ninguna de ellas.

Otro tema implicado sería el de las elecciones individuales y los estilos de vida, indicados por los mismos Rowe y Kahn en 1998¹⁹ como responsabilidad de la persona, consecuencia de un deseo, una planificación y un trabajo finalizado para alcanzar el envejecimiento activo. Según Katz y Calasanti, la elección individual también está condicionada y definida socialmente⁶². Basándose en Max Weber (1922)⁶⁶, afirman que la posibilidad de mantener un estilo de vida está normalmente condicionado por la economía, que influye en las elecciones individuales, las ganancias, las diferencias de género que a su vez influye en el rédito y la posibilidad de obtener recursos y estructuras para garantizar la salud. En este sentido, los autores citan también a White Riley (1994)²¹ que planteaba críticas al modelo de Rowe y Kahn¹⁹ por no haber considerado el rol del ambiente y de la estructura social como influencia de los cambios de la vida. Katz y Calasanti (2014)⁶² reconocen que el modelo de Rowe y Kahn¹⁹ tenía como objetivo combatir algunos mitos relacionados con el envejecimiento, en particular, aquellos basados en la idea del declive. Pese a ello mantiene la idea de que el envejecimiento con éxito esté relacionado en exclusiva con minimizar el declive de la salud física y cognitiva o en las relaciones sociales y no tiene en gran consideración las fuerzas sociales que influyen en el éxito, ni las definiciones sociales del mismo éxito. Con este objetivo los autores proponen analizar nuevas visiones del envejecimiento que sean mayormente holísticas y que tengan en cuenta enfoques socioculturales más universales respecto a la visión precisa de los occidentales del concepto de envejecimiento de éxito, y citan por ejemplo una nueva visión del envejecimiento denominada «envejecimiento armonioso» de Liang y Luo (2012)¹¹.

Otros estudios han modificado el marco dentro del cual definir el éxito, centrándose en la evaluación subjetiva y forjando un punto de partida para construir concepciones alternativas que valoran la vejez como un periodo cualitativamente diferente de la media edad y otras fases de la vida, más que un periodo de la vida definido solo por las pérdidas o la falta de éxito.

Una categorización de las críticas al modelo de Rowe y Kahn

Martinson y Berridge, reconociendo que el concepto de envejecimiento con éxito es un concepto dominante en los estudios sobre envejecimiento, quieren analizar la influencia y las preocupaciones y las críticas dirigidas a dicho concepto desde 1987 en adelante¹². En 2014 estos 2 autores realizaron una síntesis de la literatura de 30 años de búsquedas sobre el modelo de Rowe y Kahn¹⁹, y seleccionaron los artículos que contienen críticas a este modelo. Identificaron 453 artículos que hablan del modelo y 67 que contienen críticas. Dividieron las críticas en 4 grupos:

1. «Añadir y agitar»: 16 artículos reconocen que la idea de envejecimiento con éxito puede representar un modelo, pero identifican diversos límites en los modelos existentes y proponen la siguiente solución: introducir los nuevos criterios para la individualización del envejecimiento con éxito para tener en cuenta la reducida prevalencia indicada a través de los criterios actualmente disponibles, y las diferencias entre evaluación objetiva y subjetiva. Entre los criterios que se pretenden sumar, están incluidas las dimensiones fisiológica, psicológica, social y espiritual.
2. «Las voces silenciadas»: casi la mitad de las críticas se centran en la ausencia de una definición subjetiva del envejecimiento de éxito por parte de los interesados directos, y proponen una modificación relativa para introducir la perspectiva de los ancianos.
3. «Contundencia»: 14 artículos se refieren directamente a la conceptualización y a las aplicaciones de concepto de

envejecimiento de éxito y discuten sobre su uso. En cuanto a las diferencias entre los artículos, podemos decir que comparten algunos puntos sobre los aspectos relativos a la presencia de un enfoque individual que implica edadismo, y el hecho de que este enfoque tenga como consecuencia influencias negativas sobre la sociedad y sobre la experiencia de vida de los ancianos. Además, critican la noción de envejecimiento con éxito y proponen individualizar referencias teóricas alternativas.

4. «Nuevas perspectivas y denominaciones»: 7 artículos rechazan los elementos base del envejecimiento con éxito, critican la noción de envejecimiento activo como un tipo de retrato surrealista de la vejez sin trastorno y sin enfermedad, y reflejan la preocupación sobre el modo en que esta visión irreal pueda contribuir a extender el edadismo e influir negativamente la posibilidad que los ancianos puedan tener para afrontar los cambios asociados a la edad.

Proponen modelos ideales alternativos que se centran en el individuo, de forma mayormente holística respecto a los modelos del envejecimiento de éxito. Estos nuevos modelos deberían tener en cuenta las pérdidas y recoger una visión espiritual y otros aspectos relacionados con el significado personal, la identidad y, a menudo, a través de influencias explícitas de filosofía oriental como el budismo.

Proponen modelos que sean más inclusivos y más universales y que den a todos los individuos la posibilidad de envejecer con dignidad.

Consideradas todas las críticas que se han dirigido al concepto de envejecimiento con éxito, Martinson y Berridge (2014) se preguntan si vale la pena continuar basándose en este concepto¹². Por una parte, reconocen que este concepto ayuda a comprender qué pueden hacer las personas para aumentar la probabilidad de gozar de una buena salud (en sentido amplio) durante el proceso de envejecimiento. Por otra, los autores se preguntan qué precio hay que pagar para que esto suceda, es decir cómo una idea normativa que no tiene en cuenta las más amplias condiciones sociales y no tiene en cuenta a la mayor parte de las personas ancianas del mundo puede ayudarnos a apoyar y sostener a las personas que envejecen. Un lado positivo del concepto de envejecimiento activo es el número de investigaciones que se han generado y que, incluso, han recibido financiación, pero que podrían hacer difícil abandonar dicha visión. Todavía, según los autores, hay que preguntarse por qué este modelo ha recibido tanta atención a pesar del caos conceptual respecto a las definiciones y a sus aplicaciones. Quizá exista una influencia relacionada con la relación entre este modelo y los valores predominantes de la clase media, en la fase media de la vida, valores predominantes y fuertemente enraizados y su unión con la cultura occidental.

Parafraseando a Tornstam (1992)⁶⁷, los autores afirman que el siguiente paso estará representado por la superación de los confines conceptuales de paradigmas como los del envejecimiento con éxito, que corre el riesgo de ser limitado, superados para consentir a cada persona definir por sí misma sus propias necesidades, valores, significados y también paradigmas de búsqueda. Reconocen también que no existe un modo ideal de ser anciano y, por lo tanto, cualquier intento de construir un modelo ideal corre el riesgo de ser imperfecto. Los modelos ideales presuponen que exista un acuerdo sobre los elementos que los construyen.

La síntesis de la literatura sobre las críticas dirigidas al modelo de Rowe y Kahn (1989, 1997)^{19,22} subraya que cualquier intento corre el riesgo no solo de ser inútil sino también de ser destructivo, con el riesgo de reducir el valor de la diversidad y de todos aquellos que están fuera de los parámetros predefinidos. Según los autores, ha llegado el momento de ir más allá del concepto de envejecimiento con éxito y ampliar los paradigmas a modelos ideales en los que

se creen condiciones a través de las cuales las personas puedan envejecer como deseen¹².

Conclusiones

En este trabajo nos hemos encargado de analizar y describir la literatura sobre el envejecimiento activo y con éxito. El desarrollo de estos modelos incluye una toma de conciencia a nivel mundial del progresivo envejecimiento de la población, y de la necesidad de difundir intervenciones dirigidas a promover un envejecimiento sano y una buena calidad de vida de las mismas personas que están envejeciendo.

De los modelos puramente descriptivos se ha pasado a los modelos procesuales que analizan los predictores, las variables de medida y las estrategias útiles para promover un envejecimiento sano y activo. El modelo de Rowe y Kahn (1987, 1998)^{18,19} ha sido central tanto en cuanto modelo de referencia como en cuanto objeto de críticas que han llevado a la formulación de nuevos modelos. Es un punto fuerte a partir del que han derivado otros enfoques y que se han utilizado para elaborar y difundir intervenciones de promoción de bienestar.

Después de casi 30 años de estudios, permanecen todavía diversos elementos susceptibles de: el primero, la misma definición de envejecimiento activo y con éxito, pero existen puntos de convergencia. Más allá de las diferentes definiciones y puntos de vista encontrados en la literatura, destaca un punto de encuentro entre la necesidad de superar visiones restringidas y los modelos basados en visiones determinadas cultural y socialmente (y, por lo tanto, no universales sino limitadas a los lugares en los que se han desarrollado), de integrar criterios objetivos con la subjetividad de las personas interesadas y promover modelos de envejecimiento que sean inclusivos y den a todas las personas la misma dignidad de envejecer^{12,62,68,69}.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. World Health Organization. Health and ageing: a discussion paper. Ginebra: World Health Organization; 2002.
2. World Health Organization. Global health and aging. Ginebra: World Health Organization; 2012.
3. Ouwehand C, de Ridder DTD, Bensing JM. A review of successful aging models: Proposing proactive coping as an important additional strategy. *Clin Psychol Rev*. 2007;27:873–84.
4. Pruchno RA, Wilson-Genderson M, Rose M, Cartwright F. Successful aging: Early influences and contemporary characteristics. *Gerontologist*. 2010;50:821–33.
5. Martin P, Kelly N, Kahana B, Kahana E, Willcox BJ, Willcox DC, et al. Defining successful aging: A tangible or elusive concept? *Gerontologist*. 2014;1–12.
6. Fernandez-Ballesteros Garcia R, Zamarron Cassinello MD, Lopez Bravo MD, Molinas Martinez MA, Diez Nicolas J, Montero Lopez P, et al. Successful ageing: Criteria and predictors. *Psych in Spain*. 2011;15:94–101.
7. Fernandez-Ballesteros R. Positive ageing: Objective, subjective and combined outcomes. *Electron J Appl Psychol*. 2011;7:22–30.
8. Fernandez-Ballesteros R, Schettini R, Sanatacreu M, Angeles Molina M. Lay concept of aging well according to age: A reanalysis. *JAGS*. 2012;60:2172–3.
9. Havighurst RJ. Successful aging. *Gerontologist*. 1961;1:8–13.
10. Rowe JW, Kahn RL. Successful aging. New York: Random House; 1988.
11. Liang J, Luo B. Toward a discourse shift in social gerontology: From successful aging to harmonious aging. *J Aging Stud*. 2012;26:327–34.
12. Martinson M, Berridge C. Successful aging and its discontents: A systematic review of the social gerontology literature. *Gerontologist*. 2014;1–12.
13. Cumming E, Henry WE. Growing old: The process of disengagement. New York: Basic Books; 1961.
14. Kahn RL. Guest editorial on «successful aging and well-being: Self-rated compared with Rowe and Kahn. *Gerontologist*. 2002;42:725–6.
15. Kahn RL. Successful aging: Myth and reality. The 2004 Leon and Josephine Lecture. Michigan: University of Michigan School of Social Work; 2004.
16. Reichard S, Livson F, Petersen PG. Aging and personality. New York: John Wiley; 1962.
17. Neugarten BL. Personality and aging process. *Gerontologist*. 1972;12:9–15.

18. Rowe JW, Khan RL. Human aging: Usual and successful. *Science*. 1987;237:143–9.
19. Rowe JW, Kahn RL. Reply to Letter to Editor. *Gerontologist*. 1998;38:151.
20. Baltes PB, Baltes PB. Psychological perspectives on successful (proactive) aging: Selective optimization with compensation. En: Baltes PB, Baltes MM, editores. *Successful aging: Perspective from the behavioural sciences*. New York: Cambridge University Press; 1990.
21. Riley MW, Riley JW. Structural lag: Past and future. En: Riley MW, Kahn RL, Foner A (Eds.). *Age and structural lag*. New York: Wiley; 1994. p. 15–36.
22. Ryff CD. Happiness is everything, or is it? Explorations of the meaning of psychological well-being. *J Pers Soc Psychol*. 1989;57:1069–81.
23. Steverink N, Lindenberg S, Ormel J. Towards understanding successful ageing: Patterned change in resources and goals. *Ageing Soc*. 1998;18:441–67.
24. Heckhausen J, Schulz R. A lifespan theory of control. *Psychol Rev*. 1995;102:284–304.
25. Brandstadter J, Wentura D, Greve W. Adaptive resources of the aging self: Outlines of an emergent perspective. *Int J Behav Dev*. 1993;16:323–49.
26. Wrosch C, Scheier MF, Miller GE, Schulz R, Carver CS. Adaptive self-regulation of unattainable goals: Goal disengagement, goal re-engagement and subjective well-being. *Pers Soc Psychol Bull*. 2003;29:1494–508.
27. Riley MW. Letter to the editor. *Gerontologist*. 1998;38:151.
28. Kahana E, Kahana B. Conceptual and empirical advances in understanding aging well through proactive adaptation. En: Bengtson VL, editor. *Adulthood and aging, research on continuities and discontinuities*. New York: Springer; 1996. p. 18–40.
29. Kahana E, Kahana B. Successful aging among people with HIV/AIDS. *J Clin Epidemiol*. 2001;54:s53–6.
30. World Health Organization. *Healthy ageing*. Ginebra: World Health Organization; 1990.
31. Paulson D, Bowen ME, Lichtenberg PA. Successful aging and longevity in older old women: The role of depression and cognition. *J Aging Res*. 2012.
32. Lher U. Socio-Psychological correlates of longevity. *Annu Rev Gerontol Geriatr*. 1982;3:102–47.
33. Siegrist J, Wahrendorf M. Quality of work, health, and retirement. *Lancet*. 2004;374:1872–3.
34. Peel NM, Mc Clure RJ, Bartlett HP. Behavioural determinants of health ageing. *Am J Prev Med*. 2005;28:298–304.
35. Depp CA, Jeste DV. Definitions and predictors of successful ageing: A comprehensive review of larger quantitative studies. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2006;14:6–20.
36. Harmell AL, Jeste D, Deep C. Strategies for successful aging: A research update. *Curr Psych Rep*. 2014;16:476–82.
37. Kirkpatrick B, Messias E, Harvey PD, Fernandez-Egea E, Bowie CR. Is schizophrenia a syndrome of accelerated aging? *Schizophr Bull*. 2008;34:1024–32.
38. Chang CK, Hayes RD, Perera G, Broadbent MT, Fernandes AC, Lee WE. Life expectancy at birth for people with serious mental illness and other major disorders from a secondary mental health care case register in London. *Plos One*. 2011;6:e19590.
39. Chodzko-Zaiko WJ, Proctor DN, Fatarone Singh MA, Minson CT, Nigg CR, Salem GJ. American College of Sport Medicine position stand. Exercise and physical activity for older adults. *Med Sci Sport Exerc*. 2009;41:1510–30.
40. Brown BM, Peiffer JJ, Martins RN. Multiple effects of physical activity on molecular and cognitive signs of brain aging: Can exercise slow neurodegeneration and delay's Alzheimer disease? *Mol Psychiatry*. 2013;18:864–74.
41. Geda YE, Roberts RO, Knopman DS, Chrisrianson TJ, Pankrats VS, Ivnik RJ. Physical exercise, aging and mild cognitive impairment: A population-base study. *Arch Neurol*. 2010;67:80–6.
42. Erickson KI, Voss MW, Prakash RS, Basak C, Szabo A, Chaddock L, et al. Exercise training increase size of hippocampus and improves memory. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2001;108:3017–22.
43. Hughes TF, Chang CC, Vander Bilt J, Ganguli M. Engagement in reading and hobbies and risk of incident dementia: The MoVIES project. *Am J Alzheimers Dis Other Dement*. 2010;25:432–8.
44. Pillai JA, Hall CB, Dickson DW, Buschke H, Lipton RB, Verghese J. Association of crossword puzzle participation with memory decline in persons who develop dementia. *J Int Neuropsychol Soc*. 2011;17:1006–13.
45. Reijnders J, van Heugten C, van Boxtel M. Cognitive interventions in healthy older adults and people with mild cognitive impairment: A systematic review. *Ageing Res Rev*. 2013;12:263–75.
46. Piper MD, Partridge L, Raubenheimer D, Simpson SJ. Dietary restriction and aging: A unifying perspective. *Cell Metab*. 2011;14:154–60.
47. Imayana I, Ulrich CM, Alfano CM, Wang C, Xiao L, Wener MH. Effects of a caloric restriction with loss diet and exercise on inflammatory biomarkers in overweight/obese postmenopausal women: A randomized controlled trial. *Cancer Res*. 2012;72:2314–6.
48. Deep CA, Strassing M, Mausbach BT, Bowie CR, Wolyniec P, Thornquist MH. Association of obesity and treated hypertension and diabetes with cognitive ability in bipolar disorder and schizophrenia. *Bipolar Disord*. 2014.
49. Vellas B, Coley N, Ousset PJ, Berrut G, Dartigues JF, Dubois B. Long term use of a standardised ginkgo biloba extract for the prevention of Alzheimer's disease (guide age): A randomised placebo-controlled trial. *Lancet Neurol*. 2012;11:851–9.
50. Sanchez-Villegas A, Delgado-Rodriguez M, Alonso A, Schlatter J, Lahortiga F, Majem LS. Association of the Mediterranean dietary pattern with the incidence of depression: The Seguimiento Universidad de Navarra (SUN) color. *Arch Gen Psychiatry*. 2009;66:1090–8.
51. Scarmeas N, Stern Y, Mayeux R, Manly JJ, Schupf N, Luchsinger JA. Mediterranean diet and mild cognitive impairment. *Arch Neurol*. 2009;66:216–25.
52. Moliver N, Mika E, Chartrand M, Haussman R, Khalsa S. Yoga experience as a predictor of psychological wellness in women over 45 years. *Int J Yoga*. 2013;6:11–9.
53. Prakash R, Rastogi P, Dubey I, Abhishel P, Chaudhury S, Small BJ. Long term concentrative meditation and cognitive performance among older adults. *Neuropsychol Dev Cogn B Aging Neuropsychol Cogn*. 2012;19:479–94.
54. Cherry KE, Walker EJ, Brown JS, Volaufosa J, Lamotte LR, Welsh DA. Social engagement and health in younger, older, and oldest-old adults in the Louisiana Healthy Aging Study (LHAS). *J Appl Gerontol*. 2013;32:51–75.
55. Ellwardt L, van Tilburg TG, Aartsen MJ. The mix matters: Complex personal networks relate to higher cognitive functioning in old age. *Soc Sci Med*. 2014;9:00294–9.
56. Masi CM, Chen HY, Hawkey LC, Cacioppo JT. A meta-analysis of interventions to reduce loneliness. *Pers Soc Psychol Rev*. 2011;15:219–66.
57. Jeste DV, Savla GN, Thompson WK, Vahia IV, Glorioso DK, Palmer BW. Association between older age and more successful aging: Critical role of resilience and depression. *Am J Psychiatry*. 2013;170:188–96.
58. Baltes PB, Baltes MM. *Successful aging: Perspectives from the behavioural sciences*. Cambridge: Cambridge University Press; 1993.
59. Engberg H, Jeune B, Andersen-Ranberg K, Martinussen T, Vaupel JW, Christensen K. Optimism and survival: Does and optimistic outlook predict better survival at advanced ages? A twelve-year follow-up of Danish nonagenarians. *Aging Clin Exp Res*. 2013;25:517–25.
60. Bangen KJ, Meeks TW, Jeste DV. Defining and assessing wisdom: A review of literature. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2013;21:1254–66.
61. Moore RC, Moore DJ, Thompson W, Vahia IV, Grant I, Jeste DV. A case-controlled study of successful aging in older adults with HIV. *J Clin Psychiatry*. 2013;74:e417.
62. Katz S, Calasanti T. Critical perspectives on successful aging: Does it “appeal more than it illuminates”? *Gerontologist*. 2015;55:26–33, <http://dx.doi.org/10.1093/geront/gnu027>. Epub 2014 Apr 18.
63. Torres S, Hammarstrom G. Successful aging as an oxymoron: Older people – with and without home-help care – talk about what aging well means to them. *Int J Ageing and Later Life*. 2009;4:23–54.
64. Dillaway HD, Byrnes M. Reconsidering successful aging: A call for renewed and expanded academic critiques and conceptualizations. *Journal of Applied Gerontology*. 2009;28:702–22.
65. Van Wagenen A, Driskell J, Bradford J. I'm still raring to go': Successful aging among lesbian, gay, bisexual and transgender older adults. *J Aging Stud*. 2013;27:1–14.
66. Weber M. Classes, status group and partie. En: Runciman WG, editor. *Weber: Selection in translation*. Cambridge: Cambridge University Press; 1922. p. 43–56.
67. Tornstam L. The Quo vadis of gerontology: On the scientific paradigm of gerontology. *Gerontologist*. 1992;32:318–26.
68. Cosco TD, Prina AM, Perales J, Stephan BC, Brayne C. Lay perspectives of successful ageing: A systematic review and meta-ethnography. *BMJ, Open*. 2013.
69. Cosco TD, Prina AM, Perales J, Stephan BC, Brayne C. Whose “successful ageing”? Lay and research-driven conceptualisations of ageing well. *Eur J Psychiatry*. 2014;28:124–30.