

# HUMANITAS

## HUMANIDADES MEDICAS

TEMA  
DEL MES  
ON-LINE

### JUBILACIÓN Y SALUD

*Rocío Fernández-Ballesteros*



*Director: Prof. Mario Foz*

N.º 37, Marzo de 2009  
ISSN: 1886-1601

# HUMANITAS

## HUMANIDADES MEDICAS

TEMA  
DEL MES  
ON-LINE

N.º 37, Marzo de 2009

---

## Director

### **Prof. Mario Foz Sala**

*Catedrático de Medicina. Profesor Emérito de la Universidad Autónoma de Barcelona*

---

## Consejo Asesor

### **Dr. Francesc Abel i Fabre**

*Director del Instituto Borja de Bioética (Barcelona)*

### **Prof. Carlos Ballús Pascual**

*Catedrático de Psiquiatría. Profesor Emérito de la Universidad de Barcelona*

### **Prof. Ramón Bayés Sopena**

*Catedrático de Psicología. Profesor Emérito de la Universidad Autónoma de Barcelona*

### **Dr. Marc Antoni Broggi i Trias**

*Cirujano. Miembro del Comitè Consultiu de Bioètica de Catalunya*

### **Prof. Edelmira Domènech Llaberia**

*Catedrática de Psicología. Departamento de Psicología de la Salud y Psicología Social. Universidad Autónoma de Barcelona*

### **Prof. Sergio Erill Sáez**

*Catedrático de Farmacología. Director de la Fundación Dr. Antonio Esteve. Barcelona*

### **Dr. Francisco Ferrer Rusalleda**

*Médico internista y digestólogo. Jefe del Servicio de Medicina Interna del Hospital de la Cruz Roja de Barcelona. Miembro de la Junta de Govern del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona*

### **Dr. Pere Gascón**

*Director del Servicio de Oncología Médica y Coordinador Científico del Instituto Clínico de Enfermedades Hemato-Oncológicas del Hospital Clínic de Barcelona*

### **Dr. Albert Jovell**

*Médico. Director General de la Fundación Biblioteca Josep Laporte. Barcelona. Presidente del Foro Español de Pacientes*

### **Prof. Abel Mariné**

*Catedrático de Nutrición y Bromatología. Facultad de Farmacia. Universidad de Barcelona*

### **Prof. Pere Puigdomènech**

*Director del Laboratorio de Genética Molecular Vegetal CSIC-IRTA. Barcelona. Miembro del Grupo Europeo de Ética de las Ciencias y Nuevas Tecnologías (EGE)*

### **Prof. Jaume Puig-Junoy**

*Catedrático en el Departamento de Economía y Empresa de la Universidad Pompeu i Fabra. Miembro del Centre de Recerca en Ecomia i Salut de la Universitat Pompeu i Fabra de Barcelona*

### **Prof. Ramón Pujol Farriols**

*Experto en Educación Médica. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona)*

### **Prof. Celestino Rey-Joly Barroso**

*Catedrático de Medicina. Universidad Autónoma de Barcelona. Hospital General Universitario Germans Trias i Pujol. Badalona*

### **Prof. Oriol Romaní Alfonso**

*Departament d'Antropologia, Filosofia i Treball Social. Universitat Rovira i Virgili. Tarragona*

### **Prof. Carmen Tomás-Valiente Lanuza**

*Profesora Titular de Derecho Penal. Facultad de Derecho de la Universidad de Valencia*

### **Dra. Anna Veiga Lluch**

*Directora del Banco de Células Madre. Centro de Medicina Regenerativa de Barcelona*





# COMENTARIO EDITORIAL

---

**Ramon Bayés**

*Profesor Emérito. Universitat Autònoma de Barcelona.*

Vivimos en una sociedad envejecida, en la que un gran número de personas llega a la edad de jubilación en unas excelentes condiciones de salud, y el fenómeno se va a acentuar en los próximos años. Este cambio demográfico, impulsado por el incremento de la esperanza de vida, va a tener importantes consecuencias, no sólo en los individuos sino también en las instituciones políticas y empresariales. Escribe Albert Costas, catedrático de Política Económica de la Universidad de Barcelona: “Sólo pensar que entre 2008 y 2015 la mayor parte de nuestras grandes empresas van a jubilar a la mitad de sus actuales plantillas nos debería hacer pensar cómo vamos a abordar estos efectos”.

La actual generación de ancianos españoles es la primera que va a vivir 20 o 30 años como jubilados (la magnitud de estas cifras se amplía considerablemente con la epidemia de prejubilaciones de los últimos años), y lo mismo va a ocurrir con las generaciones que seguirán. Nunca antes en la historia de la humanidad había ocurrido un fenómeno parecido. ¿Qué van a hacer estas personas con su tiempo? ¿Qué va a hacer la sociedad con ellas? Se trata de personas, buena parte de las cuales de-

sean permanecer activas –aunque en gran parte no sepan cómo-, con un acervo de conocimientos, habilidades y experiencia que la sociedad no debería menospreciar, y que están llegando a la jubilación sin manual de instrucciones para su uso. Convertir a las nuevas oleadas de potenciales jubilados ociosos en jubilados activos capaces de disfrutar con las tareas que realicen constituye sin duda un importante reto. La jubilación afecta a la persona en muchas facetas diferentes, puede ser causa de satisfacción o sufrimiento y es capaz de influir, positiva o negativamente, en su forma de envejecer y en su salud.

Rocío Fernández-Ballesteros es sin duda una experta en el tema de la jubilación, en el que viene batallando desde hace muchos años. Su bien documentado artículo “Jubilación y salud” nos ofrece los datos de investigaciones empíricas, españolas e internacionales, que configuran una compleja problemática que afecta vitalmente a los miembros de las sociedades occidentales y que espera una respuesta, tanto desde el mundo económico y político como desde la óptica de los profesionales de la salud.





**Rocío Fernández-Ballesteros**

---

## CURRICULUM VITAE

---

### ACTIVIDAD PROFESIONAL

- Catedrática de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid.
- Directora del Programa Universidad para Mayores y de Programas en Gerontología de la Universidad Autónoma de Madrid.
  - Fundadora y Primera Presidente de la "European Association of Psychological Assessment 1990/2002.
  - Presidente de las Divisiones de Psychological Assessment and Evaluation (1990-94) y Applied Gerontology (2003/2007) de la Internacional Association of Applied Psychology IAAP, de cuyo Board of Directors ha sido Miembro (1990/2007).
- Directora del Grupo de Trabajo en GeroPsychology de la Federación de Asociaciones (desde 2002) y del Grupo de Investigación "Evaluación y Envejecimiento" (EVEN) de la Universidad Autónoma de Madrid.
- Evaluadora de programas en distintos órganos internacionales, como la UNESCO y la Unión Europea.
  - Experta de Naciones Unidas para el "Plan Internacional de Acción sobre Envejecimiento".
- Consultora de la OMS para "Envejecimiento Activo" y miembro de la Comisión de Seguimiento del Plan Internacional de Acción sobre Envejecimiento de la Región Europea (RIS).

---

### ACTIVIDAD INVESTIGADORA

- Directora de múltiples proyectos de investigación en ciencias sociales y de la salud financiados por entidades españolas y extranjeras entre los que destacan la Acción Concertada *EuGeron* (DG-XII, 1996-98), el Estudio Europeo sobre envejecimiento competente EXCELSA: "*Cross-European Longitudinal Study of Aging*" (y del programa multimedia para la promoción del envejecimiento activo elaborado con base en Sócrates-Minerva (Unión Europea) *Vitalagell-C* (2001-03).

---

### PUBLICACIONES

- Autora de 28 libros en las áreas de psicología, evaluación y envejecimiento, entre los que destaca *Aging in Europe* (IOS Press, 1999), *Encyclopedia of Psychological Assessment* (Sage, 2002), la colección *Vivir con Vitalidad* (Pirámide, 2002), *Geropsychology. European perspectives for an aging World* (Hogrefe & Huber, 2007) y *Active ageing* (Hogrefe & Huber, 2008).
- Cuenta también con más de 300 trabajos de investigación publicados en español, inglés e italiano en prestigiosas revistas nacionales e internacionales.

---

### PREMIOS Y DISTINCIONES

- Premio "Aristóteles" otorgado por la Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos.
  - "Distinguish Contribution" de la Internacional Association of Applied Psychology.
- Profesora invitada en temas de evaluación y envejecimiento en distintas Universidades de Europa, América (del Norte, Centro y Sur) y Asia.

# JUBILACIÓN Y SALUD



## RESUMEN

---

Vivimos en un mundo envejecido. Aunque este fenómeno es universal, la situación española y europea es aún más acusada. Una de las condiciones que acompañan al ser humano en gran parte de su vida es el trabajo; el trabajo está considerado como una de las más importantes fuentes para atender a las necesidades (tanto primarias como secundarias) humanas (tanto individuales como sociales). A lo largo del siglo XX, la regulación del trabajo ha tratado de ajustar las necesidades sociales a las individuales (y viceversa), reduciendo cualquier tipo de abuso o explotación y tratando de hacer compatibles ambas. En ese orden de cosas, ha surgido la regulación de la edad de acceso al trabajo, lo mismo que la de su finalización, mediante la jubilación; pero, mientras que el acceso al trabajo se hace por razones bio-psico-sociales, la jubilación forzosa se ajusta más a unos estándares sociohistóricos que pueden considerarse superados por la extensión de la propia vida y el desarrollo del individuo, de manera que cabe preguntarse si la jubilación forzosa no es una institución “edaista” que va en contra de los derechos del individuo y, lo que es peor, si no produce efectos nocivos. En el presente trabajo se trata de presentar algunos datos relevantes sobre el envejecimiento de la población, examinar la situación de la jubilación en los países de

nuestra órbita en la actualidad y sus proyecciones futuras y, finalmente, analizar algunos de los efectos de la jubilación sobre la salud. Tras examinar algunos datos sociodemográficos sobre población, fertilidad, esperanza de vida y esperanza de vida libre de discapacidad, cabe concluir que en los años venideros el envejecimiento poblacional seguirá incrementándose y tendrá necesariamente que repercutir tanto en la institución de la jubilación (ampliándola o flexibilizándola) como en las previsiones sobre atención sanitaria, con las consiguientes incógnitas sobre los distintos patrones más o menos favorables o desfavorables. En el caso de que en los distintos países se introduzcan las políticas establecidas por el MIPAA y la Organización Mundial de la Salud, probablemente caminaremos hacia un envejecimiento más activo y productivo. Una vez planteados los aspectos más importantes del envejecimiento individual, puede concluirse que existe una enorme variabilidad en las formas de envejecer y que, mientras unos individuos mayores cuentan con un alto funcionamiento físico, cognitivo y emocional-social, lamentablemente otros presentan serios déficits. Además, la entrada tardía al trabajo y la jubilación anticipada y la forzosa crean un panorama en el



---

que, en un mundo envejecido -con una alta esperanza de vida y una baja esperanza de vida con discapacidad- se trabaja cada vez durante menos tiempo. La conclusión más general es que tanto desde una perspectiva poblacional como individual la promoción del envejecimiento activo se manifiesta como la mejor manera de abordar un mundo envejecido en el que las personas mayores participen activamente, así como que la institución de la jubilación es una traba para un envejecimiento activo.

Tras revisar los estudios empíricos sobre los efectos de la jubilación (de distintos tipos) en distintos parámetros de salud, los resultados resumidos por Shim son los siguientes: 1) la evidencia empírica ni apoya ni contradice que la jubilación obligatoria, a la edad establecida, sea un factor de riesgo de mortalidad; 2) existe evidencia mezclada en contra de que la jubilación anticipada sea un factor de riesgo de mortalidad y, por último, 3) existe evidencia mezclada que apoya que la jubilación que se produce por razones de salud sea un factor de riesgo de mortalidad.

Por otra parte, tras revisar también los estudios existentes entre actividad y salud, puede concluirse que tal vez los efectos atribuidos a la jubilación no sean más (ni menos) que los referidos a la actividad, la ocupación y la

implicación, como ingredientes básicos -pero no exclusivos- del trabajo que determinan sobrevivencia y, en contraposición, su déficit, un coadyuvante de mortalidad y de mala salud.

Igualmente se describen los trabajos que tratan de examinar los efectos de la jubilación sobre el funcionamiento cognitivo y se concluye que son el tipo de trabajo, las condiciones individuales del propio proceso de jubilación (la voluntariedad, el control, etc.) y las ocupaciones y actividades que siguen tras la jubilación, las fuentes de variación de los resultados tanto sobre la salud (física y mental) como sobre el funcionamiento cognitivo. Por último, con base en los ingredientes esenciales procedentes del individuo (su control), del trabajo (su mayor o menor estimulación) y las acciones que por parte del individuo siguen a la jubilación, se diseñan distintas trayectorias de los efectos de la jubilación.

Las conclusiones sobre la visión del trabajo y la jubilación que aquí se plasman están en sintonía con las recomendaciones del II Plan Internacional de Acción sobre el Envejecimiento, con la investigación actual sobre envejecimiento activo y con las perspectivas de la Organización Mundial de la Salud sobre la salud en la vejez y, por tanto, pretenden incrementar el bienestar y la calidad de vida en las personas que envejecen.

# RETIREMENT AND HEALTH



## SUMMARY

---

We live in an aging world. Although this phenomenon is universal, the Spanish and European situation is still more noticeable. One of the conditions that accompany the human being most of his life is work; work is respected as one of the most important sources to tend to the individual and social human needs, both primary and secondary. Along the 20th century, the regulation of work tried to adjust the social needs to the individual ones and vice versa, reducing any type of abuse or exploitation and trying to make them both compatible. In this context, the age regulation regarding work access and also work end through retirement has taken place; but, while the access to work is done for bio-psycho-social reasons, the compulsory retirement has more to do with some socio-historical standards that can be considered surpassed by the extension of the own life and the development of the individual, so that one may wonder whether the compulsory retirement is an “ageist” institution that goes against the rights of the individual and, what is worse, whether it produces harmful effects. This paper aims at introducing some prominent data on the population aging to examine the current and

future situation of retirement in the neighbor countries of us and finally, analyzing some of the effects of retirement on the health. After examining some socio-demographic data on population, fertility, life expectancy and disability-free life expectancy, one can tell from them that in the next years the population aging will keep on increasing and therefore have an impact on the institution of retirement (broadening it or relaxing it) as in the forecasts on health care, with the consequent uncertainties on the different patterns more or less favorable or unfavorable. In case that several countries embrace the politics established by the MIPAA and the World Health Organization, we will probably walk toward a more productive and active aging. Once introduced the most important features of individual aging, it can be concluded that a vast changeability in the ways of aging exists and that, while some older individuals count on high emotional-social, cognitive and physical functioning, others show serious shortages.

Besides, the late access to work, the early retirement and the compulsory one create an outlook in which, in an aging world -with a high life

---

expectancy and a low disability-free life expectancy- people work less and less. The overall conclusion is that both from a population and individual perspective, the promotion of active aging seems to be the best way to undertake an aging world in which older people actively participate, and that the institution of retirement is an obstacle for such goal. After reviewing the empirical studies on the effects of different types of retirement involving different health parameters, the results summarized by Shim are the following: 1) the empirical evidence neither supports nor it contradicts that the obligatory retirement, at the established age, is a mortality risk factor; 2) mixed evidence against the fact that the early retirement is a mortality risk factor exists and, finally, 3) mixed evidence that supports that the retirement caused by health reasons is a mortality risk factor exists. On the other hand, after reviewing the existing studies relating activity and health, it can be concluded that perhaps the effects attributed to retirement are nothing more and nothing less than the ones relating the activity, the occupation and the involvement, as core ingredients -but nonexclusive- of work that determine survival and,

in comparison, their shortage, could be a coadjuvant of mortality and bad health. Likewise, the studies that try to examine the effects of retirement on the cognitive functioning are described and the conclusions are that the type of work, the individual conditions of the own process of retirement (the wilfulness, the control, etc.) and the occupations and activities that follow the retirement are the sources of variation of the results on the physical and mental health as well as on the cognitive functioning. Finally, based on the essential ingredients originating in the individual (his/her control), in the work (greater or smaller stimulation) and the actions that on the part of the individual follow the retirement, different life paths after retirement when it comes to its effects are designed. The conclusions on work and retirement that are expressed here are in keeping with the endorsements of the II International Plan of Action on Aging, involving the current research on active aging and the perspectives of the World Health Organization on old age health and, therefore, they intend to increase the welfare and life quality of older people.





# JUBILACIÓN Y SALUD

ROCÍO FERNÁNDEZ-BALLESTEROS

*Catedrática. Departamento de Psicología Biológica y de la Salud. Universidad Autónoma de Madrid (España)*

## INTRODUCCION

Vivimos en un mundo envejecido. Aunque este fenómeno es universal, la situación española y europea es aún más acusada: Europa es el continente más envejecido de la Tierra y España es uno de los países más envejecidos del mundo. Este fenómeno demográfico se ha producido por dos hechos ocurridos simultáneamente a lo largo del siglo XX: un incremento de la esperanza de vida que a final del siglo se ha duplicado y, casi al mismo tiempo, un decremento de la natalidad que, a fin de siglo, no alcanza el nivel de reemplazo. Estos cambios están en la base del aumento de la población mayor de 65 años y el decremento de la menor de 14 años (que, como se sabe, son los dos parámetros poblacionales del envejecimiento).

El envejecimiento de la población no puede ser sino contemplado como uno de los fenómenos positivos más espectaculares de la historia de la humanidad. Y es que el envejecimiento, en términos generales (ese descenso de la mortalidad y el incremento de la esperanza de vida), es debido a la mejora de las condiciones de vida: de salud, educativas y socio-económicas. Sin embargo, el envejecimiento de la población también lleva consigo potenciales eventos adversos que producen dolor y sufrimiento al individuo, a la familia y a la sociedad.

El envejecimiento, como hecho individual, es un proceso lento que ocurre en el curso de la vida y cuyo comienzo es extraordinariamente temprano, puesto que los primeros indicadores de declive aparecen hacia la tercera década. Así, desde el nacimiento, el individuo humano experimenta un exponencial desarrollo durante las

dos primeras décadas de su vida y es en la tercera cuando aparecen imperceptiblemente esos primeros indicadores de declive (por ejemplo, en los tiempos de reacción). En efecto, el envejecimiento es entendido como declive, pérdida e ineficiencia de nuestros sistemas biológicos asociados a la edad. Sin embargo, también sabemos que, mientras que algunas condiciones psicosociales individuales declinan y se deterioran, otras siguen desarrollándose hasta muy avanzadas edades de la vida; en resumen, que –en dependencia del atributo humano al que nos referimos– declive, estabilidad o desarrollo (como patrones) existen a todo lo largo de la vida.

La cuestión, tal vez esencial, es delimitar qué aspectos son debidos a la edad y cuáles son debidos a otras covariantes de la edad como, por ejemplo, la enfermedad. O, en otras palabras, aquello que puede ser considerado “envejecimiento primario” (patrones de declive explicados por la edad) y lo que pudiera ser considerado “envejecimiento secundario”, o aquello que es efecto de alguna de las covariantes de la edad, como la enfermedad. Lamentablemente, en español no contamos con una palabra para referirnos a ese proceso de declive asociado a la edad (¿“edamiento”?) y el referido a otros efectos negativos de la edad (como, por ejemplo, la enfermedad), por lo que resulta común considerar que la edad es el determinante máximo del proceso de declive y deterioro que ocurre a lo largo de la vida.

Lo importante aquí es resaltar que hay múltiples formas de envejecer y que mientras algunos individuos presentan un envejecimiento altamente patológico (con trastornos crónicos y



polipatologías), otros llegan a avanzadas edades de la vida con buena salud y alto funcionamiento físico, cognitivo, emocional y amplia participación social y, cuando tratamos de averiguar a qué se deben estas diferencias, los genetistas nos dicen que si bien el 25% de la varianza se debe a condiciones genéticas, un 75% lo es a los estilos de vida o hábitos comportamentales de los individuos y a las condiciones ambientales que acompañan al individuo a lo largo de la vida.

Una de esas condiciones que acompañan al individuo en una buena parte de la vida es el trabajo. El trabajo está considerado como una de las más importantes fuentes para atender las necesidades (tanto primarias como secundarias) humanas (tanto individuales como sociales). A lo largo del siglo XX, la regulación del trabajo ha tratado de ajustar las necesidades sociales a las individuales (y viceversa), reduciendo cualquier tipo de abuso o explotación y tratando de hacer compatibles ambas. En ese orden de cosas, ha surgido la regulación de la edad de acceso al trabajo así como la de su finalización, mediante la jubilación. Es la jubilación, como veremos más adelante, la institución que, desde el estado del bienestar, trata de velar por la atención del trabajador mayor. Sin embargo, mientras que el acceso al trabajo se hace por razones bio-psico-sociales (tratar de alcanzar el máximo desarrollo del individuo), la jubilación se ajusta más a unos estándares sociohistóricos que pueden considerarse superados por la extensión de la propia vida y desarrollo del individuo y por la falta de ajuste entre el tipo de trabajo y las condiciones situacionales del individuo. En definitiva, cabe preguntarse si la jubilación no es una institución “edaísta” que va en contra de la libertad del individuo y, lo que es peor, si no produce efectos nocivos para el individuo.

En resumen, se trata de presentar algunos datos relevantes sobre el envejecimiento de la población, examinar la situación de la jubilación en países de nuestra órbita en la actualidad y, por último, examinar algunos de los efectos de la jubilación sobre la salud.

## ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL E INDIVIDUAL

### Envejecimiento poblacional

La tabla 1 presenta algunos datos sociodemográficos para Europa: población total, tasa de fertilidad, esperanza de vida y porcentaje de mayores de 65 años y de menores de 15. Ello ofrece el panorama general del envejecimiento en Europa con unas tasas de envejecimiento (mayores de 65 años) entre un 12% (Eslovaquia) y un 20% (Italia). España se sitúa en la moda de la distribución con un 17% de personas mayores de 65 años y un 14% de menores de 14.

Las proyecciones existentes para los próximos años son contundentes: la esperanza de vida va a seguir incrementándose y, en el año 2025, se llegará en España a una esperanza de vida en torno a los 82 años (promedio entre hombres y mujeres). Sin embargo, la buena noticia del incremento de la esperanza de vida se ve matizada por la asociación entre edad, morbilidad y discapacidad; este es el nudo gordiano del envejecimiento, dado que, como decíamos antes, la edad está asociada a la enfermedad y a la discapacidad, por lo que un incremento de las tasas de envejecimiento puede llevar a un incremento de las tasas de discapacidad.

Así, la cuestión esencial no es si se va a incrementar la esperanza de vida sino cómo ello va a repercutir en la esperanza de vida saludable o sin discapacidad. En la figura 1 se presentan datos sobre la esperanza de vida libre de discapacidad en la Europa de los 15 (en el año 2002). Se observa que, al tiempo que tenemos una alta esperanza de vida al nacer, en la Europa de los 15 la esperanza de vida con discapacidad oscila entre los 6,5 años en Bélgica y los 9,2 en Portugal y, concretamente, los 7,2 años (promedio para hombres y mujeres) en España. Ello es importante porque la cuestión es si el incremento de la esperanza de vida servirá para incrementar los años de discapacidad o si, por el contrario, la discapacidad seguirá manteniéndose equivalente (en un cierto equilibrio) o si,

Tabla 1. Datos de población, fertilidad, esperanza de vida y envejecimiento de países europeos para 2005 (14).

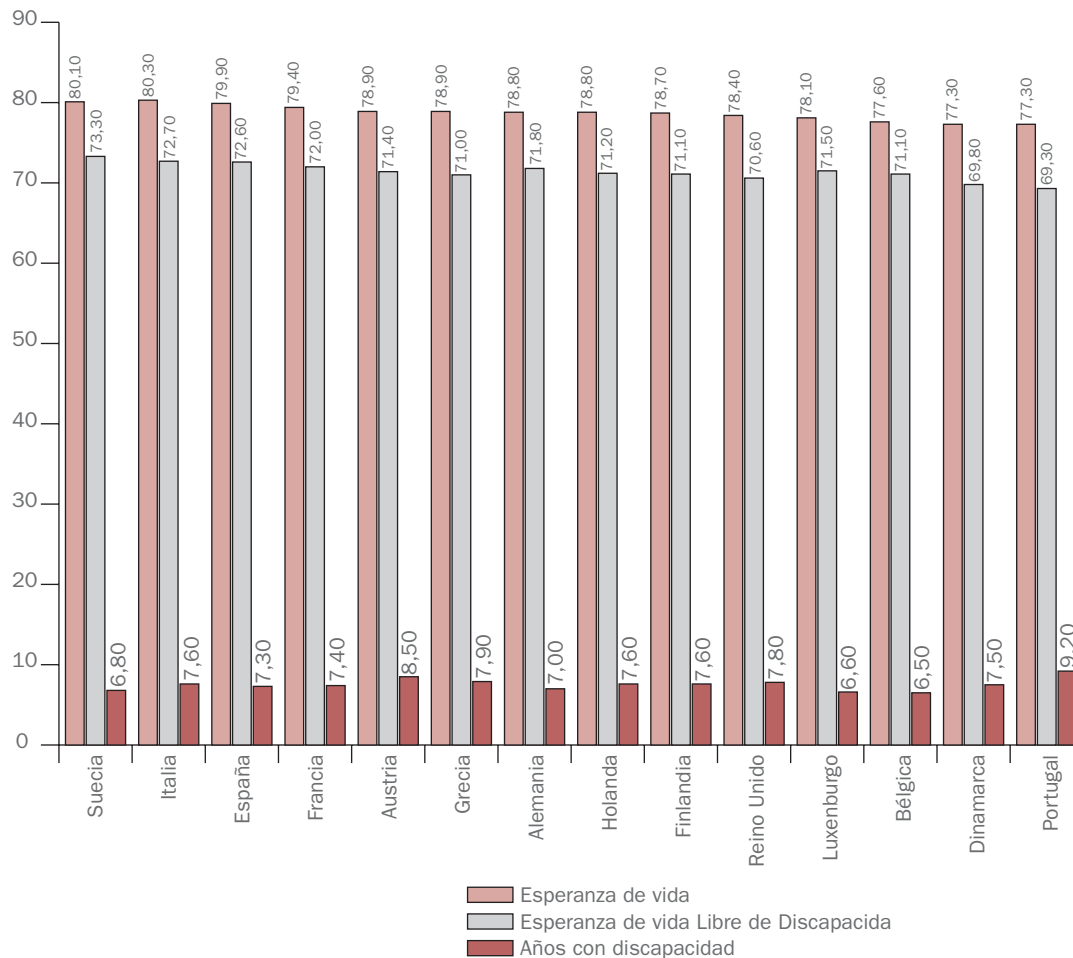
	Población 2007 (millones)	Tasa fertilidad	Esperanza de vida (ambos sexos)	Envejecimiento, porcentaje de población según edad	
				<15	65 +
UE: (a)	495,2				
Alemania	82.3	1.3	79	14	19
Austria	8.3	1.4	80	16	17
Bélgica	10.6	1.7	79	17	17
Bulgaria	7.7	1.4	73	13	17
Chipre	1.0	1.5	78	19	11
Dinamarca	5.5	1.9	78	19	15
Eslovaquia	5.4	1.3	74	16	12
Eslovenia	2.0	1.3	78	14	16
España	45.3	1.4	80	14	17
Estonia	1.3	1.6	73	15	17
Finlandia	5.3	1.8	79	17	16
Francia	61.7	2.0	81	18	16
Grecia	11.2	1.3	79	14	19
Holanda	16.4	1.7	80	18	14
Hungría	10.1	1.3	73	15	16
Irlanda	4.4	1.9	78	20	11
Italia	59.3	1.4	81	14	20
Letonia	2.3	1.4	72	14	17
Lituania	3.4	1.3	71	16	16
Luxemburgo	0.5	1.7	78	19	14
Malta	0.4	1.4	80	17	13
Polonia	38.1	1.3	75	16	13
Portugal	10.7	1.4	78	16	17
Reino Unido	61.0	1.8	79	18	16
República Checa	10.3	1.3	76	15	14
Rumanía	21.6	1.3	71	16	15
Suecia	9.1	1.9	81	17	17

como sería de desear, que con la mejora de los estilos de vida y los avances en salud y educación llegará a *comprimirse* la discapacidad. Los estudios realizados sobre este particular ponen de relieve que existen distintos perfiles en los diferentes países y que, mientras hay algunos en los que un incremento de la esperanza de vida incrementará las tasas de discapacidad al final de la vida, en otros parece poder predecirse un cierto equilibrio (por ejemplo, Alemania)

o, en otros, incluso, la discapacidad se comprimirá (por ejemplo, éstas son las predicciones para EE.UU., Francia o Suiza)<sup>1</sup>.

Este es un complejo tema, y aunque no es éste el lugar para tratarlo sí conviene esbozarlo por la influencia que en el futuro pudiera tener sobre la jubilación y la salud, por cuanto un envejecimiento activo y productivo es el horizonte más prometedor que conlleva, necesariamente, una mejor salud y una mayor contribu-

Figura 1. Esperanza de vida total y libre de discapacidad en la UE-152.



ción de las personas mayores al desarrollo<sup>2</sup>. Este horizonte es el planteado por Naciones Unidas en el II Plan Internacional de Acción sobre Envejecimiento<sup>3</sup> que establece, en su primera Dirección Prioritaria, el objetivo de compatibilizar el desarrollo y la edad, flexibilizando la jubilación y promocionando el envejecimiento productivo. En este mismo sentido, la Organización Mundial de la Salud<sup>4</sup> establece, como esencial objetivo para mejorar la calidad de vida y el bienestar entre los mayores, la promoción del envejecimiento activo, que define como el proceso de optimización de las oportunidades de salud, seguridad y participación, según se envejece.

En resumen, como señala Díez Nicolás<sup>5</sup>, en los años venideros el envejecimiento poblacional seguirá incrementándose y tendrá necesariamente que repercutir tanto en la institución de la jubilación (ampliándola o flexibilizándola) como en las previsiones sobre atención sanitaria, con las consiguientes incógnitas sobre los distintos patrones más o menos favorables o desfavorables. En el caso de que en los distintos países se introduzcan las políticas establecidas por el MIPAA y la Organización Mundial de la Salud, probablemente caminaremos hacia un envejecimiento más activo y productivo.





Los datos sobre envejecimiento poblacional son de enorme importancia por cuanto sirven para una ajustada planificación sociopolítica y sanitaria pero, también, el envejecimiento individual ha de ser contemplado como las trayectorias seguidas por los individuos en un mundo envejecido.

### Envejecimiento individual

En breve, como señalan Baltes y Baltes<sup>6</sup>, el proceso individual de envejecimiento puede ser descrito a través de una combinación de patrones de crecimiento, estabilidad y declive. Desde esta perspectiva, como he sintetizado en distintos lugares<sup>7</sup>, las ciencias que contribuyen al estudio del envejecimiento han puesto de relieve en los últimos años una serie de características de este proceso que son comúnmente aceptadas:

1.- La edad no es el único factor determinante de los procesos de desarrollo, estabilidad y declive, sino que interacciona con circunstancias sociohistóricas, sociales y personales.

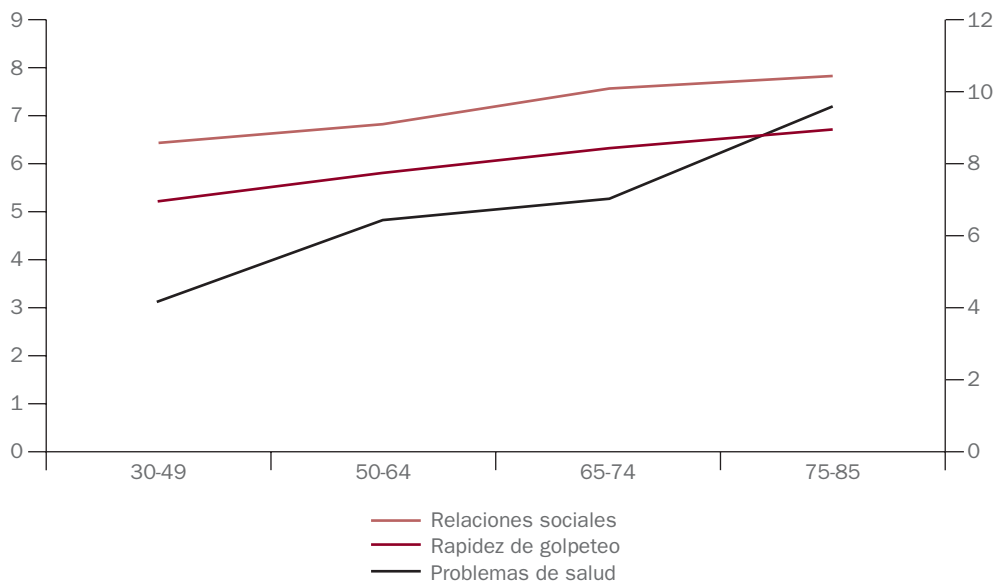
2.- A lo largo de la vida existen patrones diferenciales de crecimiento, estabilidad y declive en el conjunto de condiciones biomédicas, psicológicas y comportamentales y sociales de los individuos. Sin embargo, no existe un isomorfismo entre los procesos biomédicos y los procesos psicológicos y sociales, es decir, que el envejecimiento biológico no presenta el mismo patrón de mayor y constante declive que el envejecimiento psicológico y psicosocial.

3.- En todo caso, estos patrones de cambio cuentan con una enorme *variabilidad interindividual* o, en otros términos, existen enormes diferencias individuales en las formas de envejecer. Cualquiera que sea el parámetro que tomemos a la hora de medir el envejecimiento, existe una extraordinariamente alta variabilidad y, además, a lo largo del ciclo de la vida, esa variabilidad va incrementándose. En la figura 2 se presenta la variabilidad (desviación típica) de tres variables bio-psico-sociales (número de problemas de salud, rapidez de golpeteo y frecuencia de relaciones sociales) correspondientes

al estudio EXCELSA. Así, por ejemplo, en el plano biomédico, mientras existen personas que envejecen saludablemente, hay otras que envejecen tempranamente y con enfermedades. O, en otras palabras, que mientras unos individuos (en el interjuego de factores bio-psico-sociales) experimentan un relativo desarrollo, una breve estabilidad y un pronunciado declive, otros presentan patrones de amplio desarrollo, prolongada estabilidad y escaso declive. Estos patrones individuales evolutivos no ocurren al azar, sino que el individuo y la sociedad pueden orientar, promover e influir sobre las formas de envejecer.

4.- La base de estos patrones de diferenciación, en función de los que el individuo se sitúa, es una propiedad de nuestro organismo denominada *plasticidad*. En términos generales, la plasticidad es la capacidad del organismo humano para aprender y adaptarse a los más extremos cambios estimulares, así como a su poder para incrementar (mediante el aprendizaje y la práctica) sus capacidades tanto físicas como mentales. La capacidad de aprendizaje humano es la cualidad (esencialmente regida por su sistema nervioso central, SNC) que ha llevado a máximos desarrollos filogenéticos de la especie. Esta cualidad sigue presente a todo lo largo de la vida y, también, en la vejez, incluso cuando puedan ocurrir cambios estructurales; en ese caso, como anticipó Ramón y Cajal<sup>8</sup> y señala la Organización Mundial de la Salud, la plasticidad neural se refiere a la capacidad de las células nerviosas para regenerarse anatómica y funcionalmente aun estando sujetas a influencias patológicas ambientales o producidas por la involución sistémica o por traumatismos o enfermedades. Como expresión de la plasticidad existente en distintas tareas en distintos tipos de sujetos mayores con y sin patología, la figura 3 presenta curvas de aprendizaje (de cambio cognitivo) en personas saludables, con deterioro cognitivo leve y con la enfermedad de Alzheimer. Como se puede apreciar en esta figura, tanto en tareas de memoria visual, como en memoria audio-verbal, función ejecutiva o fluidez verbal, existe capacidad de aprender<sup>9</sup>.

Figura 2. Variabilidad (DT) en tres condiciones bio-psico-sociales con datos de siete países europeos (EXCELSA)<sup>2,42</sup>.



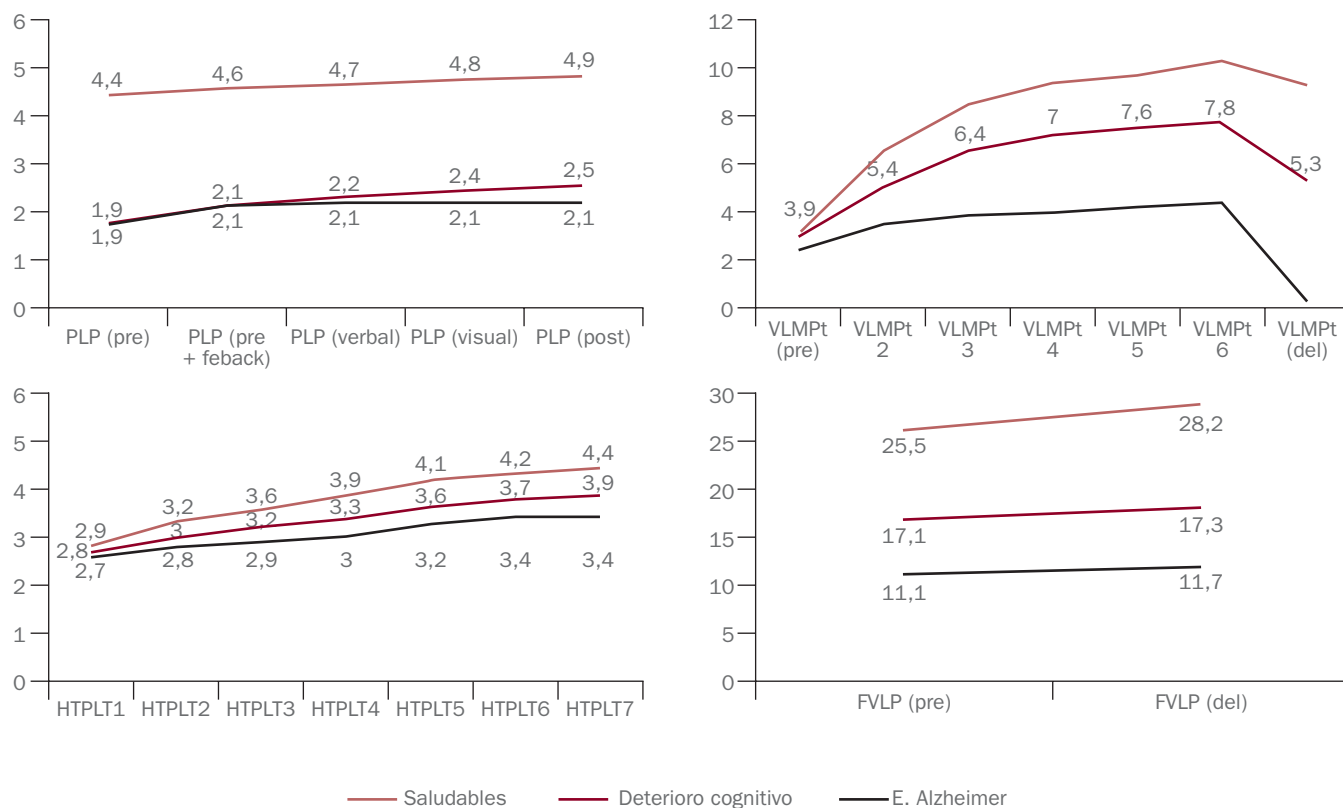
Todos estos factores van diferenciando a lo largo de la vida distintas formas de envejecer. Así, como aceptan la mayor parte de los autores<sup>6-10, 11</sup>, pueden reducirse a tres las formas prototípicas de envejecer: normal, patológica y con éxito (saludable o activa). Esta reducción a tres formas de envejecer puede encontrarse en las escalas de apreciación de salud de personas mayores. La figura 4 presenta estas apreciaciones a través del autoinforme de salud, por sexo, en personas mayores de 65 años y en población general. Así, se puede apreciar que, como es bien conocido, la salud (y la información sobre ella) empeora a lo largo de la vida y que, mientras que dos tercios de la población general califican su salud como buena o muy buena, tan sólo lo hace así un tercio de la población mayor de 65 años. Se observa igualmente que las mujeres mayores de 65 años tienen peor salud que los hombres mayores de esa edad y que 4 de cada diez mujeres califican su salud de mala o muy mala mientras que esto ocurre en 3 de cada 10 hombres.

Si extrapolásemos estos datos podríamos afirmar que aproximadamente un tercio de las

personas mayores tiene buena salud, un tercio salud regular y un tercio parece tener mala salud; este último resultado se ajusta bien a la tasa de dependencia existente en España, que es de un 33%<sup>12</sup>. Por otra parte, en los estudios que han tratado de examinar el porcentaje de individuos que envejecen activamente encontramos resultados muy heterogéneos que oscilan entre un 10 y un 90%<sup>2</sup>.

La estimación del porcentaje de individuos que envejecen en forma usual, con dependencia o activamente varía según se defina operativamente esa forma óptima de envejecer. Así, en nuestros estudios definimos el “envejecimiento activo” como alto funcionamiento físico, cognitivo, afectivo y social<sup>1</sup>. Y, aplicando esta definición, con los datos procedentes del estudio ELEA (Estudio Longitudinal de Envejecimiento Activo)<sup>15</sup> nos encontramos con que en el total del 15% de las personas que estaban envejeciendo de forma activa había una enorme heterogeneidad en lo que se refiere a dependencia: mientras que los mayores que asistían a programas universitarios presentaban una tasa del

Figura 3. Plasticidad cognitiva o curvas de aprendizaje en el BEPAD (Puntos, Verbal, Hanoi y Fluidez) en mayores saludables, con deterioro cognitivo leve y con enfermedad de Alzheimer<sup>41</sup>



32%, en las personas que vivían en residencias el porcentaje se reducía al 13,5%.

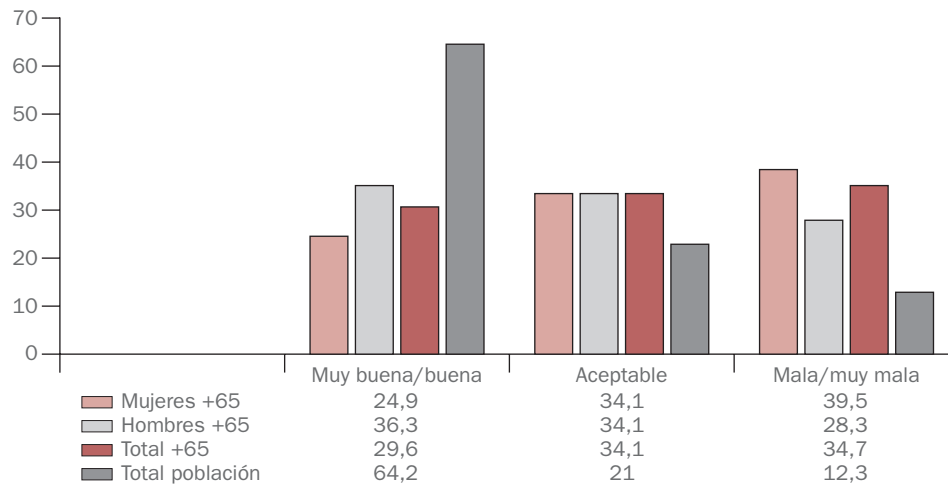
Sea cual fuere la proporción de personas mayores que envejecen activamente, el objeti-

<sup>1</sup> Lo definimos operacionalmente con los siguientes elementos: “no necesitar ningún tipo de ayuda para manejarse en la vida diaria, “no tener ningún problema de salud que interfiera en su vida, “poder valerse por sí mismo”, calificar la propia salud como “buena” o “muy buena”, haber obtenido en el test de estado mental MMSE una puntuación superior a 27, estar “bastante” o “muy satisfecho” con la vida, estar “igual” o “más” satisfecho con la vida que hace 5 años, realizar más actividades productivas que la media del grupo y considerar que alguien cuenta con uno (“frecuentemente”, “muy a menudo” o “siempre”) para resolver problemas.

vo de cualquier política sobre envejecimiento debe ser el de incrementar esa proporción reduciendo la de las personas con dependencia. Para ello no sólo se requiere promocionar la salud, sino también eliminar las barreras que impiden llevar una vida productiva y activa e implicar a las personas mayores en su propio desarrollo y en el de la comunidad, como así reivindican Fernández-Ballesteros y Díez-Nicolás<sup>14</sup>.

En resumen, tanto desde una perspectiva poblacional como individual, la promoción del envejecimiento activo se manifiesta como la mejor manera de abordar un mundo envejecido en el que las personas mayores participen activamente.

Figura 4. Autoinforme de salud por sexo en población mayor de 65 años y en población general<sup>13</sup>.



## TRABAJO Y JUBILACIÓN

El trabajo, considerado desde la tradición judeocristiana como una maldición bíblica (al igual que el parir con dolor), es una de las actividades humanas más comunes, puesto que es el vehículo para atender las necesidades del individuo, del grupo y de la sociedad. A lo largo de la historia, el concepto, utilidad, funciones y regulación del trabajo han sido objeto de múltiples controversias; nuestro objetivo aquí consiste tan sólo en enumerar algunas características psicosociales esenciales sobre el trabajo antes de abordar la moderna regulación sobre la jubilación.

### Algunas características psicosociales del trabajo

Cuando hablamos del trabajo desde una perspectiva sociopolítica, nos referimos a muy distintas actividades y ocupaciones que implican esfuerzos humanos intelectuales y físicos que sirven a la transformación de bienes, que son remunerados y cuyo objetivo es el de la satisfacción de necesidades sociales e individuales.

Allport<sup>15</sup> establece la *teoría funcional de los motivos*, según la cual los motivos actuales son independientes (autónomos) de sus orígenes. Así, por ejemplo, el trabajo puede llegar a ser un fin en sí mismo, con independencia de que, en un principio, en la historia del individuo tuviera como objetivo primario la atención de las necesidades más perentorias. En algunos casos, además, el trabajo es una fuente para el propio desarrollo profesional, o incluso personal, y es esencial para la comunicación social y el establecimiento de vínculos sociales. Por todo ello, el trabajo forma parte de la propia identidad y, por tanto, perder el trabajo puede implicar, en alguna medida, perder parte de la propia identidad.

Todas estas características positivas del trabajo dependen de la actividad exigida y del ajuste persona-puesto de trabajo; de hecho, el trabajo puede convertirse en una fuente de castigo cuando el individuo ha de asumir tareas de alto costo de respuesta, que exigen esfuerzos más allá de las propias capacidades, y ha de realizar actividades tediosas, o incluso alienantes, en condiciones de sufrimiento. Por ello, hablar del trabajo es referirse a una realidad extraordinariamente diversa que ha debido ser regulada.



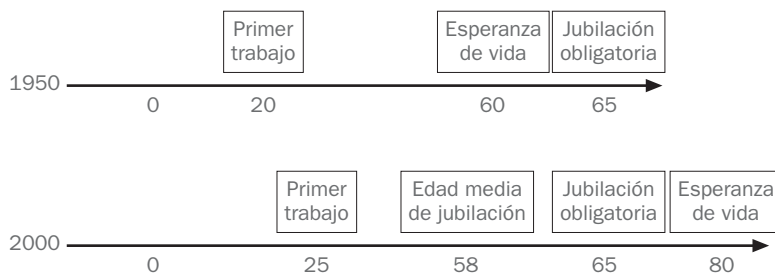
## Regulación del trabajo

Como unánimemente señalan los autores, la *regulación del trabajo* ha sido una conquista social de enorme importancia y no ha sido sino en tiempos relativamente recientes cuando se han establecido los márgenes de edad para el acceso y la salida al y del mismo. En una sociedad tradicional premoderna, la jubilación como condición social era inexistente y el individuo trabajaba hasta que era incapaz de hacerlo o hasta que moría. La edad de jubilación se estableció por primera vez en Alemania en 1891, desde un esquema bismarkiano, en el que se estableció una pensión de edad y discapacidad a los 70 años. En aquellos tiempos, la esperanza de vida podía situarse alrededor de los 50 años y, por tanto, muy poca gente alcanzaba los 70; por consiguiente, la recepción de la pensión de jubilación era tan inusual como traspasar dicha edad. Hay que resaltar que, en cualquier sistema de protección social y para la mayoría de los trabajos, la pensión que un individuo recibe es menor que la remuneración anterior. En definitiva, que la jubilación conlleva, en la inmensa mayoría de los casos, una reducción del poder adquisitivo del individuo. Este aspecto no va a ser tratado en este trabajo, aunque la pobreza y la salud sean covariantes y una de las grandes desigualdades (que requiere un enorme esfuerzo de superación por parte de la sociedad) es que la salud esté vinculada al nivel de renta y educación.

Paralelamente a la revolución demográfica, la institución de la jubilación ha ido cambiando (como consecuencia de la revolución industrial, los desarrollos tecnológicos y la mecanización del trabajo) la edad de comienzo y fin del trabajo. Fernández-Ballesteros y Díez-Nicolás<sup>14</sup> han plasmado en la figura 5 los criterios de edad de dichos cambios. Así, en los años 50 el acceso al trabajo solía comenzar en torno a los 20 años (en una horquilla entre 16 y 22 años) -con dependencia del tipo de formación que requiriese- y terminaba con la jubilación en torno a los 65 años, edad más alta que la esperanza de vida en aquella década. En definitiva, la duración de la actividad laboral era de aproximadamente 45 años. Ya en el siglo XXI, dadas las necesidades de formación exigidas por una sociedad altamente tecnificada, la edad de comienzo fue ampliándose (siempre en dependencia de los distintos países y culturas) hasta llegar a en torno a los 25 años (dependiendo del tipo de trabajo ejecutado: trabajadores “*white collar*” versus “*blue collar*”), mientras que la edad de jubilación se mantuvo en los 65 años.

Pero esto no es todo: debido a determinadas condiciones socioeconómicas, la jubilación anticipada en países europeos ha llevado la edad media de jubilación en torno a los 58 años, mientras que la esperanza de vida se ha incrementado hasta casi los 80 años<sup>16</sup>. En definitiva, que la duración de la actividad laboral se ha venido reduciendo muy notablemente.

Figura 5. Cambios en patrones de trabajo a lo largo de la vida en 1950 y 2000<sup>14</sup>.





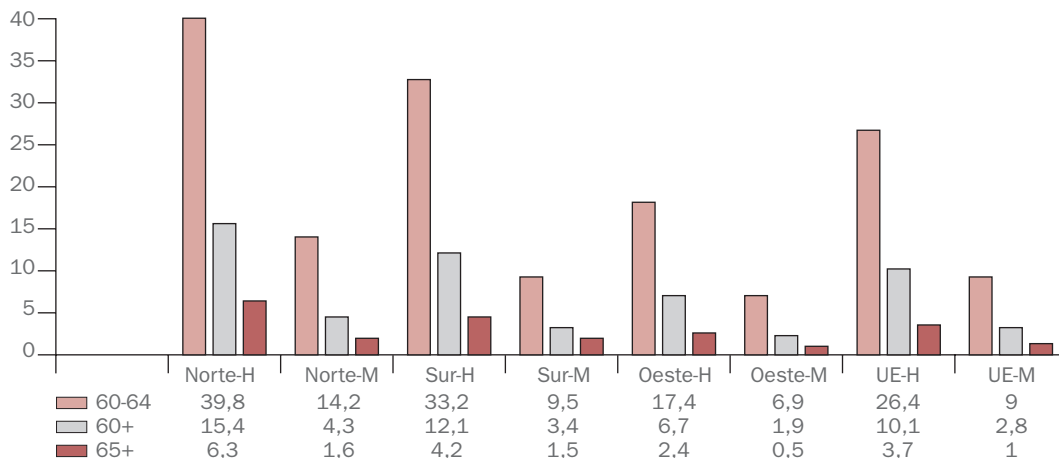
Como Avramov y Maskova<sup>17</sup> ponen de relieve, aunque hasta aproximadamente 1970 la edad de jubilación era los 65 años en la mayor parte de los países europeos (estos datos corresponden a los hombres dado que los correspondientes a mujeres son mucho más variables y heterogéneos), a lo largo del tercer tercio del siglo XX la edad promedio de jubilación ha decrecido extraordinariamente. En la figura 6 se muestra la escasa proporción de personas mayores de 60 años que están todavía trabajando (en este caso, hombres y mujeres) en países europeos del Norte, el Sur y el Oeste. Como podemos observar, en países del Sur de Europa, entre 60 y 65 años sólo contamos con un 33,2% de hombres y un 9,5% de mujeres que trabajan.

Ante este panorama, Marin<sup>18</sup>, Director del Centro de Investigación de Naciones Unidas de Viena, durante la *International Conference on Aging* (León, 2007), enfatizó críticamente lo siguiente: nunca la entrada al mercado de trabajo fue tan tardía ni la salida tan temprana como para comprimir la vida laboral en la primera parte de la edad adulta (la primera edad) de los 25 a los 54 años. Como se ha dicho anteriormente, Naciones Unidas está comprometida en la implantación del MIPAA (II Plan Internacional de Acción sobre Envejecimiento), en el que se trata de que los países que han firmado el

Plan permitan una mayor implicación de las personas mayores en el desarrollo, elaborando una serie de indicadores para la valoración del Plan; entre ellos, figuran indicadores laborales como, por ejemplo, número de personas mayores que trabajan, jubilación voluntaria (no obligatoria), edad media de jubilación, etc.

No cabe duda de que la jubilación es un logro reciente de nuestra sociedad desarrollada; sin embargo, la crítica no sólo engloba la jubilación anticipada sino su componente forzoso, al menos en nuestro ámbito europeo. Recientemente se ha creado una *Plataforma en contra de la jubilación obligatoria* ([jubilacion.voluntaria@yahoo.es](mailto:jubilacion.voluntaria@yahoo.es)), promovida por personas pertenecientes a los cuerpos de la Administración del Estado y a la que cualquier interesado puede adherirse. Sin embargo, no es este el lugar para hacer referencia a esta cuestión, ni a los sistemas de pensiones existentes en el Estado del bienestar al que pertenece España, ni tampoco a los fondos de pensiones y su poder complementador, ni siquiera a la magnitud de la pérdida de poder adquisitivo que la jubilación conlleva. En cambio, sí parece oportuno hacer una breve referencia al *nivel de aceptación* por parte del individuo de *su* jubilación; en otras palabras, entre una visión del trabajo negativa (como un castigo) o positiva como una situación elegida y pro-

Figura 6. Porcentaje de personas (hombres y mujeres) que trabajan en regiones de la UE por grupos de edad<sup>14, 17</sup>.





motora de bienestar y desarrollo, una pregunta importante es si las personas la aceptan, si quieren jubilarse.

En nuestro estudio ELEA (*Estudio Longitudinal sobre Envejecimiento Activo*)<sup>13</sup> se analizaron distintas muestras de población española de hombres y mujeres de entre 55 y 75 años (N=458) con el propósito de establecer una base de datos para estudiar longitudinalmente los determinantes del envejecimiento activo. Entre otras muchas cuestiones, se indagó el grado de aceptación de la jubilación; pues bien, de entre el 64% de los participantes que estaban jubilados, un 70% afirmó haber aceptado totalmente o mucho la jubilación y sólo un 10% informó no haberla aceptado. Estos resultados son semejantes a los encontrados en otros trabajos, por lo que cabe concluir que, a pesar de que las encuestas a todos los niveles (nacionales o internacionales) ponen de relieve las preferencias de la población por la jubilación voluntaria, dos tercios de las personas jubiladas aceptan la jubilación para sí mismas.

En resumen, la regulación del trabajo y de la jubilación es una conquista social indudable. Sin embargo, la entrada tardía al trabajo y la jubilación anticipada, forzosa, aunque aceptada, presentan un panorama en el que, en un mundo envejecido, con una alta esperanza de vida y una baja esperanza de vida con discapacidad, se trabaja cada vez durante menos tiempo. Nuevamente hemos de centrar el tema: no se trata de establecer los efectos socioeconómicos que esta situación lleva consigo, sino los efectos que ello conlleva para la salud.

## JUBILACIÓN Y SALUD

El valor afectivo de la jubilación no es unívoco; mientras que es considerada por algunos como la forma de escapar a un castigo bíblico, para los que consideran el trabajo como una fuente de refuerzo y desarrollo personal, es la jubilación lo que es valorado como un castigo. Este doble rol de la jubilación ha llevado a los autores a tratar de probar que la jubilación reporta

efectos tanto positivos como negativos, aunque ha sido la búsqueda de los presuntos efectos negativos lo que ha supuesto una mayor fuente de investigación.

Así, existen decenas de trabajos empíricos destinados a evaluar los efectos de la jubilación sobre la supervivencia y la mortalidad, la morbilidad y otros indicadores de salud y enfermedad (incluida la salud mental y el deterioro cognitivo). Sin embargo, hay que destacar que resulta altamente compleja la investigación sobre este punto, ya que hay una multitud de variables que intervienen en los efectos de la jubilación sobre la salud, tales como el tipo de trabajo que se deja, la razón de la jubilación, la edad a la que ocurre, el grado de aceptación de la jubilación, las actividades que sustituyen al trabajo, etc. Veamos algunas investigaciones al respecto.

Recientemente, Shim<sup>20</sup> ha revisado la literatura utilizando una versión modificada del método Cochrane para encontrar la respuesta a si la jubilación es realmente un factor de riesgo de mortalidad y ha identificado 988 estudios realizados, de los que ha tenido que eliminar, por considerarlos faltos de calidad, nada menos que 976. Finalmente, fueron 12 los estudios que tomó como base de evidencia empírica y a partir de ellos se puede concluir que, en efecto, la jubilación (considerando todos sus tipos) es un factor de riesgo de mortalidad. Sin embargo, cuando se tienen en cuenta sus distintos tipos (obligatoria, anticipada o relacionada con la salud), los resultados han de ser fuertemente matizados: 1) la evidencia empírica *ni apoya ni contradice* que la jubilación obligatoria, a la edad establecida, sea un factor de riesgo de mortalidad; 2) existe evidencia mezclada *en contra* de que la jubilación anticipada sea un factor de riesgo de mortalidad y, finalmente, 3) existe evidencia mezclada *que apoya* que la jubilación que se produce por razones de salud sea un factor de riesgo de mortalidad. En definitiva, estamos de acuerdo con Shim en que existen escasos trabajos que permitan establecer cuál es la causa y cuál el efecto entre la salud y la jubilación.



A pesar de esta síntesis de Shim, vamos a presentar algunos trabajos sobre el tema. Aunque es difícil establecer una clara división entre los estudios sobre mortalidad y supervivencia y los referidos a la salud, vamos a mostrar ejemplos de cada uno de estos estudios; también examinaremos algunos trabajos en los que se trata de poner de relieve los efectos de la actividad productiva y de ocio en la salud. Por último, se tendrán en cuenta separadamente los trabajos que pretenden explorar los efectos de la jubilación en el declive y deterioro cognitivo.

### Jubilación y supervivencia

Tsai, Wendt, Donnelly, de Jong y Ahmed<sup>20</sup> examinan los efectos de la jubilación anticipada sobre la supervivencia (mortalidad). Los participantes fueron trabajadores que se jubilaron a los 55 (N=839), a los 60 (N=1.929) y a los 65 años (N=900) (trabajaron activamente hasta la edad de jubilación en la Shell Oil de EE.UU.) desde 1973 a 2003 (excluyendo los primeros 10 años para aquellos que se jubilaron a los 55 años y los primeros 5 años para los jubilados a los 60); el promedio de edad de cada grupo al final del estudio fue, respectivamente, de 72, 76 y 80 años.

Los resultados de este trabajo ponen de relieve que los jubilados a los 55 años, 10 años más tarde presentaron una mortalidad más elevada que los que se jubilaron a los 65 (*hazard ratio* del 1,37%, intervalo de confianza 1,09-1,73). Tras el debido ajuste, la mortalidad fue significativamente más elevada en los sujetos que estaban en sus primeros 10 años de jubilación que en los que continuaron trabajando. Una vez realizado el ajuste por sexo, año de entrada en el estudio y estatus socioeconómico, el riesgo de muerte fue un 80% más alto en hombres que en mujeres y los jubilados con estatus socioeconómico bajo tuvieron un 20% más de riesgo de mortalidad que los de estatus alto.

Por otra parte, en los jubilados a los 60 años la mortalidad no difirió en los 5 primeros años después de la jubilación, comparativamente con los que continuaron trabajando y se jubilaron a

los 65. También en este grupo se obtuvieron diferencias significativas a favor de menor mortalidad en mujeres que en hombres, aunque en este grupo no difirió según el estatus socioeconómico.

En resumen, en los jubilados a los 55 años la mortalidad fue significativamente más elevada que en los que continuaron trabajando. Los autores señalan que esta diferencia no puede ser atribuida a los efectos del sexo o del estatus socioeconómico o al año de entrada en el estudio. La supervivencia de los que se jubilaron a los 60 años fue semejante a la de los que se jubilaron a los 65.

Sin embargo, el trabajo es una compleja ocupación humana que lleva en sí *actividad* (de muchos tipos), *implicación*, *compromiso* y otras muchas condiciones altamente heterogéneas. Son realmente clásicos los trabajos que ponen de relieve que existen diferencias significativas en mortalidad entre personas activas y no activas<sup>21</sup> y, por tanto, la jubilación puede ser entendida como una fuente de inactividad y por ello conllevar efectos nocivos sobre la salud. Cabe preguntarse si los efectos de la jubilación sobre la supervivencia durante la vejez son semejantes a los observados en otros bien conocidos trabajos que ponen de relieve la influencia de la actividad (remunerada o no remunerada) o, mejor dicho, de la no actividad sobre la mortalidad, la morbilidad y el estado general de salud. Veamos algunos de estos estudios referidos a personas mayores.

### Actividad y sobrevivencia

Con el fin de comprobar los efectos de distintos tipos de actividad sobre la mortalidad, Glass, Mendes de León, Marottoli y Berkman<sup>22</sup> han llevado a cabo un estudio poblacional prospectivo comenzado en 1982, con un seguimiento a lo largo de 13 años y análisis de la mortalidad. Los sujetos analizados fueron 2.761 entre hombres (N=1.169) y mujeres (N=1.643) tomados al azar de una muestra representativa de 2.812 individuos mayores de 65 años en la ciudad de New Haven (Conneticut, USA).



Las variables tenidas en cuenta en los análisis fueron las siguientes: 1) Sociodemográficas: edad, estado civil, educación, renta y raza. 2) Frecuencia de práctica (“frecuentemente”, “algunas veces” o “nunca”) de *actividades sociales* (ir a la iglesia, al cine, a restaurantes, a espectáculos, realizar excursiones, jugar a cartas u otros juegos, participar en grupos sociales), de *actividades productivas* (hacer trabajos de jardinería, preparar comidas, hacer compras, trabajos no pagados y pagados a la comunidad, otros trabajos pagados), y *actividades físicas* (deportes activos, caminar, hacer ejercicio físico), por lo que a los participantes se les preguntaba si realizaban 14 actividades de este tipo. 3) Estado de salud: condiciones médicas, índice de discapacidad funcional, peso y talla (y masa corporal).

Como podemos observar en la Figura 7, los resultados ponen de relieve un gradiente de mortalidad con base en la frecuencia de actividad. Las personas en cuartil inferior en los tres tipos de actividad presentaron una probabilidad mayor de morir que los más activos. Además, las actividades sociales y productivas que tienen escasa implicación física, disminuyen el riesgo en todas las causas de mortalidad independientemente de que la actividad física provoque un

incremento de ajuste cardiopulmonar. Con base en ello, los autores concluyen que, independientemente del ajuste físico, la actividad confiere beneficios de supervivencia y que ello ocurre a través de interacciones psicosociales.

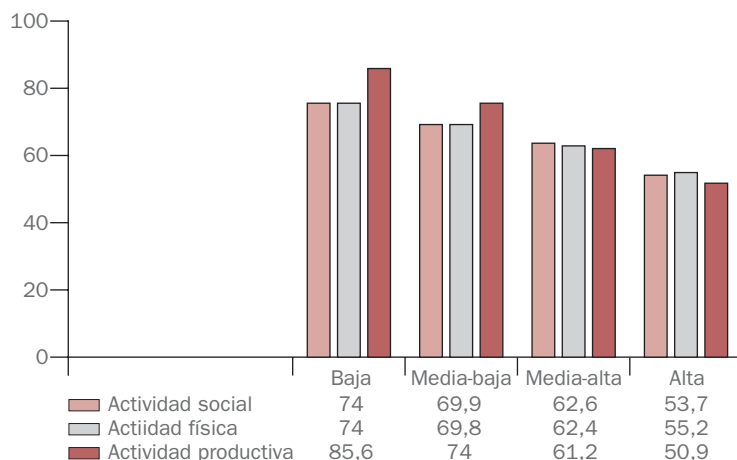
En la misma línea del trabajo de Glass y colaboradores, hay otros múltiples trabajos que ponen de relieve la importancia de la *implicación* en la supervivencia (por ejemplo, Lennartsson y Silverstein<sup>25</sup>), del *voluntariado* y la *actividad remunerada* tras la jubilación (para una revisión, véase Zedlewski y Butrica<sup>24</sup>), que reducen la morbilidad (incluida la depresión) y mejoran los indicadores de salud).

En resumen, de estos resultados se deduce que la actividad, la ocupación y la implicación pudieran ser los ingredientes básicos para la supervivencia y, en contraposición, su déficit una convariante de mortalidad.

### Jubilación y estado de salud

Pero, independientemente de la mortalidad, ¿cómo influye la jubilación en la salud? Uno de los análisis más importantes sobre salud y jubilación es el estudio longitudinal “*Health Retire-*

Figura 7. Mortalidad durante 13 años en personas mayores de 65 años, en función de su grado de actividad (según la distribución en cuartiles)<sup>22</sup>.



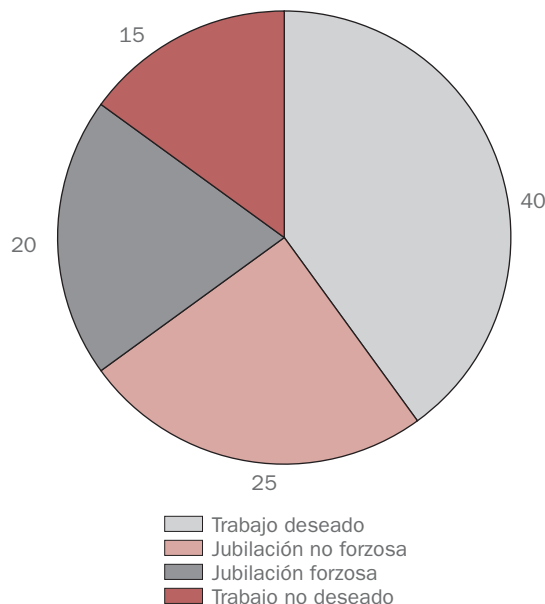


*ment Study*” (realizado en los Estados Unidos de America), del que se han derivado múltiples investigaciones. Calvo<sup>25</sup> realiza un re-análisis de los datos de la base de datos RAND-HRS que fue recogida mediante encuesta realizada en 1992 y es representativa (de la población de EE.UU.) en hogares con individuos entre 51 y 61 años de edad. Este análisis se realiza en los datos procedentes de individuos de entre 59 y 69 años que estaban bien trabajando o bien jubilados en el año 2000 y que habían sido re-analizados en 2002; los que habían fallecido en el año 2002 fueron incluidos en los análisis de regresión sobre mortalidad. Un 74% de las personas de la muestra estaban jubiladas, un 18% nunca habían trabajado (“amas de casa”), el 6% tenían alguna discapacidad y un 2% o estaban sin trabajo o parcialmente jubilados. Las variables dependientes utilizadas fueron las siguientes: autoinforme sobre salud, autoinforme sobre la memoria, actividades básicas de la vida diaria (ADL), actividades instrumentales de la vida diaria (IADL), indicadores sobre felicidad, depresión, soledad, y mortalidad. En los análisis fueron controladas una serie de variables relativas al estatus socioeconómico, la educación, el estado civil, la renta y, también, el informe previo (referido a 1998) sobre el bienestar subjetivo.

Los resultados ponen de relieve que estar trabajando reduce la probabilidad de informar de ser pobre o de tener mala salud en un 6%; otras variables con impacto favorable en el informe sobre salud son las siguientes: hacer ejercicio (4%), estar casado (2%), nivel de educación (1%) y nivel de renta (2%). Trabajar también tuvo un impacto modesto (pero significativo) en las actividades de la vida diaria, los indicadores del estado de ánimo y la mortalidad. El autor concluye que el trabajo prolongado tiene efectos benéficos en el bienestar físico y psicológico, pero que ello depende del tipo de trabajo que se realice y lo forzosa que haya sido la jubilación.

Un último resultado interesante que proporciona este autor procede de los datos de lo que él llama “grupos vulnerables” y que, por su interés, se presentan en la Figura 8, a saber, los individuos que no quieren seguir trabajando

Figura 8. Porcentaje de individuos mayores en distintos tipos de situación laboral<sup>25</sup>.



porque lo hacen en *trabajos no deseables* y los que han sido *jubilados forzosamente*. Como podemos apreciar en esta figura, el 40% de los sujetos estudiados trabajaba en ocupaciones deseadas; sin embargo, un 15% lo hacía en trabajos no deseados y, aproximadamente por igual, los jubilados lo habían sido bien forzosa, bien voluntariamente.

Dave, Rashad y Spasojevic<sup>26</sup>, tras revisar la literatura sobre los efectos de la jubilación en la salud, estudian 7 oleadas del HRS (*Health and Retirement Study*). Sus resultados muestran efectos de la jubilación -después de un promedio de seis años- en los indicadores de salud examinados: 5-16% de incremento en las dificultades de movilidad; 5-6% de incremento de condiciones de enfermedad; 6-9% de declive en salud mental. Sin embargo, los autores también concluyen que estos efectos están mediados o matizados por el carácter voluntario o forzoso de la jubilación (similares resultados pueden encontrarse en Bossé Aldwin, Levenson, Spiro y Mroczek<sup>27</sup> y Solinge y Henkens<sup>28</sup>).



Hay también estudios que ponen de relieve la importancia de los autoinformes de salud en el curso de la jubilación. Así, Shim<sup>1</sup> realiza un trabajo empírico en el que examina el informe subjetivo de salud de personas que estaban en tránsito a la jubilación, identificando hogares en los que se encontraban personas entre 16 y 60 años del “*Panel Study of Income Dynamics*” (PSID) en transición hacia la jubilación o hacia la discapacidad entre 1984 y 2005 (N=18.757). La salud informada antes de la jubilación (“excelente”, “buena”, “pobre”), la situación laboral (trabajando/jubilado) y, en su caso, el tipo de jubilación “anticipada” (antes de los 59 años, sin discapacidad), “regular” (a los 60, sin discapacidad) y “debida a la salud” (con discapacidad a cualquier edad).

El estudio arrojó los siguientes resultados. En los jubilados que informaron gozar de “buena” salud antes de la jubilación la probabilidad de que se jubilaran era un 72% mayor que en los que informaron tener una salud “excelente”. Entre los jubilados que informaron tener una salud “pobre” antes de la jubilación la probabilidad de jubilarse fue 4,7 veces mayor que entre los que manifestaron tener una salud “excelente”. Entre los que se jubilaron antes de los 59 años (sin discapacidad) la probabilidad de que informaran de “buena” salud fue un 26% menor y la probabilidad de que informaran de una salud “pobre” fue un 44% menor que entre los jubilados a término o entre los que se jubilaron por razones de salud que informaron de una salud “excelente” antes de la jubilación. Entre los jubilados por razones de salud la probabilidad de informar de “mala” salud fue 4,1 veces mayor que entre los que informaron antes de la jubilación tener una salud “excelente”. En suma, el autor concluye que la percepción subjetiva de salud parece guiar la transición a la jubilación.

Por otra parte, conviene también presentar algunos estudios en los que no aparecen efectos (ni positivos ni negativos) de la jubilación sobre la salud. Así, por ejemplo, Solange<sup>29</sup> estudia posibles cambios en salud tras la jubilación en un panel de 778 hombres holandeses, realizando análisis de regresión con el fin de estimar los

efectos de aquélla en la gravedad de los problemas de salud, cambios en el consumo de medicación o cambios en la percepción de salud. Los resultados ponen de relieve que no existen efectos de la jubilación, a menos que ésta sea no deseada. En esta misma línea, Bound y Waidmann<sup>30</sup>, utilizando el sistema de pensiones en el Reino Unido e incluyendo datos en agregado y datos de encuesta (que incluyen datos objetivos y subjetivos de salud) llegan a la conclusión de que no existe evidencia de que la jubilación produzca efectos negativos sobre la salud.

En resumen, la evidencia empírica sobre los efectos de la jubilación en la salud es contradictoria y los trabajos que presentan resultados negativos de la jubilación sobre la salud muestran unos efectos mínimos. Parece que son condiciones psicológicas individuales (por ejemplo, el control que se ejerce sobre la jubilación) o del trabajo (condiciones no deseadas de trabajo) lo que influye en los efectos observados de la jubilación sobre la salud.

### Jubilación y declive cognitivo

Mención aparte requieren los estudios en los que se trata de poner de relieve la importancia de la jubilación en el declive cognitivo. Como se mencionó anteriormente, el declive del funcionamiento cognitivo es covariante de la edad; en otras palabras, a lo largo del proceso de envejecimiento existe un declive del funcionamiento fluido (esto es, en otros términos, de la inteligencia biológica<sup>31</sup>) en contraposición con lo que ocurre con el funcionamiento cristalizado (esto es, la inteligencia cultural) que se mantiene bastante estable hasta, aproximadamente, los 70 años<sup>2</sup>.

<sup>2</sup> Baltes y Smith (2001) atribuyen el declive de la inteligencia cristalizada a partir de edades avanzadas a un límite de plasticidad biológica; sin embargo, cabría también preguntarse si esta frontera de los aproximadamente 70 años no estaría en relación con una disminución normativa de actividad, como ocurre con la jubilación.



Una segunda fuente de evidencia es la que pone de relieve que la jubilación lleva consigo un mayor declive cognitivo; así, Schaie y su grupo<sup>32, 33</sup>, tras apoyar que el declive intelectual a lo largo de la vejez se debe bien a la enfermedad biológica bien al desuso u obsolescencia, presentan amplias pruebas empíricas de que si bien los que se jubilan de puestos de trabajo cognitivamente poco estimulantes no sufren efectos adversos, los que dejan trabajos altamente complejos y cognitivamente estimulantes experimentan significativamente un mayor declive. Sin embargo, otros autores asumen que los efectos negativos de la jubilación en el funcionamiento cognitivo son más extensos y generales.

Por otra parte, en los últimos veinte años se ha acumulado una extraordinaria cantidad de datos empíricos que prueban que el declive cognitivo (esencialmente fluido) se puede compensar mediante actividad cognitiva, física, social y de ocio<sup>34, 35</sup>.

Conviene recordar lo expuesto más arriba, es decir, que la lógica que subyace a los predichos efectos de la jubilación sobre el funcionamiento cognitivo son, esencialmente, los siguientes: 1) La amplia demostración empírica sobre la propiedad del sistema nervioso central (SNC): la plasticidad cuya expresión fenotípica es la posibilidad de cambio positivo, compensación y optimización del funcionamiento cognitivo (también llamada *plasticidad cognitiva*) que aparece a todo lo largo de la vida, también durante la vejez<sup>8, 9, 13, 35</sup>. 2) Esta plasticidad neural y cognitiva parece estar en la base de la evidencia de que tanto condiciones históricas del individuo como la educación, la formación profesional, y otras condiciones más transversales como una intensa actividad intelectual, social, o física ocasionan diferencias en la *reserva cognitiva* que actúan como factores optimizadores, protectores o compensadores del deterioro cognitivo e, incluso, de la demencia<sup>35-37</sup>. 3) La extraordinaria variabilidad en las formas de envejecer de los individuos mayores (del deterioro cognitivo grave a la lucidez de la excepcionalidad y la sabiduría) parece deberse (al

menos en parte) a patrones de conducta diferenciales (o estilos de vida) de los individuos a lo largo de la vida y, también, en la vejez<sup>14</sup>. En otras palabras, lo que el individuo hace puede influir en su envejecimiento cognitivo y, por tanto, la supresión, reducción o eliminación de condiciones laborales positivas, estimulantes, pudieran influir negativamente en el funcionamiento cognitivo.

Estudios realizados por Adam et al.<sup>8, 39</sup> con distintas bases de datos longitudinales (el estudio *Health and Retirement Study [HRS]*, el *English Longitudinal Survey on Ageing [ELSA]*, el *Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe [SHARE]*; para una comparación entre estas tres bases de datos véase Adam, Bonsang, Germain y Perelman<sup>38, 39</sup>) y utilizando un modelo paramétrico estocástico, han tratado de examinar el impacto de factores que, hipotéticamente, actúan sobre las funciones cognitivas, entre ellos la edad, la escolaridad, la jubilación y otros factores protectores como las actividades ocupacionales. Tomando como medida cognitiva una tarea de memoria semántica (memoria audio-verbal con una lista de palabras) examinan mediante análisis de regresión y utilizando como variable dependiente la memoria audio-verbal y como variables independientes las anteriormente mencionadas; como era de esperar, es la educación el factor explicativo más potente (además de la edad), pero, además, estos autores informan que los individuos jubilados presentan una menor eficiencia en el funcionamiento cognitivo que los sujetos activos y, también, que las actividades ocupacionales parecen ejercer una influencia benéfica en el funcionamiento cognitivo. No es el momento de entrar en la crítica metodológica de estos trabajos; sin embargo, sí hemos de mencionar que cuando hemos tratado de verificar estas mismas hipótesis con nuestros propios datos procedentes del estudio ELEA<sup>41</sup> y EXCELSA<sup>42</sup>, si bien encontramos que el funcionamiento cognitivo (evaluado mediante plasticidad cognitiva, memoria de trabajo y rapidez de ejecución) depende significativamente de la edad y de la educación, no encontramos relación ni con estar



o no jubilado (controlando en este caso la edad y la educación) ni con el número de actividades productivas realizadas.

En todo caso, se requiere mucha más investigación para concluir que la jubilación puede explicar, en términos generales, el funcionamiento cognitivo. El tipo de trabajo, las condiciones individuales del propio proceso de jubilación (la voluntariedad, el control, etc.) y las ocupaciones y actividades que siguen tras la jubilación, son fuentes de variación de sus resultados tanto en la salud (física y mental) como en el funcionamiento cognitivo.

### Trayectorias individuo-jubilación-resultados

A lo largo de este epígrafe hemos examinado los efectos de la jubilación sobre la salud. Como pone de relieve Shim<sup>19</sup>, los estudios son de escasa calidad y los resultados no parecen ser concluyentes, sino que existen múltiples factores relativos al individuo (salud, control, voluntariedad, nivel de renta, etc.), al trabajo (excesivo para las capacidades del individuo, estimulante, etc.) y a la actividad posterior (actividad física, intelectual, social, etc.) que modulan cualquier consecuencia adversa de la jubilación sobre la salud y que impiden llegar a conclusiones generales.

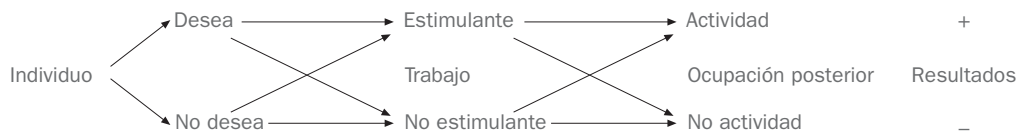
Así, reduciendo estas variables por parte del individuo a la motivación (el deseo) de jubilarse, a la estimulación del trabajo y a la actividad tras la jubilación, en la figura 9 se presenta un reducido número de potenciales trayectorias, con los correspondientes resultados positivos y negativos. Así, si el individuo que desea jubilarse de un trabajo poco estimulante, tras la jubilación enriquece su vida con múltiples actividades físicas, intelectuales y sociales, seguramente va a encontrar efectos positivos sobre su salud<sup>34</sup>. Muy al contrario ocurrirá con el individuo que no desee jubilarse de un trabajo estimulante, pero que una vez jubilado se refugie en un ambiente poco estimulante (“sillón, zapatillas y TV”); la previsión más evidente sería la de mala salud y deterioro cogniti-

vo (también tenemos datos sobre esto)<sup>43</sup>. Sin embargo, si, ante la jubilación forzosa, tal individuo dedica su tiempo libre y sus energías a realizar una alta actividad física, intelectual y social, es probable que la jubilación no sólo no tenga efectos negativos en su salud y en su funcionamiento cognitivo, sino que le permitirá obtener beneficios en lo que a salud y bienestar se refiere. No obstante, también encontraremos al individuo que desea jubilarse porque su trabajo es duro y escasamente atractivo; en este caso también se presentan dos posibles trayectorias: que se embarque en nuevas y estimulantes actividades o que permanezca en un ambiente de escasa actividad, lo que previsiblemente dará lugar a resultados distintos.

Hay que resaltar que esta síntesis gráfica sobre potenciales trayectorias no sólo se ha reducido a una variable (motivación, estimulación, actividad) por cada potencial contexto interviniente (individuo, trabajo, ocupación tras la jubilación), sino que se ha dado un valor categorial a cada una de ellas. La realidad no sólo es más diversa, sino que adopta distintas magnitudes en cada una de dichas variables.

En todo caso, la evidencia empírica manejada hasta aquí sobre la jubilación y sus potenciales efectos sobre la salud nos deben llevar a tres esenciales conclusiones: 1) La jubilación es una institución positiva que es producto del desarrollo sociopolítico y humano. Como hemos señalado y justificado, la jubilación ha de ser flexibilizada (manteniendo los aspectos de regulación necesarios desde el punto de vista socioeconómico) en el sentido de ajustarla a las capacidades y necesidades de los individuos. 2) Sin embargo, la jubilación entraña una transición en la vida de toda persona, un momento en el que ha de planificarse y tomar decisiones sobre el futuro. El individuo ha de enfrentarse a la jubilación como un problema más de la vida trazando y eligiendo su futuro y teniendo en cuenta que la calidad de vida de los años por vivir están en dependencia de sus decisiones, de que decida emprender una trayectoria activa y participativa o pasiva y resignada. En otras palabras, que los años por venir han de ser preparados

Figura 9. Trayectorias de los potenciales resultados (positivos o negativos) de la jubilación procedentes del individuo, del trabajo y de la ocupación posterior.



con el mismo (o mayor) cuidado que lo han sido los anteriores. 3) La investigación acerca de los potenciales efectos de la jubilación sobre la salud deben tener en cuenta las más importantes variables intervinientes que desde el individuo, el trabajo y las ocupaciones post-jubilación pueden contemplarse. En resumen, es la jubilación activa la que debe ser promocionada, tanto desde las políticas públicas como desde las organizaciones de ciudadanos.

## CONCLUSIONES

El trabajo tiene un valor social y subjetivo importante. En la medida en la que el trabajo es una fuente para el propio desarrollo profesional, o incluso personal, para la comunicación social y el establecimiento de vínculos sociales, resulta una transición potencialmente negativa o una situación conflictiva (de estrés) ante la que el individuo ha de adaptarse. Pero, además, en los contextos en los que la jubilación es obligatoria, a todo lo anterior habrá que añadir la falta de control. Por el contrario, cuando el individuo puede elegir el momento de su jubilación, ésta puede ser percibida como evento controlable matizando, compensando o eliminando cualquiera de sus efectos nocivos.

El control respecto al momento de la jubilación depende del país. Mientras en países europeos que actúan bajo la óptica del Estado del bienestar existe una edad forzosa de jubilación -la llamada jubilación anticipada ha llevado a una media de edad de jubilación en Europa en torno a los 58 años-, parece que en los Estados

Unidos la jubilación (al menos en algunas profesiones) no es obligatoria y el número de trabajadores que se ven forzados a jubilarse es también menor.

Dadas las proyecciones futuras sobre la esperanza de vida, podemos esperar un incremento en el envejecimiento poblacional. Contrariamente a lo que está ocurriendo en países europeos, las organizaciones internacionales recomiendan la implicación de la persona mayor en el desarrollo económico y social, para lo cual se requiere una flexibilización de la jubilación y una mayor participación de las personas mayores en el mundo del trabajo. En otras palabras, la promoción de un envejecimiento activo y productivo es una asignatura pendiente reconocida por la Unión Europea (por los objetivos de Lisboa y Barcelona) y el Programa de Envejecimiento activo<sup>17</sup>. El derecho al trabajo es una norma fundamental y su regulación en función de la edad -y no en función de la competencia- es puramente una discriminación edaísta.

Los estudios empíricos sobre los potenciales efectos de la jubilación en la mortalidad y la supervivencia, la salud y el deterioro cognitivo son de muy variable calidad y sus resultados son heterogéneos y no divergen de los que produce la inactividad. Por otro lado, cuando la jubilación es forzosa, sin que exista control por parte del individuo, sí aparecen efectos adversos en la salud y en el deterioro cognitivo. Tal vez lo más importante es que los efectos potenciales de la jubilación en la salud no pueden ser diferenciados de los que ocurren cuando el individuo se muestra inactivo y, por otra parte, que existen variables individuales (como por ejem-



plo, la salud, el control, etc.) y variables en el trabajo (su grado de estimulación, su carga para el individuo, etc.) que dificultan la constatación de efectos directos causa-efecto entre la jubilación y la salud.

Con el fin de especificar la importancia de variables contextuales en la relación entre la jubilación y sus potenciales efectos adversos sobre la salud hemos presentado hipotéticas trayectorias con distintos supuestos en el individuo (deseo), el trabajo (estimulación) y la ocupación tras la jubilación (actividad). Resumiendo, es la *jubilación activa* la que parece prevenir los efectos negativos adversos de la jubilación sobre la salud, tanto física como mental.

Por último, conviene terminar recordando que esta visión del trabajo y la jubilación está en sintonía con las recomendaciones del II Plan Internacional de Acción sobre el Envejecimiento<sup>3</sup>, con la investigación actual sobre envejecimiento activo<sup>14</sup> y con las perspectivas de la Organización Mundial de la Salud sobre la salud en la vejez<sup>4</sup> y, por tanto, pretenden incrementar el bienestar y la calidad de vida en las personas que envejecen.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Robine JM, Jaegger C, Mathers CD, Crimmins EM y Suzman RM (eds). *Determining health Expectancies*. West Sussex: Wiley, 2003; 149-175.
2. Fernández-Ballesteros R. *Active aging. The contribution of psychology*. Gottingen: Hogrefe & Huber, 2008. (Traducción en español: Madrid, Pirámide 2008).
3. United Nations. *Madrid II International Plan of Action on Aging*. New York: United Nations, 2002.
4. WHO. *Active ageing*. Geneva: World Health Organization, 2002.
5. Díez-Nicolás J. Implications of Population Decline for the European Union (2000-2050). En: Marquina A (ed). *Environmental Challenges in the Mediterranean 2000-2050*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 2004; 247-263.
6. Baltes PB, Baltes MM. *Successful aging: perspectives from the behavioural sciences*. Cambridge UK: Cambridge University Press, 1990.
7. Fernández-Ballesteros R. Psicología del envejecimiento. Crecimiento y declive. Lección Inaugural. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid, 1996.
8. Ramón y Cajal S. La máquina de la vida. Estudios de Anatomía y Fisiología celulares. *Las ciencias Médicas. Revista quincenal de medicina, cirugía y farmacia* 1884; 1.
9. Fernández-Ballesteros R, Zamarrón MD, Tárraga L, Moya R, Iñiguez J. Learning Potential in healthy, Mild Cognitive Impairment subjects and in Alzheimer's patients. *European Psychologist* 2003; 8: 148-160.
10. Fries JF. *Aging well*. Reading, Mass.: Addison-Wesley Pub, 1989.
11. Rowe JW, Khan RL. Successful Aging. *The Gerontologist* 1998; 3: 433-440.
12. IMSERSO. *Libro blanco sobre la dependencia*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2003.
13. Fernández-Ballesteros R, Zamarrón MD, Díez Nicolás J, De Juan Espinosa M et al. Estudio Longitudinal sobre Envejecimiento Activo. Memoria de investigación. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid, 2007.
14. Fernández-Ballesteros R, Díez Nicolás J. Active aging: Mandatory retirement as a barrier. En: Becker HA, Schroots JF (eds). *Releasing the potentials of retired scholars and scientists. Emerging productivity in a new era*. Amsterdam: ERGO - European Research Institute on Health and Aging, 2008.
15. Allport G. *The personality. Psychological interpretation*. New York: Holt, 1937.
16. Díez-Nicolás J. The different forms of activity all throughout life and intergenerational relations. En: IMSERSO. *The contribution of older persons to the social and economic development (29-44)*. Madrid: IMSERSO, 2006.
17. Avramov D, Maskova M. *Active aging in Europe*. Strasbourg: Council of Europe, 2003.
18. Marin B. Living Longer. Working Longer. Inter-Governmental Conference on Aging. León, UNECE, 2007.
19. Shim MT. Retirement, mortality and self-reported Elath: An application of life course epidemiology. *Dissertation Abstract International. The Sciences and Engineering* 2008; 69: 974.
20. Tsai SP, Wendt JK, Donnelly RP, de Jong G, Ahmed FS. Age retirement and long term survival of an industrial population: prospective cohort study. *BMJ* 2008; 331: 331-335.
21. Iwarsson S, Isacsson A, Persson D, Schersten B. Occupation and survival: a 25-year follow-up study of social and productive of an aging population. *Am J Occupational Therapy* 1998; 52: 65-70.
22. Glass TA, Mendes de León C, Marottoli RA y Berkman LF. Population based study of social and pro-



- ductive activities as predictors of survival among elderly Americans. *BMJ* 1999; 319: 478-483.
23. Lennartsson C, Silverstein M. Does Engagement With Life Enhance Survival of Elderly People in Sweden? The Role of Social and Leisure Activities. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 2001; 56: S335-S342.
  24. Zedlewski SR, Butrica BA. Are we talking full advantage of older adults' potential? 2007.
  25. Calvo E. Does working longer make people healthier and happier. *Center for Retirement Research* 2006; 2: 1-9.
  26. Dave D, Rashad I, Spasojevic J. The effects of retirement on physical and mental health outcomes. *Bulletin on Aging and Health* 2006; 12123.
  27. Bossé R, Aldwin CM, Levenson R, Spiro A, Mroczek DK. Change in social support after retirement. *Psychology and Aging* 1993; 2: 383-389.
  28. Solinge H Van, Henkens K. Involuntary retirement: the role of restrictive circumstances and social embeddedness. *J Gerontology. Psychological and Social Sciences* 2007; 62: S295-S303.
  29. Solinge H van. A longitudinal study among the older workers in the Netherlands. *Research on Aging* 2007; 29: 225-256.
  30. Bound J, Waidmann T. Estimating the health effects of retirement. *Michigan Retirement Research Center, UM WP* 2007; 168-175.
  31. Baltes PB, Graf P. Psychological aspects of aging facts and frontiers. En: Magnusson (ed). *The lifespan development of individuals: behavioural, neurobiological, and psychosocial perspective*. Cambridge: Cambridge Univ. Press, 1996.
  32. De Frias CM, Schaie KW. Perceived work environment and cognitive style. *Experimental Aging Research* 2001; 27: 67-81.
  33. Dutta R, Yue GA, Schaie KW, Willis SL, O'Hanlon AM, Yu LC. *Age difference patterns in patterns in primary mental abilities in China and the U.S.A.* Minneapolis: Annual Meeting of the Gerontological Society, 1986.
  34. Fillit HM, Buttlar RN, O'Connell AW, Albert MS, Birren JE, Cotman CW et al. Achieving and Maintaining Cognitive Vitality with Aging. *Mayo Clin Proc* 2002; 77: 681-696.
  35. Baltes MM, Baltes PB. Normal versus pathological cognitive functioning in old-age: Plasticity and testing-the-limits of cognitive/brain reserve capacity. En: Baltes PB (ed). *Demence et longevité*. Berlin: DTB, 1997.
  36. Scarmeas N, Stern Y. Cognitive reserve and life style. *J. Clin Exper Neuropsychol* 2003; 25: 625-633.
  37. Valenzuela M. Brain reserve and dementia: a systematic review. *Psychol Med* 2006; 36: 441-454.
  38. Adam S, Bay C, Bonsang E, Germain S, Perlman S. Retrait, activités non professionnelles et vieillissement cognitif. Une exploration à partir des données de Share. *Économie et Statistique* 2007; 403-404: 83-96.
  39. Adam S, Bay C, Bonsang E, Germain S, Perlman S. Retirement and cognitive reserve: A stochastic frontier approach applied to Surrey data. Lieja: Centre de Recherche en Economie Publique et de la Population (CREPP Working Paper), 2007.
  40. Adam S, Bay C, Bonsang E, Germain S, Perlman S. Occupational activities and cognitive reserve: a frontier approach applied to the Survey on health, ageing and retirement in Europe. Lieja: Centre de Recherche en Economie Publique et de la Population (CREPP Working Paper n° 0605), 2006.
  41. Fernández-Ballesteros R, Zamarrón MD, Calero MD, Tárraga L. Cognitive plasticity and cognitive impairment. En: Fernández-Ballesteros R (ed). *GeroPsychology. European Perspectives for an Ageing World*. Göttingen: Hogrefe & Huber, 2007; 146-163.
  42. Fernández-Ballesteros R, Zamarrón MD, Rudinger G, Schroots HJJ et al. Assessing competence: the European Survey on Aging Protocol (ESAP). *Gerontology* 2004; 50: 330-347.
  43. Schaie KW. *Developmental influences on adult intelligence: The Seattle Longitudinal Study*. New York: Oxford University Press, 2005a.