

## ESCALA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO ACTIVE AGING SCALE ESCALA DE ENVELHECIMENTO ATIVO

Juan Carlos MARTÍN QUINTANA\*, Pedro Francisco ALEMÁN RAMOS\* &  
Regina CASTELLANO DÍAZ\*\*

\* Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, \*\*Universidad de La Laguna

Fecha de recepción: 02.XII.2020

Fecha de revisión: 15.XII.2020

Fecha de aceptación date: 27.XII.2020

### **PALABRAS CLAVE:**

envejecimiento  
activo;  
evaluación;  
calidad de vida;  
intervención social;  
integración

**RESUMEN:** Uno de los factores asociados a la Segunda Transición Demográfica es el aumento de las tasas de envejecimiento y de la esperanza de vida en las sociedades desarrolladas (Zaidi & Morgan, 2017). Igualmente, se ha pasado de un concepto tradicional del envejecimiento, basado en personas dependientes, solas o dedicadas al cuidado de los nietos, a una idea de personas activas y comprometidas personal y socialmente. El envejecimiento activo es el proceso para optimizar las oportunidades para la salud, la participación y la seguridad en orden a mejorar la calidad de vida de las personas mayores (OMS, 2002). Ser activos en el envejecimiento tiene como objetivo extender la esperanza de vida y que esta sea saludable y de calidad.

Con esta investigación queremos comprobar la fiabilidad de una escala para evaluar el envejecimiento activo. Participaron 300 personas que realizaban estudios especiales para mayores de 55 años en la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. El 73,3 % eran mujeres y el 25 % hombres, con una media de edad de 70 años (rango 55-87 años). Un 49 % tienen estudios universitarios. Un 37,7 % viven solos y un 37,3 % viven con la pareja. La escala de 23 ítems, tipo Likert de 5 puntos, elaborada ad hoc, se aplicó presencialmente. El Análisis Factorial Exploratorio y Confirmatorio muestra cuatro factores con buenos índices de ajuste (CMIN=1.2; RMESA =.04; CFI=.976; TLI =.964). Estos factores son: Apoyo afectivo y bienestar personal y emocional; Control de la salud y autonomía personal; Seguridad económica y Actitud prosocial. La fiabilidad total de la escala es de .91 y la de cada factor oscila entre .82 a .64. Como conclusión, esta escala permitirá conocer los factores que condicionan el envejecimiento activo y ayudará a realizar un plan de intervención que permita mejorar el bienestar y la calidad de vida de los mayores, así como a promover su integración social.

CONTACTO CON LOS AUTORES

JUAN CARLOS MARTÍN QUINTANA. E-mail: juancarlos.martin@ulpgc.es

<p><b>KEY WORDS:</b> active ageing; assessment; life quality; social intervention; integration</p>	<p><b>ABSTRACT:</b> One of the key factors associated with the Second Demographic Transition is the increase of both old age and life expectancy in developed societies (Zaidi &amp; Morgan, 2017)). Likewise, the former conception of old age used to be referred to dependent people, who were either alone or taking care of their grandchildren, whereas they are now perceived as active people, both personally and socially. Active ageing is the process by which health, social participation and security are optimized in order to improve quality of life in older people (WHO, 2002). The main objective in active ageing is increasing life expectancy, having better health and quality of life.</p> <p>In this research the objective is to test the reliability of a scale to assess active ageing. 300 subjects have partaken, all of them taking part in special courses for older than 55 at the University of Las Palmas de Gran Canaria. 73,3 % were women and 25 % men, average age 70 years (ranged between 55-87 years). 49 % are university graduates. 37,7 % live alone and 37,3 % live with their partner. This scale consists of 23 items, consisting of 5 Likert-type alternatives, made ad-hoc and personally administered. Exploratory and Confirmatory Factor Analysis show 4 factors with a good link index (CMIN=1.47; RMESA =.04; CFI=.976; TLI =.964). These factors are: Affective support and personal and emotional well-being; Health care and autonomy; Economic safety and Prosocial attitude. Total reliability of the scale is .91, and each factor oscilates between .82 and .64. To summarize, this scale will help determine which factors condition active ageing and can help create an intervention plan that will be able to improve well-being and life quality in old people, as well as to promote their social integration.</p>
<p><b>PALAVRAS-CHAVE:</b> envelhecimento ativo; avaliação; qualidade de vida; intervenção social; integração</p>	<p><b>RESUMO:</b> Um dos fatores associados à Segunda Transição Demográfica é o aumento das taxas de envelhecimento e da esperança de vida nas sociedades desenvolvidas (Zaidi &amp; Morgan, 2017). Do mesmo modo, passou-se do conceito tradicional de envelhecimento, associado a pessoas dependentes, sós e dedicadas ao cuidado dos netos, a uma ideia de pessoas ativas e comprometidas pessoal e socialmente. O envelhecimento ativo é o processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança a fim de melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas (OMS, 2002). Ser ativos no envelhecimento tem como objetivo estender a esperança de vida e que esta seja saudável e de qualidade. Com esta investigação pretendemos testar a fiabilidade de uma escala para avaliar o envelhecimento ativo. Participaram 300 pessoas que realizavam estudos especiais para maiores de 55 anos na Universidade de Las Palmas da Grã-Canária. Destes 73,3 % são mulheres e 25 % homens, com uma média de idade de 70 anos (entre os 55-87 anos). 49 % têm estudos universitários. 37,7 % vive só e 37,3 % com companheiro. A escala de 23 itens, tipo Likert de 5 pontos, elaborada ad hoc, foi aplicada presencialmente. A análise fatorial exploratória e confirmatória mostra quatro fatores com bons índices de ajuste (CMIN=1.47; RMESA =.04; CFI=.976; TLI =.964). Estes fatores são: Apoio afetivo e bem-estar pessoal e emocional; Controlo da saúde e autonomia pessoal; Segurança económica e Atitude pró-social. A fiabilidade total da escala é de .91 e cada fator oscila entre .82 e .64. Como conclusão, esta escala permitirá conhecer os fatores que condicionam o envelhecimento ativo e ajudará a realizar um plano de intervenção para permitir a melhoria do bem-estar e qualidade de vida dos idosos, bem como promover sua integração social.</p>

## 1. Introducción

Durante las últimas décadas se ha presenciado un considerable incremento de la proporción mundial de la población con 60 y más años, principalmente en los países desarrollados. Este éxito histórico ha sido resultado de las diferentes políticas públicas puestas en marcha, las cuales han favorecido una serie de condiciones que han propiciado el aumento de la población envejecida. Entre estas condiciones, se podría destacar el aumento de la esperanza de vida. Según el Instituto Nacional de Estadística, en 2018, sitúa la esperanza de vida en los 83,19 años. Los hombres en 80,46 y las mujeres en 85,85 años. Es importante destacar que la brecha de género en cuanto a la esperanza de vida ha disminuido en los últimos años. Actualmente, esta brecha de género a los 65 años es de 4 años en España y de 3,3 años en la Unión Europea, siempre a favor de la mujer. En las proyecciones que se han

realizado sobre la esperanza de vida, en el año 2033, esta aumentaría (82,9 años en los hombres y 87,7 años en las mujeres). España, a nivel mundial, se encuentra entre los países con mayor número de población envejecida y con la característica de estar representada mayormente por mujeres, esto quiere decir que existe una feminización de la vejez (Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 2018). Otra condición importante del aumento de esta población se debe al desarrollo socioeconómico y cultural que ha promovido nuevos estilos de vida, además de verse reducida la mortalidad infantil, la tasa de fecundidad y la natalidad (Nava & Acosta, 2018; Organización Mundial de la Salud, 2015; United Nations, 2017). La preocupación ante esta nueva realidad, ha hecho del envejecimiento un objeto central de estudio a nivel mundial, cuya finalidad es encontrar vías para revertir los efectos negativos derivados del envejecimiento de la población, así como atender

a los retos que plantea, como pueden ser la promoción de la salud del conjunto de la población, mejorar la funcionalidad de las personas mayores, alcanzar una mayor longevidad con la mayor salud posible y reducir los costes sanitarios y sociales derivados (Agudo, 2018; González & de la Fuente, 2014). Todos estos cambios están teniendo importantes consecuencias económicas y sociales pues, entre otras cosas, están poniendo a prueba la capacidad de los sistemas de protección social y la capacidad de las redes de apoyo familiar y social. Además, el fuerte incremento del envejecimiento está teniendo serios efectos en la estructura demográfica, produciéndose una inversión de la pirámide poblacional. Ahora bien, los cambios derivados del envejecimiento de la población deben ser entendidos como oportunidades para plantear nuevos enfoques de intervención y estrategias sostenibles que permitan atender a las diferentes y nuevas realidades, mientras se mejora la calidad de vida de la población, promoviendo un envejecimiento activo.

La vejez siempre ha sido concebida en términos de declive e involución, desde el modelo tradicional o deficitario, generándose estereotipos negativos y actitudes discriminatorias hacia las personas mayores. Las nuevas características físicas y psíquicas de las personas que alcanzan esta etapa, así como su mejor estado de salud, han favorecido la adopción de otra mirada que entiende la vejez en términos de desarrollo y evolución, mediante la que se trata de reducir la prevalencia de patologías y fomentar la participación social y familiar (Parra, 2017). A través de esta nueva visión se promueve el Envejecimiento Activo, enfocando el envejecimiento como un proceso positivo, mediante el que se hacen efectivos los derechos de las personas mayores, a la vez que se cubren sus necesidades, facilitando la participación activa en la comunidad (Organización Mundial de la Salud, 2015). La OMS lo define como el “proceso en que se optimizan las oportunidades de salud, participación y seguridad para mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen” (p. 18). Para ello, deben existir 4 componentes: Salud, Participación, Seguridad y Aprendizaje a lo largo de la vida (Centro Internacional de Longevidad de Brasil, 2015). Se trata de un modelo con una visión holística y multidimensional que promueve el desarrollo individual y social, la autorrealización, la independencia, el crecimiento personal y la participación social donde las personas tienen un papel activo (Novella, 2016). Existen ciertos factores, recogidos por la OMS, que inciden durante todo el proceso de envejecimiento. Por una parte, se encuentran los determinantes intrínsecos a las personas: personales y comportamentales.

Los determinantes personales, referidos a la condición biológica y genética de cada individuo y a aquellas dimensiones que conforman su personalidad. Los determinantes comportamentales, relacionados con los comportamientos individuales y con los estilos de vida (Centro Internacional de Longevidad de Brasil, 2015; Franco, 2017). Por otra parte, están los determinantes externos a las personas: ambientales, sociales, económicos, de los servicios sociales y sanitarios y, por último algunos determinantes transversales. Los determinantes ambientales aluden a la interacción entre las personas y su entorno, y permiten analizar los factores de riesgo y de protección (Franco, 2017). Los determinantes sociales, tienen que ver con las oportunidades de acceso a la educación y al aprendizaje a lo largo de la vida, así como a las redes sociales informales con las que cuenta cada persona. Los determinantes económicos relacionados con la seguridad económica, el nivel de ingresos, el estatus socio-económico y las posibilidades de acceso al mercado laboral (Centro Internacional de Longevidad de Brasil, 2015). Los determinantes relacionados con los servicios sociales y sanitarios, que hacen referencia a la prestación de servicios, a la promoción de la salud a través de la atención primaria y a la prevención de las enfermedades (Ramos, Yordi & Miranda, 2016). Por último, los determinantes transversales que inciden en el resto de determinantes, en la persona y en su contexto. Éstos son la cultura, quien otorga identidad y pertenencia a todas las personas de una misma sociedad y moldea sus formas de vida. El sexo, ya que existe una jerarquía en base al sexo que define quién puede acceder a los bienes y recursos, partiendo de un trato desigual hacia las mujeres.

Hablar de envejecimiento activo no es contrario a que las personas que se encuentran en esta etapa evolutiva, no puedan seguir voluntariamente realizando atención y cuidados de sus nietos o nietas, y por lo tanto, disfrutando de ellos y ellas. Esta es una realidad consustancial al rol de abuelo o abuela. Muchos/as siguen ejerciendo un papel educador en la familia. Por ello, queremos resaltar la Recomendación REC (2006)19 del Comité de Ministros del Consejo de Europa sobre Parentalidad Positiva, en el que se alude al comportamiento parental adecuado (concerniente, relativo y perteneciente a los padres o los parientes, que hacen parte de la descendencia, familia o dinastía), que satisfacen las necesidades básicas de los/las hijos/as. En este sentido, queremos hacer constar la necesidad de que los abuelos y abuelas puedan realizar programas grupales de educación parental que promuevan sus competencias educativas en pro del desarrollo y la educación de

sus nietos y nietas (Martín y Rodrigo, 2013). Tal y como se puede comprobar, es necesario conocer la repercusión de cada uno de los determinantes descritos sobre el proceso de envejecimiento, para aumentar la calidad de vida de la población y aportar beneficios a la sociedad. Además, se podrán plantear nuevas líneas de actuación y estrategias que permitan configurar programas de prevención e intervención orientadas a la promoción del Envejecimiento Activo. Por ello, los objetivos de este artículo son: elaborar una escala en la que se recojan los factores que están relacionados con el envejecimiento activo; analizar la validez de dicha escala de envejecimiento activo y comprobar si la escala discrimina entre los participantes de este estudio.

## 2. Método

### 2.1. Participantes

La muestra está conformada por 300 personas que realizan estudios especiales para mayores de 55 años en la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Del total, el 73,3 % son mujeres y el 25 % son hombres, con una media de edad de 70 años (rango de 55 a 87 años).

En relación a la estructura familiar, el 37,7 % viven en hogares unipersonales, el 37,3 % conforman hogares nucleares simples, es decir, conviven tan solo con su pareja, el 12 % comparten convivencia con su pareja y algún hijo/a y, por último, el 12,9 % informa convivir con alguna otra persona o en una residencia.

De acuerdo al nivel académico, el 49 % ha realizado estudios medios o superiores universitarios, el 24,3 % ha terminado los estudios de bachillerato y el 11 % ha finalizado los estudios primarios.

En cuanto a la situación laboral previa a la jubilación, el 30,7 % informa haber sido asalariado, mientras que el 34,7 % expone haber trabajado solo en casa.

### 2.2. Instrumento

Se ha diseñado ad hoc una Escala de Envejecimiento Activo tomando como referencia los determinantes recogidos por la Organización Mundial de la Salud (2015). Para cada uno de los determinantes se han elaborado entre 5 y 7 indicadores, de los cuales se escogieron los más relevantes para la investigación (Ver tabla 1). Así, se configuró un cuestionario conformado por dos partes. La primera se refiere a los datos sociodemográficos (sexo, edad, estructura familiar, nivel de formación, situación laboral previa a la jubilación y número de horas de sueño durante

la noche). La segunda parte es la Escala de Envejecimiento Activo, la cual contó inicialmente con 37 ítems los cuales después del análisis factorial exploratorio y confirmatorio quedó reducida a 23 ítems claramente interpretables. Es una escala tipo Likert con valores del 1 al 5, escogida por su claridad y facilidad a la hora de ser cumplimentada por la población seleccionada. Las preguntas están orientadas a conocer la frecuencia con la que se realizan las afirmaciones planteadas y los resultados extraídos muestran, por una parte, la importancia de las dimensiones analizadas en el proceso de envejecimiento activo y, por otra parte, la predominancia de unas sobre las otras. Como veremos en el apartado resultados, la escala cuenta con unos óptimos índices de ajuste.

### 2.3. Procedimiento

La selección de la muestra fue directa e intencional, ya que se tenía conocimiento de la existencia del grupo de personas jubiladas que realizaban estudios especiales para mayores de 55 años en la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria y que presentaban el perfil idóneo para la investigación. Estas personas, con un buen nivel educativo, realizan cursos de Peritia et Doctrina, Estudios Canarios, Estudios Europeos, Estudios Africanos y Estudios Latinoamericanos. Estos cursos se llevan realizando desde el curso 1999-2000. En cuanto a la recogida y análisis de los datos, se pueden diferenciar cuatro momentos. En primer lugar, se estableció contacto con los directores de los Programas Formativos Especiales y los delegados de las clases, con la intención de explicarles la forma de proceder para la recogida de datos. En segundo lugar, se distribuyeron los cuestionarios, durante tres días diferentes, con la ayuda de colaboradores que los repartieron y recogieron en las diferentes aulas durante el periodo de descanso. En total se obtuvieron 300 cuestionarios. En tercer lugar, se volcó toda la información de los cuestionarios a una base de datos, la cual facilitó, en último lugar, el análisis de los mismos.

### 2.4. Análisis

Para la validación de la escala se han realizado diferentes análisis estadísticos. En primer lugar, aquellos relacionados para determinar la normalidad de los datos, en segundo lugar, realizar el análisis factorial exploratorio y confirmatorio de la escala, así como la obtención de los índices de ajuste del modelo analizado. En cuarto lugar, los análisis de fiabilidad de la escala y de los factores y por último, comprobar diferencias significativas

entre algunas variables criterios y los factores de la escala.

Para determinar si existe normalidad univariada, se ha analizado la asimetría y curtosis de cada variable observada, donde valores entre +1.00 y -1.00 se considerarán excelentes, mientras que valores inferiores a 1.60, adecuados (George y Mallery, 2003).

Para establecer la estructura factorial de la escala se utilizó la técnica multivariada, modelo de ecuaciones estructurales exploratorio (ESEM), elaborado por Asparouhov y Muthen (2009). Esta técnica de análisis cuenta con una ventaja importante que es la de combinar el análisis factorial exploratorio (AFE) con el análisis factorial confirmatorio (AFC). El ESEM es menos restrictivo que el AFC, es una aproximación similar al AFC, pero donde las saturaciones de los ítems en los factores que “no les corresponden” no se fijan a cero. Por tanto, es menos restrictivo que el AFC, y se ajusta más a la realidad de las medidas en Psicología ya que es habitual que los ítems sean factorialmente complejos y presenten pesos menores, aunque no nulos, en los otros factores.

Además, para el AFE y AFC, se ha utilizado el método de rotación geométrica ortogonal. Para analizar el ajuste del modelo y determinar si este es correcto utilizamos múltiples indicadores (Hu & Bentler, 1995). Kline (2015), sugiere que, como mínimo, se deben informar los siguientes índices: el modelo chi-square que permite evaluar el ajuste general y la discrepancia entre la muestra y las matrices de covarianza ajustadas; el error cuadrático medio de aproximación (RMSEA) (Root Mean Square Error Of Approximation); el índice de ajuste comparativo (CFI) (Comparative Fit Index); la normalización de la diferencia entre la correlación observada y la correlación pronosticada (SRMR) (Standardized Root Mean Square Residual). Para este estudio utilizaremos la razón de chi-cuadrado sobre los grados de libertad (CMIN/DF), ya que solo el dato del chi cuadrado es más sensible al tamaño muestral; el cambio en chi-cuadrado entre los modelos alternativos, (CFI); Tucker Lewis index (TLI) y el error cuadrático medio de aproximación (RMSEA). Los valores de estos estadísticos de bondad del ajuste (CFI) varían por lo general entre 0 y 1. Valores mayores a 0,9 sugieren un ajuste satisfactorio entre las estructuras teóricas y los datos empíricos, y valores de 0,95 o superiores, un ajuste óptimo. El CMIN, con valores inferiores a 2 indica un buen ajuste. El índice RMSEA y SRMR es considerado óptimo cuando sus valores son inferiores a 0,08 y el TLI debe tener valores mayores o iguales a 0,95 (Kline, 2015). Finalmente se realizaron contrastes de medias (ANOVAs) para comprobar si existen diferencias significativas en

los factores obtenidos según algunas de las variables criterio utilizadas en este estudio (sexo, edad y convivencia en el hogar).

### 3. Resultados

Para la validación de esta escala se han calculado los valores descriptivos, (tendencia central y distribución), de las variables que componen la escala. Con respecto a la Asimetría se ha observado que de las 23 variables del cuestionario final, el rango oscila de -1.85 a .992, mientras que la Curtosis, el rango va de -1.4 a 2,9 presentando una buena distribución. Por lo tanto se acepta la hipótesis de normalidad de las variables (Curran et. al., 1996).

Para decidir la estructura factorial se siguieron los criterios descritos en el apartado anterior. En la Tabla 1 se puede observar que la estructura factorial en la que coincide el número de factores con al menos tres ítems significativos en un factor, y que solo sean significativos en uno o dos factores, es la que consta de cuatro factores. Para etiquetar algún concepto como factor debe tener al menos tres variables, aunque según Tabachnick, Fidell y Ullman (2007), un factor con dos variables solo se consideran fiables cuando están altamente correlacionadas con el factor y con pesos factoriales superiores a .70. En nuestro caso, el tercer factor (Seguridad Económica) se retiene con dos ítems porque están altamente correlacionados ( $r > .80$ ), no está correlacionado con otras variables, y porque su interpretación es notablemente significativa y de interés para el estudio (Worthington y Whittaker, 2006)

Respecto a los índices de ajuste, se puede observar que a mayor número de factores, mejor ajuste, aunque lo relevante es que todos los factores cuenten con la fiabilidad óptima y sean interpretables. Asparouhov y Muthen (2009), han observado con puntuaciones continuas que si se añade un factor debe disminuir el índice SRMR (Standardized Root Mean Square Residual) en .001 o menos, que si no fuese así, no merecería la pena mantener la estructura con más factores. En este caso, nos ocurre lo mismo que con la fiabilidad de cada factor, aunque disminuya el valor del SRMS, añadir ese factor no sería interpretable. En este estudio, al ser con variables categóricas se atendió al valor del RMSEA (Root Mean Square Error Of Approximation) y así, a raíz de los datos, podríamos descartar la opción de más de cuatro factores (Ver Tabla 1). Por lo tanto, atendiendo a la discriminación de los factores, al valor de RMSEA y al sentido teórico, se optó por la estructura de 4 factores. Seguidamente se eliminaron los ítems con pesos menores de .30 y los que tenían una diferencia menor de .15 en dos factores, salvo que

por sentido teórico se viera importante mantener el ítem. En este estudio se consideró que el modelo cuenta con un buen ajuste ya que, con la escala

final resultante de 23 ítems, el CMIN=1.2; RMSEA =.04; CFI=.976; TLI =.964 y el SRMR=.054.

**Tabla 1. Número de factores con tres ítems significativos (95 %) en un factor y que no son significativos en más de uno o dos factores e índices de ajuste en función del número de factores en cada extracción.**

Factores	Factor/Ítems	X <sup>2</sup>	gl	RMSEA	90 %	CFI	TLI	SRMR
1	1	967.86	629	.042	.037-.048	.862	.854	.086
2	2	814.41	593	.035	.029-.041	.910	.899	.082
3	3	716.876	558	.031	.024-.037	.935	.923	.073
4	4	651.969	524	.029	.021-.035	.948	.934	.068
5	4	596.292	491	.027	.018-.034	.957	.942	.063
6	5	546.041	459	.025	.015-.033	.965	.949	.057
7	5	497.275	428	.023	.012-.032	.972	.956	.053
8	5	455.572	398	.022	.009-.031	.977	.961	.048
9	5	416.179	369	.021	.003-.030	.981	.965	.045
10	5	385.441	341	.021	.002-.031	.982	.965	.041

Fuente: Elaboración propia.

Como hemos indicado, la solución factorial obtenida estuvo formada por 4 factores, donde los pesos factoriales en sus respectivos factores oscilaron entre .35 y .879 (Ver Tabla 2). El primer factor, “Apoyo afectivo y bienestar personal y

emocional”, determinado por 7 ítems; el segundo factor, “Control de la salud y autonomía personal”, consta de 8 ítems; el tercer factor, “Seguridad económica”, con 2 ítem y el cuarto factor “Actitud prosocial”, formado por 6 ítems.

**Tabla 2: Pesos factoriales de la escala de “Envejecimiento activo”**

Ítems	F1	F2	F3	F4
En qué medida, en estas últimas semanas, Ud. se ha sentido bien y contento/a	<b>0,487</b>	-0,019	0,222	0,182
En qué medida cuenta con personas que se preocupan de lo que le sucede	<b>0,807</b>	0,131	-0,032	-0,169
Se siente satisfecho/a con la manera en que está viviendo su jubilación	<b>0,702</b>	-0,063	0,276	-0,061
Con qué frecuencia realiza actividades o ejercicio físico (caminar, nadar, gimnasia, ciclismo correr, etc.)	0,111	<b>0,409</b>	0,172	0,082
Con qué frecuencia experimenta emociones positivas (esperanza, optimismo, etc.)	<b>0,476</b>	0,101	0,188	0,23
Recibe visitas de sus amigos y familiares	<b>0,879</b>	-0,068	-0,171	0,052
Con qué frecuencia visita a sus familiares y amigos	<b>0,586</b>	0,145	-0,155	0,213

Ítems	F1	F2	F3	F4
En qué medida sigue exactamente las indicaciones del médico acerca del uso de la medicación	-0,01	<b>0,65</b>	0,114	-0,217
En qué medida el transporte que utiliza está disponible, accesible y es adecuado	0,181	<b>0,454</b>	0,094	-0,073
En qué medida se siente solo/a	-0,337	0,012	-0,031	<b>0,419</b>
Está conforme con los ingresos obtenidos mensualmente	-0,035	-0,033	<b>0,853</b>	-0,03
Con qué regularidad acude a las visitas establecidas por el médico	-0,061	<b>0,621</b>	-0,055	-0,201
Con qué frecuencia utiliza el transporte público	-0,268	<b>0,448</b>	-0,119	0,11
En qué medida tiene la posibilidad de hablar con alguien sobre sus problemas	0,193	0,286	-0,093	<b>0,359</b>
En qué medida recibe muestras de amor y afecto	<b>0,5</b>	0,096	0,112	0,222
En qué medida siente que tiene una buena seguridad económica	0,029	0,059	<b>0,801</b>	0,096
En qué medida realiza voluntariado en alguna institución	-0,131	-0,123	-0,038	<b>0,51</b>
Tiene facilidad para desplazarse hasta cualquier lugar (centro de salud, centros recreativos o culturales, supermercado, banco, etc.)	0,147	<b>0,418</b>	0,24	0,048
Con qué frecuencia invita a otras personas a salir para distraerse y disfrutar del tiempo libre	0,229	0,067	0,125	<b>0,546</b>
En qué medida se siente satisfecho/a con su estado de salud	-0,035	0,21	0,229	<b>0,35</b>
En relación a la alimentación, en qué medida mantiene una dieta sana	0,04	<b>0,396</b>	0,17	0,266
En qué medida recibe invitaciones para distraerse y salir con otras personas	0,355	-0,022	0,015	<b>0,699</b>
Siente seguridad yendo solo/a por calle.	0,049	<b>0,601</b>	-0,03	0,133
Fuente: Elaboración propia.				

La consistencia interna de la escala fue estimada mediante el coeficiente alfa ordinal. Los resultados muestran una alta fiabilidad total de la escala (.91), así como de cada una de las cuatro dimensiones: Apoyo afectivo y bienestar personal y emocional (.82); Control de la salud y autonomía personal (.73); Seguridad económica (.81) y Actitud prosocial (.64).

El primer factor, "Apoyo afectivo y bienestar personal y emocional", está relacionado con la percepción de afecto recibido de las personas más cercanas y el sentimiento de bienestar en esta etapa evolutiva. Una puntuación alta en este factor indica una valoración positiva de los aspectos relacionados con su red informal de apoyo, además de sentirse consigo mismas satisfechas tanto personal como emocionalmente. Si la puntuación fuese baja, significa todo lo contrario, es decir, una percepción más negativa de su red informal de apoyo y una menor satisfacción

individual. Los ítems que correlacionan positivamente con este factor son: "En qué medida, en estas últimas semanas, Ud. se ha sentido bien y contento/a"; "En qué medida cuenta con personas que se preocupan de lo que le sucede"; "Se siente satisfecho/a con la manera en que está viviendo su jubilación"; "Con qué frecuencia experimenta emociones positivas (esperanza, optimismo, etc.)"; "Recibe visitas de sus amigos y familiares"; "Con qué frecuencia visita a sus familiares y amigos y en qué medida recibe muestras de amor y afecto".

El segundo factor, "Control de la salud y autonomía personal", relaciona el proceso de envejecimiento activo con conductas afines con el cuidado de la salud y el uso de medios de transportes que facilitan la autonomía personal. Por ello, se incluyen aquellos ítems vinculados a la movilidad y transporte, a la atención sanitaria y otros hábitos saludables. Una puntuación elevada en este factor significa que los participantes, en la etapa de la vejez, han

adoptado estilos de vida saludables favorecedores de un proceso de envejecimiento activo. Sin embargo, una puntuación baja refleja la adopción de un estilo de vida menos saludable de cara a disfrutar de la vejez de forma más positiva. Los ítems que correlacionan positivamente con este factor son: “Con qué frecuencia realiza actividades o ejercicio físico (caminar, nadar, gimnasia, ciclismo correr, etc.)”; “En qué medida sigue exactamente las indicaciones del médico acerca del uso de la medicación”; “En qué medida el transporte que utiliza está disponible, accesible y es adecuado”; “Con qué regularidad acude a las visitas establecidas por el médico”; “Con qué frecuencia utiliza el transporte público”; “Tiene facilidad para desplazarse hasta cualquier lugar (centro de salud, centros recreativos o culturales, supermercado, banco, etc.)”; “En relación a la alimentación, ¿en qué medida mantiene una dieta sana?” y “Siente seguridad yendo solo/a por la calle”.

El tercer factor, “Seguridad Económica”, se relaciona con la percepción que se tiene sobre la situación económica basada fundamentalmente en la seguridad económica por ingresos suficientes y por la satisfacción que le generan los mismos. La satisfacción económica referida es mayor si la puntuación de este factor es alta. Ahora bien, si la puntuación es baja, significa que la satisfacción económica no es positiva. Son dos los ítems correlacionados con el tercer factor: “Está conforme con los ingresos obtenidos mensualmente” y “en qué medida siente que tiene una buena seguridad económica”.

El cuarto factor “Actitud prosocial”, hace referencia a las actitudes de las personas encaminadas a mantener una vida social e implicarse en actividades relacionadas con el voluntariado social. Una puntuación alta refleja una mayor participación en distintas actividades y tareas sociales y culturales, mientras que una puntuación baja indica todo lo contrario, esto es, una menor participación social en actividades desarrolladas en su comunidad o con su familia y amistades.

Los ítems que correlacionan con este factor son: “En qué medida recibe invitaciones para distraerse y salir con otras personas”; “Con qué frecuencia invita a otras personas a salir para distraerse y disfrutar del tiempo libre”; “En qué medida realiza voluntariado en alguna institución”; “En qué medida se siente solo/a”; “En qué medida tiene la posibilidad de hablar con alguien sobre sus problemas” y “En qué medida se siente satisfecho/a con su estado de salud”.

De otra parte, nos interesa conocer si existen diferencias significativas entre los diferentes factores del Envejecimiento Activo. Hay que significar que en el análisis de la variable envejecimiento activo se obtuvo un efecto principal significativo de la dimensión mostrando que existen diferencias significativas entre las variables que componen la misma ( $F(3,290) = 136,78$   $p = .000$ ;  $\eta^2 = .59$ ). Lo cual indica también un tamaño del efecto alto. En la siguiente Tabla 3 se muestran las medias y desviación típica de cada uno de los factores, así como de la puntuación total en Envejecimiento Activo.

**Tabla 3: Medias y desviación típica de cada uno de los factores, así como de la puntuación total en “Envejecimiento activo”**

Factores	$\bar{X}$	$\sigma$
Apoyo afectivo y bienestar personal y emocional	3.94	.65
Control de la salud y autonomía personal	3.88	.59
Seguridad Económica	3.72	.95
Actitud Prosocial	3.22	.64
Total Envejecimiento Activo	3.71	.53

Fuente: Elaboración propia.

Para comprobar si existen diferencias significativas, dos a dos entre todos los factores, se llevó a cabo un análisis de diferencias de medias para muestras relacionadas. Se constatan diferencias significativas entre casi todos los factores. El Apoyo Afectivo y Bienestar Personal y Emocional es mayor que la Seguridad Económica ( $t(289) = 3,85$ ;

$p = .000$ ); y que la Actitud Prosocial ( $t(291) = 18,5$ ;  $p = .000$ ). Sin embargo, no se perciben diferencias significativas entre los factores Apoyo Afectivo y Bienestar Personal y Emocional y Control de la salud y autonomía personal.

De otra parte, el Control de la salud y autonomía personal es mayor que la Seguridad



Económica ( $t(289) = 2,66; p = .008$ ) y que la Actitud Prosocial ( $t(291) = 16,5; p = .000$ ). Por último, la Seguridad Económica es mayor que la Actitud Prosocial ( $t(289) = 8,35; p = .000$ ).

Por último, se quiso averiguar si existen diferencias significativas entre los diferentes factores de la escala de Envejecimiento Activo y algunas de las variables criterio utilizadas en este estudio (sexo, edad y convivencia en el hogar). En este sentido, con respecto al sexo, solo se encuentran diferencias significativas en seguridad económica. Los hombres, a diferencia de las mujeres, informan de una mayor Seguridad Económica en esta etapa de la vida ( $F(1,284) = 3,87; p = .05$ ), con un tamaño del efecto bajo ( $d = .29$ ). Se constata también que a mayor edad informan de un mayor Apoyo Afectivo y Bienestar Personal y Emocional ( $F(1,283) = 4,55; p = .01$ ). En las pruebas post hoc, las personas de entre 73 a 87 años informan de un mayor Apoyo Afectivo y Bienestar Personal y Emocional que las personas de entre 55 a 67 años ( $X(73-87 \text{ años}) = 4,12; X(55-67 \text{ años}) = 3,82; p = .01$ ), con un tamaño del efecto medio ( $d = .46$ ). Igualmente, a mayor edad informan de un mayor envejecimiento activo ( $F(1,283) = 5,62; p = .004$ ). En las pruebas post hoc, las personas de entre 73 a 87 años informan de un mayor Envejecimiento Activo que las personas de entre 55 a 67 años ( $X(73-87 \text{ años}) = 3,85; X(55-67 \text{ años}) = 3,59; p = .003$ ), con un tamaño del efecto medio ( $d = .51$ ), y que las personas de entre 68 a 72 años ( $X(73-87 \text{ años}) = 3,85; X(68-72 \text{ años}) = 3,67; p = .043$ ), con un tamaño del efecto medio-bajo ( $d = .32$ ). Finalmente, las personas que viven solas, a diferencia de las que viven en pareja y con algún/a hijo/a, informan de una mayor Actitud prosocial ( $F(3,290) = 136,78; p = .000; \eta^2 = .29$ ), con un tamaño del efecto medio-bajo.

#### 4. Discusión

El propósito de este estudio ha sido comprobar la fiabilidad de una escala para evaluar el Envejecimiento Activo y conocer los factores que condicionan dicho proceso que facilite la elaboración de planes de intervención que mejoren la calidad de vida de la población objeto de este estudio. De los análisis realizados se obtienen cuatro factores en el logro de un envejecimiento activo: apoyo afectivo y bienestar personal y emocional; control de la salud y autonomía personal; seguridad económica y actitud prosocial. Se demuestra la fiabilidad de la escala con óptimos índices de ajuste, así como la de cada uno de los factores de la misma. Además, siguiendo las indicaciones de Netemeyer, Pullig y Bearden (2020), la escala muestra un equilibrio entre la confiabilidad estadística y la brevedad de la misma. No solo se ha demostrado

la fiabilidad de la escala sino cómo esta discrimina entre los sujetos del estudio, según el sexo, la edad y dependiendo con quien se conviva.

El primer factor, con la mayor media, hace referencia a la importancia del apoyo afectivo y al bienestar personal y social como clave en el envejecimiento activo. En este sentido, disponer de una buena red de apoyo familiar y social mejora la autopercepción, aporta mayor satisfacción y bienestar y, por ende, aumenta la calidad de vida durante la vejez (Aguilar Álvarez, Fernández, Salguero & Pérez, 2013; Centro Internacional de Longevidad de Brasil, 2015). Según Fernández-Ballesteros (2009), el concepto de bienestar es bastante subjetivo y lo considera como un aspecto más de la calidad de vida y del envejecimiento con éxito. Diferencia entre el bienestar psicológico y bienestar subjetivo. El primero, lo relaciona con tener un propósito en la vida, con que esta tenga un significado para la persona y con la existencia, con ganas de superarlas, de desafíos y metas. El segundo, el bienestar subjetivo, se relaciona con tener sentimientos de relajación, ausencia de problemas y tener sensaciones positivas. Esto quiere decir que las emociones positivas tienen un papel importante en el envejecimiento. El segundo factor, en importancia, hace referencia al autocuidado y a la autonomía personal. El autocuidado a través del mantenimiento de hábitos y estilos de vida saludables contribuye al logro de una mayor autonomía personal. Todo ello reduce el riesgo de padecer enfermedades y retrasa el declive funcional, dando lugar a una mayor capacidad de autocontrol, toma de decisiones e independencia tanto de la familia como del resto de sistemas sociales, incrementándose así la calidad de vida de las personas mayores (Aguilar et al., 2013; Molina, Mayorga, Galán y Gala, 2011). La salud es un indicador relacionado con el nivel de calidad de vida. Esto la convierte en el principal pilar del Envejecimiento Activo. El tercer factor, seguridad económica, hace referencia a la tenencia de recursos económicos para cubrir las necesidades básicas durante la vejez, pues en esta etapa disminuyen los ingresos, afectando a la adopción de hábitos saludables y a la independencia financiera. Según Navarro-Blanco, Denegri-Coria y Peñaloza (2020), tener una buena seguridad económica y una buena autopercepción de la misma, facilitan que estas personas mayores puedan satisfacer aquellas necesidades que aportan calidad de vida a los años y mantener la autoconfianza y el nivel de independencia en la toma de decisiones. El cuarto factor, actitud prosocial, repercute igualmente en el proceso de envejecimiento y en la satisfacción personal. Así lo aseguran varios autores al describir los efectos que tiene para las personas mayores la

presencia de este factor, entre los que se encuentran una mayor autoestima y autorrealización, una mayor autonomía y un mayor apoyo social, lo cual desemboca en el aumento de la satisfacción vital (Martínez-Martínez y Soler, 2020; Tur, 2018). Aunque las personas mayores disminuyan sus redes sociales, tras la jubilación, cada vez más se observa cómo muchas personas comienzan a realizar actividades de voluntariado, generando nuevas redes de apoyo social que van a significar un mayor creencia en sus capacidades y un mayor sentimiento de utilidad para la sociedad.

Por otro lado, los resultados muestran las diferencias significativas halladas entre los factores explorados y las diferentes variables criterio utilizadas. Así, en relación al sexo, las personas mayores hombres informan de una mayor seguridad económica. A estas edades, la seguridad económica se deriva fundamentalmente del trabajo remunerado realizado en la etapa anterior a la jubilación, y esto queda condicionado fundamentalmente por el género. Las mujeres de esta generación han tenido mayores dificultades para acceder a puestos de trabajo de mayor nivel, así como para trabajar a tiempo completo, debido a las demandas sociales para que estas sigan al cuidado de los/las hijos/as y de las personas mayores de la familia, repercutiendo esto en menores prestaciones sociales en la vejez. Según el informe del IMSERSO de 2016, sobre las personas mayores en España, los hombres tienen un mayor grado de cobertura social después de la jubilación, un 84 % frente al 79 % de las mujeres. Lo que resulta claramente significativo es cuando valoramos estas coberturas según el tipo de prestaciones. El 90 % de los hombres mayores de 65 años tienen pensiones de jubilación y solo un 3 % pensiones de viudedad. Sin embargo, solo el 42 % de las mujeres tienen prestaciones de jubilación frente a un 37 % que reciben pensiones de viudedad. Esto justifica el por qué los hombres informan de una mayor seguridad económica que las mujeres. En cuanto a la edad, las personas mayores de 73 años informan de un mayor apoyo afectivo y bienestar personal y emocional y un mayor control de la salud y autonomía personal, así como de un mayor envejecimiento activo que las personas de 55 a 67 años y que las de 68 a 72 años. Dada las características de la muestra de este estudio, personas que están cursando estudios en la universidad para mayores de 55 años, es lógico suponer que tener una edad avanzada y con las posibilidades de movilidad y de seguir una actividad educativa con normalidad, hace tener una buena autopercepción y satisfacción personal. Igualmente, Torregosa (2019), en un estudio realizado encuentra que el apoyo emocional aumenta con la edad, pero sólo en los hombres

de mayor edad. Rojo y Fernández (2018), confirman que las personas mayores sienten una mayor satisfacción, pues ven su red social incrementada, lo cual repercute positivamente en su salud psicológica. En relación a la estructura familiar, las personas mayores que viven solas informan de una mayor actitud prosocial que los que viven solo con su pareja y con algún hijo/a. Estas personas mayores con nivel educativo medio-alto, con buen estado de salud, y por consiguiente, con un buen grado de autonomía y movilidad, ven la necesidad de mantener sus relaciones de amistad e incluso, dedicar tiempo a actividades de voluntariado. En este sentido, contar con redes de apoyo aumenta la autopercepción de bienestar (Acosta *et al.*, 2017; Rojo y Fernández, 2018).

## 5. Conclusiones

En primer lugar, hacer constar que este estudio se ha centrado en una población "privilegiada", en tanto en cuanto tienen buen nivel educativo y con suficientes ingresos para contar con una etapa post jubilación bastante activa. Esta limitación, al no extenderse a otro tipo de población general con otros niveles educativos, implicaría cambiar el formato de aplicación de la escala. Esta es una propuesta de línea futura de investigación.

Se constata cómo el envejecimiento activo está relacionado con tener un buen apoyo afectivo y una percepción de bienestar. Además, supone contar con una buena salud y autonomía personal, por lo que es muy importante que se tenga un buen control y seguimiento médico. Igualmente, disponer de una seguridad económica permite continuar con actividades de ocio y promover los encuentros con las amistades y familiares y esto último, se relaciona con mantener una actitud prosocial en la que se incluye realizar acciones de voluntariado.

Este estudio nos permite contar con una escala que recoge los diferentes determinantes del envejecimiento activo. Consideramos que el uso que se pueda dar por los profesionales de la intervención social facilitaría cualquier diseño de un plan de intervención individual para promover un envejecimiento activo en pro de un mayor bienestar y calidad de vida.

De igual forma, este estudio invita también a trabajar, de manera preventiva, con las personas que aún no se han jubilado. Se hace necesario abordar que ser mayor, que encontrarse en esta etapa de la vida, jubilado/a, no implica alejarse de todo lo que acontece en la sociedad. Todo lo contrario, la experiencia adquirida es el mejor capital humano para orientar a las generaciones posteriores, pero sobre todo, convertirse en una fuente

formal de apoyo para la comunidad. Las instituciones públicas y privadas tienen que buscar un espacio para todas estas personas mayores que

siguen sintiéndose útiles y que quieren tener un envejecimiento activo.

## Referencias bibliográficas

- Acosta, C., Tánori, J., García, R., Echeverría, S., Vales, J., & Rubio, L. (2017). Soledad, depresión y calidad de vida en adultos mayores mexicanos. *Psicología y Salud*, 27(2), 179-188. Recuperado de: <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2535/4417>
- Agudo, S. (2018). Presentación del número Avances y Retos en Envejecimiento Activo: un enfoque multidisciplinar. *Aula abierta*, 47(1), 5-6. doi: <https://doi.org/10.17811/rifie.47.1.2018>
- Aguilar, J. M., Álvarez, J., Fernández, J. M., Salguero, D., & Pérez, E. (2013). Investigación sobre envejecimiento activo y ocupación como fuente de salud y calidad de vida. *International Journal of Developmental and Educational Psychology: INFAD. Revista de Psicología*, 2(1), 147-154. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4416756>
- Asparouhov, T., & Muthén, B. (2009). Exploratory structural equation modeling. *Structural equation modeling: a multidisciplinary journal*, 16(3), 397-438. <https://doi.org/10.1080/10705510903008204>
- Centro Internacional de Longevidad de Brasil. (2015). Envejecimiento Activo. Un marco político ante la revolución de la longevidad. Recuperado de: [http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/Envejecimiento\\_Activo\\_2015\\_es.pdf](http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/Envejecimiento_Activo_2015_es.pdf)
- Consejo de Europa (2006). Recomendación Rec (2006) 19 del Comité de Ministros a los Estados Miembros sobre Políticas de Apoyo a la Parentalidad Positiva. <http://www.msssi.gob.es/ssi/familiasInfancia/parentalidadPos2012/docs/informeRecomendacion.pdf>
- Consejo Superior de Investigaciones Científicas. (2018). Un perfil de las personas mayores en España, 2018. Indicadores estadísticos básicos (17). Recuperado de: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos18.pdf>
- Curran, P. J., West, S. G., & Finch, J. F. (1996). The robustness of test statistics to nonnormality and specification error in confirmatory factor analysis. *Psychological Methods*, 1(1), 16-29. <https://doi.org/10.1037/1082-989X.1.1.16>
- Fernández-Ballesteros, R. (2009). Envejecimiento activo: Contribuciones de la psicología. Madrid: Pirámide.
- Franco, P. (2017). Modelización del envejecimiento activo (Tesis doctoral). Universidad de Málaga, España. Recuperado de: <https://riuma.uma.es/xmlui/handle/10630/16831>
- George D, Mallery P. (2003) SPSS for Windows step by step: a simple guide and reference 11.0 update, 4th edition. Boston: Allyn & Bacon.
- González, J., & de la Fuente, R. (2014). Desarrollo humano en la vejez: un envejecimiento óptimo desde los cuatro componentes del ser humano. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. Revista INFAD de Psicología*, 7(1), 121-130. doi: <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2014.n1.v7.783>
- Hu, L.-T., & Bentler, P. M. (1995). Evaluating model fit. In R. H. Hoyle (Ed.), *Structural equation modeling: Concepts, issues, and applications* (p. 76-99). Sage Publications, Inc.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Gobierno de España. (2017). Informe 2016: Las personas mayores en España (N.o 1). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/112017001\\_informe-2016-persona.pdf](https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/112017001_informe-2016-persona.pdf)
- Instituto Nacional de Estadística. (2018). España en cifras 2018 (N.o 1). [https://www.ine.es/prodyser/espa\\_cifras/2018/2/#-zoom=z](https://www.ine.es/prodyser/espa_cifras/2018/2/#-zoom=z)
- Kline, R. B. (2015). Principles and practice of structural equation modeling. Guilford publications. Recuperado de: [https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=Q61ECgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Kline,+R.+B.+\(2015\).+Principles+and+practice+of+structural+equation+modeling&ots=jFe01vy8pl&sig=bFbkQEwO9EhqdSIRupsZkHMRKgY#v=onepage&q=Kline+%2C+%20R.+%20B.+\(2015\).+%20Principles+%20and+%20practice+%20of+%20structural+%20equation+%20modeling&f=false](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=Q61ECgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Kline,+R.+B.+(2015).+Principles+and+practice+of+structural+equation+modeling&ots=jFe01vy8pl&sig=bFbkQEwO9EhqdSIRupsZkHMRKgY#v=onepage&q=Kline+%2C+%20R.+%20B.+(2015).+%20Principles+%20and+%20practice+%20of+%20structural+%20equation+%20modeling&f=false)
- Martín, J. C., & Rodrigo, M. J. (2013). La promoción de la parentalidad positiva. *Educação, Ciência e Cultura*, 18(1), 77-88. DOI: <http://dx.doi.org/10.18316/1090>
- Martínez-Martínez, A. L., & Soler, J. A. C. (2020). Los mayores que participan en actividades de voluntariado: Una revisión teórica. *Revista Kairós: Gerontología*, 23(2), 9-24. doi: <http://dx.doi.org/10.23925/2176-901X.2020v23i2p09-24>
- Molina, E. H., Mayorga, I. M., Galán, V. M., & Gala, M. C. (2011). Experiencias españolas en la promoción de la autonomía personal en las personas mayores. *Gaceta sanitaria*, 25, 147-157. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.09.016>

- Nava, I., & Acosta, L. (2018). El gran reto no se encuentra en el envejecimiento demográfico en sí mismo, sino en el comportamiento social y económico ante tal proceso. *Revista Latinoamericana de Población*, 12(22), 106-109. doi: <https://doi.org/10.31406/n22a7>
- Navarro-Blanco, R. M., Denegri-Coria, M., & Peñaloza, V. (2020). Satisfacción con la vida y capacidades financieras en adultos mayores con Envejecimiento Activo: estudio exploratorio en el sur de Chile. *InterSedes*, 21(43), 57-77. DOI: 10.15517/isucr.v21i43.41977
- Novella, M. (2016). El voluntariado de acción social de las personas mayores como elemento de envejecimiento activo (Tesis doctoral). Universidad de Valencia, España. Recuperado de: <https://core.ac.uk/download/pdf/71052869.pdf>
- Netemeyer, R. G., Pullig, C., & Bearden, W. O. (2002). Observations on some key psychometric properties of paper-and-pencil measures. *Advances in business marketing and purchasing: Essays by distinguished scholars*, 11, 115-38. [https://doi.org/10.1016/S1069-0964\(02\)11007-6](https://doi.org/10.1016/S1069-0964(02)11007-6)
- Organización Mundial de la Salud. (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento activo y la salud. Recuperado de: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873\\_spa.pdf;jsessionid=45B80800ACD61A-C1BC93DF2758371004?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=45B80800ACD61A-C1BC93DF2758371004?sequence=1)
- Parra, M. (2017). Envejecimiento activo y calidad de vida: análisis de la actividad física y satisfacción vital en personas mayores de 60 años (Tesis doctoral). Universidad Miguel Hernández, España. Recuperado de: <http://193.147.134.18/bitstream/11000/4457/1/TD%20Parra%20Rizo%20C%20Maria%20Antonia.pdf>
- Ramos, A., Yordi, M., & Miranda, M. (2016). El envejecimiento activo: importancia de su promoción para sociedades envejecidas. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 20(3), 330-337. Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v20n3/amc140306.pdf>
- Rojo, F., & Fernández, G. (2018). La calidad de vida en la población mayor. *Panorama social*, (28), 49-73. Recuperado de: [https://www.funcas.es/wp-content/uploads/Migracion/Articulos/FUNCAS\\_PS/028art03.pdf](https://www.funcas.es/wp-content/uploads/Migracion/Articulos/FUNCAS_PS/028art03.pdf)
- Tabachnick, B. G., Fidell, L. S., & Ullman, J. B. (2007). *Using multivariate statistics* (Vol. 5, pp. 481-498). Boston, MA: Pearson. Recuperado de: <https://www.pearsonhighered.com/assets/preface/0/1/3/4/0134790545.pdf>
- Torregosa, M. (2019). Envejecimiento Activo, exitoso y saludable: Impacto del Cuidado y diferencias por Sexo/Género. (Tesis doctoral). Universidad de Valencia. Valencia. Recuperado de: <file:///C:/Users/JCMQ/Downloads/TD%20MANUELA%20TORREGROSA%202019.pdf>
- Tur, M. C. T. (2018). Envejecimiento activo, generatividad y aprendizaje. *Aula abierta*, 47(1), 63-66. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6292838>
- United Nations. (2017). *World Population Ageing 2017*. Recuperado de: [https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2017\\_Report.pdf](https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2017_Report.pdf)
- Worthington, R. L., & Whittaker, T. A. (2006). Scale Development Research: A Content Analysis and Recommendations for Best Practices. *The Counseling Psychologist*, 34(6), 806-838. <https://doi.org/10.1177/0011000006288127>
- Zaidi, B., & Morgan, S. P. (2017). The second demographic transition theory: A Review and Appraisal. *Annual review of sociology*, 43, 473-492. <https://doi.org/10.1146/annurev-soc-060116-053442>

## CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Martín, J., Alemán, P., & Castellano, R. (2020). Escala de envejecimiento activo. *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, 37, 99-111. DOI: 10.7179/PSRI\_2021.XX

## DIRECCIÓN DE LOS AUTORES

JUAN CARLOS MARTÍN QUINTANA. E-mail: [juancarlos.martin@ulpgc.es](mailto:juancarlos.martin@ulpgc.es)

PEDRO FRANCISCO ALEMÁN RAMOS. E-mail: [pedro.aleman@ulpgc.es](mailto:pedro.aleman@ulpgc.es)

REGINA CASTELLANO DÍAZ. E-mail: [regina.castellano101@alu.ulpgc.es](mailto:regina.castellano101@alu.ulpgc.es)

## PERFIL ACADÉMICO

**JUAN CARLOS MARTÍN QUINTANA.** Doctor en Psicología por la Universidad de La Laguna. Profesor Titular de Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Miembro del Departamento de Educación de la Facultad de Ciencias de la Educación de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Coordinador del Máster Oficial e Interuniversitario de Intervención y Mediación Familiar, Social y Comunitario de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Coordinador del grupo de investigación competitivo de "Educación Inclusiva". Presidente de la Asociación Hestia para la Intervención e Investigación Familiar, Psicoeducativa y Social. Investigador en diferentes proyectos regionales, nacionales e internacionales competitivos. Sus líneas de investigación son Intervención y Evaluación Familiar, Educación Parental Grupal, Parentalidad Positiva, Ocio Digital en Familia, Abandono Escolar Temprano.

**PEDRO FRANCISCO ALEMÁN RAMOS.** Doctor por la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Trabajador Social y Sociólogo, profesor del departamento de Psicología, Sociología y Trabajo Social de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria (área de sociología). Investigador colaborador del grupo de Investigación (GIR) de Educación Inclusiva. También ha sido docente en la Universidad de La Laguna. Investigador en diferentes proyectos regionales, nacionales e internacionales competitivos. Sus líneas de investigación son familia, tecnología digital y educación.

**REGINA CASTELLANO DÍAZ.** Graduada en Trabajo Social por la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Máster en Intervención y Mediación Familiar, Social y Comunitaria. Alumna de Doctorado en la Universidad de La Laguna. Premio extraordinario de fin de título de los estudios de Grado en Trabajo Social y propuesta para premio extraordinario para estudios de Máster en Intervención y Mediación Familiar, Social y Comunitaria de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Colaboradora en el Grupo de Investigación Competitivo de "Educación Inclusiva" de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.

