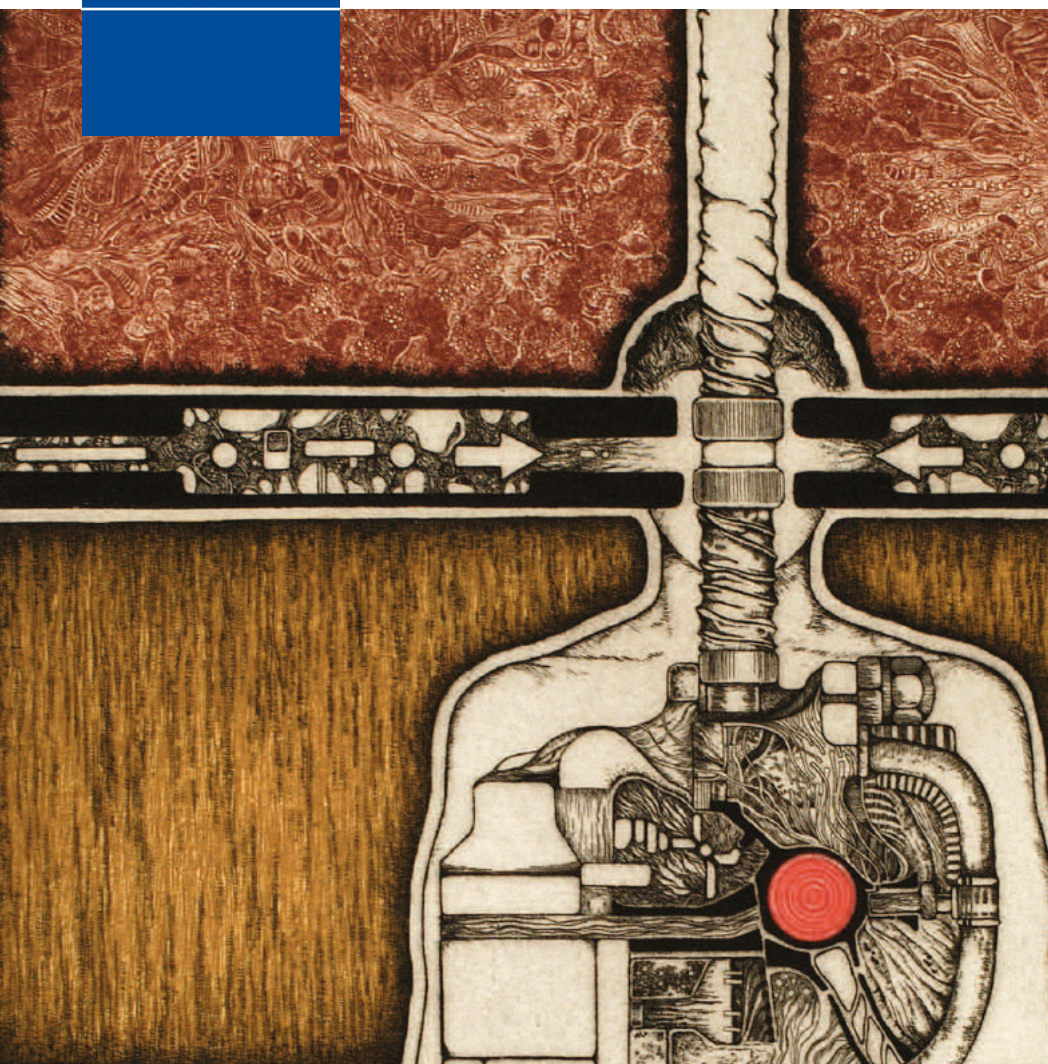


# CALIDAD DE VIDA Y ENVEJECIMIENTO

## La visión de los mayores sobre sus condiciones de vida

Fundación **BBVA**

Fermina Rojo-Pérez  
Gloria Fernández-Mayoralas (Eds.)







## CALIDAD DE VIDA Y ENVEJECIMIENTO



# Calidad de vida y envejecimiento

La visión de los mayores  
sobre sus condiciones de vida

Edición a cargo de  
*Fermina Rojo-Pérez*  
*Gloria Fernández-Mayoralas*

*Vicente Rodríguez-Rodríguez*  
*María Eugenia Prieto-Flores*  
*Raúl Lardiés-Bosque*  
*Karim Ahmed-Mohamed*  
*María Belén Frades-Payo*  
*Pablo Martínez-Martín*  
*Maria João Forjaz*  
*José Manuel Rojo-Abuín*

Fundación **BBVA**

La decisión de la Fundación BBVA de publicar el presente libro no implica responsabilidad alguna sobre su contenido ni sobre la inclusión, dentro de esta obra, de documentos o información complementaria facilitada por los autores.

No se permite la reproducción total o parcial de esta publicación, incluido el diseño de la cubierta, ni su incorporación a un sistema informático, ni su transmisión por cualquier forma o medio, sea electrónico, mecánico, reprográfico, fotoquímico, óptico o de grabación sin permiso previo y por escrito del titular del *copyright*.

DATOS INTERNACIONALES DE CATALOGACIÓN

Calidad de vida y envejecimiento : la visión de los mayores sobre sus condiciones de vida / Vicente Rodríguez-Rodríguez... [et al.] ; edición a cargo de Fermina Rojo-Pérez y Gloria Fernández-Mayoralas. — 1.ª ed. — Bilbao : Fundación BBVA, 2011.

398 p. ; 24 cm

ISBN: 978-84-92937-12-7

1. Condición de vida. 2. tercera edad. 3. Comunidad de Madrid.

I. Rodríguez-Rodríguez, Vicente. II. Rojo-Pérez, Fermina, ed. III. Fernández-Mayoralas, Gloria, ed. IV. Fundación BBVA, ed. 314.6-053.88 (460.27)

Primera edición, diciembre 2011

© los autores, 2011

© Fundación BBVA, 2011

Plaza de San Nicolás, 4. 48005 Bilbao

IMAGEN DE CUBIERTA: © Pablo SÁEZ, 2011

*Simbiosis*, 1995

Aguafuerte, 350 x 302 mm

Colección de Arte Gráfico Contemporáneo

Fundación BBVA – Calcografía Nacional

ISBN: 978-84-92937-12-7

DEPÓSITO LEGAL: M-47511-2011

EDICIÓN Y PRODUCCIÓN: Grupo Ibersaf

Impreso por Ibersaf Industrial, S.A.

Impreso en España - *Printed in Spain*

Los libros editados por la Fundación BBVA están elaborados sobre papel con un 100% de fibras recicladas, según las más exigentes normas ambientales europeas.

## Í N D I C E

Agradecimientos .....	13
Introducción.....	15
1. Las características sociodemográficas de los mayores en la Comunidad de Madrid	
1.1. Introducción .....	45
1.2. Los mayores ayer y hoy: evolución y proceso de envejecimiento .....	47
1.3. Composición de la población por edad, sexo y estado civil.....	52
1.4. Nivel de instrucción .....	56
1.5. Distribución geográfica de los mayores: el desigual envejecimiento en el territorio .....	58
1.6. Forma de convivencia .....	63
1.7. La vivienda y el entorno residencial entre los mayores .....	65
1.7.1. La vivienda .....	66
1.7.2. El entorno residencial .....	71
1.7.3. Las viviendas secundarias como recurso de uso durante el tiempo libre .....	74
1.8. Conclusiones .....	77
Bibliografía .....	78
2. La calidad de vida de los mayores nominada y evaluada por ellos mismos a partir del instrumento SEIQoL-DW	
2.1. Introducción.....	83
2.2. La medida sintética de la calidad de vida: el índice SEIQoL ...	85
2.3. La multidimensionalidad de la calidad de vida en la vejez .....	89
2.4. La calidad de vida global de la población con 65 y más años, no institucionalizada y que reside en la Comunidad de Madrid .....	92



2.5.	Calidad de vida global según el índice SEIQoL y factores asociados .....	95
2.5.1.	Calidad de vida global según las características personales y sociodemográficas de la población mayor...	96
2.5.2.	Entorno residencial y calidad de vida global.....	99
2.5.3.	La dimensión salud y la calidad de vida global .....	101
2.5.4.	La dimensión <i>familia</i> y la calidad de vida global .....	103
2.5.5.	La dimensión <i>situación económica</i> y la calidad de vida global .....	104
2.5.6.	La dimensión <i>red social</i> y la calidad de vida global .....	106
2.5.7.	La dimensión <i>ocio-tiempo libre</i> y la calidad de vida global...	107
2.6.	Conclusiones .....	108
	Bibliografía .....	109
3.	La salud y el funcionamiento como dimensión de calidad de vida	
3.1.	Introducción .....	113
3.2.	La medida de la salud .....	116
3.3.	Características objetivas y subjetivas de la salud de la población estudiada: el continuo <i>salud-enfermedad</i> .....	125
3.3.1.	Morbilidad .....	125
3.3.2.	Discapacidad .....	128
3.3.3.	Dolor/molestia .....	131
3.3.4.	Medidas de valoración subjetiva de la salud: autopercepción y satisfacción .....	132
3.3.5.	Calidad de vida relacionada con la salud.....	134
3.3.6.	Diferencias sociodemográficas en el nivel de competencia relacionado con la salud y el funcionamiento .....	137
3.4.	La promoción y el autocuidado de la salud de los mayores.....	139
3.4.1.	Hábitos de consumos tóxicos, dieta y sueño .....	140
3.4.2.	Actividad física y mental, y capacidades cognitivas.....	140
3.4.3.	Hábitos o comportamientos saludables.....	141
3.5.	Los servicios sanitarios: utilización, satisfacción y accesibilidad percibida.....	144
3.6.	Necesidad de ayuda, servicios formales y apoyo informal .....	152
3.7.	Calidad de vida y salud: los factores de salud que influyen en la percepción de y en la satisfacción con la salud.....	156

3.8. Conclusiones .....	158
Bibliografía .....	162
4. Forma de convivencia y redes familiar y de amistad	
4.1. Introducción y objetivos .....	169
4.2. Medición de las redes familiar y de amistad .....	173
4.3. Forma de convivencia y estructura del hogar como factores condicionantes de la calidad de vida de los mayores no institucionalizados .....	175
4.4. La red familiar en la calidad de vida de los mayores .....	180
4.5. La red de amistad en la calidad de vida de los mayores .....	186
4.6. Conclusiones .....	192
Bibliografía .....	194
5. Los recursos económicos en la calidad de vida a la edad anciana	
5.1. Introducción .....	199
5.2. La medición de hechos económicos .....	201
5.3. Situación económica y calidad de vida en los mayores .....	205
5.3.1. La posición económica de los mayores .....	205
5.3.2. Factores condicionantes .....	214
5.4. Conclusiones .....	226
Bibliografía .....	231
6. Ocio, tiempo libre y calidad de vida en la población mayor	
6.1. Introducción: marco teórico y conceptual .....	235
6.2. La dimensión <i>ocio-tiempo libre</i> entre los mayores de la Comunidad de Madrid: propuesta de estudio .....	239
6.3. La medición del ocio y tiempo libre .....	241
6.4. Las actividades de ocio y tiempo libre en los mayores .....	245
6.5. Condicionantes del ocio y del tiempo libre en la población mayor .....	250
6.5.1. Factores sociodemográficos .....	250
6.5.2. Otros factores condicionantes .....	256
6.6. Conclusiones .....	264
Bibliografía .....	266

7. El entorno residencial como escenario del envejecimiento en casa y de calidad de vida en la vejez	
7.1. Introducción: la decisión de envejecer en casa y su expresión en la calidad de vida .....	271
7.2. La medición y análisis del entorno residencial en el contexto de los estudios de calidad de vida en la vejez.....	273
7.3. Caracterización general de las viviendas: propiedad, antigüedad y tamaño como rasgos más destacados .....	279
7.4. Las condiciones de habitabilidad como nivel de bienestar: dotaciones en la vivienda y en el edificio donde esta se ubica....	282
7.5. La accesibilidad en el entorno próximo: acceso hasta el edificio, desde el edificio a la casa e interior de la casa .....	287
7.6. La percepción de la necesidad de adaptación o mantenimiento de la vivienda .....	292
7.7. El barrio como entorno residencial público .....	295
7.7.1. Caracterización general.....	295
7.7.2. Las dotaciones en el barrio: accesibilidad a los servicios .....	297
7.7.3. La percepción de la vida en comunidad: problemas, barreras u obstáculos a la movilidad en el barrio.....	299
7.8. El medio humano en el área de residencia: los vecinos, relaciones y percepción.....	303
7.9. La expresión de la satisfacción residencial y factores explicativos .....	306
7.10. Conclusiones.....	312
Bibliografía.....	315
8. Estado emocional, recursos personales para afrontar la vida y espiritualidad	
8.1. Introducción.....	321
8.2. Medición de los dominios emocional y espiritual .....	323
8.3. El bienestar emocional en la calidad de vida de las personas mayores .....	324
8.4. Religión y espiritualidad en la calidad de vida de los mayores.....	331
8.5. Conclusiones .....	334
Bibliografía .....	335

9. Los determinantes subjetivos en la calidad de vida en la vejez y factores explicativos	
9.1. Introducción y marco de estudio.....	339
9.2. La medición y análisis de la aproximación subjetiva en la calidad de vida .....	343
9.3. El nivel de satisfacción con la vida y factores asociados.....	345
9.4. La contribución de los dominios subjetivos en la calidad de vida global en la vejez: modelo ajustado .....	350
9.5. Conclusiones: aspectos relevantes del modelo de calidad de vida global basado en el bienestar subjetivo con los dominios de vida .....	353
Bibliografía .....	358
10. Aspectos destacados de la calidad de vida en la vejez: a modo de conclusiones	
Bibliografía .....	371
Listado de abreviaturas .....	375
Índice de cuadros .....	377
Índice de gráficos .....	381
Índice de mapas .....	385
Índice alfabético .....	387
Nota sobre los autores .....	395



## AGRADECIMIENTOS

**B**UENA parte del equipo de investigación y redacción de este libro pertenece al Grupo de Investigación en Envejecimiento en el Consejo Superior de Investigaciones Científicas<sup>1</sup>. Investigar en el seno de este grupo —constituido al amparo de un primer proyecto de investigación dirigido en 1988 por el Dr. Antonio Abellán García, quien supo discernir premonitoriamente los primeros síntomas de una España que empezaba a envejecer— ha sido de enorme utilidad para el intercambio y la generación de nuevas ideas sobre el envejecimiento de la población en el ámbito de las ciencias sociales. Este escenario de reciprocidad de pareceres e hipótesis, que ha convergido en una Unidad Asociada con el Instituto Gerontológico Matia,<sup>2</sup> INGEMA-CSIC, y en el impulso de una estructura multidisciplinar para el Estudio Longitudinal del Envejecimiento en España,<sup>3</sup> ELES, redundará positivamente en la investigación, desarrollo e innovación sobre envejecimiento.

De las nuevas ideas surgieron nuevos retos; uno de ellos, el estudio de las condiciones y la calidad de vida de las personas mayores, ha sedimentado con los años en la formación del Grupo Español de Investigación en Calidad de Vida y Envejecimiento, con integrantes procedentes del CSIC y del Instituto de Salud Carlos III. Ello ha permitido el trabajo en equipo desde una enriquecedora perspectiva interdisciplinar, así como la colaboración en la selección de instrumentos de medida de la calidad de vida,

---

<sup>1</sup> Véase GIE-CSIC: [www.investigacion.cchs.csic.es/gie](http://www.investigacion.cchs.csic.es/gie).

<sup>2</sup> Ídem [www.investigacion.cchs.csic.es/ingema](http://www.investigacion.cchs.csic.es/ingema).

<sup>3</sup> Ídem [www.proyectoeles.es](http://www.proyectoeles.es).

la salud y la calidad de vida relacionada con la salud. En concreto, el procedimiento *The Schedule for the Evaluation of the Individual Quality of Life – Direct Weighting* (SEIQoL-DW) fue propuesto por el Dr. Pablo Martínez-Martín y validado en España por él mismo y por Belén Frades-Payo.

Este libro se basa en una investigación financiada por el Ministerio de Ciencia y Tecnología (PN I+D+i, ref. BSO2003-00401; investigadora principal: Fermina Rojo-Pérez) y por la Consejería de Educación de la Comunidad de Madrid (PR I+D+i, ref. 06/HSE/0417/2004; investigadora principal: Gloria Fernández-Mayoralas Fernández). Para la realización de la investigación fue necesaria información precisa sobre los rasgos sociodemográficos de los mayores residentes en esta comunidad autónoma, así como sobre su contexto geográfico, aspectos ambos que fueron facilitados por el Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid, organismo al que los autores, y especialmente las directoras de esta obra, agradecen su constante colaboración con el GIE-CSIC siempre que su ayuda ha sido requerida.

Finalmente, pero no menos importante, las editoras de este libro y todos sus autores sienten un profundo agradecimiento hacia las personas mayores en general y hacia quienes, en particular, han participado en el estudio respondiendo generosamente al cuestionario. A todas ellas va dedicada esta obra.

# Introducción. Población mayor y calidad de vida desde la perspectiva individual

*Fermina Rojo-Pérez*

*Gloria Fernández-Mayoralas*

Instituto de Economía, Geografía y Demografía  
Centro de Ciencias Humanas y Sociales (CSIC)

EL conocimiento de las condiciones de vida, y su correlato en el nivel de calidad de vida de un individuo o una población, importan en la medida en que constituyen la base de referencia en la toma de decisiones sobre políticas sociales para la satisfacción de necesidades.

El interés por estudiar la calidad de vida en la edad anciana deriva del fuerte aumento de población mayor, de forma que en las últimas décadas, y hasta el periodo 1991-2001, los incrementos anuales porcentuales más elevados se han producido en el grupo de 65 y más años. En 2006 el porcentaje de población mayor en España era de casi el 17%, y las proyecciones demográficas indican que hacia 2025 crecerá en torno a cinco puntos porcentuales. Asimismo, es esperable un aumento de lo que se ha venido denominando *envejecimiento del envejecimiento*, esto es, un crecimiento considerable de la población de 80 y más años, de manera que, en 2025, este colectivo supondrá casi un tercio de las personas de 65 y más años. Y este hecho que, desde el punto de vista individual, implica vivir más tiempo, ha de ser visto desde la perspectiva social como un logro que se ha de mantener, aunque también debe mejorar, a fin de afrontar los retos que conlleva vivir más años, pero quizás, en condiciones de mayor vulnerabilidad y fragilidad, aspectos que se relacionan directamente con las edades avanzadas. De este modo, la preocupación por el conocimiento de las condiciones de vida al envejecer surge de la necesidad de fomentar la vida



independiente desde las políticas sociales y a partir del conocimiento generado en el ámbito de la ciencia y la tecnología. El proceso de envejecimiento demográfico incrementa las necesidades de cuidados y atención. Y es en este escenario en el que se inscribe la pretensión de entender cómo afecta este proceso en función de las condiciones personales y del entorno físico y social bajo el que vive una importante proporción de la población.

A lo largo de los capítulos de este libro, se presenta un análisis detallado de las áreas, dimensiones o dominios bajo los que se organiza la calidad de vida de la población mayor que envejece en casa en la Comunidad de Madrid, sus interrelaciones, factores explicativos y balance global. El estudio se realiza desde el enfoque y comprensión que de las condiciones y calidad de vida tiene la propia población objeto de análisis: los mayores. Así, se muestra profusamente cómo entienden y definen las personas de edad su calidad de vida en el capítulo 2, abordado por Fernández-Mayoralas. Como marco sociodemográfico, el capítulo 1, elaborado por Lardiés-Bosque, se dedica al estudio del proceso de envejecimiento demográfico en la Comunidad de Madrid, dentro del entorno geográfico nacional, así como al análisis de los rasgos sociodemográficos y de lugar de residencia de los mayores en esta comunidad autónoma. La salud y el funcionamiento como dominio de calidad de vida y motivo principal para la demanda de apoyo y cuidado en la vejez son objeto de análisis del capítulo 3 realizado por Fernández-Mayoralas. El rol de las redes familiares y sociales en el apoyo al mayor en situación de necesidad, y los factores de enfermedad y discapacidad que están en la base de la demanda de apoyo, han sido publicados en otros dos trabajos previos (Rojo-Pérez et al. 2009a, 2009b), razón por la que en este libro se analizan en el capítulo 3 solo en el contexto de la necesidad de ayuda de tipo informal y formal. Forma de vida, hogar y relaciones familiares y de amistad en la calidad de vida del mayor son estudiados en el capítulo 4 por Ahmed Mohamed y Rojo-Pérez. En el capítulo 5, Rodríguez-Rodríguez ha analizado el efecto de los recursos económicos en los comportamientos sociales y en la calidad de vida de los mayores. Y, en el capítulo 6, Lardiés-Bosque ha estudiado cómo influyen las actividades practicadas en tiempo de ocio en la calidad de vida en la edad anciana.

Salud, red familiar, situación económica, red social, y ocio y tiempo libre son las cinco áreas más nominadas por los propios mayores para definir su calidad de vida de acuerdo con la utilización del instrumento SEIQoL-DW (Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life, Direct Weighting) (O'Boyle et al. 1993; Hickey et al. 1996; Joyce et al. 2003), como se expone en el segundo capítulo de este libro. Pero junto a estas dimensiones más nominadas, otras que contribuyen grandemente a la calidad de vida, y que muestran niveles de satisfacción muy elevados, son el entorno residencial o físico así como los recursos personales de afrontamiento de vida, que son objeto de análisis en el capítulo 7 (realizado por F. Rojo-Pérez) y el capítulo 8 (llevado a cabo por M. E. Prieto-Flores).

Finalmente, es preciso mencionar que este libro se completa con un anexo metodológico que está disponible en el sitio web de la Fundación BBVA,<sup>1</sup> en el que se recogen los procedimientos estadísticos aplicados para analizar la información sobre la base de los objetivos de investigación, que son explicitados más adelante en este capítulo introductorio.

En el contexto precedente, esta monografía es fruto de varios trabajos de investigación sobre la calidad de vida abordados bajo la línea conceptual y metodológica imperante en la actualidad (Walker 2005a), en tanto que no se centra exclusivamente en un aspecto de la vida sino que, por el contrario, su enfoque es más amplio y desde una perspectiva multidimensional. Además, y en consonancia con la orientación holística de los estudios sobre este tema, se presenta un balance global sobre la calidad de vida de los mayores y sus factores explicativos desde la relevancia de la experiencia subjetiva de la calidad de vida (Prieto-Flores et al. 2010), por cuanto la aproximación multidimensional, si bien ha de ser estudiada bajo el planteamiento dicotómico de aspectos objetivos y subjetivos, desde el punto de vista global es explicada, en una gran proporción de su variabilidad, por los indicadores de carácter subjetivo (Cummins et al. 2003; Rojo-Pérez et al. 2007b). Y ello es el propósito de estudio del capítulo 9, acometido por F. Rojo-Pérez.

---

<sup>1</sup> Puede verse en [www.fbbva.es/TLFU/tlfu/esp/publicaciones/libros/fichalibro/index.jsp?codigo=603](http://www.fbbva.es/TLFU/tlfu/esp/publicaciones/libros/fichalibro/index.jsp?codigo=603).

Los capítulos de este libro, que tienen una unidad temática clara en función de la definición, evaluación y experiencia que de la calidad de vida hacen los propios individuos mayores, pueden ser leídos bien en conjunto, bien de forma individualizada, pues su abordaje es temáticamente completo pero, a la vez, puesto en relación con diversos factores de otras dimensiones. Desde esta estructura, el epígrafe sobre marco teórico conceptual de la calidad de vida, que sigue a esta introducción, es expuesto de forma contextual, en tanto que cada capítulo aborda en profundidad el estado actual de cada una de las dimensiones de la calidad de vida, con importantes aportes de síntesis de la literatura científica, recogida en las referencias bibliográficas.

En conjunto, los autores han participado en el diseño y realización de la investigación, interactuando en el desarrollo de la misma, y su experiencia e intereses profesionales se plasman en el capítulo o capítulos que firman, así como en la elaboración de las conclusiones finales. También la población mayor entrevistada, como representativa de este grupo demográfico en la Comunidad de Madrid, forma parte de este equipo, porque sin su colaboración no hubiera sido posible obtener resultados que sirvan para avanzar en el conocimiento científico y en su trasvase a los planificadores y proveedores de servicios, a fin de establecer acciones e intervenciones que ayuden a los propios mayores a vivir en su entorno de residencia, que es como ellos mismos desean vivir. Así, este libro no solo va dirigido a los estudiosos del tema y a los planificadores de políticas sociales, sino también a este colectivo de personas sin el cual este trabajo no se hubiera podido llevar a cabo.

### **La calidad de vida: estado actual del tema**

La expresión *calidad de vida* tiene un origen relativamente reciente para describir las circunstancias de la población mayor. Lassey et al. (2001) lo sitúan en torno a 1975 y, si bien no existe una definición común y única (Brown et al. 2004), se emplea para especificar las características propias de los individuos y los factores extrínsecos de tipo social, económico o medioambiental que influyen en su bienestar.

La calidad de vida ha sido definida de múltiples formas desde diversas ópticas disciplinares y objetivos de análisis. La literatura científica coincide al señalar la idea de la complejidad del concepto, las múltiples aproximaciones a su estudio, definiciones y métodos de medida (Bowling 2005; Gilhooly et al. 2005; Martínez-Martín et al. 2006a). A pesar de esta falta de unanimidad, algunos autores (Fayers et al. 2000) argumentan que, en las sociedades occidentales, la mayoría de las personas están familiarizadas con el término y tienen una comprensión intuitiva del mismo.

Una de las definiciones más ampliamente consideradas es la que fija el Grupo de Estudios de Calidad de Vida, de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que define *calidad de vida* como «la percepción que el individuo tiene de su posición en la vida en el contexto cultural y de valores en el que vive y en relación a sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones» (The Whoqol Group 1995). Esta definición pone el acento en la idea de calidad de vida individual, que proviene de la valoración que hacen los individuos sobre su entorno de vida; en el enfoque dicotómico subjetivo-objetivo, por cuanto son los individuos los que se pronuncian sobre los aspectos normativos y en relación con sus experiencias y expectativas; y en la influencia de diversos factores o dominios que se han de considerar. A esta definición se puede añadir el hecho de que la calidad de vida es dinámica y temporal (Hickey et al. 1999; Martínez-Martín et al. 2006a), pues la importancia de cada dimensión puede variar si cambian las circunstancias de la vida.

La aproximación subjetiva, como percepción de estado o situación no observable (Martínez-Martín et al. 2006a), busca explicar la calidad de vida preguntando directamente a los individuos sobre su evaluación de la vida en términos de satisfacción con diversos aspectos (como vida social, estado de salud, adecuación de su vivienda, su situación económica, etc.); por su lado, el enfoque objetivo valora la situación de vida respecto a indicadores normativos (del entorno físico, nivel de renta, características residenciales, nivel de dotaciones y accesibilidad a servicios sociales del área de residencia, etc.).

Asimismo, no existe consenso en cuanto a los dominios o aspectos que confluyen en las condiciones de vida de los mayo-

res. El elemento más universalmente considerado ha sido el de la salud: el estado de salud y la capacidad funcional de las personas (Fernández-Mayoralas et al. 2005). Ciertamente, este es un aspecto notable entre la población mayor, a la que casi siempre se asocia con un declive de las condiciones físicas o mentales y con el padecimiento de enfermedades crónicas e incapacitantes. Pero el envejecimiento se relaciona también con el deterioro de otros aspectos de las condiciones de vida (reducción de recursos económicos tras la jubilación, disminución de la red de relaciones, inadaptación del entorno de residencia, etc.) y una amplia variedad de necesidades de cuidado, de modo que investigaciones más recientes abordan el análisis de una gran diversidad de atributos y factores explicativos en la aproximación a la definición de *calidad de vida* de los mayores (Walker et al. 2004, 2005b), aunque la mayoría de las veces de forma unitaria.

En el contexto de los dominios de la calidad de vida, Lassey et al. (2001), basándose en varias fuentes de información, establecen una síntesis de factores influyentes en la calidad de vida en dos conjuntos: micronivel o individual, familiar y del vecindario (donde se incluye la herencia biológica/genética, el estado de salud, la personalidad, la integración social y la satisfacción con la familia y el vecindario, la clase social y el estilo de vida) y macronivel o comunitario y factores sociales (sistema de apoyo social, sistema de salud, entorno residencial comunitario, seguridad financiera y oportunidades de estilo de vida).

Pero cada persona evalúa su calidad de vida de forma diferente, y ello en función de su experiencia, valores y deseos. Bajo esta premisa, y con el objetivo de superar la aproximación unitaria a los dominios de la calidad de vida, investigaciones más recientes están contribuyendo a analizar qué factores influyen en la calidad de vida individual en la edad anciana desde una aproximación más amplia y para diversos contextos del espacio europeo (Walker 2005a), y bajo un enfoque global u holístico como el que se presenta en este libro.

Precisamente bajo este enfoque, todos los aspectos confluentes en la calidad de vida individual tienen importancia en las

condiciones de vida de la población mayor, y tanto la lista de dominios como la relevancia de cada uno de ellos han sido objeto de diversas investigaciones, de las cuales se recoge una síntesis temática en Brown et al. (2004). De acuerdo con este trabajo, no existe una única relación de dimensiones, ni tampoco su preferencia en un modelo global de calidad de vida de los mayores sigue un orden establecido. Y ello puede deberse a múltiples causas, como los objetivos de investigación en cada caso, la edad y nivel de competencia del grupo demográfico analizado, los instrumentos utilizados, la tradición cultural así como a las diferencias de los espacios geográficos estudiados.

Teniendo en cuenta la multiplicidad de dominios, el estudio sobre la calidad de vida de los mayores madrileños arranca de una lista predefinida y elaborada por las investigadoras responsables del equipo de investigación sobre la base de la literatura científica (salud, situación laboral, situación económica, entorno residencial, actividades de ocio y tiempo libre, red social, red familiar, apoyo social, estado emocional, religiosidad y espiritualidad, valores y actitudes), bajo la asunción de una mayor representatividad de cuatro de estos dominios, a saber:

- recursos de salud;
- recursos personales, participación y redes de apoyo;
- recursos económicos;
- recursos medioambientales.

Y ello en línea con las propuestas temáticas de investigación en calidad de vida del European Forum on Population Ageing Research (Brown et al. 2004).

Asimismo, han sido considerados los resultados de una investigación piloto previa (Martínez-Martín et al. 2006b) que utilizaba el instrumento SEIQoL-DW (*Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life, Direct Weighting*) y establecía que entre los dominios más importantes de la calidad de vida de los mayores se encontraban la red familiar, la salud, el ocio y tiempo libre y la red social. El uso de este instrumento en la investigación que ahora se presenta obtiene resultados similares al determinar que las cinco dimensiones más nominadas por los mayores residentes

en vivienda familiar en la Comunidad de Madrid (Fernández-Mayoralas et al. 2007) son las siguientes:

- salud;
- red familiar;
- recursos económicos;
- red social;
- participación en actividades de ocio y tiempo libre.

Otras dimensiones, como el entorno residencial, en sus componentes de vivienda, barrio y vecindario, alcanzan los últimos lugares en frecuencia de nominación, si bien el índice medio global de calidad de vida con algunos de estos subdominios es elevado (Rojo-Pérez et al. 2007b).

### **Objetivos del estudio**

El objetivo prioritario que se persigue en este libro, y que será ampliamente desglosado en el análisis de cada una de las dimensiones de la calidad de vida abordadas en los sucesivos capítulos, es avanzar en el desarrollo conceptual y metodológico de la calidad de vida entre los mayores no institucionalizados y establecer los componentes más relevantes desde la perspectiva de evaluación realizada por ellos mismos. Además, y bajo la consideración de que la calidad de vida es un constructo no directamente medible y en el que intervienen multitud de dominios, se intenta delimitar el peso relativo de cada componente en un modelo global de calidad de vida, a fin de disponer de prioridades de actuación para mantener o mejorar la calidad de vida de la población mayor que envejece en casa.

Asimismo, se pretende dar respuesta a los siguientes objetivos específicos:

- Estudiar la forma de convivencia y las redes familiar y social que existen en estas edades, y su influencia en la calidad de vida.
- Analizar la salud y el nivel funcional de los mayores en el marco de su calidad de vida y como base para la demanda

de ayuda y cuidado, así como las redes de apoyo de quienes tienen un nivel de competencia relacionado con la salud y el funcionamiento que requiere la demanda de cuidado.

- En un período de la vida en que la población está apartada de las actividades laborales, es pertinente examinar, por un lado, los recursos económicos y su valoración como indicador de calidad de vida y, por otro, las actividades de ocio en que está involucrada la población mayor así como sus factores determinantes.
- Explorar los recursos de afrontamiento y los valores y actitudes ante la vida.
- Considerando que una buena parte del tiempo a estas edades se consume en casa, se analizan los elementos del entorno residencial con los que los mayores están más identificados y cuáles proveen de mayor nivel de satisfacción e influencia en la calidad de vida global.

En este contexto, el marco de esta investigación sobre calidad de vida se sintetiza en los siguientes puntos:

1. La calidad de vida ha sido contemplada como un constructo global y multidimensional para comprender las relaciones entre las diferentes dimensiones o atributos que configuran la satisfacción con la vida.
2. Todas las dimensiones de la calidad de vida van a ser tratadas bajo la doble perspectiva objetivo-subjetiva, con la finalidad de una mejor aprehensión de los elementos subyacentes en este concepto.
3. El enfoque subjetivo se ha hecho operativo en términos de grado o nivel de satisfacción.
4. Como escala de medida se ha considerado el nivel individual.
5. Se ha utilizado el instrumento SEIQoL-DW (O'Boyle et al. 1993) como una de las medidas de resultados de calidad de vida multidimensional.
6. Este instrumento se ha acompañado de una encuesta semiestructurada con un bloque temático para cada una de las dimensiones valoradas como las más importantes, de acuerdo con la bibliografía científica.



La investigación se ha realizado tomando como patrón de análisis y representación la población de 65 y más años de edad residente en vivienda familiar en la Comunidad Autónoma de Madrid, que comparte muchos rasgos demográficos y forma de residencia con la población mayor española (Rojo-Pérez et al. 2007a) en cuanto a edad media, proporción por sexo, forma de convivencia, tipo de alojamiento y características del entorno residencial, aunque pueden observarse algunas diferencias en el nivel de estudios alcanzado y, como consecuencia, en la clase social y en el nivel de renta mensual, de manera que los mayores madrileños parecen alcanzar un nivel ligeramente más elevado. No obstante, el estudio realizado es representativo de la población mayor no institucionalizada y, por tanto, los resultados pueden ser extrapolables al conjunto nacional.

### **Fuente de datos y métodos de análisis**

Para abordar la tarea propuesta ha sido preciso elaborar una fuente específica de datos. Así, se ha realizado una encuesta estructurada sobre *Calidad de Vida de los Mayores* en Madrid (CadeViMa). El trabajo de campo se llevó a cabo entre abril y junio de 2005 por la empresa de estudios de mercado Demométrica.

El universo estuvo constituido por las personas de 65 o más años de edad residentes en vivienda familiar en la Comunidad de Madrid (Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid 2005). Sobre este universo (cuadro 1) se llevó a cabo un muestreo aleatorio estratificado con afijación proporcional al tamaño de cada estrato; el error permitido fue de alrededor del 4,4%, para un *p-value* <0,05 y un nivel de confianza del 95%. Los estratos se establecieron por sexo (hombre, mujer), edad (65-74 años, 75-84 y 85 y más) y tamaño del área de residencia, adaptado de la zonificación estadística del Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid (Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid 2001) en centro, norte y sur del municipio de Madrid; área metropolitana noroeste, este y sur; otras áreas no metropolitanas.

**CUADRO 1: Distribución de la población de 65 o más años de edad en la Comunidad de Madrid para calcular una muestra representativa de esa población**

(según estratos de zona de residencia, sexo y edad)

Zona de residencia (1)	Sexo y edad							Total
	Varones			Mujeres			Total	
	65-74 años	75-84 años	85 o más años	65-74 años	75-84 años	85 o más años		
<b>Municipio de Madrid</b>	39.040	31.576	12.069	57.109	56.782	32.819	229.395	
<b>Norte</b>	33.059	20.456	5.749	40.850	30.764	14.432	145.310	
<b>Sur</b>	66.460	42.486	10.545	83.051	62.484	24.416	289.442	
<b>Noroeste</b>	16.982	8.422	2.733	17.267	11.148	6.951	63.503	
<b>Este</b>	13.959	7.220	2.110	14.879	9.740	4.601	52.509	
<b>Sur</b>	34.468	16.147	5.257	35.689	22.889	11.708	126.158	
<b>Otras áreas no metropolitanas</b>	12.573	8.417	3.096	12.674	10.447	6.469	53.676	
<b>Total</b>	216.541	134.724	41.559	261.519	204.254	101.396	959.993	

(1) Zonificación adaptada del Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid (2001).

Zonificación estadística NUTS 4 de la Comunidad de Madrid. URL: [www.madrid.org/estadis/fijas/clarificaciones/comuns4.htm](http://www.madrid.org/estadis/fijas/clarificaciones/comuns4.htm).

**CUADRO 1 (cont.): Distribución de la población de 65 o más años de edad en la Comunidad de Madrid para calcular una muestra representativa de esa población**  
(según estratos de zona de residencia, sexo y edad)

Zona de residencia	Muestra teórica							Total
	Sexo y edad							
	Varones			Mujeres			Total	
65-74 años	75-84 años	85 o más años	65-74 años	75-84 años	85 o más años			
Municipio de Madrid	20	16	6	30	30	17	119	
Centro	17	11	3	21	16	8	76	
Norte	35	22	5	43	32	13	150	
Sur	9	4	1	9	6	4	33	
Noroeste (1)	7	4	1	8	5	2	27	
Este	18	8	3	19	12	6	66	
Sur	7	4	2	7	5	3	28	
Otras áreas no metropolitanas	113	70	22	136	106	53	499	
<b>Total</b>								

(1) Collado Villalba es municipio no metropolitano pero ha sido adscrito en el área metropolitana NW por su tamaño demográfico.

**CUADRO 1 (cont.): Distribución de la población de 65 o más años de edad en la Comunidad de Madrid para calcular una muestra representativa de esa población**

(según estratos de zona de residencia, sexo y edad)

Zona de residencia	Muestra real						Total
	Varones			Mujeres			
	65-74 años	75-84 años	85 o más años	65-74 años	75-84 años	85 o más años	
Centro	22	14	8	27	33	16	120
Norte	16	13	2	20	12	10	73
Sur	38	18	5	43	34	12	150
Noroeste	9	4	2	9	6	5	35
Este	7	4	1	8	6	1	27
Sur	16	10	2	18	15	5	66
Otras áreas no metropolitanas	7	5	1	7	5	3	28
<b>Total</b>	115	68	21	132	111	52	499

**CUADRO 1 (cont.): Distribución de la población de 65 o más años de edad en la Comunidad de Madrid para calcular una muestra representativa de esa población**  
(según estratos de zona de residencia, sexo y edad)

Zona de residencia	Diferencia entre la muestra real y la teórica						
	Sexo y edad						
	Varones			Mujeres			Total
65-74 años	75-84 años	85 o más años	65-74 años	75-84 años	85 o más años		
Municipio de Madrid							
Centro	2	-2	2	-3	3	-1	1
Norte	-1	2	-1	-1	-4	2	-3
Sur	3	-4	0	0	2	-1	0
Área metropolitana							
Noroeste	0	0	1	0	0	1	2
Este	0	0	0	0	1	-1	0
Sur	-2	2	-1	-1	3	-1	0
Otras áreas no metropolitanas	0	1	-1	0	0	0	0
Total	2	-2	-1	-4	5	-1	0

La selección de las personas que fueron entrevistadas en cada estrato se llevó a cabo mediante muestreo aleatorio simple a partir del padrón municipal de habitantes actualizado a enero de 2005 (Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid 2005).

En el estudio no han sido incluidos sujetos con deficiencias físicas o mentales graves, o con problemas de comprensión e interpretación de las instrucciones para cumplimentar los instrumentos que se debían aplicar; este parámetro fue controlado mediante la *escala de Pfeiffer* (The Short Portable Mental Status Questionnaire) para medir deterioro cognitivo (Pfeiffer 1975; Martínez et al. 2001), de modo que no se aceptaron sujetos con una puntuación de 5 o más en dicha escala. Todo ello, sumado a la incapacidad para el manejo del instrumento SEIQoL-DW, afectó a menos del 0,5% de la muestra, proporción que entre la población de 85 o más años estaba en torno al 1%. La negativa a participar en el estudio fue del 11% (8% de los de 85 o más años y el 13% de los de 75 a 84 años); sin embargo, estos casos fueron sustituidos por sujetos de las mismas características de estrato.

La evaluación de la calidad de vida desde una óptica individual, como uno de los objetivos de investigación entre la población mayor que reside en vivienda familiar en la Comunidad de Madrid y que se presenta en este libro, se aborda mediante la inclusión en la encuesta CadeViMa del instrumento Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life Direct Weighting, SEIQoL-DW (O'Boyle et al. 1993), que permite conocer los dominios importantes de la calidad de vida del individuo y su peso relativo. El instrumento SEIQoL-DW fue desarrollado con el propósito de aproximarse a la aprehensión de la calidad de vida desde una óptica individual y espontánea, y a la importancia de cada una de las dimensiones en la calidad de vida global (Joyce et al. 2003). Los resultados de este instrumento permiten determinar y priorizar los dominios de la calidad de vida individual, medir la importancia de cada uno de ellos y su contribución específica a la calidad de vida global. Una amplia descripción del contenido de este instrumento, así como sus fases de recogida de información, puede verse en el capítulo 2 de este libro.

Con la finalidad de profundizar en los factores explicativos de la calidad de vida individual, el cuestionario diseñado y utilizado contiene una amplia lista de aspectos objetivos y subjetivos de las dimensiones de la calidad de vida objeto de estudio:

- Forma de convivencia, red familiar y social, que incluye elementos relativos a la composición de la red, la percepción de la distancia entre el lugar de residencia del mayor y el de familiares y amigos; percepción de los amigos; frecuencia de relaciones y satisfacción con la red.
- Salud a partir de diversas escalas sobre salud física y funcional, depresión, calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), uso de servicios y satisfacción, hábitos saludables, percepción de la salud.
- Redes de apoyo, necesidad de ayuda basada en la realización de actividades de la vida diaria (AVD), frecuencia de la ayuda, cuidado formal o informal, cuidadores, satisfacción con el cuidado.
- Actividades de ocio en tiempo libre, tipo de ocio según actividades realizadas, frecuencia de realización, satisfacción con la práctica del ocio; actividades de formación.
- Entorno residencial en sus tres elementos de vivienda, barrio y vecindario, tipología de dotaciones en la casa o finca, antigüedad y tamaño de la casa, régimen de tenencia, duración de la residencia, percepción del estado de la casa, acceso a servicios y problemas percibidos en el área de residencia, percepción de los vecinos, y satisfacción hacia cada una de las tres subdimensiones de este dominio.
- Estado emocional, valores y actitudes ante la vida, religión y espiritualidad: percepción de la edad, bienestar emocional, vida espiritual y religiosa, afiliación religiosa.
- Recursos económicos relativos a los ingresos y su procedencia, satisfacción con los ingresos y seguridad en el futuro económico, y autopercepción económica del hogar de residencia.
- Caracterización sociodemográfica del mayor y del cabeza de familia del hogar: edad, sexo, estado civil, nivel de estudios

más alto terminado, relación con la actividad y condición socioeconómica.

En conjunto, el cuestionario contiene 94 preguntas, y la base de datos alcanza más de 1.400 variables, de las cuales 574 son originales, y el resto, derivadas. Entre las variables de nueva creación merecen ser mencionadas aquí las siguientes:

1. Generación de un procedimiento complementario al SEIQoL-DW destinado a valorar la contribución que cada dimensión de la calidad de vida tiene en el índice SEIQoL global.
2. Clase social, basada en la condición socioeconómica y en el nivel de estudios más alto conseguido a fin de clasificar al conjunto de la población y no solo a los que habían trabajado (Fernández-Mayoralas et al. 2007; Rojo-Pérez et al. 2007b).
3. Estructura del hogar a partir de la información sobre sus miembros (número, edad, sexo, relación de parentesco con el mayor).

Temáticamente, el análisis de la información se ha realizado en dos niveles: así, un primer nivel descriptivo se ha llevado a cabo mediante análisis univariado (frecuencias de cada variable) y bivariado sobre la base de la relación de una variable con otra u otras a partir de tablas de contingencia y sus correspondientes test de significación  $\chi^2$ , de la correlación de Pearson, del test de medias con contrastes de *T* de Student y análisis ANOVA; un segundo nivel es el del análisis multivariado para el que se han utilizado diversas técnicas que se describen seguidamente:

- a) *Análisis factorial* (en adelante AF), aplicado con el propósito de reducir la dimensionalidad de los temas tratados mediante la correlación de las variables originales en factores latentes y el reemplazo de dicho conjunto original de variables por uno nuevo de factores. El método de extracción de factores ha sido el de componentes principales. Las nuevas variables así creadas, también llamadas factores o



componentes principales, están estandarizadas (media 0 y desviación estándar 1).

- b) *Análisis clúster* (en adelante AClus). Sobre la base de los factores resultantes de la aplicación de AF, las puntuaciones factoriales de cada factor en cada sujeto han sido utilizadas para determinar las similitudes entre los sujetos entrevistados con el fin de agrupar aquellos con perfiles semejantes por medio del AClus.

Estas dos técnicas, AF y AClus, son comparables en cuanto a su objetivo de evaluar la estructura de los datos, pero mientras la primera se centra principalmente en la agrupación de variables, la segunda lo hace en la de sujetos.

- c) *Análisis discriminante* (en adelante ADis): ha sido usado en este libro como método para examinar si la clasificación o segmentación de sujetos, realizada por medio de AClus, es estable, es decir, para conocer si realmente los clúster o grupos homogéneos están separados y son diferentes entre sí.

Asimismo, y con el propósito de analizar las relaciones o modelos pertinentes en cada caso de estudio, han sido empleadas otras técnicas estadísticas, a saber:

- a) *Análisis de correspondencias múltiple* (en adelante ACor). Técnica englobada dentro de los procedimientos de análisis de categorías bajo la denominación de *escalamiento óptimo*, que funcionan asignando cuantificaciones numéricas a las categorías, de modo que estas tienen propiedades métricas. La solución final permite visualizar las asociaciones existentes entre las distintas categorías de las variables mediante representaciones gráficas, evitando la interpretación de las estimaciones de los parámetros. Se aplica al análisis de tablas de contingencia y las asociaciones entre categorías se basan en el test de la  $\chi^2$ , como medida estandarizada de las frecuencias observada y esperada en cada celda.
- b) *Análisis de regresión lineal múltiple* (en adelante ARLM). Técnica estadística que permite estudiar las relaciones entre una serie de variables independientes (o predictores) y una

variable dependiente o criterio. El objetivo es utilizar los valores conocidos de las variables explicativas para pronosticar el valor de una variable dependiente mediante la ecuación de regresión resultante. La fuerza o intensidad de la relación, esto es, el grado en que la variable dependiente queda explicada por la ecuación de regresión obtenida, se mide por el coeficiente de correlación múltiple al cuadrado ( $R^2$ ). En los análisis de regresión realizados el método de selección de variables en el modelo ha sido la estimación por pasos (*stepwise selection*), que implica que la primera variable considerada para ser introducida es la que presenta la correlación más alta con la variable dependiente; se ha fijado una probabilidad  $F$  para entrar menor o igual a 0,050, y una probabilidad  $F$  para salir de 0,100. En los pasos siguientes las variables que van a entrar se seleccionan por tener los coeficientes de correlación parcial más elevados y deben satisfacer el criterio de significación  $F$  para entrar, al mismo tiempo que las que ya están en el modelo deben satisfacer el criterio de  $F$  para permanecer.

- c) *Análisis de regresión categórica con escalamiento óptimo* (en adelante CatReg). CatReg extiende la técnica habitual de ARLM mediante el uso del método de escalamiento óptimo para analizar datos categóricos. La idea subyacente es asignar cuantificaciones numéricas a los ítems de cada variable de forma que las cuantificaciones reflejen fielmente las características de las variables originales, y tras estas transformaciones el procedimiento trata las variables categóricas cuantificadas de la misma manera que si fueran variables con nivel de medida de escala. El uso de transformaciones no lineales permite que las variables sean analizadas a diferentes niveles para encontrar el modelo más apropiado al conjunto de datos utilizado. La cuantificación óptima para cada variable escalada se obtiene a través de un método iterativo llamado *mínimos cuadrados alternantes* (De Leeuw et al. 1976, 1980; Spss Inc. 2008). A diferencia de las variables originales nominales u ordinales, los valores óptimamente transformados tienen propiedades métricas.

- d) *Análisis de correlación canónica* (en adelante CorCan). Tiene como objetivo buscar las relaciones lineales que pueda haber entre dos grupos de variables y la validez de las mismas. A diferencia del ARLM que solo predice una variable dependiente a partir de varias variables independientes, el análisis de correlación canónica estudia las relaciones lineales entre los dos conjuntos de variables.
- e) *Análisis de árboles jerárquicos*, también conocido como *árboles de decisión*, es una herramienta que ha evolucionado a partir tanto de consideraciones de la disciplina estadística como de la disciplina de la inteligencia artificial; está englobada dentro de las técnicas automáticas de exploración de datos, puede ser empleada con todo tipo de variables y escalas de medida y no se restringe a un tamaño muestral concreto. Un árbol de decisión es un gráfico en forma de árbol jerárquico construido a partir de subdivisiones o particiones secuenciales del conjunto de datos en orden a maximizar las diferencias en la variable criterio (Hair et al. 1999). En el gráfico, cada caja representa un *nodo* y el árbol va expandiéndose desde el primer nodo (conocido como *nodo raíz*) mediante la subdivisión de datos en cada nivel para formar nuevos nodos conectados por ramas. Básicamente, con este procedimiento lo que se hace es tomar decisiones de forma interactiva en varias fases, basándose en algoritmos de inducción. El orden de las subdivisiones está determinado por el algoritmo de inducción, y cada una de ellas representa a la variable independiente que mejor separa los nodos en relación con la variable criterio. La subdivisión del árbol continuará mientras existan diferencias significativas en la variable dependiente, y esto es determinado porque en cada fase o paso del desarrollo del árbol son ejecutados varios test estadísticos para determinar si puede ser realizada una subdivisión significativa. El umbral que decide una subdivisión es elegido usando modelos de error mínimo.

Para aplicar las técnicas estadísticas previamente mencionadas se ha hecho uso de los programas informáticos SPSS versión 15 y

16 y Stata versión 10; el análisis de árboles jerárquicos o de decisión se ha llevado a cabo mediante el programa Answer Tree versión 3.1.

La utilización de técnicas para conseguir los objetivos de estudio así como las variables generadas en cada proceso están ampliamente expresadas en el anexo metodológico,<sup>2</sup> de modo que, para evitar duplicidades, se omite en este capítulo introductorio.

### **Caracterización general de la muestra de mayores madrileños seleccionada**

Como características sociodemográficas más notables, la población de 65 o más años de edad residente en vivienda familiar en la Comunidad de Madrid (cuadro 2) presenta una considerable proporción de quienes alcanzan los 75 o más años, una presencia mayoritaria de mujeres (casi 6 de cada 10) y una importante representación de viudos, si bien el estado de *casado* o *viviendo en pareja* es el más extendido (53%).

Estos rasgos generales se acentúan por edad y sexo, de manera que la viudedad afecta significativamente más a las mujeres y a los mayores de 75 años; por el contrario, predominan los hombres entre los viejos-jóvenes, categoría de edades en la que se está fundamentalmente casado/a o viviendo en pareja. La edad media es elevada (75 años), y las mujeres alcanzan un año más de media que los hombres. Esta estructura de edad, sexo y estado civil es muy similar a la observada para la población mayor española (Rojo-Pérez et al. 2007a).

Bajo esta comparación, los madrileños parecen conformar un grupo demográfico relativamente poco instruido, aunque tienen mejor nivel educativo que el promedio nacional para la misma edad. Así, casi un tercio ha superado la enseñanza secundaria, pero cuatro de cada diez solo completaron estudios primarios, y un 28% no tienen estudios (englobando aquí el casi 3% que no sabe leer o escribir).

---

<sup>2</sup> Puede verse en [www.fbbva.es/TLFU/tlfu/esp/publicaciones/libros/fichalibro/index.jsp?codigo=603](http://www.fbbva.es/TLFU/tlfu/esp/publicaciones/libros/fichalibro/index.jsp?codigo=603)

**CUADRO 2: Rasgos sociodemográficos de la población mayor residente en vivienda familiar en la Comunidad de Madrid**

Variables (n.º de casos válido)	Número de casos		Edad		Sexo		Zona de residencia según tamaño del hábitat			
	Total	%	65-74 años	75-84 años	85 + años	Hombre	Mujer	Municipio de Madrid	Municipios del área metropolitana	Municipios no metropolitanos
	N	%	(N) %	(N) %	(N) %	(N) %	(N) %	(N) %	(N) %	(N) %
<b>Edad (499)</b>										
65-74 años	499	100,0	(247) 49,5%	(179) 35,9%	(73) 14,6%	(204) 40,9%	(295) 59,1%	(343) 68,7%	(128) 25,7%	(28) 5,6%
75-84 años	247	49,5				<b>56,4</b>	<b>44,7</b>	<b>48,4</b>	<b>52,3</b>	<b>50,0</b>
85 + años	179	35,9				33,3	<b>37,6</b>	<b>36,2</b>	35,2	35,7
Edad media	73	14,6				10,3	<b>17,6</b>	<b>15,5</b>	12,5	14,3
	75,0		69,1	78,5	86,5	74,2	75,5	75,3	74,2	75,0
<b>Sexo (499)</b>										
Hombre	204	40,9	<b>46,6</b>	38,0	28,8			39,7	<b>43,0</b>	<b>46,4</b>
Mujer	295	59,1	53,4	<b>62,0</b>	<b>71,2</b>			<b>60,3</b>	57,0	53,6
<b>Estado civil (499)</b>										
Soltero/a	16	3,2	<b>3,2</b>	<b>3,9</b>	1,4	<b>4,4</b>	<b>2,4</b>	<b>3,2</b>	3,1	<b>3,6</b>
Casado/a, viviendo en pareja	265	53,1	<b>68,8</b>	44,7	20,5	<b>70,1</b>	41,4	51,9	<b>57,8</b>	46,4
Separado/a, divorciado/a	17	3,4	3,2	<b>3,9</b>	2,7	2,0	<b>4,4</b>	2,9	<b>4,7</b>	<b>3,6</b>
Viudo/a	201	40,3	24,7	<b>47,5</b>	<b>75,3</b>	23,5	<b>51,9</b>	<b>42,0</b>	34,4	<b>46,4</b>

**CUADRO 2 (cont.): Rasgos sociodemográficos de la población mayor residente en vivienda familiar en la Comunidad de Madrid**

Variables (n.º de casos válido)	Número de casos		Edad		Sexo		Zona de residencia según tamaño del hábitat			
	Total	%	65-74 años	75-84 años	85 + años	Hombre	Mujer	Municipio de Madrid	Municipios del área metropolitana	Municipios no metropolitanos
	N	%	(N) %	(N) %	(N) %	(N) %	(N) %	(N) %	(N) %	(N) %
	499	100,0	(247) 49,5%	(179) 35,9%	(73) 14,6%	(204) 40,9%	(295) 59,1%	(343) 68,7%	(128) 25,7%	(28) 5,6%
<b>Nivel de educación (497)</b>			(0,001)			NS			(0,009) (c)	
No sabe leer o escribir	13	2,6	1,2	5,1	1,4	2,9	2,4	1,8	3,1	10,7
Sin estudios o inferiores a primarios	127	25,6	20,3	28,7	35,6	21,6	28,3	21,4	32,8	42,9
Educación primaria	201	40,4	37,8	41,6	46,6	38,7	41,6	43,1	37,5	21,4
Educación secundaria de Primer grado (terminada a los 12-16 años)	95	19,1	26,0	12,9	11,0	21,6	17,4	20,5	17,2	10,7
Educación secundaria de 2.º grado y FP (terminada a los 16-18 años)	36	7,2	8,5	7,9	1,4	9,3	5,8	7,3	6,3	10,7
Educación Universitaria	25	5,0	6,1	3,9	4,1	5,9	4,4	5,9	3,1	3,6
<b>Clase social (499)</b>			(0,050)			(0,000)			(0,033) (d)	
Baja	139	27,9	21,5	33,0	37,0	23,0	31,2	23,6	33,6	53,6
Media baja	236	47,3	49,4	44,7	46,6	42,6	50,5	49,9	45,3	25,0
Media	83	16,6	19,4	16,2	8,2	21,1	13,6	18,1	13,3	14,3
Media alta	22	4,4	5,7	2,2	5,5	7,8	2,0	4,1	5,5	3,6
Alta	19	3,8	4,0	3,9	2,7	5,4	2,7	4,4	2,3	3,6

**CUADRO 2 (cont.): Rasgos sociodemográficos de la población mayor residente en vivienda familiar en la Comunidad de Madrid**

Variables (n.º de casos válido)	Número de casos		Edad		Sexo		Zona de residencia según tamaño del hábitat			
	Total	%	65-74 años	75-84 años	85+ años	Hombre	Mujer	Municipio de Madrid	Municipios del área metropolitana	Municipios no metropolitanos
	N	%	(N) %	(N) %	(N) %	(N) %	(N) %	(N) %	(N) %	(N) %
<b>Relación con la actividad (499)</b>	499	100,0	(247) 49,5%	(179) 35,9%	(73) 14,6%	(204) 40,9%	(295) 59,1%	(343) 68,7%	(128) 25,7%	(28) 5,6%
			(0,000) (a)		(0,000)			NS		
Está trabajando	9	1,8	<b>2,8</b>	1,1		<b>2,5</b>	1,4	<b>2,0</b>	1,6	0,0
Está jubilado	269	53,9	<b>59,5</b>	50,8	42,5	<b>92,2</b>	27,5	53,4	<b>54,7</b>	<b>57,1</b>
Es pensionista	131	26,3	15,8	<b>33,5</b>	<b>43,8</b>	5,4	<b>40,7</b>	<b>27,7</b>	22,7	25,0
Es ama de casa / labores del hogar	90	18,0	<b>21,9</b>	14,5	13,7	0,0	<b>30,5</b>	16,9	<b>21,1</b>	17,9
<b>Renta mensual (333)</b>			(0,003) (b)		NS			NS		
No tiene ingresos	1	0,3	<b>0,6</b>	0,0	0,0	0,0	<b>0,5</b>	0,0	1,1	0,0
Menos de 300 € (Menos de 50.000 PTA)	13	3,9	<b>4,2</b>	3,4	4,1	1,5	<b>5,5</b>	3,0	<b>4,6</b>	<b>13,3</b>
De 301 a 600 € (de 50.001 a 100.000 PTA)	148	44,4	35,2	<b>48,7</b>	<b>65,3</b>	40,3	<b>47,2</b>	<b>46,8</b>	36,8	<b>53,3</b>
De 601 a 900 euros (de 100.001 a 150.000 PTA)	114	34,2	<b>35,8</b>	<b>37,0</b>	22,4	<b>37,3</b>	32,2	31,6	<b>41,4</b>	33,3
De 901 a 1.200 € (de 150.001 a 200.000 PTA)	46	13,8	<b>20,0</b>	10,1	2,0	<b>16,4</b>	12,1	<b>14,7</b>	<b>13,8</b>	0,0
Más de 1.200 € (Más de 200.000 PTA)	11	3,3	<b>4,2</b>	0,8	6,1	<b>4,5</b>	2,5	<b>3,9</b>	2,3	0,0

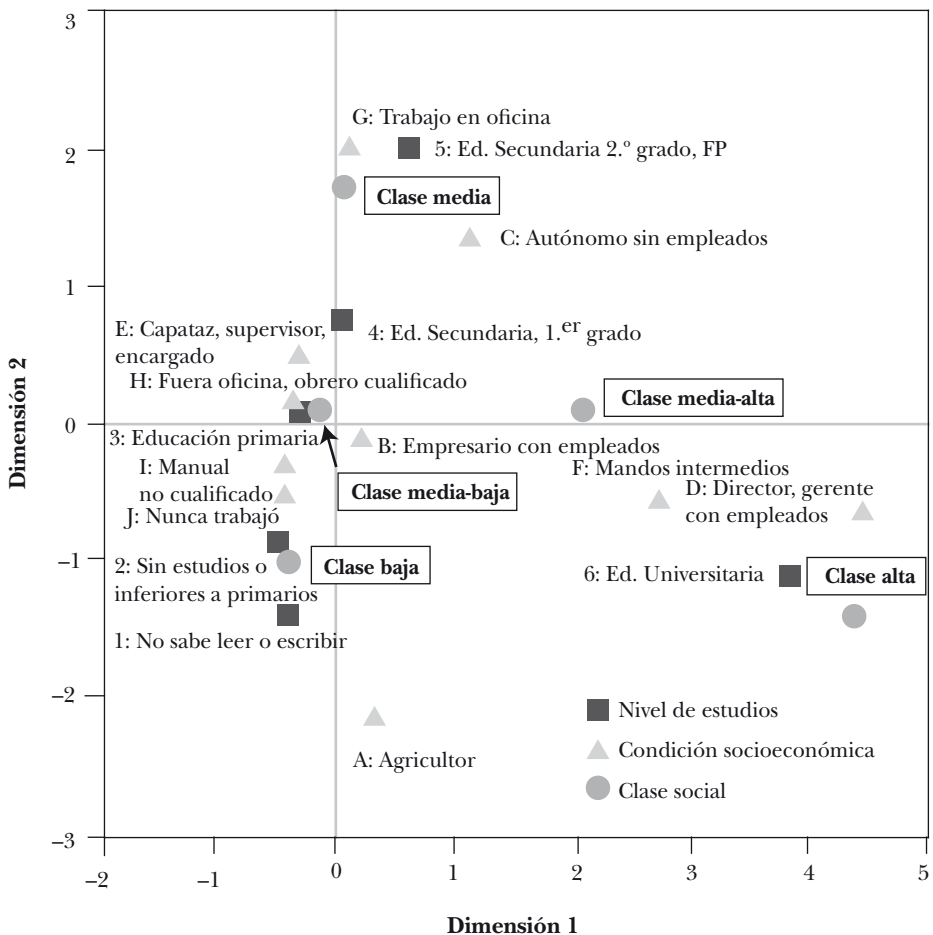
Test de la  $\chi^2$ : entre paréntesis, *p-value*; NS: *p-value* no significativo. En negrita, valor igual o superior a la situación media.

Test no válido: (a) El 25,0% de las celdas tienen una frecuencia esperada menor de 5. (b) El 38,9% de las celdas tienen una frecuencia esperada menor de 5. (c) El 22,2% de las celdas tienen una frecuencia esperada menor de 5. (d) El 26,7% de las celdas tienen una frecuencia esperada menor de 5.

No se observan diferencias por sexo, aunque la tendencia es a encontrar un mayor nivel de instrucción entre los hombres, y, estadísticamente hablando, también entre los más jóvenes.

Para conocer el posicionamiento de los mayores según su clase social, ha sido generada una variable a partir del nivel de instrucción y de la condición socioeconómica aplicando técnicas estadísticas multivariantes (ACor y AClus) (Rojo-Pérez et al. 2007b) (gráfico 1).

**GRÁFICO 1: Clase social basada en el nivel de instrucción y la condición socioeconómica**





Solo una cuarta parte de los mayores se agrupa en las clases sociales media o superiores, en correspondencia con la baja proporción de casos con altos niveles de instrucción y, consecuentemente, de empresarios con asalariados, o directores o gerentes con asalariados. Las diferencias por sexo y edad resultan significativas; así, y en líneas generales, las clases más altas se asocian con los más jóvenes y con la población masculina, de modo que ser mujer y muy mayor conlleva un posicionamiento en las escalas más bajas por cuanto 7 de cada 10 mujeres nunca trabajaron.

Un aspecto donde las diferencias por sexo son más acusadas es el de la relación con la actividad. El 54% de los mayores de 65 años está actualmente jubilado y una cuarta parte tiene una pensión de viudedad u orfandad, mientras el 18% se dedica a las tareas domésticas y menos del 2% continúa trabajando. Según la edad, entre los más jóvenes es notable la presencia de jubilados y de amas de casa, mientras que entre quienes tienen 75 o más años se encuentran relativamente más pensionistas, generalmente mujeres. También el sexo introduce diferencias significativas, de modo que, entre los hombres, la situación predominante es la de disfrutar de una pensión por haber trabajado, mientras las mujeres son fundamentalmente receptoras de pensiones de viudedad u orfandad o bien se encargan mayoritariamente del trabajo doméstico.

En relación con la situación socioeconómica, y como suele ser habitual cuando se recaba información por encuesta, un tercio de los entrevistados no ofreció datos sobre su nivel de renta mensual. Entre los que respondieron, menos de la mitad informaron niveles mensuales de renta inferior a la pensión media de jubilación (722 euros a 1 de junio de 2006) (Sancho Castiello 2006). En este caso, también se observan diferencias por edad, de manera que los viejos más jóvenes alcanzan niveles de renta más altos; las diferencias por género no son estadísticamente significativas, aunque parece existir una clara tendencia a que sean las mujeres quienes perciban las rentas más bajas, como consecuencia de la existencia mayoritaria entre ellas de pensiones por viudedad, en general de menor cuantía.

Como corresponde al asentamiento de mayores especialmente en áreas urbanas (Rojo-Pérez et al. 2007a), casi 7 de cada 10 personas de 65 y más años reside en el municipio de Madrid, una

cuarta parte lo hace en el área metropolitana, y menos del 6%, en municipios no metropolitanos; y el tamaño del área de residencia es independiente de la edad y el sexo. No se han encontrado diferencias estadísticas significativas válidas entre el lugar de residencia y otros rasgos sociodemográficos, si bien se observa la tendencia a la declaración de un mayor nivel educativo y de clase social entre quienes viven en la gran metrópoli en detrimento de quienes lo hacen en municipios más pequeños, lo que explicaría, consecuentemente, algunas de las diferencias observadas en cuanto a la renta mensual.

## Bibliografía

- BOWLING, A. *Ageing well. Quality of life in old age*. Berkshire: Open University Press, 2005.
- BROWN, J., A. BOWLING y T. FLYNN. *Models of Quality of Life: A Taxonomy, Overview and Systematic Review of the Literature*. European Forum on Population Ageing Research, 2004: 113. Disponible en internet en [www.ageingresearch.group.shef.ac.uk/pdf/qol\\_review\\_no\\_tables.pdf](http://www.ageingresearch.group.shef.ac.uk/pdf/qol_review_no_tables.pdf) (Fecha de acceso: 11-09-2005).
- CUMMINS, R. A., R. ECKERSLEY, J. PALLANT, J. V. VUGT y R. MISAJON. «Developing a National Index of Subjective Wellbeing: The Australian Unity Wellbeing Index». *Social Indicators Research* 64 n.º 2 (2003): 159-190.
- DE LEEUW, J., F. W. YOUNG y Y. TAKANE. «Additive structure in qualitative data: An alternating least squares method with optimal scaling features». *Psychometrika* 4 n.º 14 (1976): 471-503.
- DE LEEUW, J. y W. J. HEISER. «Multidimensional scaling with restrictions on the configuration». En P. R. KRISHNAIAH, ed. *Multivariate Analysis*. Ámsterdam: North-Holland, 1980: 501-522.
- FAYERS, P. M. y D. MACHIN. *Quality of Life: Assessment, Analysis, and Interpretation*. Chichester, Nueva York: John Wiley & Sons, 2000.
- FERNÁNDEZ-MAYORALAS, G. y F. ROJO-PÉREZ. «Calidad de vida y salud: planteamientos conceptuales y métodos de investigación». *Territoris (Monográfico sobre Geografía de la Salud)* 5 (2005): 117-135.
- FERNÁNDEZ-MAYORALAS, G., F. ROJO-PÉREZ, M. E. PRIETO-FLORES, B. LEÓN-SALAS, P. MARTÍNEZ-MARTÍN, M. J. FORJAZ, B. FRADES-PAYO y C. GARCÍA-IZAGUIRRE. *El significado de la salud en la calidad de vida de los mayores*. Madrid, Instituto de Mayores y Servicios Sociales; Consejo Superior de Investigaciones Científicas; Portal Mayores, Informes Portal Mayores, n.º 74 (2007): 67. Disponible en internet en [www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/fernandezmayoralas-significado-01.pdf](http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/fernandezmayoralas-significado-01.pdf)
- GILHOOLY, M., K. GILHOOLY y A. BOWLING. «Quality of Life: Meaning and Measurement». En A. WALKER, ed. *Understanding Quality of Life in Old Age*. Maidenhead, Berkshire: Open University Press, 2005: 15-26.

- HAIR, J. F. J., R. E. ANDERSON, R. L. TATHAM y W. C. BLACK. *Análisis multivariante*. Madrid: Pearson, Prentice Hall Iberia, 1999.
- HICKEY, A. M., G. BURY, C. A. O'BOYLE, F. BRADLEY, F. D. O'KELLY y W. SHANNON. «A new short form individual quality of life measure (SEIQoL-DW): application in a cohort of individuals with HIV/AIDS». *British Medical Journal* 313 n.º 7.048 (1996): 29-33.
- HICKEY, A., C. A. O'BOYLE, H. M. MCGEE y C. R. B. JOYCE. «The Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life.» En C. R. B. JOYCE, C. A. O'BOYLE y H. M. MCGEE, eds. *Individual Quality of Life: Approaches to Conceptualisation and Assessment*. Amsterdam: Harwood Academic Publishers, 1999: 119-133.
- INSTITUTO DE ESTADÍSTICA DE LA COMUNIDAD DE MADRID. *Zonificación estadística NUTS 4 de la Comunidad de Madrid*. Madrid, Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid, 2001. Disponible en internet en [www.madrid.org/iestadis/fijas/clasificaciones/conuts4.htm](http://www.madrid.org/iestadis/fijas/clasificaciones/conuts4.htm)
- . *Padrón continuo de habitantes, actualizado a enero de 2005*. Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid, 2005.
- JOYCE, C. R. B., A. HICKEY, H. M. MCGEE y C. A. O'BOYLE. «A theory-based method for the evaluation of individual quality of life: The SEIQoL». *Quality of Life Research* 12 n.º 3 (2003): 275-280.
- LASSEY, W. R. y M. L. LASSEY. *Quality of life for older people: an international perspective*. Upper Saddle River, New Jersey: Prentice Hall, 2001.
- MARTÍNEZ, D. L. I., H. R. DUENAS, M. C. ONIS VILCHES, T. C. AGUADO, C. C. ALBERT y L. R. LUQUE. «Spanish language adaptation and validation of the Pfeiffer's questionnaire (SPMSQ) to detect cognitive deterioration in people over 65 years of age». *Medicina Clínica (Bar)* 117 n.º 4 (2001): 129-134.
- MARTÍNEZ-MARTÍN, P. y B. FRADES-PAYO. «Desarrollo de un instrumento de valoración de calidad de vida relacionada con la salud». En P. MARTÍNEZ MARTÍN, ed. *Calidad de vida en neurología*. Barcelona: Ars Medica, 2006a: 33-48.
- MARTÍNEZ-MARTÍN, P., B. FRADES-PAYO, M. J. FORJAZ, C. GARCÍA-IZAGUIRRE, F. ROJO-PÉREZ y G. FERNÁNDEZ-MAYORALAS. «Estudio piloto sobre la aplicación de un instrumento de medida de Calidad de Vida individual (SEIQoL-DW) en población mayor». *Revista Española de Geriátría y Gerontología* 41 n.º Especial Congreso (2006b): 80.
- O'BOYLE, C. A., H. M. MCGEE, A. HICKEY, C. R. B. JOYCE, J. BROWNE, K. O'MALLEY y B. HILTBRUNNER. *The Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life. User manual*. Dublín: Department of Psychology, Royal College of Surgeons in Ireland, 1993.
- PFEIFFER, E. «A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients». *Journal of American Geriatric Society* 23 n.º 10 (1975): 433-441.
- PRIETO-FLORES, M. E., G. FERNÁNDEZ-MAYORALAS, M. W. ROSENBERG y F. ROJO-PÉREZ. «Identifying Connections Between the Subjective Experience of Health and Quality of Life in Old Age». *Qualitative Health Research* 20 n.º 11 (2010): 1.491-1.499.
- ROJO-PÉREZ, F., G. FERNÁNDEZ-MAYORALAS, V. RODRÍGUEZ-RODRÍGUEZ, M. E. PRIETO-FLORES y J. M. ROJO-ABUÍN. «Entorno residencial de los mayores en España. Hacia una clasificación municipal». *Boletín de la Asociación de Geógrafos Españoles* n.º 43 (2007a): 51-72.

- . «The Environments of Ageing in the Context of the Global Quality of Life among Older People Living in Family Housing». En H. MOLLENKOPF y A. WALKER, eds. *Quality of Life in Old Age. International and Multidisciplinary Perspectives*. Dordrecht, The Netherlands: Springer, Social Indicators Research Series, Volume 31, 2007b: 123-150.
- ROJO-PÉREZ, F., C. DELGADO-SANZ, G. FERNÁNDEZ-MAYORALAS, M. J. FORJAZ, K. AHMED MOHAMED, P. MARTÍNEZ-MARTÍN, M. E. PRIETO-FLORES y J. M. ROJO-ABUÍN. «Informal support according to level of competence related to health and functioning in Quality of Later Life». En W. OSTASIEWICZ, ed. *Quality of Life Improvement through Social Cohesion*. Wroclaw, Poland: Publishing House of Wroclaw University of Economics, 2009a: 64-85.
- . *Población mayor, Calidad de Vida y redes de apoyo: demanda y prestación de cuidados en el seno familiar*. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Ciencia e Innovación, 2009b. Disponible en internet en [www.isciii.es/htdocs/publicaciones/documentos/Poblacion\\_mayor.pdf](http://www.isciii.es/htdocs/publicaciones/documentos/Poblacion_mayor.pdf)
- SANCHO CASTIELLO, M. ed., *Informe 2006. Las Personas Mayores en España. Datos Estadísticos E estatales y por Comunidades Autónomas*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad, Instituto de Mayores y Servicios Sociales; tomo I: 494 p.; tomo II: 723 p; Col. Documentos, Serie Documentos Estadísticos, n.º 22.008, 2006.
- SPSS INC. *SPSS Categories 17.0*. Chicago: SPSS, 2008.
- THE WHOQOL GROUP. «The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization». *Social Science & Medicine* 41 n.º 10 (1995): 1.403-1.409.
- WALKER, A. ed. *Growing older in Europe*. Berkshire: Open University Press, 2005a: 295.
- . *Understanding Quality of Life in old age*. Maidenhead: Open University Press, 2005b: 209.
- WALKER, A. y C. HAGAN HENNESSY, eds. *Growing Older: Quality of Life in Old Age*. Londres: Open University Press, 2004: 268.



# 1. Las características sociodemográficas de los mayores en la Comunidad de Madrid

*Raúl Lardiés-Bosque*

Departamento de Geografía y Ordenación del Territorio  
Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Zaragoza

## 1.1. Introducción

El envejecimiento demográfico es una característica de los países desarrollados. Bajo esta premisa, el interés por el colectivo de mayores es obligado: ya no se habla solo de *tercera edad*, sino incluso de *cuarta edad* (United Nations Population Fund 1998). Los poderes públicos diseñan políticas diversas dirigidas a colectivos de mayores cada vez más específicos, y la iniciativa privada comienza a ver la enorme potencialidad que genera este grupo de personas. Paralelo a ello, y en el ámbito científico, uno de los principales retos consiste en investigar las condiciones de vida entre los mayores, y, en este marco, analizar la calidad de vida, valorar su significado y cómo mantenerla o incluso aumentarla, con el propósito de dotar a la vida que queda por vivir de más calidad.

En este capítulo se presenta una síntesis de la dinámica demográfica de la población mayor que reside en la Comunidad de Madrid, su estructura en los últimos años, su perfil sociodemográfico y aquellos aspectos o características de interés que permiten conocer y entender cómo son y dónde se localizan los mayores, teniendo en cuenta variables básicas, como la edad, el sexo, el estado civil y el nivel educativo. Se pone especial énfasis en la distribución geográfica de esta población y en las variables que la caracterizan según el tamaño de hábitat (municipio de Madrid, zona metropolitana y no metropolitana y rural). También se muestran otros aspectos, como

la forma de convivencia de estas personas y el entorno residencial (características, equipamientos y percepción del entorno).

Con este propósito, van a ser utilizados los datos provenientes del padrón municipal de habitantes (diversos años) así como de los censos de población y viviendas (2001). Por un lado, el padrón municipal de habitantes de 2006 (INE 2006) permite dilucidar la dinámica demográfica de la población mayor madrileña en el momento presente, lo que condicionará su trayectoria y estructura futura. Como complemento a los datos padronales, se ha realizado un estudio más pormenorizado de la realidad sociodemográfica utilizando variables de los censos de población y viviendas de 2001 (INE 2001).

Por las características de estas fuentes demográficas, se trata de un análisis de naturaleza objetiva (si bien el último censo ya permite un acercamiento subjetivo a partir de la percepción de los problemas en el entorno de residencia, como se verá), y fundamentalmente descriptivo; además, supone una aportación complementaria a los trabajos ya realizados desde una perspectiva geográfica, bien en el ámbito nacional (Abellán García et al. 1996; Rojo-Pérez et al. 2007a), de la comunidad madrileña (López Jiménez 1989, 1993; Pozo-Rivera et al. 1998, 2001), o del municipio de Madrid (López Jiménez 1992c, 1992b; Fernández-Mayoralas et al. 2002).

Tanto en España como en la Comunidad de Madrid, el fenómeno del envejecimiento muestra perfiles en buena parte similares a los de otros países y otras regiones metropolitanas (López Jiménez 1989; United Nations 2003), aunque también reviste ciertas características específicas determinadas por las peculiaridades de la historia en este siglo y la situación socioeconómica y cultural de la región. Sin embargo, los mayores no forman un colectivo homogéneo, puesto que el sexo, las características sociodemográficas y económicas, la edad, el estado civil, etc., son factores determinantes de las diferentes características y comportamientos de quienes integran este colectivo.

Tanto si se habla de personas mayores como de *personas de edad*, de *ancianos*, de *viejos*, de *tercera edad* (si bien cada uno de estos conceptos conlleva una serie de matices), se estará aludiendo a un estadio de la vida que no comienza a una edad determi-

nada, sino que, en alguna medida, es una condición impuesta no solo por la organización social sino también por el cambio en las condiciones físicas. Partiendo de esta premisa, en este capítulo se va a considerar a las personas de 65 y más años porque esta es la edad oficial de jubilación en España.

## **1.2. Los mayores ayer y hoy: evolución y proceso de envejecimiento**

La estructura por edad es una de las principales características que definen a una población y que, además de reflejar su dinámica demográfica pasada, condiciona en gran medida su trayectoria futura. Por ejemplo, el tamaño y evolución de cada grupo de población influye directamente en el sistema público de pensiones, pero en concreto, el grupo de población mayor condiciona muchos aspectos de la planificación económica y social, ya que determina la demanda potencial en ámbitos como la sanidad, la vivienda, la economía y otras dotaciones; todos estos aspectos son importantes porque están directamente relacionados con la calidad de vida de esta población, tal y como se analizará en los siguientes capítulos y, además, el logro de más calidad de vida para la población mayor es un fenómeno que se enmarca en un contexto de crecimiento absoluto y relativo de este colectivo de población y de la mejora de sus condiciones de vida.

Como marco para realizar un estudio de la calidad de vida de los mayores madrileños, una primera cuestión que se ha de destacar es el progresivo envejecimiento demográfico en el espacio regional (López Jiménez 1993), proceso que acontece también en muchos países desarrollados y, en particular, en Europa occidental. Como el objetivo de este capítulo no es analizar en detalle cuáles son las causas de ese proceso (para ello véase López Jiménez 1992a; Abellán García et al. 1996), solo se hará una breve referencia a las mismas.

El envejecimiento actual se relaciona con una alta fecundidad en el pasado, a la que ha seguido el descenso de la mortalidad, que ha conllevado una mayor supervivencia en las generacio-



nes que han ido alcanzando los 65 años (López Jiménez 1989); también la caída de la fecundidad en las últimas décadas ha hecho que se reduzca el número de niños y de jóvenes (García Ballesteros 1990), por lo que el número de personas mayores aumenta continuamente; pero el proceso se refuerza por la acción de los movimientos migratorios del pasado (Abellán García et al. 1997). Los que llegaron del resto de España han ido envejeciendo, pero también hay mucha población joven-adulta, sobre todo desde los años setenta, que se han marchado en busca de viviendas más baratas (Pozo-Rivera et al. 1998), lo cual reduce la base de la pirámide de edad y, a su vez, favorece la disminución de la fecundidad; ligado con eso, más recientemente habría que tener en cuenta el fenómeno de la periurbanización, que no ha hecho sino reforzar el movimiento centrífugo de la población joven hacia zonas residenciales con mejores condiciones ambientales. En todo ese escenario, además, hay que considerar la todavía y comparativamente escasa emigración de jubilados desde la ciudad de Madrid (como principal foco emisor de la región), la cual solo contrarrestará parcialmente el proceso de envejecimiento (Abellán García et al. 1997; Lardiés-Bosque 2008).

En todo el mundo, solo el 6,9% de la población superaba los 65 años en el año 2000; sin embargo, ese porcentaje era del 14,7% en Europa, del 16,4% en los países de Europa del Sur, y del 16,7% en España (United Nations 2003). Actualmente España ocupa el quinto lugar de la UE en cifras absolutas de mayores (por detrás de Alemania, Italia, Francia y Reino Unido) y el quinto del mundo en cifras relativas, pero se prevé que en 2050 sea el país más envejecido del planeta (INE 2004). En consecuencia, tanto el número como la proporción de mayores va a seguir aumentando, lo que planteará uno de los principales retos sociales del futuro.

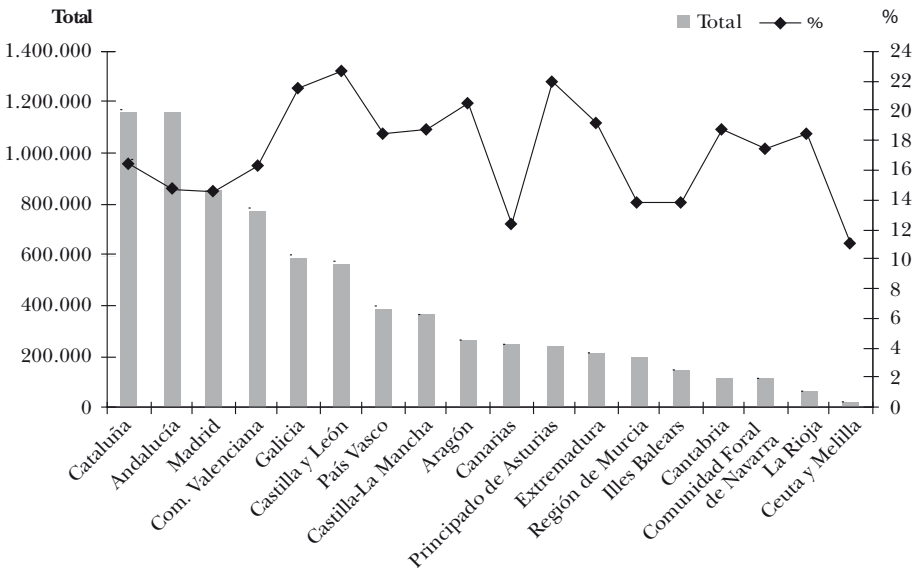
Así, España ha envejecido y parece que lo seguirá haciendo. La población mayor ha crecido más rápidamente en la última década que el resto de los grupos (un 20,8% entre 1996 y 2006, frente al 12,7% de crecimiento de la población total), de forma que la población joven pierde peso en el conjunto demográfico. El colectivo de mayores representa actualmente alrededor

del 20% de la población total en España y se prevé que llegue al 30% en 2050, teniendo en cuenta que las generaciones del *baby boom* suponen hoy un tercio de la población española y que esa proporción tendrá más de 65 años dentro de 30 o 40 años (INE 2004).

Si España está a la cabeza de los países más envejecidos del mundo (United Nations 2003), la población madrileña ha experimentado también un rápido proceso de envejecimiento (Díez Nicolás 1996). En el conjunto nacional, durante el año 2006, la Comunidad de Madrid ocupaba el tercer puesto en población absoluta con 65 y más años, tras Cataluña y Andalucía, cada una con más 1,1 millones de mayores (gráfico 1.1); solo estas tres regiones aglutinaban el 43% de la población mayor en España. Teniendo en cuenta la menor extensión territorial de Madrid en comparación con otras regiones, la concentración de personas mayores en esta comunidad es muy elevada, lo mismo que su crecimiento.

**GRÁFICO 1.1: Población de 65 y más años por CC. AA., 2006**

(en valores absolutos y en porcentaje)



Fuente: INE. Padrón municipal de habitantes de 2006.

Sin embargo, la importancia del envejecimiento madrileño no lo es tanto en términos relativos, ya que solo el 14,5% de la población está por encima de esa edad (INE 2006), cuando la media española es del 16,7% y la mayoría de regiones están por encima de esa cifra (gráfico 1.1). La causa son los flujos inmigratorios del pasado, que han hecho que la estructura por edad de la Comunidad de Madrid haya sido tradicionalmente más joven que la del conjunto de España. Por tanto, entre las regiones relativamente más jóvenes está Madrid, junto con otras de la cuenca mediterránea, como Illes Balears, Andalucía, Comunitat Valenciana y Cataluña, así como Ciudad de Ceuta, Ciudad de Melilla y Canarias (INE 2006).

Pero el número de personas de 65 y más años que reside en la Comunidad de Madrid está aumentando rápidamente. Este grupo de población es el que más ha crecido en términos absolutos en las dos últimas décadas (1986-2006), pasando de 495.746 a casi 900.000 personas, lo que en términos relativos supone el 10,4% y el 14,4% de la población total. Mientras la población en edad de trabajar ha crecido en ese decenio un 34%, y la población total, un 26%, el grupo de los mayores de 65 lo ha hecho en un 75%.

Estos datos reflejan el proceso general de envejecimiento demográfico, pero a este aumento ha contribuido la llegada a las edades de jubilación de las generaciones que migraron a Madrid hace cuatro y cinco décadas. Las corrientes migratorias del pasado juegan, por tanto, un papel destacado en la evolución cuantitativa del segmento de personas mayores. Las generaciones que protagonizaron los primeros grandes flujos migratorios hacia Madrid en los años cincuenta han traspasado ya la edad de la jubilación, y en la próxima década lo harán las cohortes sobredimensionadas por la inmigración de los años sesenta y setenta, lo que ha de suponer un especial crecimiento de la población mayor de 65 años.

Este aumento del peso relativo de la población mayor de 65 años está asociado también con el descenso del número de jóvenes como consecuencia de la caída de la natalidad. Se trata, pues, de un proceso de envejecimiento por la cúspide de la pirámide de población y por la base (Leal Maldonado et al. 2005). No obs-

tante, aunque parezca paradójico, la caída de la natalidad tiene un papel más relevante en el envejecimiento de la población que la disminución de la mortalidad.

El crecimiento de la población de edad se traduce en el mayor peso que este grupo va teniendo en el total de la población de la región, tal y como indica el índice de envejecimiento (cuadro 1.1). El rápido envejecimiento, en particular desde los años setenta y ochenta, se traduce en el igualmente creciente peso que la población de 85 y más años tiene en el total de mayores; dicho peso aparece expresado en el índice de sobre-envejecimiento, que se ha doblado en las tres últimas décadas.

**CUADRO 1.1: Evolución de algunos índices demográficos relacionados con la estructura por edad en la Comunidad de Madrid, 1900-2006**

Año	Índice de envejecimiento	Índice de sobre-envejecimiento	Índice de dependencia
	(Pob. 65+ / Pob. Total)×100	(Pob. 85+ / Pob. 65+)×100	(Pob. -15 + Pob. 65+) / (Pob. 15-64)×100
1900	4,5	3,0	46,8
1910	4,7	3,1	49,0
1920	4,8	3,1	48,8
1930	5,1	3,2	50,1
1940	4,9	4,4	45,5
1950	5,9	0,0	40,5
1960	7,0	0,0	47,4
1970	7,9	6,1	56,5
1981	9,3	6,5	56,2
1991	11,8	8,4	44,5
2001	14,5	11,1	40,4
2006	14,4	11,6	41,4

*Fuente:* INE. Censos de población y viviendas (varios años); INE. Padrón municipal de habitantes (varios años).

A pesar del envejecimiento progresivo de la población, el índice de dependencia demográfica, como ratio entre la población en edad de inactividad económica (menores de 15 y mayores de 64) y la población en edad activa, ha disminuido (cuadro 1.1). En la Comunidad de Madrid, este índice ha pasado de 56,5 en 1970 a 41,4 en 2006, debido a que el descenso del número de jóvenes ha sido más pronunciado que el aumento de personas en edad de jubilación. Quizás esta evolución podría interpretarse como una reducción de la carga total por adulto, pero hay que tener presente que este indicador de dependencia es puramente demográfico (Castro Martín et al. 1998); aunque condiciona estructuralmente el equilibrio entre activos e inactivos, no lo determina exclusivamente, ya que la edad no es la única variable que define la vinculación con el sistema productivo.

Si bien el descenso del índice de dependencia no puede interpretarse automáticamente como una reducción del grado de dependencia económica, la evolución reciente refleja un cambio en la composición de la población dependiente, con un peso descendente de los jóvenes y creciente de los mayores. Este cambio estructural tiene importantes implicaciones para la distribución del gasto público, ya que mientras los niños y jóvenes se encuentran, básicamente, a cargo de la familia, la atención de las personas mayores está relativamente más socializada a través del sistema de pensiones, la sanidad y los programas de servicios sociales, aunque continúan siendo fundamentales las redes familiares de solidaridad.

En definitiva, el envejecimiento de la población, lejos de considerarse un problema, es un logro ya que la humanidad está alcanzado límites de vida nunca vistos antes. Sin embargo, y puesto que es de prever que el proceso de envejecimiento continúe y se acentúe en el futuro, supondrá uno de los principales retos que se han de afrontar por las políticas sociales, particularmente aquellas orientadas a la atención sanitaria, los servicios sociales y la dotación de equipamientos específicos para la tercera edad (Golini et al. 1996).

### **1.3. Composición de la población por edad, sexo y estado civil**

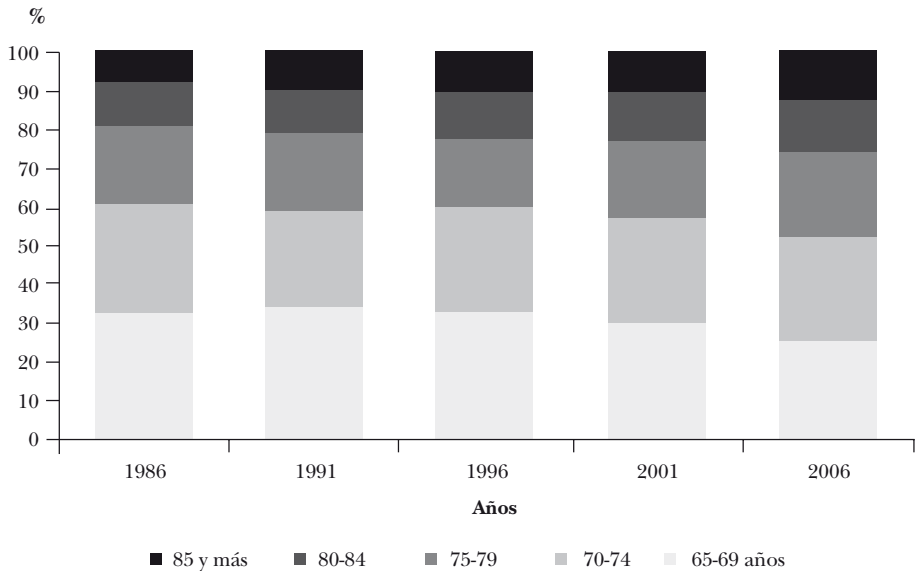
El descenso de la mortalidad se ha producido en todas las edades, pero ha repercutido de forma importante en la población

de más edad. Ese descenso se traduce en que la esperanza de vida hoy es mayor, se vive más años. Mientras a principios de siglo solo una de cada cuatro personas alcanzaba los 65 años de edad, en la actualidad llegan a esa edad 86 de cada 100 individuos. Por tanto, a una persona de 65 años todavía le quedan por vivir hoy en día en España más de 16 años de media (casi 20 para las mujeres), cuando en 1900 el tiempo restante de vida era de solo 9 años (INE 2001). Esta prolongación de la esperanza de vida, una vez traspasado el umbral de la jubilación, unida a una mejora general de las condiciones de vida y de los hábitos relacionados con la salud, ha introducido una diferenciación significativa en la composición interna del colectivo de mayores, en el que coexisten jubilados *jóvenes* con buena salud y plena autonomía, y ancianos con mayor dependencia de los servicios sanitarios, sociales y familiares a los que se ha comenzado a designar como la *cuarta edad* (Leal Maldonado et al. 1995).

Dentro del grupo de población con 65 y más años, el segmento de población mayor de 85 años es el que ha registrado un mayor crecimiento en la región madrileña (gráfico 1.2), y ha establecido una nueva tendencia que se conoce como el *envejecimiento del envejecimiento* o *sobre-envejecimiento*. En el periodo 1986-2006, el incremento relativo de este subgrupo ha alcanzado el 180,3%, frente al 75,5% del conjunto de mayores de 65 años, y frente al 25,7% del total de la población de la región; en consecuencia, el índice de sobre-envejecimiento (ratio entre las personas de 85 y más años y las personas de 65 y más) ha pasado de alrededor de 7 a 11,6 (cuadro 1.1).

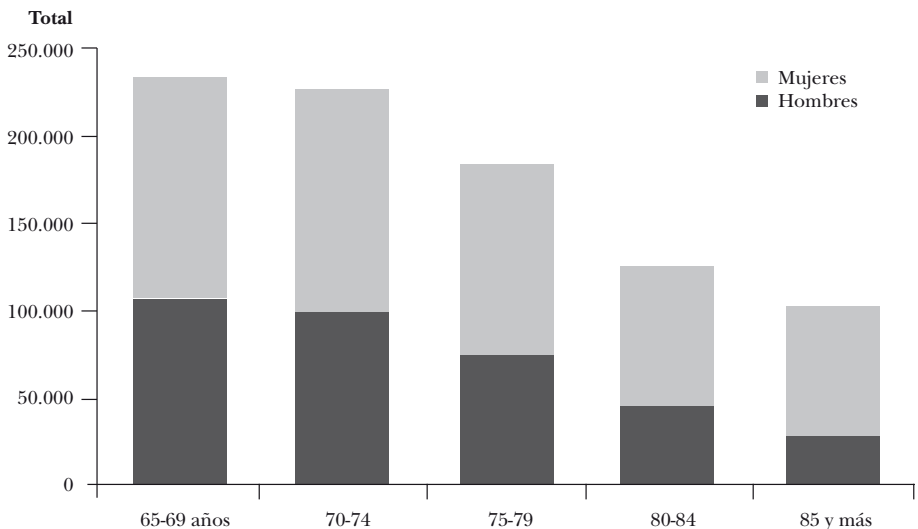
La feminización de la vejez es otra característica de este grupo de población (Pozo-Rivera et al. 2001), y tiene su raíz en la mortalidad diferencial de hombres y mujeres y en la mayor esperanza de vida femenina. Dentro del conjunto de la población de 65 y más años de la región, las mujeres representaban en 2006 el 59,7%, aunque su número absoluto aumenta progresivamente (y también el peso relativo) a medida que avanza la edad (gráfico 1.3). Así, las mujeres constituyen el 54,6% del grupo de 65 a 69 años, el 64,4% del grupo de 75 a 80 años, y el 72,7% del grupo de 85 y más años.

**GRÁFICO 1.2: Evolución de la composición por edad de los mayores de 65 años en la Comunidad de Madrid, 1986-2006**



Fuente: INE. Censos de población y viviendas (varios años); INE. Padrón municipal de habitantes (varios años).

**GRÁFICO 1.3: Composición por sexo de los mayores de 65 años en la Comunidad de Madrid, según grupos de edad, 2006**



Fuente: INE. Padrón municipal de habitantes de 2006.

La estructura de la población mayor por estado civil, utilizando también los datos del Padrón de 2006, muestra que la mayoría son casados (59,8%), seguidos por los viudos (30,5%) y los solteros (8%); otras categorías, como los separados (1,1%) y los divorciados (0,7%), tienen una importancia mínima, comprensible por la relativa reciente legalización del divorcio y, sobre todo, por el predominio en el pasado de normas sociales contrarias a la ruptura matrimonial y a otras formas distintas al matrimonio (Pozo-Rivera et al. 2001).

Si se analiza el estado civil según el sexo, entre la población mayor madrileña aparecen notables diferencias, como que la mayoría de los hombres están casados (81,6%), solo un 12% son viudos, y un 4,9% solteros. Por el contrario, la mayor esperanza de vida entre las mujeres hace que el número de viudas sea más elevado que el de viudos (casi 200.000 frente a 37.405, lo que representa un 43,2%), al igual que la proporción de casadas es ligeramente superior (con el 44,9%) a la de viudas. Otra característica, constante en el tiempo (Pozo-Rivera et al. 2001), es que la soltería entre las mujeres triplica la de los hombres (46.631 frente a 14.818), lo cual tiene su explicación en el desigual mercado matrimonial, desequilibrado por la desaparición de muchos hombres en determinados acontecimientos históricos, como guerras coloniales y, sobre todo, en la Guerra Civil, pero también en que, bajo la presión social del pasado, estaba mejor visto que una mujer se quedara soltera en lugar de que lo hiciera un hombre.

La distribución del estado civil también varía mucho según la edad, de forma que entre los hombres se repite la misma distribución anterior. Más hombres casados, cuya proporción (por encima del 62%) se mantiene incluso hasta los 89 años y, a partir de aquí, desciende rápidamente; sin embargo, la proporción de casadas cae más rápidamente (en los 85-89 años son menos del 13%), y pasan a predominar las viudas. Respecto a la soltería, más elevada en las mujeres como se ha comentado, se mantiene constante alrededor del 10% en todas las edades, mientras que en los hombres es también constante, aunque oscilante entre el 3% y el 6%.



#### 1.4. Nivel de instrucción

En relación con el nivel de instrucción de las personas de 65 y más años madrileñas, los datos de los censos de población y viviendas de 2001 confirman la opinión extendida y aceptada de que se trata de un colectivo escasamente instruido (Pozo-Rivera et al. 2001). El 36% de los mayores de 65 años no posee estudios, y de ellos, el 14,9% son analfabetos; un tercio del total tiene estudios primarios y únicamente el 7,7% ha alcanzado estudios superiores o de tercer grado. Esta situación responde a personas de unas generaciones nacidas incluso antes de la Guerra Civil y en los años posteriores, caracterizados por grandes penurias materiales y de formación; mala situación económica, absentismo escolar, escasa necesidad y motivación de formación para lograr puestos de trabajo, pocas dotaciones escolares, etc. Por tanto, los ancianos de hoy no son solo las personas que tienen 65 y más años, sino que, además, son personas nacidas y criadas en un determinado nivel de desarrollo socioeconómico. Si esto no se tiene en cuenta, se corre el riesgo de confundir el efecto de la edad con el efecto de la generación a la que pertenecen y deducir, por ejemplo, que los ancianos leen menos, por el mero hecho de serlo, sin tener en cuenta que, además de tener 65 y más años, crecieron en una época en la que el nivel de instrucción en España era muy bajo (Moragas Moragas 2001).

De nuevo, el sexo y la edad introducen diferencias importantes en esta distribución, aunque también otras variables como la zona de residencia. Respecto al sexo, las mujeres ofrecen niveles de instrucción más bajos en todas las categorías, salvo en estudios secundarios y terciarios, en que superan a los hombres. Las analfabetas y las que no tienen estudios suponen el 42,5% de las mujeres (frente al 33,5% de los hombres), lo que implica un número casi cuatro veces superior de mujeres analfabetas (35.248 mujeres y 9.560 hombres); además, solo el 4,4% de mujeres tiene estudios de tercer grado, frente al 12,4% de los hombres.

La incidencia de la edad es también importante en el nivel de instrucción de los mayores; los datos revelan una peor situación de los viejos-viejos, de forma que a medida que aumenta la edad, el colectivo de los analfabetos y sin estudios es mayor en térmi-

nos relativos, hasta alcanzar a casi la mitad de los que tienen 85 y más años, frente a algo menos entre los de 65-69 años (cuadro 1.2). Por su lado, el nivel de estudios secundarios y terciarios mantiene una relación inversa con la edad, de manera que la proporción de quienes han alcanzado ese grado es mayor entre los viejos-jóvenes. Esta es una situación que se repite en cada uno de los dos géneros, aunque las peores situaciones se observan entre las mujeres.

**CUADRO 1.2: Nivel de instrucción según grupo de edad  
entre los mayores de la Comunidad de Madrid, 2001**  
(porcentaje)

Grupo de edad	Nivel de estudios					Total
	Analfabetos	Sin estudios	Primer grado	Segundo grado	Tercer grado	
65-69 años	4,4	28,6	31,6	26,0	9,5	242.151
70-74	5,4	33,7	31,8	21,4	7,8	206.820
75-79	5,8	35,1	33,5	19,1	6,5	155.089
80-84	7,2	36,2	32,3	18,2	6,1	93.275
85 o más	9,9	37,3	30,9	15,8	6,0	74.348
<b>Total</b>	5,8	33,0	32,1	21,4	7,7	771.683

*Fuente:* INE. Censos de población y viviendas de 2001.

Un hecho explicativo de esta situación es que una notable mayoría de los hoy ancianos en Madrid fueron inmigrantes llegados desde zonas rurales y del interior del país (en los años de la industrialización), muchos de los cuales carecían de instrucción. Por otro lado, esa llegada masiva de trabajadores a la capital explica también la elevada concentración de población de más edad.

Considerando únicamente la división entre zona urbana, intermedia y rural, se aprecia que mientras casi 5 de cada 10 mayores que residen en zonas rurales no tienen ningún tipo de estudios, esa proporción baja a 4 de cada 10 en la zona urbana. En general, los datos censales de 2001 reflejan que una mayor pro-

porción de mayores instruidos residen en zonas urbanas frente a rurales. Otro tanto ocurre con los que tienen estudios secundarios (22% de los que residen en zonas urbanas y solo el 13% de los que lo hacen en rurales), y la diferencia también se observa entre quienes han alcanzado estudios de tercer grado (casi el 8% de los que habitan en espacio urbano, y poco más del 5% entre quienes lo hacen en áreas rurales). Por lo tanto, todavía persisten importantes diferencias geográficas respecto al nivel de instrucción entre la población mayor, más llamativas en mujeres que en hombres, que reflejan un déficit histórico de preparación y oportunidades de formación y, como consecuencia, de empleo.

### **1.5. Distribución geográfica de los mayores: el desigual envejecimiento en el territorio**

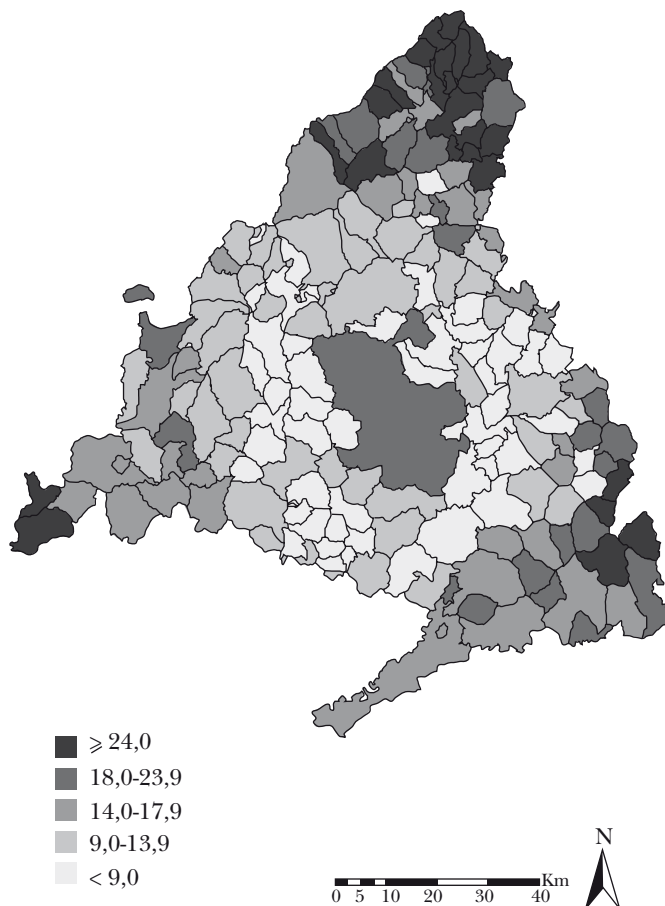
La estructura demográfica de la Comunidad de Madrid en relación con el grado de envejecimiento se encuentra bien diferenciada en tres áreas geográficas (mapa 1.1):

1. El municipio de Madrid, con una población muy envejecida, ya que los ancianos son más del 19,1% de la población.
2. La corona metropolitana, más joven, puesto que el peso de los mayores es solo del 8,5% (en ella viven el 20% de los habitantes de la región, pero solo residen un 11,8% de los ancianos).
3. Los municipios menores de 5.000 habitantes, con una proporción de ancianos del 14%, cuando la media regional es el 14,5%.

El municipio de Madrid concentra el 52,1% del total de población de la comunidad autónoma, por lo cual no se puede esperar un bajo porcentaje de población mayor residiendo en el municipio. Puesto que en edades avanzadas el lugar de residencia se intenta que esté próximo a servicios, equipamientos e infraestructuras que ayuden a cubrir las necesidades propias de la edad (Abellán García et al. 1997), en el municipio madrileño estaban empadronados en 2006 el 68,9% de los mayores de la región (cuadro 1.3)

**MAPA 1.1: Distribución de la población de 65 y más años en los municipios de la Comunidad de Madrid, 2006**

(porcentaje sobre población total)



*Fuente:* INE. Padrón municipal de habitantes de 2006.

(cifra que era del 72,4% en 2001). Así, es en el municipio de Madrid y en la corona metropolitana donde reside la mayoría de la población mayor de la comunidad autónoma, de forma que 9 de cada 10 mayores de la región vive en la capital o en sus alrededores, y son comparativamente muy pocos los residentes de 65 o más años en zonas rurales (el 9,1%) (cuadro 1.3).

**CUADRO 1.3: Distribución geográfica de la población de 65 y más años en la Comunidad de Madrid, 2006**

Zona de residencia	Total	Porcentaje
Madrid: almendra central	203.275	34,0 (*)
Madrid: periferia norte	132.975	22,2 (*)
Madrid: periferia este	66.049	11,0 (*)
Madrid: periferia sur	196.033	32,8 (*)
<b>Municipio de Madrid (1)</b>	<b>598.332</b>	<b>68,9</b>
Corona metropolitana norte	22.031	11,5 (**)
Corona metropolitana este	44.262	23,2 (**)
Corona metropolitana sur	99.485	52,1 (**)
Corona metropolitana oeste	25.241	13,2 (**)
<b>Corona metropolitana (2)</b>	<b>191.019</b>	<b>22,0</b>
<b>Área metropolitana (1 + 2)</b>	<b>789.351</b>	<b>90,9</b>
<b>Municipios no metropolitanos (3)</b>	<b>78.729</b>	<b>9,1</b>
<b>Total Comunidad de Madrid (1 + 2 + 3)</b>	<b>868.080</b>	<b>100,0</b>

(\*) Porcentaje respecto al total del Municipio de Madrid (598.322).

(\*\*) Porcentaje respecto al total de la Corona Metropolitana (191.019).

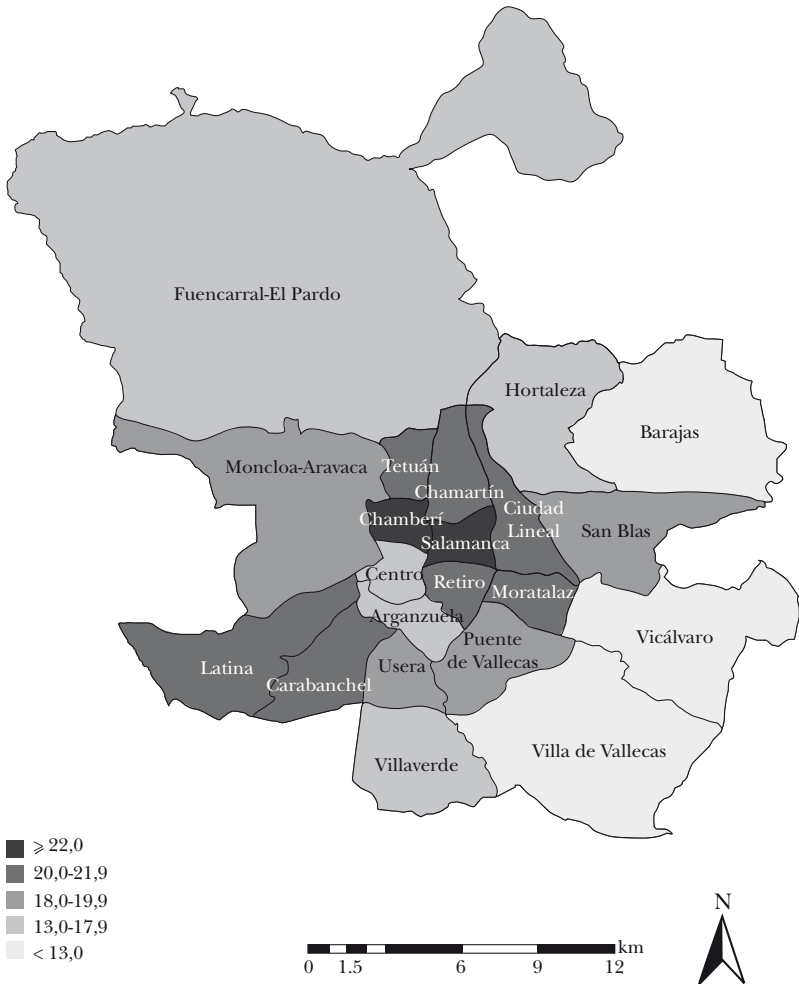
Fuente: INE. Padrón municipal de habitantes de 2006.

Aunque en el municipio de Madrid se concentra la mayoría de población mayor, lo hacen fundamentalmente en la «almendra central» y en la periferia sur; en cambio, la zona este, posiblemente por haber estado ligada con otros usos industriales y residenciales en relación con la llegada de inmigrantes extranjeros, registra una concentración menor. Esta falta de homogeneidad en la distribución espacial de la población mayor en el municipio de Madrid se detecta teniendo en cuenta el porcentaje de población mayor sobre el total de la población en los distintos distritos (mapa 1.2); así, mientras que en la periferia municipal la proporción de mayores es del 12%-17% (distritos de Barajas, Vicálvaro, Vallecas), en los distritos más céntricos, aunque también en algunos del sur y del norte, ese porcentaje es incluso superior al 20% (Chamberí, Salamanca, Latina); esas áreas cen-

trales que actualmente están más envejecidas, además de algunos otros distritos de su alrededor, se fueron ocupando y urbanizando gracias a la presencia de inmigrantes llegados hace tres y cuatro décadas.

**MAPA 1.2: Distribución de la población de 65 y más años en los distritos del municipio de Madrid, 2006**

(porcentaje sobre población total)



Fuente: INE. Padrón municipal de habitantes de 2006.

La misma discrepancia en la distribución geográfica se detecta si se analiza el porcentaje de mayores sobre el total de la población en la corona metropolitana, ya que en la zona sur la proporción es aún más elevada (el 52,1% de los que residen en la corona metropolitana); gran parte de estos municipios acogieron hace cuatro o cinco décadas muchos inmigrantes al abrigo de un notable crecimiento industrial; eso explica que la población envejecida sea superior en este ámbito, al contrario de lo que ocurre en la zona norte de la corona, cuyos municipios han tenido un crecimiento mucho más reciente, ligado al fenómeno de la periurbanización (Pozo-Rivera et al. 1998).

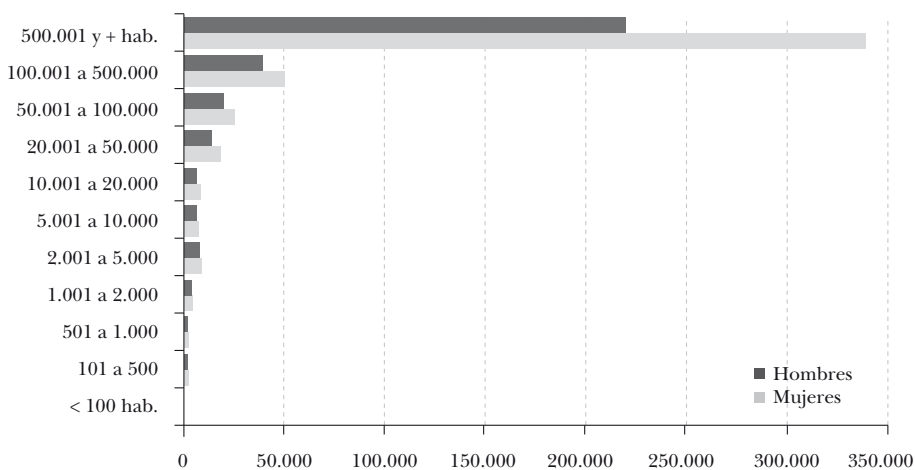
La escasa homogeneidad se revela, por un lado, a partir de los valores elevados en el municipio de Madrid (19,1%), superiores a la media regional (14,5%) e incluso nacional (16,7%); por otro lado, los valores son muy bajos en algunos municipios como Meco, Fuenlabrada, Tres Cantos o Rivas-Vaciamadrid, donde el peso relativo de la población mayor de 65 años es inferior al 6%; frente a lo anterior, aparecen valores superiores en los municipios rurales de la región (véase mapa 1.1).

Esta desigual distribución espacial de la población mayor en la región se relaciona con el desequilibrio también existente en la distribución según el tamaño demográfico de los municipios (gráfico 1.4). Por un lado, es en aquellos de gran tamaño en donde reside la mayoría de la población de más edad; el municipio de Madrid concentra el 70% del total regional y el volumen restante se reparte principalmente entre los municipios de más de 50.000 habitantes, de forma que en los municipios con más de 100.000 habitantes residen 8 de cada 10 mayores de 65 años de la región. De este modo, es necesario destacar, de nuevo, la escasa proporción de efectivos en las áreas más pequeñas (con menos de 2.000 habitantes) donde tan solo se localiza el 1,5% de población de este grupo de edad; se trata de un porcentaje muy bajo en comparación con el 12,2% para el conjunto nacional en el mismo tramo de hábitat.

Existe, por tanto, una doble realidad. En un extremo se sitúan los municipios más poblados de la corona metropolitana o próximos a ella, que crecieron de forma importante en los años setenta, principalmente a base de inmigrantes jóvenes, y que han segui-

do atrayendo, por la evolución del mercado inmobiliario, a parejas jóvenes en la fase expansiva del ciclo familiar. En el extremo opuesto, se sitúan los municipios periféricos de la región que, con un volumen de población escaso y un alto porcentaje de personas de 65 o más años de edad, han entrado en una fase de declive demográfico. La distribución de la población mayor según el sexo no muestra grandes diferencias, pero se observa una ligera tendencia a una más elevada concentración de hombres en los municipios de pequeño tamaño y de mujeres en los municipios grandes (apreciable en la capital y sobre todo en municipios de más 50.000 habitantes).

**GRÁFICO 1.4: Tamaño del municipio de residencia de la población de 65 y más años en la Comunidad de Madrid, 2001**



*Fuente:* INE. Censos de población y viviendas de 2001.

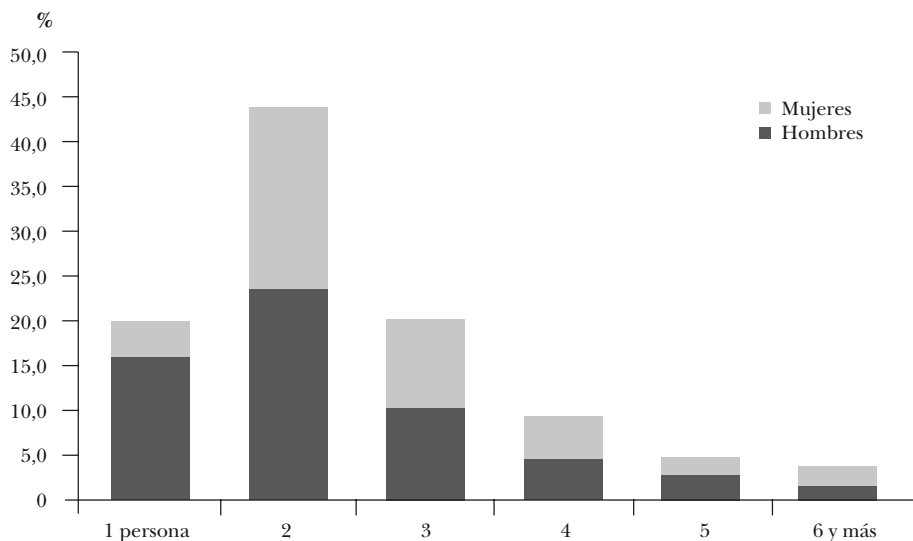
## 1.6. Forma de convivencia

Casi la totalidad de los mayores reside en viviendas familiares convencionales y solo un número escasísimo lo hacen en alojamientos colectivos; en esta pauta, y según los datos de los censos de 2001, no hay apenas diferencias por sexo ni tampoco por edad, pero sí



las hay en cuanto al tamaño del hogar. Más de 4 de cada 10 personas mayores residen en hogares de dos, seguido por igual por los de 1 o de 3 de personas (gráfico 1.4). Los hogares unipersonales corresponden, en un 81,2% de los casos, a mujeres, por lo que ellas viven solas en mayor proporción que los hombres; esta situación, que aumenta con la edad, responde a importantes cambios en la estructura y relaciones familiares, que están llevando a los mayores a unas formas de envejecer muy diferentes a las de sus ancestros (Abellán García et al. 2006). Entre los hombres, hay un mayor peso de hogares con 2 miembros, normalmente matrimonios ancianos, y también un mayor peso de los hogares más amplios. La menor esperanza de vida de los hombres respecto de las mujeres, junto con la salida de los hijos del hogar familiar, dejan a la mujer anciana en situación de única ocupante de la casa. Por tanto, parece que las mujeres que viven solas son más que las que lo hacen en compañía de más personas, mientras que son más numerosos los hombres que viven acompañados que los que lo hacen solos.

**GRÁFICO 1.5: Tamaño del hogar de residencia de los mayores de 65 años en la Comunidad de Madrid, 2001**



Fuente: INE. Censos de población y viviendas de 2001.

A medida que se envejece, se aprecia una clara tendencia a la reducción del tamaño del hogar, lo que es más acusado entre las mujeres. Los valores más bajos de hogares unipersonales y los más elevados de hogares de 3-4 miembros se observan entre los adultos-jóvenes; de esta forma, si solo un 12% de las personas entre 65 y 69 años reside en hogares de un solo miembro, ese porcentaje llega a ser del 30% entre los mayores de 85 años, y en su mayoría se trata de mujeres. Es evidente, pues, que a edades avanzadas disminuye el tamaño del hogar, predominando los de 1 y 2 miembros, y así se explica que la edad media de los hogares con 1 persona sea muy superior (76,3 años) a la edad media del resto de hogares donde residen mayores.

En relación con lo anterior, la estructura de los hogares más extendida queda conformada de la siguiente manera: casi una de cada tres mujeres vive sola por uno de cada 10 hombres; un poco menos de la mitad de los hombres vive en pareja, mientras que cuando aumenta el tamaño del hogar es más fácil encontrar más mujeres que hombres. Sin embargo, son raras las situaciones en las que tanto una mujer o un hombre viven solos con algún menor de edad, y mucho menos si son dos o más menores; tal situación correspondería a la primera fase de la edad adulta en un hogar conformado por padres e hijos.

Tanto la edad como el estado civil introducen matizaciones en cuanto a la forma de convivencia. A edades avanzadas, la relación de personas viviendo solas es de cuatro mujeres por cada hombre. El factor edad también influye en la forma de convivencia, de modo que a medida que se envejece el peso relativo de hogares con 3 y 4 miembros aumenta. Teniendo en cuenta el estado civil, y sobre la base del predominio de hogares de 2 miembros, algo más de la mitad de mayores son casados, incluso con hijos ya adultos. Es habitual que las mujeres que residen solas sean viudas (40,7%) o solteras (36%), frente al 7,2 y el 10,6% de los hombres, respectivamente.

### **1.7. La vivienda y el entorno residencial entre los mayores**

Se conoce poco el efecto que los aspectos ambientales, culturales y sociales tienen en la calidad de vida de las personas mayores, así como la influencia de las condiciones residenciales para promover

su independencia y participación social (Fernández-Mayoralas et al. 2004). Hay autores que han demostrado que las características y calidad del vecindario influye en el bienestar emocional de los mayores (Lawton 1980, 1983) y en su mortalidad (Diez Roux et al. 2004), y han estudiado el efecto que, indirectamente, la actividad social tiene en la reducción de la mortalidad (Kawachi et al. 1997) y en la salud en general (Cummins et al. 2005). También se está de acuerdo en la importancia de la satisfacción con la vivienda, como ámbito privado, y del entorno o barrio donde se localiza la vivienda, como espacio público (Rojo-Pérez et al. 2007a). Es este un campo de estudio en desarrollo en los últimos años, especialmente en lo relativo a la influencia de los factores ambientales en la calidad de vida, lo que se englobaría bajo la disciplina de Gerontología ambiental, y a la que contribuyen otras áreas disciplinares, como la Psicología y la Medicina, la Geografía, la Arquitectura y los cuidados sociales. Por constituir un enfoque relevante en las aportaciones al estudio de la calidad de vida, está recibiendo cada vez más atención por parte de los estudiosos (Gitlin 2003).

La casa se constituye como el lugar que más atrae a los mayores, porque es donde más tiempo pasan y más lazos y recuerdos les unen (Rojo-Pérez et al. 2002). Una inadecuada adaptación entre la persona y el medio físico en el que reside podría conducir a restricciones en su actividad e independencia, incluso a un anticipado proceso de institucionalización. Son hechos que justifican la necesidad de estudiar la relación entre los mayores y el entorno físico que ocupan. Por todo ello, en este epígrafe se analizan las condiciones ambientales en las que se desarrolla la vida de los mayores en la Comunidad de Madrid. Entre los aspectos que se van a tener en cuenta están las variables relativas a las características de las viviendas y del entorno en el que se reside (que muestran los estándares actuales de las instalaciones), así como ítems que informan de la percepción que los residentes tienen de dicho entorno (problemas en la vivienda y en el barrio). Para ello, se utiliza la información de los Censos de Población y Viviendas de 2001.

### **1.7.1. La vivienda**

Casi el 87% de total de población mayor reside en viviendas en propiedad y únicamente un 10% lo hace en alquileradas. Esa es una

pauta constante a través de los años, aunque la propiedad pierde ligeramente importancia entre quienes tienen ochenta y más años, a favor de otras fórmulas de tenencia como cesiones, o incluso hipotecas inversas, que tanto auge están experimentando en los últimos años (Herranz González 2006). La propiedad como régimen de tenencia juega un papel muy importante en el bienestar económico de los mayores, ya sea como valor de cambio o reserva económica para complementar los ahorros durante la jubilación, o como bien transmisible a las generaciones siguientes (Rojo-Pérez et al. 2002).

El tamaño de la vivienda es un aspecto importante en la valoración de la adecuación del alojamiento a las necesidades del colectivo de mayores y a su capacidad para desenvolverse de manera efectiva en las tareas de la vida diaria. Considerando las personas con 65 y más años que residían en la región madrileña en 2001, el 24% de las viviendas tenían entre 61 y 75 m<sup>2</sup>, y el 66% se situaba entre 41 y 90 m<sup>2</sup>; se trata de un tamaño inferior a la media del conjunto de viviendas en la Comunidad de Madrid (88 m<sup>2</sup>) y a las de la capital (81 m<sup>2</sup>) (Leal Maldonado et al. 2005), pero, aun así, el tamaño se puede calificar de suficiente en relación con el tamaño del hogar, lo cual redundaría en la idea de que los mayores residen, de forma general, en viviendas amplias y libres de hacinamiento (Bromley 1988).

El porcentaje de personas que vive en esos tamaños de vivienda varían escasamente si se analizan por grupos de edad, de lo que se puede deducir que el tamaño medio de la vivienda, en todos los grupos de edades, está en torno a los 60-70 m<sup>2</sup>. Por sexo, aunque la diferencia es pequeña, la tendencia es que los hombres residen en viviendas de tamaño ligeramente inferior a las que ocupan las mujeres. Y desde el punto de vista territorial, la desigualdad más notable es que el tamaño medio de la vivienda aumenta hacia el exterior del municipio de Madrid, y a medida que esas viviendas se localizan en municipios de menor tamaño de hábitat. Ya en la corona metropolitana se percibe vagamente ese aumento, pero sobre todo en los municipios de 5.000 y menos habitantes; de esta forma, el porcentaje de los mayores que viven en viviendas grandes (120 m<sup>2</sup> y más) es más elevado a medida que aumenta el tamaño de hábitat (cuadro 1.4).

**CUADRO 1.4: El entorno residencial: características de la vivienda, y percepción de problemas en el barrio donde reside la población de 65 y más años en la Comunidad de Madrid, 2001**

	Total		Municipio de Madrid		Corona metropolitana		Más de 20.000 habitantes		Entre 5.001 y 20.000 habitantes		Entre 1.001 y 5.000 habitantes		Menos 1.001 habitantes	
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
<b>Características de la vivienda</b>														
Vivienda de 90 y más metros	202.111	26,2	139.340	24,9	21.973	24,1	20.174	27,0	9.592	43,2	8.911	44,2	2.121	43,1
Vivienda sin calefacción	179.256	23,2	127.944	22,9	21.382	23,5	17.594	23,6	5.022	22,6	5.399	26,8	1.915	38,9
Vivienda con refrigeración	119.140	15,4	92.625	16,6	12.266	13,5	10.705	14,3	1.934	8,7	1.437	7,1	173	3,5
No tiene agua corriente	694	0,1	377	0,1	176	0,2	55	0,1	33	0,1	33	0,2	20	0,4
Vivienda sin evacuación aguas residuales	1.081	0,1	559	0,1	192	0,2	84	0,1	120	0,5	97	0,5	29	0,6
Vivienda sin tendido telefónico	9.802	1,3	0	0,0	1.599	1,8	764	1,0	854	3,8	1.134	5,6	856	17,4
Vivienda sin gas	139.345	18,1	78.076	14,0	17.417	19,2	17.600	23,6	9.713	43,7	13.387	66,4	3.152	64,1
<b>Percepción de problemas en el entorno residencial</b>														
Delincuencia en la zona	285.147	37,0	232.812	41,7	22.133	24,3	22.601	30,3	4.077	18,4	2.944	14,6	580	11,8
Poca limpieza en las calles	310.887	40,3	233.026	41,7	34.149	37,6	29.562	39,6	7.263	32,7	5.928	29,4	959	19,5
Pocas zonas verdes	231.718	30,0	168.741	30,2	25.306	27,8	23.189	31,1	7.151	32,2	6.438	31,9	893	18,2
Ruidos exteriores	257.250	33,3	195.248	34,9	28.676	31,5	24.132	32,3	5.322	24,0	3.380	16,8	492	10,0
Contaminación o malos olores	162.729	21,1	128.869	23,1	16.595	18,3	12.656	17,0	2.583	11,6	1.765	8,8	261	5,3
Malas comunicaciones	91.905	11,9	62.464	11,2	10.382	11,4	8.508	11,4	4.989	22,5	4.333	21,5	1.229	25,0

Fuente: INE. Censos de población y viviendas de 2001.

La vivienda media es la que tiene entre 4 y 5 habitaciones (incluidos cocina y baño), y con esas características residen dos de cada tres personas mayores (independientemente del sexo); además, si la superficie media no variaba sensiblemente en función de la edad, tampoco varía el número de habitaciones a medida que la población envejece. El número medio de 4-5 habitaciones está en sintonía con el tamaño medio de las viviendas para el total de población en la Comunidad de Madrid (4,8 habitaciones) y también en el municipio de Madrid (4,6 habitaciones) (Leal Maldonado et al. 2005).

El 71% de los mayores de la región viven en edificios construidos en su mayoría entre los años cincuenta y ochenta, aunque las edificaciones más numerosas se construyeron entre 1960 y 1970, por lo que se trataría de edificios de entre 30 y 40 años de antigüedad; así, casi tres de cada cuatro personas mayores ocuparon sus viviendas entre 1960 y 1980, aunque quienes las ocuparon más recientemente son, en general, los viejos más jóvenes. En cambio, entre la población más vieja aumenta el porcentaje de edificios construidos en años anteriores (años cincuenta e, incluso, cuarenta, lo cual evidencia su mayor grado de envejecimiento).

En su conjunto, se trata de viviendas en edificios cuyo estado se califica de bueno en el 91,3% de los casos, y solo como deficiente para el 6% de los mayores (porcentaje algo mayor entre las mujeres que entre los hombres); esa es una proporción que, prácticamente, no varía en función de la edad, al tratarse de personas de 65 a 70 años (92,1%) o de los que tienen 85 y más años (90,4%); tampoco hay diferencias entre hombres (91,8%) y mujeres (90,9%); por tanto, esa mínima distancia en las cifras no implica que el estado de la vivienda de los más viejos y de las mujeres más viejas sea peor.

Acorde con el buen estado de conservación de los edificios que ocupan los mayores está el tema de las infraestructuras y dotaciones básicas de la vivienda. Puesto que entre 1991 y 2001 siguieron aumentando los estándares que definen las instalaciones de las viviendas de los madrileños (Leal Maldonado et al. 2005), este hecho ha tenido también su eco en las viviendas de los mayores. Conviene, inicialmente, tener presente que el número de viviendas principales que no tenían al menos una de las instalaciones

básicas (agua corriente, evacuación de aguas residuales, aseo o retrete, tendido eléctrico y calefacción) era muy reducido, y apenas llegaba a las 41.000 viviendas en el año 2001, lo que representaba el 2% del conjunto de las viviendas principales (Leal Maldonado et al. 2005). De todas estas instalaciones era la carencia de la calefacción, seguida por las viviendas sin tendido telefónico, las que afectaban a más viviendas.

En el caso de las viviendas de los mayores, también la calefacción es la dotación de la que más se carece: el 23,2% de los mayores no la tienen (24,5% en mujeres y 21,4% en hombres). No hay diferencias apreciables entre tenencia o no de calefacción en función de la edad, pero sí en función de la zona de residencia; en el municipio de Madrid, en la corona metropolitana y otras grandes ciudades, el porcentaje de mayores sin calefacción no varía sensiblemente (en torno al 23%), pero aumenta a medida que los municipios de residencia son de menor tamaño de hábitat, hasta llegar al 39% en los de menos de 1.000 habitantes. Solamente el 15,4% de los mayores tiene dotación de refrigeración en su vivienda, porcentaje que aumenta ligeramente entre los más jóvenes (17,4% en el grupo de 65 a 69 años) y disminuye entre los más ancianos (14,9% entre los de 85 a 89 años). Por tanto, se puede concluir que todavía hay muchos mayores sin calefacción en su vivienda, al igual que ocurre con la refrigeración, lo que, aunque no se considere una dotación tan imprescindible como la calefacción, da una idea de la situación en la que se encuentra el entorno residencial privado de los ancianos.

En lo que atañe al abastecimiento público de agua en las viviendas, su ausencia no se puede considerar un buen indicador del nivel dotacional del entorno de residencia, al ser habitual que todas las viviendas posean esta dotación; de esta forma el 98% de los mayores dispone de este recurso en su vivienda, mientras que alrededor del 1,6% lo tiene privado, y solo un 0,1% carece de agua corriente. Esta última cifra es la más llamativa, por lo que supone en cuanto a limitación de condiciones de vida, y afecta por igual a cualquier edad, aunque nuevamente, más en los pequeños municipios que en los grandes (cuadro 1.4).

Respecto a la evacuación de aguas residuales, también la mayoría de las viviendas de los mayores (el 98%) disponen de alcan-

tarillado, aunque esta dotación disminuye entre quienes residen en municipios más pequeños (97%). Resulta llamativo que algo más de 1.081 personas en la región (el 0,1%) no disponen de evacuación de aguas residuales; también esa proporción aumenta en los municipios pequeños hasta representar el 0,5% de las personas en los de 1.000-5.000 habitantes, y el 0,6% en los de menos de 1.000 habitantes (cuadro 1.4). Se aprecia, pues, que las dotaciones de las viviendas de los mayores en zonas rurales son peores que las de aquellos residentes en ciudades o poblaciones de mayor tamaño.

### **1.7.2. El entorno residencial**

Si la vivienda es un aspecto muy valorados en la calidad de vida de los mayores, el entorno residencial próximo donde la vivienda se localiza, o el espacio público exterior y sus condiciones, son igualmente importantes, puesto que allí es donde se convive y socializa, y también donde se localizan la mayoría de equipamientos y servicios más frecuentemente utilizados por los mayores (Rojo-Pérez et al. 2000, 2001, 2007a, 2007b). La existencia o ausencia de determinados problemas o carencias puede influir en el grado de satisfacción con el entorno. Por ello, seguidamente son analizadas algunas condiciones del mismo, ya que las intervenciones sobre el medioambiente son factibles como forma de mejorar la calidad y la satisfacción residencial (Carp et al. 1986).

Según la encuesta *Envejecer en Casa* (año 1998) (Rojo-Pérez et al. 2002), los problemas más habituales en relación con las condiciones ambientales del entorno residencial de los mayores tenían que ver con la inseguridad ciudadana y la suciedad (3 de cada 10 personas hacían referencia a alguno de ellos). En el momento actual para la Comunidad de Madrid, y según datos de los censos de población y viviendas de 2001, la delincuencia es uno de los principales problemas del entorno residencial, señalado también por uno de cada tres mayores; no hay diferencias notables por sexo en esa percepción (aunque las mujeres muestran una tendencia ligeramente superior a manifestarlos) ni tampoco por edad, pero sí en función de la zona en la que se reside; así, los mayores declaran más problemas de delincuencia en la capital y en grandes ciudades (con más de 20.000 habitantes) y menos en



los núcleos de población más pequeños (cuadro 1.4): lo manifiestan así un 42% de los mayores que residen en el municipio de Madrid, frente a un 12% de quienes viven en municipios de menos de 1.000 habitantes.

La limpieza de calles es otro de los problemas más referidos por los mayores (un 40% opina que es escasa). Los viejos más jóvenes (65-69 años) tienden a mostrarse ligeramente más críticos hacia su entorno (42,3%) y declaran más problemas de limpieza de calles que los más mayores (85 años y más) (37,5%). Y también en este aspecto, los resultados varían en función del tipo de municipio en donde se reside (cuadro 1.4): en torno a un 40% de los que viven en el municipio de Madrid, o de quienes residen en ciudades grandes de la comunidad autónoma, manifiestan que hay poca limpieza en las calles, mientras que quienes se localizan en la corona metropolitana o en lugares más pequeños son menos críticos.

Relacionados con estos aspectos está la existencia de zonas verdes, como elemento que puede tener una gran influencia en las condiciones de vida de los mayores. No solo la dotación o no de zonas verdes, parques y jardines, sino también el diseño y otras características del entorno pueden influir en las condiciones de vida de los mayores, facilitándoles la presencia de áreas para caminar, tener más contactos sociales o gozar de mejor estado y bienestar general (Michael et al. 2006). Si hay parques, jardines y zonas por donde pasear, no solo se favorece la actividad física, sino que también aumenta el contacto con amigos y vecinos (Krenichyn 2004); por su lado, el diseño de los edificios y calles influye en la descarga de tensiones y promueve la vida al aire libre (Humpel et al. 2002).

La escasez de zonas verdes es declarada por 3 de cada 10 mayores; esta cifra no varía significativamente ni por sexo ni por edad, pero sí según el tamaño del núcleo de población. De este modo, las personas mayores que residen en ciudades son las que más acusan esa carencia, independientemente de su tamaño; pero también menos de 2 de cada 10 mayores que viven en los municipios más pequeños (menos de 1.000 habitantes) aquejan esta deficiencia.

Además de los problemas mencionados, otros como los ruidos y la contaminación pueden influir en las condiciones del

entorno residencial. Especialmente preocupante es el tema de los ruidos en la ciudad de Madrid, donde algunas zonas están expuestas a altos niveles (Moreno Jiménez 2007). La proporción de personas que declara sufrir estos dos problemas viene a ser similar a quienes declaraban tener los problemas anteriores: un 33,3% de los mayores dice percibir ruidos del exterior que afectan a su vivienda, si bien son las personas entre 65 y 69 y los mayores de 90 años quienes parecen ser más sensibles a los ruidos; también los residentes en el municipio de Madrid los manifiestan en mayor proporción (casi el 35%), por oposición a los que viven en municipios de menor tamaño demográfico (solo un 10%) (cuadro 1.4). La contaminación y los malos olores, solo son declarados por 2 de cada 10 personas, y se observan diferencias solamente según el ámbito geográfico. De esta forma, casi 1 de cada 4 mayores residentes en grandes ciudades declaran este tipo de problemas (pero sin llegar a uno de cada cuatro), frente a solo el 5% de los residentes de los municipios más pequeños (cuadro 1.4). En cualquier caso, parece que la contaminación preocupa algo menos a los mayores que otros problemas percibidos en el entorno de residencia y anteriormente señalados.

Globalmente, los problemas ambientales percibidos por los mayores no difieren mucho de los aportados por el conjunto de los españoles según la Encuesta de Condiciones de Vida de 2005 (INE 2005); los porcentajes de personas que ven problemas en la contaminación y ruidos resultan muy similares, y solo la delincuencia constituye un mayor problema para los mayores madrileños (en comparación con el resto de españoles).

Finalmente, otro aspecto que puede resultar un problema para la movilidad de las personas lo constituye la infraestructura de comunicaciones en el lugar de residencia, aunque es una de las deficiencias declaradas en menor proporción (11%). Tener buenas comunicaciones puede favorecer la movilidad de las personas, y son los más jóvenes los que más señalan este aspecto como problema (13,4%). Parece que no es lo mismo residir en una ciudad que en un área geográfica más pequeña, ya que a medida que disminuye el tamaño del hábitat de residencia aumenta la carencia de buenas comunicaciones, lo que indica que

todavía existen diferencias en la dotación de red de comunicaciones entre zonas urbanas (mejor comunicadas) y rurales (peor).

De las cifras mostradas, pero también en línea con otros trabajos recientes (Abellán García et al. 2004a; Rojo-Pérez et al. 2007a), se deduce que la mayoría de estas personas mayores no perciben de forma significativa problemas exteriores que afecten negativamente a la vida en su vivienda y su entorno residencial, y que las condiciones en las que habitan, sin haber realizado un análisis comparativo temporal, conducen a afirmar que han mejorado en los últimos años.

### **1.7.3. Las viviendas secundarias como recurso de uso durante el tiempo libre**

El tiempo dedicado al ocio y al tiempo libre cobra una especial relevancia a partir del momento de la jubilación, en que las personas abandonan la actividad económico-laboral obligatoria y pueden dedicar su tiempo a otras actividades que les aporten más satisfacción y bienestar; en este sentido, a la edad anciana se dispone de más tiempo libre que a otras edades (Moragas Moragas 2001). Además, el envejecimiento saludable se asocia con la satisfacción con la vida, en general, y con la buena salud y funcionamiento; en este contexto, muchos estudios han investigado la conexión entre el uso del tiempo y varios indicadores del bienestar (Larson 1978), de forma que la relación entre la calidad de vida y el ocio está suficientemente documentada (Neal et al. 1999). Por todo ello, y sin detallar aspectos que sobre el ocio y el tiempo libre se estudian en otro capítulo de este libro, aquí se van a destacar algunas características de los mayores residentes en la comunidad de Madrid relacionados con la tenencia de vehículo particular, por un lado, y de segunda residencia, por otro, puesto que pueden ser herramientas que fomenten su movilidad física y contribuyan a mantenerlos activos en su tiempo libre.

Casi la mitad de los mayores de la región disponen de vehículo en su hogar, aunque se trata de una pauta más común entre los hombres (53,5%) que entre las mujeres (38,5%). Puesto que hoy en día se considera normal que las personas conduzcan un

vehículo hasta que sus capacidades se lo permitan, es bastante habitual ver a los más mayores utilizar sus propios coches (Patterson et al. 2004). Sin embargo, el aumento de edad reduce la posibilidad de disponer de vehículo, de forma que un 60% de las personas entre 65 y 69 años lo tienen, y solo un 28% de los de entre 80 y 84 años. Quienes viven en una gran ciudad (Madrid o algún municipio de más de 20.000 habitantes) disponen, en menor proporción, de coche particular que quienes residen en la corona metropolitana o en zonas rurales, lo cual está asociado, posiblemente, con una red de comunicaciones más deficiente en los municipios más pequeños (como más arriba se comentaba) y, consecuentemente, con la necesidad de acceder a equipamientos o servicios de orden superior y de los que carecen en su área de residencia.

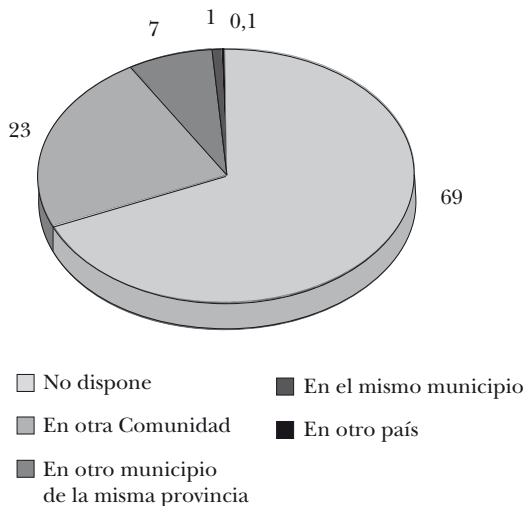
Otro hecho bastante extendido es la tendencia a que muchos mayores dispongan de residencia secundaria, adquirida generalmente durante su etapa laboral. La tenencia de esa «otra vivienda», además de suponer un recurso económico como bien de cambio, puede ser una fuente de relax y un espacio donde disfrutar del tiempo libre desarrollando distintas actividades, como trabajos manuales (jardinería, cuidados de la vivienda...), o pasando el tiempo en compañía de familiares o amigos.

Según datos de los censos de población y viviendas de 2001, casi el 28% de las personas de 65 y más años censadas en la región poseían una vivienda secundaria. Ese porcentaje es ligeramente superior entre los mayores residentes en el municipio de Madrid (31%), que es donde se concentra la mayoría de estas personas que disponen de residencia secundaria (casi 170.000) (gráfico 2.10), y desciende considerablemente entre los residentes en municipios de menor tamaño.

Resulta llamativo que la región madrileña sea una de las que tiene en España la proporción más elevada de hogares que disponen de una vivienda secundaria, que alcanza el 22% del total de los hogares, muy por encima de la media española que es del 15%, y seguida de Aragón y de la Comunitat Valenciana (Leal Maldonado et al. 2005). De esta contextualización espacial se deduce la importancia de este tipo de viviendas entre los mayores que residen en la Comunidad de Madrid.

**GRÁFICO 1.6: Tenencia de segunda residencia por parte de los mayores del municipio de Madrid, 2001**

(porcentaje)



Fuente: INE. Censos de población y viviendas de 2001.

Las proporciones más elevadas de tenencia de segunda vivienda se observa entre los viejos-jóvenes y las personas con mayor nivel de instrucción (el 45% de las viviendas de segunda residencia está en manos de ancianos con estudios universitarios). Pero, cabe suponer, que a medida que aumenten las dificultades para mantener y utilizar esas viviendas, sus propietarios dejen de frecuentarlas y terminen por deshacerse de ellas.

Casi tres cuartas partes (74,3%) de estas viviendas secundarias se localizan fuera de la Comunidad de Madrid; el 22%, en la misma región; solo el 3%, en el mismo municipio; y muy pocas, en el extranjero. La localización central de Madrid favorece la movilidad de media-larga distancia hacia todos los puntos peninsulares, pero la proximidad de la sierra madrileña la convierte en refugio residencial para muchos madrileños, lugares que también tras la jubilación son utilizados cada vez más para el retiro (Abellán García et al. 1997; Puga González 2004). Por tanto, la mayoría de quienes poseen una segunda vivienda la tienen localizada

en otra comunidad autónoma distinta a Madrid, lo cual puede estar en relación con el lugar de origen de estas personas; además, la capacidad de atracción de la Comunidad de Madrid es limitada, ya que las zonas que no están tocadas por el proceso de urbanización generado por la expansión de la ciudad son restringidas.

## 1.8. Conclusiones

Esta visión general del envejecimiento en la Comunidad de Madrid ha permitido apreciar un proceso acentuado en las últimas décadas y que aumentará en el futuro próximo. De particular interés ha sido la territorialización del fenómeno, donde se observan diferencias notables en las condiciones de vida entre la población mayor que reside en el municipio de Madrid (capital) y la que habita en municipios de menor tamaño demográfico; la aglomeración en torno a la capital muestra un perfil sociodemográfico de los mayores y de dotación residencial diferente con relación a los que residen en las zonas rurales, donde manifiestan otras dificultades de acceso y provisión de servicios de carácter residencial.

Como ya se ha indicado, el fenómeno del envejecimiento es variable en relación con el tamaño del hábitat de residencia (Del Barrio Truchado et al. 2006). El caso de la región Madrid, y puesto que el énfasis se pone en la calidad de vida de su población, resulta un buen laboratorio de análisis teniendo en cuenta el perfil demográfico, el origen geográfico de la población mayor, los factores sociales, la composición rural o urbana, el mayor o menor crecimiento económico, etc.

También la escala del hogar ha permitido acercarse al espacio más próximo vivido por los mayores; la profundización en el conocimiento de los tipos de hogares y de las formas de convivencia parece obligada porque puede aportar información sobre sus actividades, sus estrategias residenciales (como la reagrupación familiar en la vivienda de los hijos, o la existencia de nichos vacíos o en soledad), sus relaciones y sus limitaciones.

En cualquier caso, la imagen que hasta hace poco tiempo se tenía de las personas de más edad como de un colectivo sin recur-

sos, sin aspiraciones, carentes de actividad, con poca salud..., no se corresponde con la imagen que ha ofrecido el análisis de los datos sociodemográficos, pues si bien se trata de un colectivo cada vez más numeroso, su vida puede ser tan activa y plena como las de otras personas, suelen residir de la forma que desean, al menos hasta que pueden hacerlo, y en viviendas y entornos residenciales similares a los del resto de la población, si bien más deteriorados.

Este análisis ha pretendido, pues, destacar la importancia numérica y cuantitativa de las personas de más edad de la región como marco sociodemográfico y residencial al que adscribir la calidad de vida global y multidimensional entre los mayores.

## Bibliografía

- ABELLÁN GARCÍA, A., G. FERNÁNDEZ-MAYORALAS, V. RODRÍGUEZ-RODRÍGUEZ y F. ROJO-PÉREZ. *Envejecer en España. Manual Estadístico sobre el Envejecimiento de la Población*. Madrid: Fundación Caja de Madrid, 1996.
- ABELLÁN GARCÍA, A. y F. ROJO-PÉREZ. «Migración y movilidad residencial de las personas de edad en Madrid». *Anales de Geografía de la Universidad Complutense*, n.º 17 (1997): 175-193.
- ABELLÁN GARCÍA, A. y A. OLIVERA POLL. «Dificultades en el entorno vivido». *Revista Multidisciplinaria de Gerontología* 14 n.º 3 (2004): 184-186.
- ABELLÁN GARCÍA, A., M. D. PUGA GONZÁLEZ y M. SANCHO CASTIELLO. «Mayores y familia en la sociedad actual». En CENTRO DE ESTUDIOS DEL CAMBIO SOCIAL, ed. *Informe España 2006: Una interpretación de su realidad*. Madrid: Fundación Encuentro, 2006: 261-333.
- BROMLEY, D. B. *Human ageing. An introduction to gerontology*. Harmondsworth: Penguin Books, 1988.
- CARP, F. M. y D. L. CHRISTENSEN. «Technical environmental assessment predictors of residential satisfaction. A study of elderly women living alone». *Research on Aging* 8 n.º 2 (1986): 269-287.
- CASTRO MARTÍN, T. y M. D. PUGA GONZÁLEZ. *Informe Monográfico del Tomo 1 de la Estadística de Población de la Comunidad de Madrid. 1996. Dinámica y estructura demográfica de la población*. Madrid: Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid, 1998. Disponible en internet en [www.madrid.org/iestadis/gazeta/publicaciones/mono\\_t1.htm](http://www.madrid.org/iestadis/gazeta/publicaciones/mono_t1.htm)
- CUMMINS, S., M. STAFFORD, S. MACINTYRE, M. MARMOT y A. ELLAWAY. «Neighbourhood environment and its association with self rated health: evidence from Scotland and England». *Journal of Epidemiology and Community Health* 59 n.º 3 (2005): 207-213.
- DEL BARRIO TRUCHADO, E. y A. ABELLÁN GARCÍA. «Indicadores demográficos. Tomo I: Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas». En M. SANCHO CASTIELLO, ed. *Informe 2006. Las personas mayores en España*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2006: 35-71.

- DÍEZ NICOLÁS, J. «Los mayores en las sociedades actuales». En J. DÍEZ NICOLÁS, ed. *Los mayores en la Comunidad de Madrid. Estudios sobre las necesidades y recursos para la tercera edad*. Madrid: Fundación Caja Madrid, 1996: 19-46.
- DIEZ ROUX, A. V., L. N. BORRELL, M. HAAN, S. A. JACKSON y R. SCHULTZ. «Neighbourhood environments and mortality in an elderly cohort: results from the cardiovascular health study». *Journal of Epidemiology and Community Health* 58 n.º 11 (2004): 917-923.
- FERNÁNDEZ-MAYORALAS, G., F. ROJO-PÉREZ y E. POZO-RIVERA. «El entorno residencial de los mayores en Madrid». *Revista Estudios Geográficos* LXIII n.º 248-249 (2002): 619-653.
- FERNÁNDEZ-MAYORALAS, G., F. ROJO-PÉREZ y J. M. ROJO-ABUÍN. «Components of the residential environment and sociodemographic characteristics of the elderly». *Journal of Housing for the Elderly* 18 n.º 1 (2004): 25-49.
- GARCÍA BALLESTEROS, A. «La fecundidad de la población madrileña: contrastes sociales y espaciales». *Estudios Geográficos* 199/200 (1990): 413-429.
- GITLIN, L. N. «Conducting Research on Home Environments: Lessons Learned and New Directions». *The Gerontologist* 43 n.º 5 (2003): 628-637.
- GOLINI, A. y R. VIVIO. «Strategies for the provision of social and health care services for the elderly». En G. CASELLI y A. D. LOPEZ, eds. *Health and mortality among elderly populations*. Oxford: Clarendon Press, 1996: 331-349.
- HERRANZ GONZÁLEZ, R. «Hipoteca Inversa y figuras afines». *Informes Portal Mayores* n.º 49. Madrid: Portal Mayores, 2006: 49.
- HUMPEL, N., N. OWEN y E. LESLIE. «Environmental factors associated with adults' participation in physical activity: a review». *American Journal of Preventive Medicine* 22 n.º 3 (2002): 188-199.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. *Censos de Población y Viviendas 2001*. Madrid, Instituto Nacional de Estadística, 2001a. Disponible en internet en [www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft20%2Fe242&file=inebase&L=0](http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft20%2Fe242&file=inebase&L=0) (Fecha de acceso: 25-08-2008).
- . *Censos de Población y Viviendas 2001. Glosario*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística, 2001b. Disponible en internet en [www.ine.es/censo/es/glosario.html](http://www.ine.es/censo/es/glosario.html) (Fecha de acceso: 25-08-2008).
- . *Proyecciones de la Población de España calculadas a partir del Censo de Población de 2001*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística, 2004. Disponible en internet en [www.ine.es/prodyser/catalogo/cat\\_poblacion.htm#1](http://www.ine.es/prodyser/catalogo/cat_poblacion.htm#1)
- . *Encuesta de Condiciones de Vida. Año 2005*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística, 2005. Disponible en internet en [www.ine.es](http://www.ine.es)
- . *Padrón Municipal de Habitantes de 2006*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística, 2006.
- KAWACHI, I., B. P. KENNEDY, K. LOCHNER y D. PROTHROW-STITH. «Social capital, income inequality, and mortality». *American Journal of Public Health* 87 n.º 9 (1997): 1.491-1.498.
- KRENICHYN, K. «Women and physical activity in an urban park: Enrichment and support through an ethic of care». *Journal of Environmental Psychology* 24 n.º 1 (2004): 117-130.
- LARDIÉS-BOSQUE, R. «Aproximación cualitativa al estudio del efecto de la movilidad residencial en la calidad de vida de los adultos mayores». *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research* 9 n.º 2, art. 22 (2008): 1-16.



- LARSON, R. «Thirty years of research on the subjective well-being of older americans». *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 33B (1978): 109-125.
- LAWTON, M. P. *Environment and aging*. Monterrey: Brooks/Cole, 1980.
- . «Environment and other determinants of well-being in older people». *The Gerontologist* 23 n.º 4 (1983): 349-357.
- LEAL MALDONADO, J. y L. CORTÉS ALCALÁ. *La vivienda en Madrid. Análisis espacial de la dinámica residencial en la región*. Madrid: Consejería de Política Territorial, 1995.
- LEAL MALDONADO, J., L. CORTÉS ALCALÁ, M. DOMÍNGUEZ PÉREZ y E. MARTÍNEZ GOYTRE. *Características del parque de viviendas de la Comunidad de Madrid según el Censo de 2001*. Madrid: Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid, 2005. Disponible en internet en [www.madrid.org/iestadis/gazeta/publicaciones/carpavri-censo01no.htm](http://www.madrid.org/iestadis/gazeta/publicaciones/carpavri-censo01no.htm) (Fecha de acceso: 23-02-2008).
- LÓPEZ JIMÉNEZ, J. J. «Consideraciones geográficas y sociales del envejecimiento en España». *Revista Española de Geriatría y Gerontología* 24 n.º 5 (1989): 342-354.
- . «Causas del envejecimiento demográfico en el municipio de Madrid». *Revista Española de Geriatría y Gerontología* 27 n.º 1 (1992a): 154-159.
- . «Crecimiento, mortalidad y envejecimiento demográfico en el municipio de Madrid». *Revista Española de Geriatría y Gerontología* 27 n.º 1 (1992b): 35-41.
- . «La división en áreas sociales de la población anciana en el municipio y en la localidad de Madrid: análisis factorial comparativo». *Estudios Territoriales* n.º 40 (1992c): 105-119.
- . *El envejecimiento y las personas ancianas en Madrid*. Madrid: Ayuntamiento de Madrid, Área de Servicios Sociales, 1993.
- MICHAEL, Y. L., M. K. GREEN y S. A. FARQUHAR. «Neighborhood design and active aging». *Health & Place* 12 n.º 4 (2006): 734-740.
- MORAGAS MORAGAS, R. *La jubilación. Una oportunidad vital*. Barcelona: Herder, 2001.
- MORENO JIMÉNEZ, A. «¿Está equitativamente repartida la contaminación sonora urbana? Una evaluación desde el principio de justicia ambiental en la ciudad de Madrid?» *Estudios Geográficos* 68 n.º 263 (2007): 595-626.
- NEAL, J. D., M. J. SIRGY y M. UYSAL. «The Role of Satisfaction with Leisure Travel/ Tourism Services and Experience in Satisfaction with Leisure Life and Overall Life - Does Good Service Produce Satisfied Customers?» *Journal of Business Research* 44 n.º 3 (1999): 153-163.
- PATTERSON, P. K. y C. N. J. «Urban form and older residents' service use, walking, driving, quality of life, and neighborhood satisfaction». *American Journal of Health Promotion* 19 n.º 1 (2004): 45-52.
- POZO-RIVERA, E. y J. M. RODRÍGUEZ-MOYA. «La evolución de la población en la Comunidad de Madrid (1991-1996)». *Anales de Geografía de la Universidad Complutense* n.º 18 (1998): 299-316.
- POZO-RIVERA, E., F. ROJO-PÉREZ y G. FERNÁNDEZ-MAYORALAS. «Características sociodemográficas y forma de vida de los ancianos madrileños». *Anales de Geografía de la Universidad Complutense* n.º 21 (2001): 285-308.
- PUGA GONZÁLEZ, M. D. *Estrategias residenciales de las personas de edad. Movilidad y curso de vida*. Barcelona: Fundación La Caixa, 2004.
- ROJO-PÉREZ, F., G. FERNÁNDEZ-MAYORALAS y E. POZO-RIVERA. «Envejecer en casa: los predictores de la satisfacción con la casa, el barrio y el vecindario como componentes de la calidad de vida de los mayores en Madrid». *Revista Multidisciplinar de Gerontología* 10 n.º 4 (2000): 222-233.

- ROJO-PÉREZ, F., G. FERNÁNDEZ-MAYORALAS, E. POZO-RIVERA y J. M. ROJO-ABUÍN. «Ageing in place: predictors of residential satisfaction of elderly». *Social Indicators Research*, 54, núm. 2 (2001): 173-208.
- . *Envejecer en casa: la satisfacción residencial de los mayores en Madrid como indicador de su calidad de vida*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Col. Monografías, n.º 23, 2002.
- ROJO-PÉREZ, F., G. FERNÁNDEZ-MAYORALAS, V. RODRÍGUEZ-RODRÍGUEZ, M. E. PRIETO-FLORES y J. M. ROJO-ABUÍN. «Entorno residencial de los mayores en España. Hacia una clasificación municipal». *Boletín de la Asociación de Geógrafos Españoles* n.º 43 (2007a): 51-72.
- ROJO-PÉREZ, F., G. FERNÁNDEZ-MAYORALAS, V. RODRÍGUEZ-RODRÍGUEZ y J. M. ROJO-ABUÍN. «The Environments of Ageing in the Context of the Global Quality of Life among Older People Living in Family Housing». En H. MOLLENKOPF y A. WALKER, eds. *Quality of Life in Old Age. International and Multidisciplinary Perspectives*. Dordrecht: Springer, Social Indicators Research Series, Volume 31, 2007b: 123-150.
- UNITED NATIONS. *World Population Prospects. The 2002 Revision. Highlights*. Nueva York: United Nations, 2003. Disponible en internet en [www.un.org/esa/population/publications/wpp2002/WPP2002-HIGHLIGHTSrev1.PDF](http://www.un.org/esa/population/publications/wpp2002/WPP2002-HIGHLIGHTSrev1.PDF).
- UNITED NATIONS POPULATION FUND. *The State of World Population 1998: The New Generations*. Nueva York: United Nations Population Fund, 1998. Disponible en internet en [www.unfpa.org/swp/1998/index.htm](http://www.unfpa.org/swp/1998/index.htm).



## 2. La calidad de vida de los mayores nominada y evaluada por ellos mismos a partir del instrumento SEIQoL-DW

*Gloria Fernández-Mayoralas*

*Fermina Rojo-Pérez*

Instituto de Economía, Geografía y Demografía  
Centro de Ciencias Humanas y Sociales (CSIC)

*María Belén Frades-Payo*

*Pablo Martínez-Martín*

Unidad de Investigación, Centro Alzheimer Fundación Reina Sofía  
y CIBERNED, Instituto de Salud Carlos III

*Maria João Forjaz*

Escuela Nacional de Sanidad y CIBERNED, Instituto de Salud Carlos III

### 2.1. Introducción

Una de las características del constructo *calidad de vida* que concita más amplio reconocimiento entre los investigadores es su multidimensionalidad (Lawton 1991; Garland 1993; Setién Santamaría 1993; Fernández Ballesteros et al. 1996; Seed et al. 1997; Rojo-Pérez et al. 2002; Fernández-Mayoralas et al. 2005a), que tiene que ver con la consideración de todas aquellas áreas, aspectos o dimensiones que componen la calidad de vida, así como su combinación o interrelación, desde aproximaciones interaccionistas que toman en cuenta de forma integrada el individuo y el entorno (Granzin et al. 2000), y todo ello para obtener un resultado global u holístico (Friedman 1997; Fernández-Mayoralas et al. 2005a).

Sin embargo, ante la diversidad de dimensiones posibles (Fayers et al. 2000) resulta difícil decidir acerca de cuáles y cuántos aspectos deben ser examinados y, más aún, sobre la relevancia que tiene cada uno de ellos; de manera que, habitualmente, el térmi-

no *calidad de vida* se aplica en investigaciones que se ocupan de uno o pocos dominios, aquellos que el propio investigador considera los más importantes para el objetivo concreto de su estudio.

La falta de acuerdo sobre los componentes de la calidad de vida que se han de incluir en investigaciones globales refuerza, además, la perspectiva individual, así como la atención sobre aproximaciones hermenéuticas que contemplen la opinión de los individuos en relación con los aspectos que ellos consideran más importantes en sus vidas (Bowling 1999). En el mismo sentido, se enfatiza la necesidad de que sean también los propios individuos quienes ponderen su satisfacción según la importancia que otorguen a cada dominio (Cummins 1998), y con anterioridad a la valoración de la calidad de vida global, pues la satisfacción con áreas altamente valoradas tendrá una influencia mayor que la de aquellas áreas con igual satisfacción, pero menor importancia (Frisch 2000).

Por otra parte, desde la perspectiva de investigación en calidad de vida, la estrategia más reciente reconoce, además del carácter multidimensional del concepto y la necesidad de avanzar en su comprensión holística, la de utilizar un enfoque objetivo-subjetivo (Noll 2002), esto es, que tome en cuenta la interacción dinámica entre las condiciones externas de la vida de los individuos y las percepciones intrínsecas que ellos, como protagonistas del fenómeno, tienen sobre aquellas condiciones.

En línea con esto último, y a partir de aproximaciones fenomenológicas, se ha argumentado que la calidad de vida depende de la interpretación y percepciones del individuo, y que el método de listar aspectos seleccionados por el investigador, aplicando escalas de medida establecidas a priori, podría resultar insatisfactorio, porque se desconocería si todos los dominios pertinentes están incluidos, ya que pueden no contener realmente la subjetividad humana (Bowling 1999).

Bajo los supuestos anteriores, en este capítulo se han perseguido los siguientes objetivos:

- Detectar las áreas o dimensiones de la calidad de vida más importantes para la población con 65 y más años, no institucionalizada y que reside en la Comunidad de Madrid.

- Medir el grado de satisfacción que esta población tiene hacia cada uno de los aspectos que mencionan o nominan.
- Evaluar la importancia relativa de cada uno de estos aspectos de la calidad de vida.
- Por extensión y como objetivo general, elaborar un modelo sintético de calidad de vida global atendiendo a los tres criterios expuestos: componentes o áreas relevantes, satisfacción alcanzada y ponderación o importancia de cada dimensión.

Y todo ello con la finalidad de obtener elementos analíticos que ayuden a la definición de políticas sociales orientadas a la población mayor que, lejos de ser un grupo homogéneo, presentaría diferencias de acuerdo con sus características sociodemográficas; su salud; sus redes familiar, social y de apoyo; su forma de vida; sus recursos económicos, y cualquier otro aspecto de los múltiples dominios de la calidad de vida.

## **2.2. La medida sintética de la calidad de vida: el índice SEIQoL**

Un examen de la bibliografía sobre calidad de vida ofrece un amplio listado de componentes o dominios que se han de considerar: calidad del medio ambiente, entorno residencial, salud, valores, relaciones y apoyo social, relaciones familiares, situación laboral, situación económica, estado emocional, religión, espiritualidad, ocio, cultura y un largo etcétera de subdimensiones dentro de cada uno de estos aspectos.

Además, también han sido desarrollados instrumentos de medida que contienen listados más o menos amplios de dimensiones (Sirgy 2001), o bien sobre aspectos concretos que se han de estudiar, como por ejemplo el dominio salud (Badía Llach et al. 2002; Fernández-Mayoralas et al. 2005a). Esta y otras dimensiones de calidad de vida serán tratadas más adelante, a lo largo de este libro.

No obstante, de acuerdo con los objetivos de la investigación se decidió utilizar como eje informativo central, de la entrevista que le sirve de base, el Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life, Direct Weighting (SEIQoL-DW), un instrumento

de evaluación de la calidad de vida individual que permite obtener respuestas espontáneas de los sujetos, y les posibilita ofrecer su propia selección de aquellos aspectos más importantes en su vida, valorando su nivel de satisfacción o funcionamiento en cada uno de ellos, e indicando la ponderación o importancia relativa que les adjudican (Hickey et al. 1996), en un intento de adoptar una aproximación de corte hermenéutico (Bowling 1999). Esta medida parte desde posiciones no predeterminadas por el investigador, y se posiciona en la tradición positivista, pues el instrumento ofrece unos resultados que pueden ser tratados con estadística paramétrica, incluyendo el cálculo de un índice global.

El SEIQoL es uno de los diez métodos listados por la Organización Mundial de la Salud para evaluación de la calidad de vida, y el único que la evalúa desde la perspectiva individual (O'Boyle et al. 1993). Ideado en los años sesenta del siglo xx con el objetivo de mejorar la comunicación médico-paciente, ha sido aplicado en numerosos estudios sobre los efectos de intervenciones médicas en diferentes poblaciones y, finalmente, desarrollado como un método para analizar la calidad de vida dentro del llamado Proyecto SEIQoL (Joyce et al. 2003), amparado por un amplio grupo de investigadores que lo han validado en una docena de países de nuestro entorno sociocultural. La versión SEIQoL-DW, o de ponderación directa, presenta un procedimiento sencillo de medida de la importancia relativa, o peso, que el individuo entrevistado adjudica a cada una de las áreas mencionadas. El SEIQoL-DW se administra en forma de entrevista estándar semiestructurada y permite obtener respuestas espontáneas de los individuos mediante tres pasos (Joyce et al. 2003):

- *Paso 1.* Obtención de los 5 aspectos más importantes de la vida del entrevistado (dimensiones o áreas), evitando influir en todo momento sobre las respuestas. En esta etapa, el significado de cada aspecto que mencione el entrevistado ha de estar documentado en un formulario de registro de definiciones de las dimensiones. La definición es clave para la comprensión subsiguiente del significado de la etiqueta de la dimensión, así como para resumir las dimensiones de un número de entrevistados en forma de datos agrupados. Para ello, a partir de la bibliografía sobre dominios relevan-

tes de la calidad de vida, se elaboró una guía de dimensiones y subdimensiones clasificadas en 12 epígrafes:

- Salud.
- Situación laboral.
- Situación económica.
- Calidad del medio ambiente.
- Entorno residencial.
- Ocio y cultura.
- Relaciones sociales.
- Relaciones familiares.
- Apoyo social.
- Estado emocional.
- Espiritualidad.
- Valores sociales.

Cada uno de ellos con diversos subepígrafes. Asimismo, esta lista fue previamente empleada para llevar a cabo un estudio piloto de utilización del instrumento con población mayor española (Martínez-Martín et al. 2006).

- *Paso 2.* Valoración del entrevistado sobre el estado, en términos de funcionamiento o satisfacción, en que se encuentra cada una de las áreas que ha mencionado. En esta etapa se utiliza un formulario de registro de niveles de muestra de las dimensiones, con una escala estándar desde «lo peor posible» hasta «lo mejor posible», pasando por niveles intermedios de valoración. Esta escala, de 0 a 100 milímetros, debe aplicarse para cada una de las 5 dimensiones mencionadas o nombradas por el entrevistado. Las 5 puntuaciones, de 0 a 100, pueden ser analizadas usando métodos estadísticos paramétricos.
- *Paso 3.* Procedimiento de ponderación directa, para lo que se aplica un disco con 5 sectores graduados de 0 a 100 que el entrevistado puede mover y utiliza para ponderar directamente la importancia de cada una de las 5 áreas de vida que ha nombrado en relación con todas las demás.

Finalmente, y para realizar comparaciones de grupo, se calcula un índice global de calidad de vida, denominado *índice SEIQoL*,



que puede ser usado en diseños de estudio «intra-sujeto» o «entre-sujetos». Como el índice es una medida continua que puntúa entre 0 y 100, pueden aplicarse métodos de estadística paramétrica (Hickey et al. 1999). El índice SEIQoL se calcula de la manera siguiente: para cada dimensión se multiplica su nivel por su ponderación o peso, sumándose luego los productos obtenidos de las 5 dimensiones. Esto es:

$$\text{Índice SEIQoL} = \sum (\text{nivel de cada dimensión} \times \text{peso de cada dimensión})$$

Esta medida de calidad de vida global ha sido utilizada como variable dependiente para evaluar las diferencias de calidad de vida que se pueden encontrar de acuerdo con las condiciones sociodemográficas y otros aspectos relacionados con la salud y el entorno físico y social de la población mayor no institucionalizada en la Comunidad de Madrid; dependiendo de si se trata de variables continuas o categóricas, las diferencias se han valorado mediante análisis de correlación (de Pearson) o de varianza (ANOVA), respectivamente.

Además, como el procedimiento SEIQoL-DW estándar no tiene entre sus objetivos conocer el papel que ocupa cada una de las nominaciones, esto es, la contribución relativa al índice global final de cada uno de los aspectos nominados, lo que vendría a ser un modelo sintético general de calidad de vida, se ha desarrollado también un procedimiento complementario de análisis con el propósito de valorar la contribución que cada dimensión de la calidad de vida tiene en el índice SEIQoL global final, tomando en consideración, además de los parámetros de satisfacción y ponderación, que el área haya sido efectivamente nominada o no.

Este procedimiento de análisis adaptado del SEIQoL-DW estándar consiste, básicamente, en la transformación de las 5 áreas de la vida más citadas en tantas variables como dimensiones diferentes hayan sido nominadas. Así, se ha considerado que una dimensión no nominada contribuye 0% al índice SEIQoL, esto es, no participa en la valoración de la calidad de vida que realiza el individuo, y que la contribución al índice de cualquier dimensión nominada, sea cual sea su orden de nominación, será aquella que

determine el producto de su nivel de satisfacción por su ponderación o importancia relativa, ello tal y como se establece en el procedimiento estándar para su cálculo, esto es, la dimensión participaría más en la mejora de la calidad de vida cuanto mayor sea su contribución, en un rango porcentual de 0% a 100%. De esta manera, los resultados de este procedimiento permiten evaluar la participación, en términos porcentuales, de cada uno de los aspectos mencionados por la población mayor en la construcción de su calidad de vida.

### **2.3. La multidimensionalidad de la calidad de vida en la vejez**

Lo primero que hay que mencionar es que, de los 499 entrevistados, apenas 32 individuos no completaron adecuadamente el SEIQoL-DW, lo que supone una tasa de 6,4% de cumplimentado incorrecto, cifra que puede considerarse razonable en evaluaciones complejas (Martínez-Martín et al. 2006).

Un hallazgo de especial interés tiene que ver con la nominación o mención de áreas relevantes en la calidad de vida. La codificación de las nominaciones de estas áreas, como respuestas espontáneas y no inducidas a preguntas genéricas (paso 1 del procedimiento SEIQoL-DW), ha supuesto la obtención de 19 dimensiones o aspectos de la calidad de vida que han de ser considerados, en contraposición a las 12 dimensiones teóricas, esto es, formuladas a partir de la revisión crítica de la literatura científica. Ello demuestra el interés de dar importancia a la opinión de los propios individuos, como protagonistas que son del proceso de evaluación de su propia calidad de vida, mejor que a propuestas con procedimientos cerrados y modelos predeterminados por el investigador.

De acuerdo con estas nominaciones, el *ranking* de respuestas es el siguiente: salud, red familiar, situación económica, red social y ocio-tiempo libre (cuadro 2.1). Sin embargo, una agrupación por afinidad de elementos cambiaría este orden, dado que la mayor parte de las respuestas tiene que ver con aspectos relacionados con la red familiar.

**CUADRO 2.1: Resultados obtenidos a partir del procedimiento estándar SEIQoL-DW y del procedimiento para el índice SEIQoL adaptado**

Dimensiones nominadas	Nominación en cualquier orden	Satisfacción media		Ponderación media		Índice SEIQoL (1)	Índice SEIQoL adaptado	Contribución al Índice SEIQoL (%)
		(0-100)	(0-100)	(0-100)	(0-100)	(0-100)	(0-100)	
1 - Salud	19,23	71,00	26,29	70,97	18,27	25,82		
2 - Situación laboral	0,26	69,83	16,67	71,14	0,15	0,22		
3 - Situación económica	15,16	60,23	15,86	70,10	7,29	10,30		
4 - Vivienda y edificio o finca	1,28	71,80	16,17	72,19	0,75	1,06		
5 - Barrio o pueblo o ciudad	0,51	52,75	11,25	77,33	0,17	0,24		
6 - Vecindario (vecinos)	0,60	71,50	12,43	81,82	0,28	0,40		
7 - Ocio y tiempo libre (en genérico)	7,54	59,72	13,76	71,29	3,17	4,48		
8 - Ocio físico	1,76	72,17	16,85	71,54	1,09	1,54		
9 - Viajes / turismo	3,30	54,48	14,69	69,13	1,41	2,00		
10 - Ocio pasivo	2,91	57,24	17,16	58,80	1,40	1,98		
11 - Ocio cultural	1,41	68,79	17,39	70,85	0,86	1,21		
12 - Red social	11,43	66,15	15,88	72,40	6,10	8,63		
13 - Matrimonio	2,78	81,58	24,69	74,18	2,87	4,06		
14 - Red paterno-filial	4,67	78,29	27,61	73,50	5,16	7,29		
15 - Red familiar (en genérico)	16,32	77,44	25,83	71,30	16,51	23,34		
16 - Apoyo social	0,39	38,67	11,11	69,07	0,09	0,12		
17 - Estado emocional	4,63	67,47	14,91	73,99	2,35	3,33		
18 - Religiosidad y espiritualidad	2,78	72,42	15,65	72,91	1,62	2,29		
19 - Valores y actitudes	3,04	56,85	13,78	72,78	1,21	1,71		

(1) Estadísticos del índice SEIQoL global (procedimiento estándar): Media: 71,22; Mínimo: 31,00; Máximo: 96,00; Moda: 69,50; SD: 11,67.

A estos le siguen elementos relacionados con la salud y el ocio-tiempo libre, la situación económica y, finalmente, la red social. La *salud* fue mencionada sobre todo como primera o segunda dimensión, mientras que la *red familiar* lo fue como segunda, principalmente, o primera. La *situación económica* fue nominada como tercera o quinta área. La *red social* lo fue como tercera o cuarta. Y el *ocio-tiempo libre* se mencionó sobre todo como quinto aspecto de importancia para la calidad de vida. Si se traduce la proporción de respuestas a proporción de entrevistados que refieren espontáneamente las 5 dimensiones más relevantes para su calidad de vida, el 96% de la población mayor consultada mencionó la *salud*, el 82% la *red familiar* en sentido amplio o genérico, el 76% la *situación económica*, el 57% la *red social* y el 38% el *ocio-tiempo libre*.

Una vez el individuo nomina las 5 áreas más importantes en su vida, el segundo paso del procedimiento SEIQoL-DW consiste en averiguar cuál es su nivel de satisfacción o funcionamiento en cada una de esas cinco áreas mencionadas. Este nivel oscila entre 0 y 100 como peor o mejor situación posible, respectivamente; así, resultados por debajo de 50 implicarían insatisfacción o disfunción en el área. El nivel medio de satisfacción para cada uno de los aspectos nominados, obtenido a partir de las respuestas en primera, segunda, tercera, cuarta o quinta opción, es elevado. Otro hallazgo de interés es que el nivel de satisfacción concedido a cada una de las cinco dimensiones más nombradas se asocia con el orden en que se produce la mención, de manera que la primera dimensión nominada supera un nivel de 77 sobre 100 mientras que la quinta nominación no alcanza 60.

Como situación promedio de las cinco nominaciones, los aspectos de la vida que producen mayor nivel de satisfacción o muestran mejor funcionamiento son aquellos relacionados con la familia, especialmente con el *matrimonio* y la *red paterno-filial*. Otras dimensiones relevantes, con valores medios superiores a 70 sobre 100, son la *religión y espiritualidad*, el *ocio físico*, la *vivienda*, el *vecindario* y la *salud*. En el polo opuesto, el *apoyo social* de carácter institucional no llega a 39 puntos sobre 100, esto es, una valoración de clara insatisfacción hacia este aspecto; apenas por encima del valor 50 se encuentra la satisfacción con una dimensión relacionada con el *entorno residencial físico*: el barrio, pueblo o ciudad.

El tercer paso del procedimiento SEIQoL-DW tiene que ver con el tercer objetivo propuesto, aquel destinado a averiguar la importancia o peso relativo que el individuo adjudica a cada dimensión mencionada respecto de las otras cuatro. Dado que son cinco las menciones que realiza cada entrevistado, pesos superiores a 20 sobre 100 podrían considerarse relativamente altos. Este paso es de gran relevancia para ponderar y matizar la participación de las dimensiones en el indicador sintético de calidad de vida, toda vez que una dimensión con bajo peso o importancia, independientemente del nivel de satisfacción, contribuirá menos al índice SEIQoL y, en el mismo sentido, serán aquellos dominios con peso elevado los que influirán positiva o negativamente en la calidad de vida, dependiendo del mayor o menor nivel de satisfacción informado.

Lo primero que se debe destacar es que, al igual que ocurría con la satisfacción, la ponderación concedida se asocia con el orden de nominación, de manera que la dimensión nominada en primera respuesta se pondera elevadamente, y como media por encima de 30 sobre 100, mientras que decrece el peso hasta poco más de 12 sobre 100 en la nominada en quinta posición. Como promedio, sobre el umbral de 20 sobre 100 destacan aspectos relacionados con la *red familiar*, especialmente la paterno-filial, seguida de la dimensión *salud* (cuadro 2.1). En el extremo opuesto, de entre todas las dimensiones nominadas, la menor importancia relativa la detentan las dimensiones apoyo social y barrio, pueblo o ciudad de residencia, con poco más de 11 sobre 100 en su ponderación. Esto es resultado de la estructura de ponderación, en cuanto que parámetro relativo, donde los elementos primeramente nominados restan peso a las nominaciones siguientes.

#### **2.4. La calidad de vida global de la población con 65 y más años, no institucionalizada y que reside en la Comunidad de Madrid**

A fin de ofrecer elementos analíticos que ayuden a la definición de políticas sociales orientadas a la población de edad, una vez detectadas las áreas de mayor importancia para la calidad de vida de los

individuos, conocido el nivel de satisfacción hacia cada una de ellas, y el peso o importancia relativa que cada aspecto nominado tiene respecto de los otros cuatro, el procedimiento SEIQoL-DW estándar permite obtener un índice sintético global de calidad de vida de la población que toma en consideración estos parámetros.

El índice global para el conjunto de la población estudiada según las dimensiones nominadas es bastante elevado, superando 71 sobre 100 con una puntuación mínima de 31 y una máxima de 96, todo lo cual resultaba esperable por cuanto las personas mayores suelen expresar altos niveles de satisfacción con su vida.

Otro aspecto interesante de los resultados tiene que ver con la contribución de cada una de las dimensiones nominadas a este índice SEIQoL global; la contribución observa un decremento notable desde la primera hasta la quinta mención, puesto que el índice es resultado de los parámetros de satisfacción y peso que, como se ha comentado con anterioridad, muestran ambos la misma tendencia asociada al orden de la nominación. En definitiva, cuando se mencionan dimensiones espontáneamente, la tendencia es a mencionar primero aquellos dominios que se consideran más importantes y con los que se está más satisfecho.

Con promedios parciales elevados son relevantes las dimensiones nominadas que tienen que ver con el entorno familiar de los mayores, que superan la media en cada una de las cinco respuestas y observan estabilidad en las cinco menciones, de manera que sus índices SEIQoL globales resultan entre los más altos y por encima del promedio. Con índices globales ligeramente inferiores a esta media se encuentran la salud y los recursos económicos, que se ven rebasados, además, por nominaciones relacionadas con el entorno residencial, vivienda y vecindario, el ocio-tiempo libre, el estado emocional o la religiosidad y espiritualidad. Y con índices promedio y global muy bajos, de nuevo el apoyo social de carácter institucional aparece como una de las dimensiones peor considerada en este modelo sintético de calidad de vida global.

Pero estos índices promedio para cada dominio deben ser tratados con precaución, pues se encuentran muy influidos por el número de personas que han mencionado cada una de las dimensiones. Por esta razón, se ha desarrollado un procedimiento complementario adaptado del estándar, y destinado a valorar la

contribución que cada dominio de la calidad de vida tiene en el índice SEIQoL global. Los resultados pueden observarse también en el cuadro 2.1.

El índice SEIQoL adaptado y, por extensión, el modelo o índice sintético obtenido, tiene en la *salud* y en la *red familiar* sus dos pilares básicos, pues entre las dos dimensiones suponen una contribución cercana al 50% del índice, es decir, cualquier modificación en estos dominios repercutirá muy significativamente en la calidad de vida de la población mayor. Con poco más del 10% también contribuye la dimensión *situación económica*, así como la *red social* y la *red paterno-filial* participan con porcentajes de entre 7% y 9%. El resto de los dominios, con una contribución conjunta de casi el 25%, tienen proporciones de participación parciales inferiores al 5%.

El parámetro *nominación*, esto es, el haber sido mencionado o no como dimensión o aspecto importante para la vida, es decisivo para el porcentaje de contribución al modelo-índice SEIQoL. Esto resulta evidente para las dos dimensiones básicas de la calidad de vida, la *salud* y la *red familiar*, pues ambas han sido muy nominadas por la población mayor estudiada; pero, especialmente para la dimensión salud, ya que su nivel de satisfacción resulta por debajo del adjudicado hacia otros aspectos como los relativos a la *red familiar*, la *religiosidad* y *espiritualidad* o la inversión del tiempo libre en *ocio físico*, pero también su importancia relativa, que, aunque elevada, es inferior a la expresada, por ejemplo, hacia uno de los elementos de la familia, como lo es la *red paterno-filial*.

Del mismo modo, el parámetro *nominación* es decisivo en la menor contribución en el modelo, como resulta obvio en dimensiones como el *matrimonio*, con nivel de satisfacción y peso muy elevados, pero de escasa mención como aspecto relevante para la calidad de vida. Por otro lado, otra dimensión como la *situación económica*, tercera en frecuencia de respuestas, aporta finalmente al índice una menor proporción, por cuanto tanto el nivel de satisfacción que alcanza como su importancia relativa son ambas relativamente bajas. Y, en el mismo sentido, el *ocio-tiempo libre*, nominación en quinto lugar en frecuencia de menciones, pierde, por este motivo, carga de contribución en el modelo, pues supera apenas el 4% de participación.

## 2.5. Calidad de vida global según el índice SEIQoL y factores asociados

Con un índice promedio de 71,2 sobre 100, los mayores que residen en la Comunidad de Madrid demuestran una autoevaluación bastante positiva de su calidad de vida (Fernández-Mayoralas et al. 2005b); estos resultados están en línea con las cifras obtenidas en investigaciones que también analizan población mayor, como puede ser la realizada por uno de los autores del instrumento (Browne et al. 1994), el estudio piloto llevado a cabo en diversas áreas urbanas y rurales de España en 2005 (Martínez-Martín et al. 2006) o, más recientemente, en una cohorte de octogenarios en Reino Unido (Seymour et al. 2008). Por lo que respecta al contexto español, esta población relativamente más joven (60 o más años) alcanzó cifras más elevadas del índice (Martínez-Martín et al. 2006), mientras que otras poblaciones, ya sea aquejadas de cáncer en estado avanzado (Waldron et al. 1999; Mannion et al. 2003) o pacientes con metástasis (Carlson et al. 2005), presentaron peores resultados, esto es, menor calidad de vida global medida sintéticamente por el índice SEIQoL-DW. Sin embargo, no siempre unas condiciones de salud aparentemente adversas, resultan en cifras más bajas del índice, como se observa a partir de los resultados de Lhussier y colaboradores (Lhussier et al. 2005) en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

En todo caso, las cifras resultantes del índice son promedios, de manera que las preguntas ahora son las siguientes: ¿cómo varía la calidad de vida global en una población que está lejos de mostrar un perfil homogéneo? O, lo que es lo mismo, ¿cuáles son los factores asociados, indicadores objetivos y subjetivos de las dimensiones más nominadas, así como de las condiciones personales y sociodemográficas, que proveen de satisfacción o insatisfacción a esta población y que podrían estar en la base de las diferencias en su calidad de vida?

Para ello, tal y como se ha comentado en el epígrafe segundo de este capítulo, se analizaron las puntuaciones del índice SEIQoL de acuerdo con aspectos seleccionados, utilizando análisis de varianza (ANOVA), cuando eran variables categóricas, o de correlación (coeficiente de Pearson), cuando se trataba de varia-



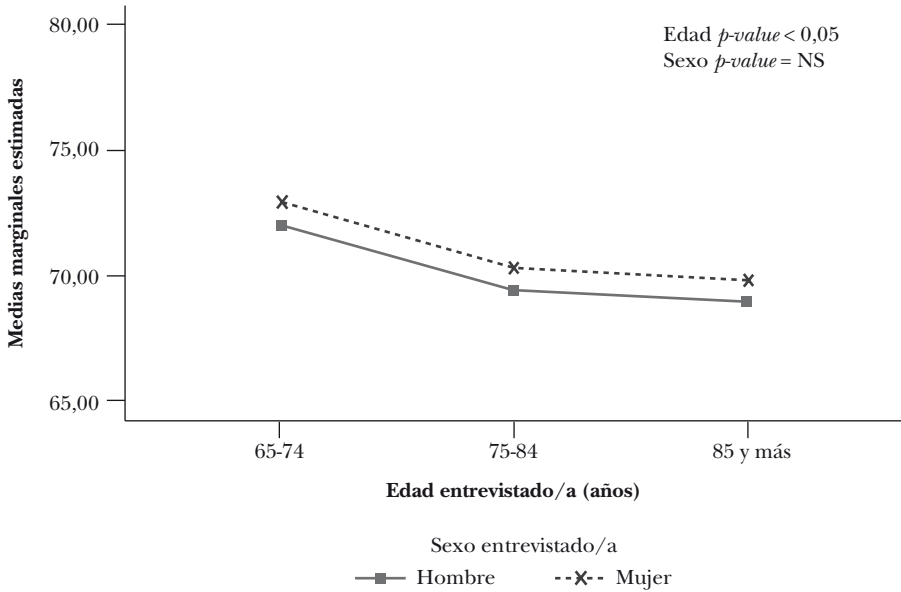
bles continuas. Las variables seleccionadas tienen que ver con las *condiciones sociodemográficas* y *características personales* de la población estudiada (sexo, edad cronológica y edad percibida, recursos de afrontamiento y religiosidad), el *entorno residencial* (zona de residencia, régimen de tenencia de la vivienda, tiempo de residencia en la misma casa, barrio o localidad, antigüedad y tamaño de la casa, dotaciones de que se dispone y, en general, calidad del entorno residencial), la *salud* (comorbilidad, discapacidad, depresión y estado de salud percibido), *red familiar* (estado civil y forma de convivencia, frecuencia de relaciones y percepción de la distancia a la residencia de familiares, soledad), *situación económica* (ingresos totales, clase social, auto-posicionamiento económico del hogar, satisfacción con los ingresos y seguridad respecto al futuro económico), *red social* (frecuencia de relaciones con amigos, tipo de red percibida, valoración de su lugar en la sociedad) y *ocio-tiempo libre* (número de actividades realizadas y tipos de ocio). Debido a la limitación del espacio, solo se ilustrarán las relaciones más significativas encontradas para cada aspecto y dimensión.

### **2.5.1. Calidad de vida global según las características personales y sociodemográficas de la población mayor**

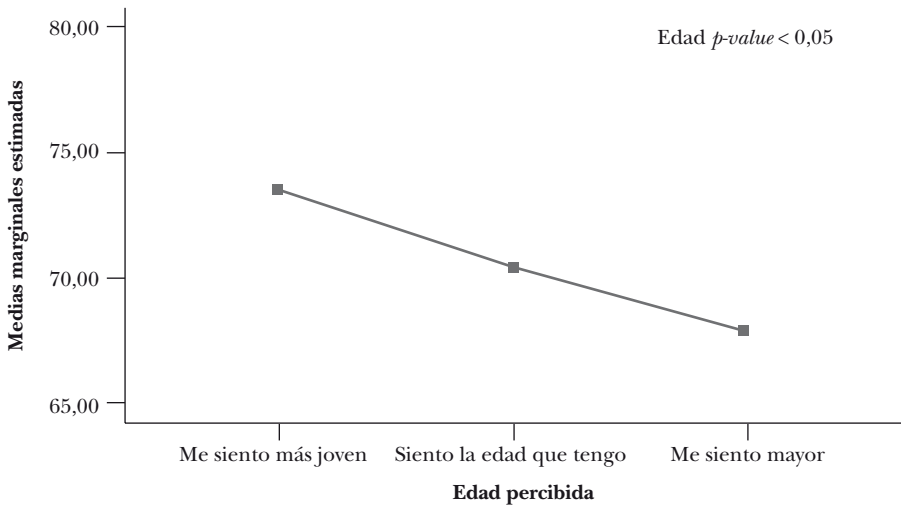
Según se envejece se observa una clara tendencia decreciente de la calidad de vida, con una marcada reducción del índice SEIQoL a partir de los 75 y más años, mientras que no parecen existir diferencias significativas por sexo, aunque el índice resultante sea, en los tres grupos de edad considerados, ligeramente superior entre las mujeres (gráfico 2.1).

Los resultados relativos a la edad biológica se refuerzan, además, con los obtenidos según la edad percibida, esto es, de acuerdo con la concordancia entre edad cronológica y edad sentida, de manera que aquellas personas mayores que dicen sentirse más jóvenes de lo que son alcanzan más altas puntuaciones en el índice SEIQoL, mientras que quienes perciben la edad que tienen muestran un índice cercano al promedio, y quienes se sienten más viejos de su edad cumplida obtienen los menores resultados en el índice, denotando una peor calidad de vida global (gráfico 2.2).

**GRÁFICO 2.1: Índice SEIQoL por sexo y edad**



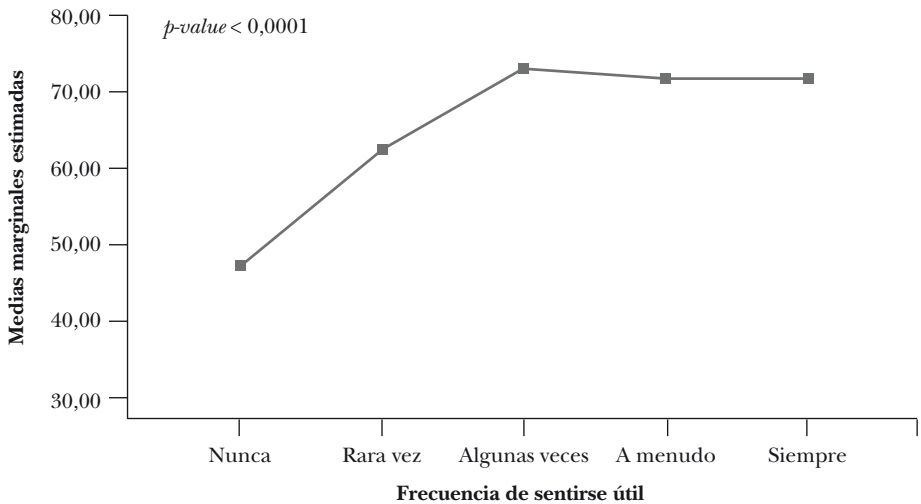
**GRÁFICO 2.2: Índice SEIQoL por edad percibida**



Relacionado con ello, puede interpretarse la distribución de las puntuaciones del índice de acuerdo con variables que caracterizan personalmente a los individuos, como son los

sentimientos, los recursos de afrontamiento y las creencias religiosas. Así, sentirse útil, alegre, seguro o ilusionado con cierta frecuencia parece prevenir una mala calidad de vida global, de manera que no abrigar estos sentimientos más que rara vez o nunca se asociaría con unas muy bajas puntuaciones del índice SEIQoL. En la misma dirección actúan ciertas características que describen recursos personales de afrontamiento de vida, como la satisfacción con la capacidad de control sobre las propias decisiones o con la libertad para expresar sus pensamientos y opiniones, aunque, dado que no existe significación estadística, solo puede referirse la tendencia a un incremento en las puntuaciones del índice SEIQoL conforme aumenta la satisfacción de los entrevistados con ambos aspectos. Por último, también las creencias religiosas o espirituales contribuyen a la calidad de vida, en tanto que no tener un cierto sentido trascendente, espiritual o religioso de la vida, se asociaría con más bajas puntuaciones del índice SEIQoL. A modo ilustrativo, en el gráfico 2.3 se muestra la relación entre este parámetro y el sentimiento de utilidad informado por los entrevistados.

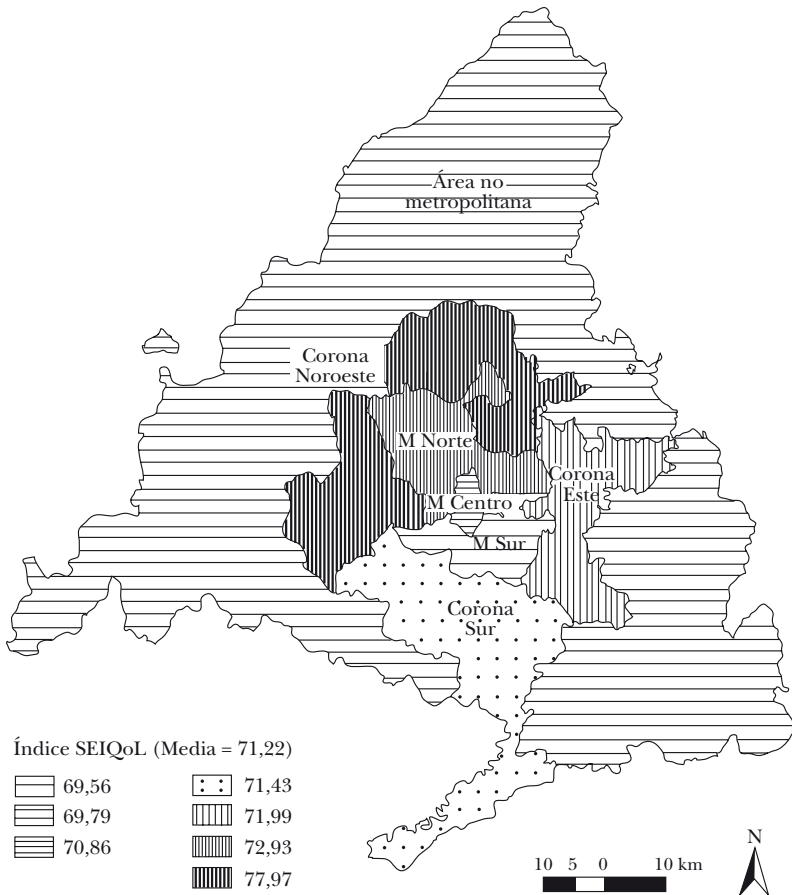
**GRÁFICO 2.3: Índice SEIQoL y sentimiento de utilidad**



### 2.5.2. Entorno residencial y calidad de vida global

La influencia del entorno residencial en la calidad de vida de la población mayor no institucionalizada de la Comunidad de Madrid se manifiesta claramente en las puntuaciones del índice SEIQoL según el área de residencia ( $p\text{-value} < 0,05$ ) (mapa 2.1); la distribución espacial no parece contradecir otros parámetros, como la renta, característicos de las condiciones socioeconómicas de la población residente en esta región (Moreno Jiménez et al. 2003).

**MAPA 2.1: Distribución geográfica de las puntuaciones medias del índice SEIQoL**



De manera que quienes disfrutan de la más elevada calidad de vida son aquellas personas mayores que viven en los municipios de la corona metropolitana noroeste (78 sobre 100), pero también quienes se localizan en la zona norte del municipio de Madrid, que, no obstante, ofrecen una puntuación ligeramente inferior (73 sobre 100). En el lado opuesto, la peor calidad de vida global se encuentra entre los residentes en las zonas centro y sur del municipio de Madrid, así como entre los que habitan en el resto de los municipios de la provincia que no forman parte del área metropolitana. Finalmente, la población de edad que vive en los municipios pertenecientes a las coronas este y sur de la Comunidad de Madrid muestra puntuaciones cercanas al promedio del índice de calidad de vida global.

Entre las características residenciales susceptibles de influir en la calidad de vida global de la población se encuentran aspectos tales como el régimen de tenencia de la vivienda, el tiempo de residencia en la misma casa, barrio o localidad, la antigüedad y tamaño de la casa, las dotaciones de que se dispone y, en general, la calidad del entorno residencial físico y social (Rojo-Pérez et al. 2001, 2002, 2007; Fernández-Mayoralas et al. 2004).

Por lo que se refiere al régimen de tenencia, puesto que la mayor parte de la población de edad disfruta de la propiedad de su vivienda, sin pagos pendientes, el análisis de varianza no mostró diferencias significativas de acuerdo con este parámetro. En cambio, otros aspectos correlacionaron, directa o indirectamente con las puntuaciones del índice SEIQoL, particularmente los que tienen que ver con la antigüedad de la casa y sus dotaciones, pero también con el tiempo que la persona mayor lleva residiendo en el mismo barrio o localidad.

Así, la distribución de las puntuaciones del índice SEIQoL respecto al tiempo de residencia en la misma localidad muestra una correlación inversa, esto es, un decremento de la calidad de vida conforme aumenta el número de años residiendo en el mismo lugar. Esta circunstancia parece contradecir el sentimiento de arraigo que suele acompañar a periodos largos de residencia, sin embargo, resulta compatible con el decremento descrito más atrás de la calidad de vida conforme se envejece, así como con el proceso de inadaptación de la vivienda que suele producirse de acuerdo

con su antigüedad. De hecho, también el índice SEIQoL correlaciona inversamente con este parámetro, y evidencia una mayor calidad de vida entre quienes viven en casas más nuevas.

La existencia de aspectos subyacentes en la influencia que el entorno residencial pueda tener sobre la calidad de vida de las personas mayores parece también planear sobre la distribución de las puntuaciones del índice SEIQoL según la superficie de la casa. De manera que, aunque resulta significativo que el tamaño de la vivienda correlaciona directamente con estas, de manera que una mayor superficie de la casa se corresponde con un nivel más alto de calidad de vida, se encontraron también puntuaciones relativamente elevadas entre quienes residían en casas más pequeñas que el promedio, aspecto que se refuerza por la ausencia de correlación del índice de hacinamiento con el índice SEIQoL. Como se verá en el capítulo 7, las personas mayores que residen en la Comunidad de Madrid no sufren de problemas de este tipo.

No obstante, la correlación más clara del índice se observa con el número de dotaciones de la vivienda, particularmente si son necesarias (bañera, instalación de calefacción, teléfono fijo o móvil, agua caliente, lavadora, frigorífico, TV, radio, gas ciudad o natural), con más de 12 puntos de diferencia en la calidad de vida entre disponer o no de ellas, pues las dotaciones básicas (agua corriente, retrete en la propia vivienda, ducha solamente, aparato fijo o móvil para elevar la temperatura de la casa) están ampliamente extendidas entre esta población. Por lo que respecta a las dotaciones de confort (aire acondicionado, lavavajillas...), aunque la correlación no resultó significativa, su ausencia puede producir un descenso de la puntuación del índice SEIQoL por debajo del promedio.

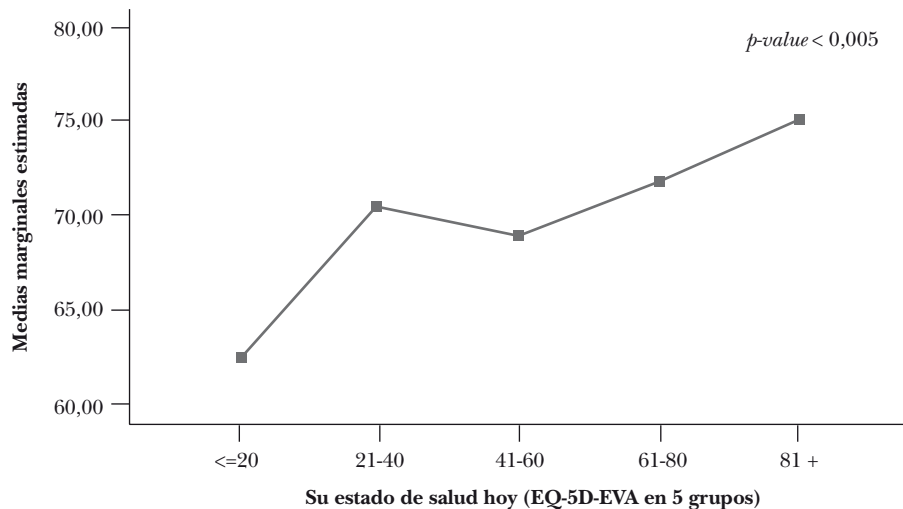
### **2.5.3. La dimensión salud y la calidad de vida global**

Muchos son los indicadores que informan sobre la salud de la población, pero los más usuales tienen que ver con la salud auto-percibida, así como con factores que definen los parámetros habituales del continuo de salud o lo que, en terminología anglosajona, se ha denominado las *5 D's*: *death, disease, disability, discomfort* y *dissatisfaction* (Spitzer 1996).

Dejando al margen los indicadores de mortalidad, puesto que se trata de calidad de vida, se han estudiado las distribuciones de las puntuaciones del SEIQoL en relación con la salud percibida medida por la escala visual analógica del EQ-5D (The Euroqol Group 1990); con la morbilidad, a partir del número de enfermedades y el índice de comorbilidad inspirado en la Cumulative Illness Rating Scale-Geriatrics (Miller et al. 1992), de las cuales se presta especial interés a la depresión, evaluada mediante la Hospital Anxiety and Depression Scale-HADS (Zigmond et al. 1983) por su referida asociación con una baja calidad de vida (Sullivan et al. 2000); con la capacidad funcional, valorada por el índice de Barthel (Baztán Cortés et al. 1994) y por la escala de independencia funcional que considera asimismo las actividades domésticas; y, finalmente, con un indicador de calidad de vida relacionada con la salud, generado también a partir del EQ-5D.

De acuerdo con ello, se confirma que el estado de salud percibido de la población mayor correlaciona significativa y directamente con la calidad de vida, con valores del índice SEIQoL que oscilan entre 62, para los casos de peor valoración de la salud, y 75, como promedio para los individuos con una salud más positiva (gráfico 2.4).

**GRÁFICO 2.4: Índice SEIQoL de calidad de vida global y estado de salud**



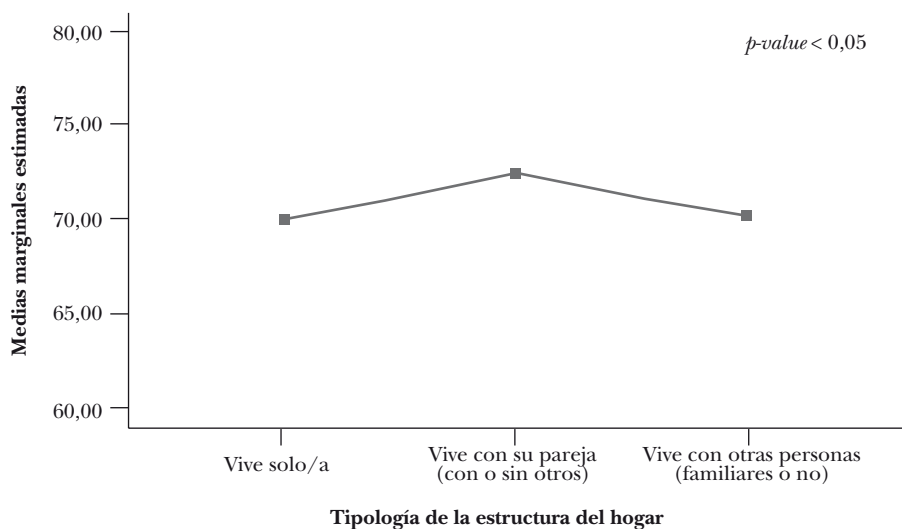
Sin embargo, no se ha hallado evidencia estadística de asociación entre calidad de vida y enfermedad y comorbilidad, aunque existe correlación entre las puntuaciones del índice SEIQoL y las de la subescala de depresión HADS-D, al producirse un fuerte decremento en la calidad de vida entre los sujetos con sospecha de depresión (11 y más puntos), de manera que la puntuación del índice se reduce hasta poco más de 64. Por lo que respecta a la capacidad funcional, el índice de Barthel no correlaciona con el SEIQoL, aunque puntuaciones inferiores a 35 en la escala de capacidad funcional, que denotan discapacidad grave o total, se corresponden con puntuaciones también muy bajas del índice SEIQoL de calidad de vida; y, en el mismo sentido, resulta significativa la correlación entre las puntuaciones SEIQoL y las de la escala de independencia funcional, que considera la capacidad para realizar actividades de la vida diaria, en las que se incluyen labores domésticas. De manera que cuanto mayor es la independencia o autonomía funcional de la persona más elevada será su calidad de vida.

#### **2.5.4. La dimensión *familia* y la calidad de vida global**

La *familia* ha sido la segunda dimensión más nominada, primera si se toman conjuntamente las menciones a la *red familiar* en genérico, junto con las relativas al *matrimonio* y la *red paterno-filial*. Para su análisis han sido tenidos en cuenta varios aspectos, algunos referidos a la forma y composición del hogar familiar, como son el estado civil del entrevistado, el tamaño en número de personas, y la tipología o forma de convivencia, y otros a la familia extensa, como son la frecuencia de relaciones mantenidas con algún familiar y la distancia a la residencia de los familiares.

Los datos analizados confirman la concordancia entre las puntuaciones del índice SEIQoL con la importancia otorgada al matrimonio y la red paterno-filial, como áreas de vida muy satisfactorias entre los mayores. De esta forma, las peores valoraciones de calidad de vida se producen entre viudos y viudas (69,6), y las mejores se observan entre quienes viven con su cónyuge o pareja (72,4), como hecho claramente diferenciador y enfrentado a vivir solo en el hogar, así como propiciador de una mejor calidad de vida en hogares de mayor tamaño (gráfico 2.5).



**GRÁFICO 2.5: Índice SEIQoL y estructura del hogar**

En este sentido, no resulta extraño que la calidad de vida sea más baja entre quienes dicen sentirse siempre solos (puntuación de 60,5). Y todo ello, en una clara relación entre el tipo de hogar en el que se reside y el sentimiento de soledad; de manera que este sentimiento, que afecta al 4% de las personas mayores que viven con su cónyuge y a casi el 10% de las que viven en hogares grandes pero sin su pareja, lo padecen más del 17% de quienes viven solos/as.

Pero, más allá de la forma de convivencia y de la familia que convive en el mismo hogar que el mayor, aunque el análisis no resulte estadísticamente significativo, el hecho de no tener familiares o frecuentarlos menos de una vez al mes redundaría en una peor calidad de vida (índice SEIQoL inferior a 68 sobre 100). Y, por el contrario, se observaría una tendencia a la mejora de la calidad de vida cuando existe una red familiar que pueda proveer de atención o apoyo emocional, esto es, con una cierta proximidad afectiva, más que espacial, a la persona mayor (Ahmed Mohamed et al. 2008).

### **2.5.5. La dimensión *situación económica* y la calidad de vida global**

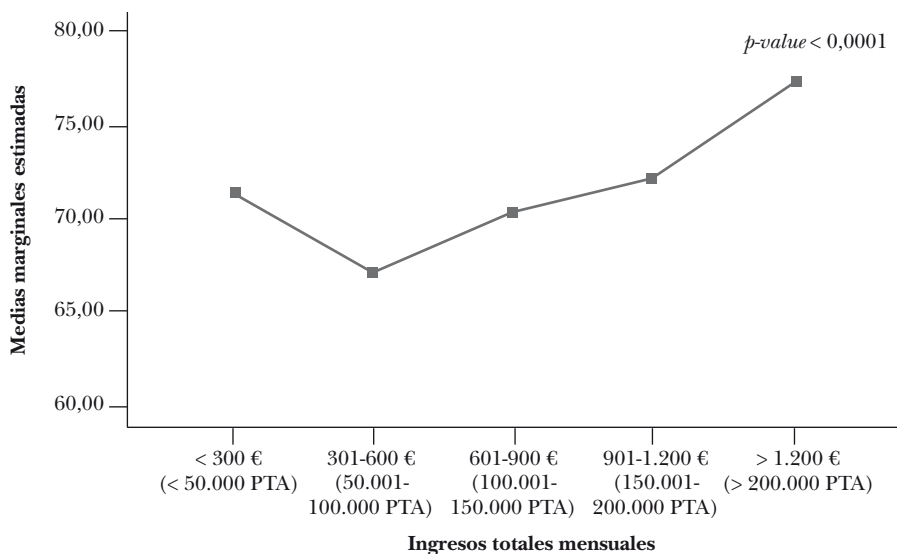
La *situación económica* ha sido definida a partir de dos indicadores objetivos, uno directo, como es el *nivel de ingresos*, y otro

indirecto, como es la *clase social*, calculada mediante análisis multivariante a partir del nivel de estudios y la condición socioeconómica del entrevistado (Rojo-Pérez et al. 2007). Asimismo, se utilizan tres indicadores subjetivos, dos de ellos relativos a valoraciones, satisfacción con los ingresos y seguridad en el futuro económico, y el tercero sobre autoposicionamiento económico del hogar. Todo ello puede verse en detalle en el capítulo 5 de este libro.

Los dos indicadores objetivos ofrecen una asociación positiva y directa con las puntuaciones del índice SEIQoL, al expresar una mejor calidad de vida global cuando los recursos económicos de los individuos o su posición social son más elevados. Hay que destacar, no obstante, que quienes se hallan en los niveles más bajos de ambos indicadores, esto es, quienes reciben menos de 300 euros/mensuales o pertenecen a la clase baja, manifiestan una cierta adaptación (Noll 2002) entre su situación y la valoración de su calidad de vida, y muestran relativamente altas puntuaciones en el índice SEIQoL (gráfico 2.6).

El autoposicionamiento que el entrevistado realiza de la situación económica del hogar en que reside viene a confirmar la relación positiva y directa entre recursos económicos y calidad de vida, con una diferencia clara (17 puntos) entre las posiciones

**GRÁFICO 2.6: Índice SEIQoL e ingresos económicos**



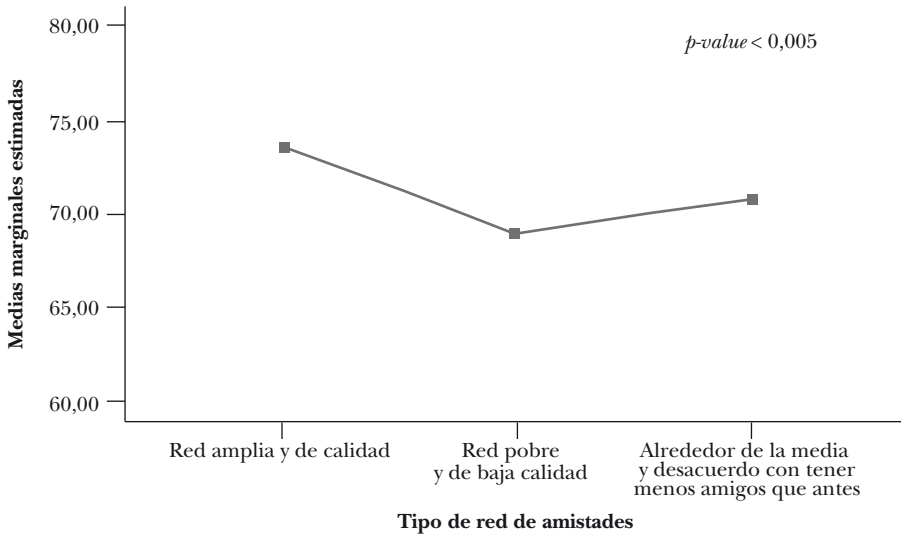
económicas baja y alta. Los otros dos indicadores subjetivos, *satisfacción con los ingresos* y *sentimiento de seguridad en el futuro económico*, ilustran mejor la discrepancia que puede encontrarse entre las condiciones objetivas de vida y las valoraciones que los individuos realizan sobre aquellas (Noll 2002), en especial, en una dimensión como la económica en la que sentirse muy satisfecho o seguro de la propia posición económica no garantiza, per se, una mejor valoración global de la calidad de vida. De manera que solo el grupo de entrevistados que se siente satisfecho y seguro respecto de una situación económica que es negativa en términos objetivos (los denominados «optimistas sin base económica», véase capítulo 5), presenta claramente un peor resultado del índice SEIQoL (61,7 sobre 100), sin que el resto de los grupos observe diferencias entre sí.

### **2.5.6. La dimensión *red social* y la calidad de vida global**

La red social se ha evaluado a partir de la frecuencia de relaciones que el entrevistado/a mantiene con sus amigos/as, así como de su grado de acuerdo/desacuerdo respecto a características de su red social, esto último analizado mediante análisis multivariante.

No tener amigos o relacionarse con ellos con poca frecuencia deriva en puntuaciones del índice por debajo del promedio. Pero, más interesante resulta la variación del índice SEIQoL respecto a las valoraciones de los mayores de las características de su *red de amistad*, en términos de acuerdo o desacuerdo (gráfico 2.7), pues los resultados ilustran bien la influencia que tiene sobre la calidad de vida el hecho de disponer de una red amplia, en número de amigos; y de *calidad*, en cuanto a estabilidad, confianza e intimidad, frente a evaluar la red como pobre y de baja o muy baja calidad.

Además de la red social más próxima (amigos, pero también familia), el entorno social entendido de forma amplia, esto es, la sociedad en su conjunto, puede influir asimismo en la calidad de vida en cuanto al trato y el respeto que se proporciona a las personas mayores, y en la posición y el reconocimiento que estas perciben. Sobre este aspecto, y aunque sin resultar una asociación estadísticamente significativa, se apreció un patrón general según el cual poca satisfacción con ambos parámetros, respeto y reconocimiento, reduce drásticamente la puntuación del índice SEIQoL.

**GRÁFICO 2.7: Índice SEIQoL y red social**

### 2.5.7. La dimensión ocio-tiempo libre y la calidad de vida global

La población mayor no institucionalizada desarrolla diversas actividades en su tiempo libre, algunas de las cuales están relacionadas con lo que suele etiquetarse como ocio pasivo (ver la televisión, oír la radio, escuchar música), pero también una buena proporción de los mayores sale o se reúne con amigos, hace turismo, asiste a espectáculos, desarrolla actividades culturales o participa en ONG.

Dos elementos característicos han sido considerados para analizar la influencia de la dimensión ocio y tiempo libre en la calidad de vida global de las personas mayores: el número de actividades distintas que esta población realiza en su tiempo libre (distinguiendo aquellas iniciadas en los últimos años) y la tipología del ocio que practica.

Tal y como puede apreciarse en el cuadro 2.2, las puntuaciones del índice SEIQoL correlacionan directamente con el número de actividades realizadas, independientemente de que se iniciaran o no en los últimos años. Ello se expresa en un progresivo incremento de la calidad de vida conforme aumenta el número de actividades de ocio que las personas mayores practican, superando la media del índice cuando se trata de 7 o más actividades distintas.

**CUADRO 2.2: Correlación entre el índice SEIQoL y el número de actividades de ocio practicadas habitualmente**

	<i>r</i> de Pearson Índice SEIQOL	<i>p-value</i>
Total de actividades de ocio iniciadas en los últimos años (N = 467)	0,005	0,920
Total de actividades de ocio realizadas (N = 465)	0,395	<b>0,000</b>
Ocio físico (actividades físicas) (N = 467)	0,203	<b>0,000</b>
Ocio cultural (pintar, cursos, ...) (N = 467)	0,079	0,087
Ocio participativo (ONG, parroquia...) (N = 467)	0,052	0,265
Viajes y turismo (N = 467)	0,066	0,156
Ocio pasivo (ver la TV, oír la radio...) (N = 467)	0,096	<b>0,039</b>

En negrita, *p-value* significativo.

Respecto al tipo de actividad, las *actividades pasivas*, como ver TV, oír la radio, escuchar música o ver vídeos/DVD, que implican al 80% de las personas de edad, y las llamadas *actividades físicas*, aunque practicadas por menos del 15% de los mayores, mostraron una correlación directa con el índice SEIQoL de calidad de vida, pues se comprobó un incremento de las puntuaciones entre 4 y 8 puntos, respectivamente.

## 2.6. Conclusiones

La calidad de vida es un constructo global y multidimensional que requiere ser evaluado objetiva y subjetivamente. Desde este enfoque complementario, se muestra necesario utilizar instrumentos que se apoyen en evaluaciones individuales y que consideren respuestas espontáneas de los sujetos, de manera que sea posible obtener la multidimensionalidad del fenómeno y garantizar que todos los dominios que conciernen a la población estudiada están efectivamente incluidos, obviando perspectivas únicas.

El grupo demográfico estudiado, representativo de la población con 65 y más años que reside en vivienda familiar en la Comunidad de Madrid, expresó esta multidimensionalidad a través de la nominación de 19 áreas, entre las que destacaron la *salud*,

la *red familiar*, la *situación económica*, la *red social* y el *ocio-tiempo libre*. De entre ellas, la mejor valorada en términos de satisfacción o funcionamiento fue la dimensión *familia*, especialmente en lo relativo al *matrimonio* y la *red paterno-filial*, pero también otras dimensiones no tan nombradas, como la *religión* y *espiritualidad*, o el *entorno físico* y *social*, formulados como *vivienda*, *barrio* y *vecindario*, fueron muy bien evaluadas. En este contexto de relativa elevada satisfacción, el *apoyo social* de carácter institucional presenta un nivel extremadamente bajo, lo que denota posiblemente la escasez percibida de las ayudas sociales formales.

A través de un índice sintético, fundado sobre un instrumento abierto y no dirigido, se ha obtenido una medida elevada de la calidad de vida global de la población mayor que, además de sustentarse sobre múltiples dimensiones, se construye sobre variados indicadores objetivos y subjetivos de las diferentes áreas que, a su vez, se interrelacionan entre sí de forma compleja. En este capítulo, se han descrito algunos de estos indicadores, que serán tratados de forma pormenorizada en los capítulos siguientes, en los que se intentará descifrar el contenido del complejo constructo de calidad de vida en la vejez y sus factores explicativos.

## Bibliografía

- AHMED MOHAMED, K., F. ROJO-PÉREZ, G. FERNÁNDEZ-MAYORALAS, M. E. PRIETO-FLORES, V. RODRÍGUEZ-RODRÍGUEZ y R. LARDIÉS-BOSQUE. *Red familiar y distancia afectiva en la Calidad de Vida de la población mayor: XI Congreso de la Población Española: Envejecimiento, despoblación y territorio*, 2008: 1-9.
- BADÍA LLACH, X., M. SALAMERO y J. ALONSO. *La medida de la salud. Guía de escalas de medición en español*. Barcelona: Edimac (Fundación Lilly), 2002.
- BAZTÁN CORTÉS, J. J., J. L. GONZÁLEZ MONTALVO y T. DEL SER QUIJANO. «Escalas de actividades de la vida diaria». En T. DEL SER QUIJANO y J. PEÑA-CASANOVA, eds. *Evaluación neuropsicológica y funcional de la demencia*. Barcelona: JR Prous Editores, 1994: 137-164.
- BOWLING, A. «Individual Quality of Life and Population Studies». En C. R. B. JOYCE, C. A. O'BOYLE y H. M. MCGEE, eds. *Individual Quality of Life: Approaches to Conceptualisation and Assessment*. Amsterdam: Harwood Academic Publishers, 1999: 175-184.
- BROWNE, J. P., C. A. O'BOYLE, H. M. MCGEE, C. R. B. JOYCE, N. J. McDONALD, K. O'MALLEY y B. HILTBRUNNER. «Individual quality of life in the healthy elderly». *Quality of Life Research* 3 n.º 4 (1994): 235-244.
- CARLSON, L. E., B. D. BULTZ y D. G. MORRIS. «Individualized Quality of Life, standardized quality of life, and distress in patients undergoing a phase I trial of the novel therapeutic Reolsyn (reovirus)». *Health and Quality of Life Outcomes* 3 n.º 7 (2005).

- CUMMINS, R. A. *Quality-of-Life Definition and Terminology: A discussion document from the international Society for Quality of Life Studies*. Blacksburg, VA: The International Society for Quality-of-Life Studies, 1998.
- FAYERS, P. M. y D. MACHIN. *Quality of Life: Assessment, Analysis, and Interpretation*. Chichester, New York: John Wiley & Sons, 2000.
- FERNÁNDEZ-MAYORALAS, G., F. ROJO-PÉREZ y J. M. ROJO-ABUÍN. «Components of the residential environment and sociodemographic characteristics of the elderly». *Journal of Housing for the Elderly* 18 n.º 1 (2004): 25-49.
- FERNÁNDEZ-MAYORALAS, G. y F. ROJO-PÉREZ. «Calidad de Vida y Salud: Planteamientos Conceptuales y Métodos de Investigación». *Territoris (Monográfico sobre Geografía de la Salud)* n.º 5 (2005a): 117-135.
- FERNÁNDEZ-MAYORALAS, G., F. ROJO-PÉREZ, V. RODRÍGUEZ-RODRÍGUEZ, M. E. PRIETO-FLORES, P. MARTÍNEZ-MARTÍN y B. FRADES-PAYO. «Research Projects on Quality of Life among the older people in Spain: towards a holistic approach». *Risk Assesuration Statistics* n.º 43 (2005b): 73.
- FERNÁNDEZ BALLESTEROS, R., M. D. ZAMARRÓN y A. MACIÁ. *Calidad de vida en la vejez en los distintos contextos*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Instituto Nacional de Servicios Sociales, 1996.
- FRIEDMAN, M. I. *Improving the Quality of Life. A Holistic Scientific Strategy*. Westport, CT: Praeger, 1997.
- FRISCH, W. B. «Improving Mental and Physical Health Care Through Quality of Life Therapy and Assessment». En E. DIENER y D. R. RAHTZ, eds. *Advances in quality of life theory and research*. Dordrecht, Boston: Kluwer Academic Publishers; Social Indicators Research Series, Vol. IV, 2000: 207-241.
- GARLAND, J. «Environment and behaviour: a health psychology perspective». En J. BOND, P. COLEMAN y S. PEACE, eds. *Ageing in society. An introduction to social gerontology*. Londres: Sage, 1993: 133-150.
- GRANZIN, K. L. y L. M. HAGGERD. «An Integrative Explanation for Quality of Life: Development and Test of a Structural Model». En E. DIENER y D. R. RAHTZ, eds. *Advances in Quality of Life Theory and Research*. Dordrecht: Kluwer, 2000: 31-63.
- HICKEY, A. M., G. BURY, C. A. O'BOYLE, F. BRADLEY, F. D. O'KELLY y W. SHANNON. «A new short form individual quality of life measure (SEIQoL-DW): application in a cohort of individuals with HIV/AIDS». *British Medical Journal* 313 n.º 7.048 (1996): 29-33.
- HICKEY, A., C. A. O'BOYLE, H. M. MCGEE y C. R. B. JOYCE. «The Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life.» En C. R. B. JOYCE, C. A. O'BOYLE y H. M. MCGEE, eds. *Individual Quality of Life: Approaches to Conceptualisation and Assessment*. Ámsterdam: Harwood Academic Publishers, 1999: 119-133.
- JOYCE, C. R. B., A. HICKEY, H. M. MCGEE y C. A. O'BOYLE. «A theory-based method for the evaluation of individual quality of life: The SEIQoL». *Quality of Life Research* 12 n.º 3 (2003): 275-280.
- LAWTON, M. P. «A multidimensional view of quality of life in frail elders». En J. E. BIRREN, J. E. LUBBEN, J. C. ROWE y D. E. DEUTCHMAN, eds. *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly*. San Diego, CA: Academic Press, 1991: 3-27.
- LHUSSIER, M., B. WATSON, J. REED y C. L. CLARKE. «The SEIQoL and functional status: how do they relate?». *Scandinavian Journal of Caring Science* 19 n.º 4 (2005): 403-409.

- MANNION, E., D. WALDRON, T. AZHER y J. J. GILMARTIN. «Response shift in individual quality of life in patients with lung cancer». *European Respiratory Journal* 22 n.º Suppl 45 (2003): 529 ss.
- MARTÍNEZ-MARTÍN, P., B. FRADES-PAYO, M. J. FORJAZ, C. GARCÍA-IZAGUIRRE, F. ROJO-PÉREZ y G. FERNÁNDEZ-MAYORALAS. «Estudio piloto sobre la aplicación de un instrumento de medida de Calidad de Vida individual (SEIQoL-DW) en población mayor». *Revista Española de Geriatría y Gerontología* 41 n.º Especial Congreso (2006): 80.
- MILLER, M. D., C. F. PARADIS, P. R. HOUCK, S. MAZUMDAR, J. A. STACK, A. H. RIFAI, B. MULSANT y C. F. REYNOLDS. «Rating chronic medical illness burden in geropsychiatric practice and research: application of the Cumulative Illness Rating Scale». *Psychiatry Research* 41 n.º 3 (1992): 237-248.
- MORENO JIMÉNEZ, A., F. FERNÁNDEZ GARCÍA, M. E. PRIETO-FLORES y C. VÁZQUEZ VARELA. *La distribución espacial de la renta en la Comunidad de Madrid. Análisis y aplicaciones*. Madrid: Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid, 2003.
- NOLL, H.-H. «Towards a European System of Social Indicators: Theoretical Framework and System Architecture». *Social Indicators Research* 58 n.º 1-3 (2002): 47-87.
- O'BOYLE, C. A., H. M. MCGEE, A. HICKEY, C. R. B. JOYCE, J. BROWNE, K. O'MALLEY y B. HILTBRUNNER. *The Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life. User manual*. Dublín: Department of Psychology, Royal College of Surgeons in Ireland, 1993.
- ROJO-PÉREZ, F., G. FERNÁNDEZ-MAYORALAS, E. POZO-RIVERA y J. M. ROJO-ABUÍN. «Ageing in place: predictors of residential satisfaction of elderly». *Social Indicators Research* 54 n.º 2 (2001): 173-208.
- . *Envejecer en casa: la satisfacción residencial de los mayores en Madrid como indicador de su calidad de vida*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Col. Monografías n.º 23, 2002.
- ROJO-PÉREZ, F., G. FERNÁNDEZ-MAYORALAS, V. RODRÍGUEZ-RODRÍGUEZ y J. M. ROJO-ABUÍN. «The Environments of Ageing in the Context of the Global Quality of Life among Older People Living in Family Housing». En H. MOLLENKOPF y A. WALKER, eds. *Quality of Life in Old Age. International and Multidisciplinary Perspectives*. Dordrecht, The Netherlands: Springer, Social Indicators Research Series, Volume 31, 2007: 123-150.
- SEED, P. y G. LLOYD. *Quality of Life*. Londres: Jessica Kingsley Publishers, 1997.
- SETIÉN SANTAMARÍA, M. L. *Indicadores sociales de Calidad de Vida. Un sistema de medición aplicado al País Vasco*. Madrid: C.I.S. y Siglo XXI, 1993.
- SEYMOUR, D., J. STARR, H. FOX, H. LEMMON, I. DEARY, G. PRESCOTT y L. WHALLEY. «Quality of life and its correlates in octogenarians. Use of the SEIQoL-DW in Wave 5 of the Aberdeen Birth Cohort 1921 Study (ABC1921)». *Quality of Life Research* 17 n.º 1 (2008): 11-20.
- SIRGY, M. J. «QOL in relation to elderly». En M. J. SIRGY, ed. *Handbook of quality of life research: an ethical marketing perspective*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers; Social Indicators Research Series, Vol. 8, 2001: 230-342.
- SPITZER, W. O. «The future of the epidemiology». *Journal of Clinical Epidemiology* 49 n.º 7 (1996): 705-709.
- SULLIVAN, M. D., G. I. J. M. KEMPEN, E. VAN SONDEREN y J. ORMEL. «Models of health-related quality of life in a population of community-dwelling Dutch elderly». *Quality of Life Research* 9 n.º 7 (2000): 801-810.



- THE EUROQOL GROUP. «EuroQol - A new facility for the measurement of health-related quality of life». *Health Policy* 16 n.º 3 (1990): 199-208.
- WALDRON, D., C. A. O'BOYLE, M. KEARNY, M. MORIARTY y D. CARNEY. «Quality-of-Life Measurement in Advanced Cancer: Assessing the Individual». *Journal of Clinical Oncology* 17 n.º 11 (1999): 3.603-3.611.
- ZIGMOND, A. S. y R. P. SNAITH. «The hospital anxiety and depression scale». *Acta psychiatrica Scandinavica* 67 n.º 6 (1983): 361-370.

### 3. La salud y el funcionamiento como dimensión de calidad de vida

*Gloria Fernández-Mayoralas*  
Instituto de Economía, Geografía y Demografía  
Centro de Ciencias Humanas y Sociales (CSIC)

#### 3.1. Introducción

La *salud* es el dominio que concita mayor consenso entre los investigadores sobre su contribución a la calidad de vida de la población (Fernández-Mayoralas et al. 2005a), al aparecer como un componente destacado, tanto desde una perspectiva positiva (la buena salud añade calidad a la vida), como negativa (la mala salud deteriora la calidad de vida) (Fernández-Mayoralas et al. 2007). Y lo es particularmente en la vejez, pues el deterioro de la salud es un hecho consustancial al proceso de envejecimiento, de manera que la ausencia de buena salud podría otorgar a este aspecto mayor relevancia en la calidad de vida que un estado saludable, aunque algunos autores han destacado la relativamente modesta contribución de la salud en el bienestar subjetivo (Michalos et al. 2003).

Al igual que la calidad de vida, la *salud*, a partir de su definición por la Organización Mundial de la Salud como un «estado de completo bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad» (World Health Organization 1983), se considera un concepto global y multidimensional, esto es, resultado dinámico y variable de las influencias globales de múltiples factores, que incluyen aspectos relativos a la propia situación física y mental del individuo, pero también de la sociedad a la que pertenece, e incorpora, junto a una visión positiva del fenómeno, la noción de *bienestar social* (Fernández-Mayoralas et al. 1993a). De

forma que, para algunos autores, alcanzar un completo bienestar, físico, mental y social sería sinónimo de lograr una completa calidad de vida; y una medida razonable de excelente salud sería igual a una medida razonable de excelente calidad de vida (Michalos et al. 2003).

Todo ello ha propiciado el desarrollo de la denominada *calidad de vida relacionada con la salud* (CVRS), una aproximación centrada en el paciente y el bienestar individual, que identifica la definición de salud de la OMS como definición de calidad de vida (Sirgy 2001), con una prioridad pragmática en la construcción de escalas, técnicas o instrumentos de medida, y donde la contribución se realiza más en términos metodológicos (elaboración, comprobación y análisis estadístico) que de reflexión conceptual sobre la propia noción de calidad de vida (Bullinger 1999). Para Michalos, la CVRS es un subdominio de la calidad de vida global, como lo son la *vida familiar*, el *trabajo* o las *actividades de ocio*, y significa la *naturalidad y valor de la vida en relación con la salud* (Michalos 2004).

De acuerdo con esta última definición, la salud se considera en esta investigación como uno más de los componentes de la calidad de vida, tratada esta última desde una perspectiva multidimensional, global y holística, donde cada dimensión juega su papel, y actúan unas veces como elemento mediador y, otras, a través del resto de los atributos implicados, pero siempre en constante interrelación. Para ello, en este capítulo sobre salud se aplicará una perspectiva dominio-específica, lo que permitirá la generación de resultados que posteriormente puedan ser interrelacionados con los obtenidos para los demás dominios, y, de este modo, finalmente alcanzar resultados globales del análisis conjunto sobre todos ellos.

Con este objetivo, primero ha de establecerse cuál es el significado de *salud* y qué debe incluirse dentro de las nociones de *bienestar físico, mental y social* que se manejan en la definición de salud de la OMS. Porque, si se interpreta el bienestar físico con suficiente amplitud, debería admitirse, por ejemplo, el *entorno físico* (entorno residencial, aire, agua, suelo, clima...) (Michalos 2003); y, en el mismo sentido, el *bienestar mental* debería incorporar el *bienestar subjetivo*, que tiene que ver con la experiencia de los individuos sobre sus vidas (Noll 2002), cuyos indicadores más

importantes son medidas de *satisfacción* y *felicidad*; y, finalmente, en el concepto de *bienestar social* podría englobarse todo aquello de lo que el ser humano obtiene satisfacción, así como su distribución dentro de la sociedad, refiriéndose a quién lo consigue, cómo lo consigue y dónde lo consigue (Smith 1974), incluyendo la respuesta a la última pregunta encaminada a delimitar contextos territoriales concretos (Smith 1980).

Además, dado que usualmente la salud no se muestra en estados absolutos (un completo bienestar frente a su absoluta carencia), otra consideración de interés al intentar aprehender el significado de *salud*, es la de su tratamiento como un constructo continuo. De manera que, a menudo, para valorar la salud se suelen tener en cuenta varios o todos los aspectos que se recogen en lo que se ha denominado el *continuo salud-enfermedad* y sus 5 D's, por su denominación en inglés: *death, disease, disability, discomfort* y *dissatisfaction* (Spitzer 1996), esto es, *mortalidad, morbilidad, discapacidad, dolor/malestar* e *insatisfacción*.

Tan amplia es la definición de *salud* como tan amplio es el debate sobre qué dominios incluir en su estudio como componentes de la calidad de vida. Así, junto a la *capacidad funcional*, el *estado físico*, el *control sobre la propia salud*, la *satisfacción con el tratamiento*, la *accesibilidad y utilización de servicios sanitarios*, o los *cuidados de salud*, se encontrarían otros como el *funcionamiento social*, la *vida familiar*, el *funcionamiento ocupacional*, el *bienestar emocional*, la *comunicación*, la *espiritualidad*, la *sexualidad*, la *existencia de estigmas*, la *autoestima* o la *imagen corporal* (Sirgy 2001). El Centro Estadounidense para el Control de la Enfermedad incluye en el ámbito individual los subdominios relativos a la percepción de la *salud física* y de la *salud mental*, los *riesgos de salud*, el *estado funcional*, el *apoyo social*, y la *situación socioeconómica*; mientras en el ámbito comunitario o social, considera asimismo los recursos, condiciones, políticas y prácticas que influyen sobre las percepciones que la población tiene sobre su salud y estado funcional (Centers for Disease Control and Prevention 2000). Pero, junto con las condiciones objetivas o el funcionamiento en todos estos aspectos, habrían de tenerse en cuenta también las valoraciones subjetivas, esto es, las *percepciones de*, y la *satisfacción con*, los niveles que se hayan alcanzado en aquellos aspectos (Bowling et al. 1995).

En un intento posibilista, como subdominios de la salud en tanto componente de la calidad de vida, se ha optado en este capítulo por delimitar el análisis a aquellos elementos o condiciones relacionados con los contenidos en la definición de salud de la OMS, pero que además sean susceptibles de modificación por intervenciones terapéuticas o sanitarias (Badía Llach et al. 1999a; Alonso et al. 2001), así como de satisfacción de necesidad de cuidados derivados del nivel de competencia relacionado con la salud y el funcionamiento.

A pesar del debate experto sobre su significado y los aspectos que deberían incluirse y la forma de medirlos, la población, y en particular la de más edad, parece mostrar una elevada comprensión desde la intuición del concepto *salud*, como lo demuestra el hecho de que, al ser preguntados sobre los cinco aspectos de su vida que consideran más influyentes en su calidad de vida, el 96% de los entrevistados nombró la *salud*, en su mayoría como término absoluto e indisoluble (en número de respuestas fue la segunda, tras los atributos relacionados con la familia), dimensión a la que concedieron, además, la mayor importancia relativa y, lo que es aún más destacable, declararon una elevada satisfacción con esta dimensión, lo que le confiere un papel relevante en la configuración de la calidad de vida en la vejez.

### **3.2. La medida de la salud**

Conociendo la importancia de la *salud*, el cuestionario diseñado como instrumento de medida de la calidad de vida multidimensional (CadeViMa 2005) ha otorgado a este dominio un espacio destacado en cada una de sus subdimensiones: *salud física*, *salud mental* y *salud social*, que han sido investigadas de acuerdo con la perspectiva metodológica de calidad de vida, esto es, tanto desde un enfoque objetivo, o de condiciones objetivas de salud autorreferidas por los entrevistados, como subjetivo, mediante las valoraciones o percepciones de la propia salud física, mental y social, que los mismos individuos realizan. En este sentido, ha sido suficientemente demostrado el interés por la utilización de encuestas en los estudios sobre la salud de las poblaciones, así como la acep-

tación de que los entrevistados son capaces de proveer información válida sobre su estado de salud (Knäuper et al. 2003).

Así, la información incluida en el cuestionario sobre la dimensión *salud* pretende obtener una visión del continuo *salud-enfermedad* del individuo (morbilidad, discapacidad/independencia funcional, dolor/malestar), de la *promoción* y el *autocuidado de la salud* (hábitos como el consumo de tabaco, alcohol, dieta, sueño, ejercicio físico, lectura, capacidades relacionales), *utilización de servicios sanitarios* (atención primaria, hospitalización, urgencias), y *percepción* y *satisfacción* sobre estos aspectos.

Ya se ha comentado más arriba que, en el ámbito sanitario, una de las prioridades en la investigación sobre salud y CVRS ha sido la construcción de escalas, técnicas o instrumentos de medida, de manera que existen multitud de desarrollos en este sentido; tal es así que uno de los primeros pasos en el diseño del cuestionario fue escoger aquellas medidas que, aunando comprensibilidad y brevedad, hubieran sido validadas al español y utilizadas en población mayor. La información demandada puede verse en el cuadro 3.1.

El primero de los indicadores es un test objetivo, el Short Portable Mental Status Questionnaire, de Pfeiffer (Pfeiffer 1975), destinado a medir en 10 ítems el *deterioro intelectual-cognitivo*, ello mediado por el nivel de estudios, y cuya finalidad fue servir de variable de control de la comprensión de los entrevistados y, por tanto, de criterio de inclusión-exclusión de casos (se excluyeron sujetos con puntuación de 5 y más en esta escala). Este aspecto podría ser considerado una debilidad del análisis, en tanto se descartan individuos con problemas graves de salud mental; sin embargo, esta decisión garantiza respuestas fiables cuando los estudios se basan en encuestas autorreferidas, mientras que la exclusión apenas afectó al 0,5% de casos de la muestra y a menos del 1% de aquellos con 85 y más años. Estos resultados indican que la población con problemas de salud graves ha de ser considerada mediante muestras y análisis específicos.

Como parte de este subdominio de salud, el cuestionario recabó información sobre trastornos mentales a partir de varios métodos: una batería de preguntas sobre enfermedades o padecimientos diversos (depresión, tristeza, angustia, demencias,

problemas somáticos como insomnio, memoria, etc.), la aplicación del instrumento EuroQoL-5D (en adelante, EQ-5D), que incluye entre sus 5 ítems descriptivos uno referido a ansiedad/depresión, y el uso de la subescala de depresión de la Hospital Anxiety and Depression Scale (en adelante, HADS-D) (Zigmond et al. 1983), para descubrir particularmente los casos de depresión. Este instrumento consiste en 14 ítems (7 para ansiedad y 7 para depresión) destinados a la detección de trastornos del estado de ánimo en pacientes ambulatorios no psiquiátricos (Bjelland et al. 2002). Se ha prestado atención especial a la depresión, empleando exclusivamente los 7 ítems relativos a este desorden, por influir directamente en la autoevaluación del estado de salud (Mulsant et al. 1997) y ser un determinante común de la calidad de vida (Sullivan et al. 2000). Cada uno de los 7 ítems puntúa desde 0 (sin problema) a 3 (problema extremo), por lo que los límites de la puntuación de la escala total son 0 y 21, y 11 o más puntos se considera indicativo de depresión.

**CUADRO 3.1: Información solicitada en el cuestionario CadeViMa sobre indicadores de salud y calidad de vida**

Indicadores	Salud y calidad de vida relacionada con la salud
Salud mental	Pfeiffer Mental Status Test: 10 ítems para medir deterioro intelectual-cognitivo, mediado por el nivel de estudios. Variable de control de la comprensión de los entrevistados
Morbilidad	Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): se utilizaron los 7 ítems relativos a depresión (HADS-D) Enfermedades: número y tipo (19 entradas + otras) Tratamientos, facilitadores, recursos de apoyo
Funcionamiento	Índice de Barthel de Capacidad Funcional: 10 ítems sobre Actividades Básicas de la Vida Diaria Escala de Independencia Funcional: 6 ítems sobre cuidado personal, 6 ítems sobre tareas domésticas, 5 ítems sobre movilidad por dentro de la casa, 6 ítems sobre movilidad hacia el exterior

**CUADRO 3.1 (cont.): Información solicitada en el cuestionario CadeVima sobre indicadores de salud y calidad de vida**

Indicadores	Salud y calidad de vida relacionada con la salud
Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)	EuroQoL-5D. Descripción del estado de salud en 5 dimensiones: movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar, ansiedad/depresión (EQ-5D)
	EuroQoL-5D. Generación de 243 perfiles de salud con un valor asignado de preferencia o tarifa temporal (EQ-5D-TT)
	EuroQoL-5D. Comparación del estado de salud hoy con el estado de salud de los últimos 12 meses (EQ-5D-12)
	EuroQoL-5D. Puntuación del estado de salud hoy en una escala visual analógica milimetrada o termómetro: 0 peor estado de salud imaginable a 100 mejor estado de salud imaginable (EQ-5D-EVA)
Salud subjetiva	Estado de salud percibido
	Satisfacción con el estado de salud general
Promoción y autocuidado de la salud	Consumo de alcohol y tabaco, y pautas alimenticias
	Satisfacción con variedad y cantidad de alimentos ingeridos
	Satisfacción con horas de sueño y descanso
	Actividad física y mental
Acceso a servicios sanitarios	Satisfacción con la capacidad para recordar, para escuchar y para mantener una conversación
	Frecuencia de utilización de servicios sanitarios: médico de cabecera, enfermería, médico especialista, dentista, urgencias, hospitalización
Demanda de apoyo y cuidado	Satisfacción con la atención sanitaria recibida en consultas de médico de cabecera, enfermería, médico especialista y dentista, en servicios de urgencia y en hospitalización
	Frecuencia de recepción de ayuda informal para AVDs
	Personas que le prestan ayuda
	Utilización de servicios y ayudas de instituciones públicas
	Satisfacción con la ayuda informal recibida
	Satisfacción con la ayuda formal recibida



Junto con la *morbilidad mental*, la batería de preguntas sobre *enfermedades/padecimientos*, además de *tratamientos*, *facilitadores* y *recursos de apoyo recibidos* para aliviarlos, permite obtener una imagen sobre el número y tipo de las enfermedades padecidas, así como calcular un índice de comorbilidad (en adelante, ICM), inspirado en la Cumulative Illness Rating Scale - Geriatrics (Miller et al. 1992), pero adaptado al hecho de que los entrevistadores no fueran personal sanitario. En primer lugar, se pregunta por enfermedades/padecimientos y se anotan tal y como son expresados espontáneamente por los individuos; a continuación, se lee una lista de 19 entradas para facilitar el recuerdo de aquellos ítems que hubieran podido quedar olvidados; posteriormente, se indaga si el entrevistado realiza tratamiento, terapia o rehabilitación para cada uno de los trastornos o enfermedades mencionados; y, finalmente, se pregunta sobre facilitadores o recursos de apoyo. Tras el trabajo de campo, la puntuación fue asignada en cada encuesta por un profesional médico del siguiente modo: para trastornos actuales o significativos pasados, sin tratamiento, 1 punto; padecimiento actual en tratamiento, 2 puntos; problema significativo o grave presente y con tratamiento, 3 puntos; problema muy grave, de mal pronóstico a corto-medio plazo, 4 puntos. La puntuación final del ICM se obtuvo, tras varios modelos de prueba comparativos y de complejidad creciente, mediante el sumatorio de las puntuaciones de cada problema detectado elevado al cuadrado:

$$[\sum (\text{punt } ij)^2]$$

El ICM mostró estar significativamente asociado a la CVRS medida con el EQ-5D y con el estado de salud percibido hoy en su escala visual analógica (en adelante, EQ-5D-EVA) (Fernández-Mayoralas et al. 2007):

$$|r| = 0,54 \text{ y } 0,50, \text{ respectivamente; } p < 0,0001$$

Por lo que se refiere a *funcionamiento o capacidad física*, se ha valorado principalmente a partir de dos medidas: la primera, el *índice de capacidad funcional de Barthel* (en adelante, IB), es probablemente la escala más clásica y ampliamente utilizada en pacientes ancianos,

fácil de aplicar e interpretar y con excelentes propiedades métricas (Wade et al. 1988), por lo que ha sido recomendada por la British Geriatrics Society y el Royal College of Physicians of London como patrón para la valoración de las actividades de la vida diaria (en adelante, AVD) en personas mayores (Jitapunkul et al. 1994; Stone et al. 1994). El índice consta de 10 ítems y el sumatorio de sus puntuaciones oscila entre 0 (incapacidad absoluta para cualquier AVD) y 100 (independencia completa para todas las AVD consideradas). La puntuación puede ser categorizada en cuatro niveles: 100-80 = no discapacidad o mínima; 75-60 = leve discapacidad; 55-40 = moderada discapacidad; 35-0 = discapacidad grave o total (Baztán Cortés et al. 1994), lo cual facilita su interpretación directa.

Para una valoración más amplia del funcionamiento suele recomendarse la utilización de otros instrumentos. Por este motivo, se completó con una *escala de independencia funcional* (en adelante, EIF) diseñada por el equipo investigador como adaptación de diversos cuestionarios y medidas (Bowling 1991; Equipo Coordinador de la Encuesta 1994; Fernández-Mayoralas et al. 1995; Rodríguez-Rodríguez et al. 1995). Esta escala consta de 23 ítems agrupados en 4 dominios de AVD: 6 ítems relativos a *cuidado personal*, 6 a *tareas domésticas*, 5 ítems sobre *movilidad en interiores* (vivienda) y 6 sobre *movilidad exterior*. Cada ítem puntúa desde 1 (no puede realizar la actividad sin ayuda) a 3 (puede hacer la actividad sin ayuda), reservando una puntuación 0 para aquellas personas que no realizaron nunca las tareas, generalmente domésticas, contempladas. Excluyendo las puntuaciones 0, la escala oscila entre 23 puntos (totalmente dependiente para todas las actividades) y 69 (totalmente independiente para todas las actividades). El análisis métrico mostró que la calidad de la escala es satisfactoria (94% de datos totalmente computables), y que se cumplen convenientemente las asunciones escalares que permiten la suma de las puntuaciones, así como los criterios de consistencia interna (Martínez-Martín et al. 2009).

Además del IB y de la EIF, el EQ-5D permite valorar también la *discapacidad*, ya que entre sus ítems descriptivos incluye tres referidos a problemas para la movilidad, el cuidado personal o la realización de actividades cotidianas.

Pero la finalidad del EQ-5D va más allá de su componente descriptivo. Se trata de una medida autoadministrada de CVRS con

especial significado como instrumento econométrico (preference-based). Ya se ha visto que contiene una parte descriptiva con cinco dimensiones: *movilidad*, *cuidado personal*, *actividades cotidianas*, *ansiedad/depresión* y *dolor/malestar*; y cada una de estas cinco dimensiones posee tres niveles diferentes de gravedad (1 = sin problemas; 2 = algún problema/problemas moderados; 3 = muchos o graves problemas) (The Euroqol Group 1990; Kind et al. 2005). De acuerdo con este sistema descriptivo se pueden generar hasta 243 perfiles de salud diferentes y a cada uno de estos perfiles se le puede asignar un valor, preferencia o tarifa (en adelante, EQ-5D-TT) que oscila entre 1,0 (estado de salud perfecto) y 0,0 (muerte). Estos valores, derivados por equivalencia temporal, han sido estandarizados para la población general española por Badía y colaboradores (Badía et al. 1999b). El instrumento también incorpora dos valoraciones subjetivas: una pregunta acerca de la evolución del estado de salud en los 12 meses anteriores (mejor, igual o peor) (en adelante, EQ-5D-12) y una escala visual analógica (en adelante EQ-5D-EVA) sobre la cual los sujetos estiman su estado de salud actual (desde 0, el peor estado de salud imaginable, a 100, el mejor estado de salud imaginable).

Como importantes indicadores subjetivos de la dimensión salud en los estudios sobre calidad de vida, se incorporaron también al cuestionario dos preguntas: la ya clásica sobre *auto percepción del estado de salud*, con una escala de Likert en 5 puntos, desde «muy bueno» a «muy malo», y otra, con la misma amplitud en la escala, sobre *satisfacción con la salud*, puesto que ha sido descrito que la información obtenida de cada una de ellas es bien diferente, al encontrarse resultados más positivos sobre satisfacción con la salud que sobre salud percibida (Michalos et al. 2000).

Por lo que se refiere a la *promoción y el autocuidado de la salud*, y dada la multidimensionalidad del fenómeno, en este subdominio podría incluirse un amplio conjunto de estilos de vida, como el uso de servicios de salud preventiva, las prácticas sexuales seguras o una forma de conducir prudente, entre otros (Kawachi et al. 2003), y todos ellos como parte del proceso de promoción de la propia salud mediante la capacitación del individuo para mejorarla e incrementar su control sobre ella (World Health Organization 1986).

Sin embargo, por razones pragmáticas, y en línea con las encuestas nacionales de salud en España (INE 2004), en el cuestionario se solicitó información exclusivamente sobre hábitos o comportamientos relativos a consumo de sustancias que, de forma particular, suelen asociarse con mortalidad, morbilidad o discapacidad, y peor calidad de vida, como es el caso del tabaco (Bass et al. 2004; Kaplan et al. 2007; Maxwell et al. 1993; Mody et al. 2006; Ostbye et al. 2004) y, dependiendo de la cantidad de la ingesta, del alcohol (Byles et al. 2006; Moore et al. 2006), así como sobre pautas y satisfacción con la variedad y cantidad de la dieta alimenticia, pues se ha descrito que la situación nutricional y la limitación en la ingesta de ciertos alimentos podría estar en la base de un envejecimiento saludable (Donini et al. 2003; Haveman-Nies et al. 2003; De Groot et al. 2004; Larrieu et al. 2004; Maynard et al. 2006), y sobre sedentarismo (Brown 1992; Martín et al. 2000; Rejeski et al. 2001; Brach et al. 2004; Crombie et al. 2004; Wendel-Vos et al. 2004; Alfonso 2005; Berger et al. 2005; Boyle et al. 2007), triada clásica utilizada para definir estilos de vida o factores de riesgo relacionados con la salud (Michael et al., 1999; Laaksonen et al., 2003; Peel et al., 2005; Fogelholm et al., 2006). Además, se ha indagado sobre la satisfacción con la cantidad y la calidad del sueño y el descanso, elemento asociado con el estado de ánimo, los trastornos cognitivos y el bienestar físico, mental y emocional (Jakobsson et al. 2004; Strine et al. 2005a, 2005b), y sobre el mantenimiento de una vida activa también en lo mental (McGlone et al. 1978). La actividad física se consideró a partir de la realización de ejercicio (deporte, nadar, gimnasia), mientras que la actividad mental se planteó en términos de hábitos de lectura (libros, periódicos, revistas) y realización de otras actividades culturales (creativas, como pintar, componer música, escribir, utilizar nuevas tecnologías como internet, escuchar música o ir al teatro, cine, exposiciones o conferencias), así como de satisfacción con la memoria y la capacidad para recordar, y con la capacidad para escuchar y mantener una conversación, reflejo todo ello de una buena función cognitiva que permite al mayor relacionarse con su medio social (Corner et al. 2004; Ficker et al. 2002; Kawamoto et al. 2004; Miura et al. 2004).

Junto con toda la información señalada sobre salud, promoción y autocuidado de la salud y satisfacción individual, se ha investigado también la frecuencia de uso de servicios de salud (médico de cabecera, servicios de enfermería, médico especialista, dentista, servicio de urgencias, hospitalización) y la satisfacción con la atención sanitaria recibida en cada uno de los servicios mencionados (Bowling 2002; Calnan et al. 2003), todo ello como indicador de necesidad percibida (Fernández-Mayoralas et al. 1993b), prueba efectiva de acceso (Fernández-Mayoralas et al. 2000) y componente comunitario a nivel individual de la calidad de vida, pues la satisfacción con los servicios de salud en una comunidad afecta tanto la calidad de vida comunitaria como la satisfacción con la vida (Rahtz et al. 2004).

Aunque fuera del ámbito estricto de la dimensión *salud*, un aspecto que asimismo se ha considerado es aquel que deriva de la pérdida de autonomía y la consecuente demanda de apoyo para la realización de AVD, así como la satisfacción alcanzada con la ayuda recibida, sea cual sea su procedencia, sobre todo informal y desde el seno familiar, pero también formal, incluyendo servicios e instituciones que ponen en interrelación «lo social» y «lo sanitario» (Rojo-Pérez et al. 2009).

La extraordinaria colección de datos descrita ha requerido, además de los preceptivos análisis univariados y bivariados, la aplicación de técnicas multivariantes destinadas a organizar la información; reducir, con la menor pérdida posible de contenido, la dimensionalidad de cada problema; investigar las interrelaciones que se establecen entre las múltiples variables; y conseguir componentes o variables normalizadas necesarias para la preparación y elaboración del modelo final de calidad de vida.

El proceso seguido ha consistido básicamente en la aplicación de análisis factorial sobre conjuntos de variables originales, o transformadas si era necesario, la técnica del análisis *cluster* sobre los factores obtenidos o sobre las variables normalizadas, en su caso, y análisis discriminante para confirmar el ajuste de las clasificaciones. Mediante estos procedimientos se han obtenido dos tipologías de *morbilidad/comorbilidad*, una tipología de nivel de competencia relacionado con la *salud* y el *funcionamiento*, una tipología de *comportamientos saludables*, y tres tipologías de *utilización y satisfacción con los servicios sani-*

*tarios*. Los procedimientos realizados se describen, junto con sus resultados, en el anexo metodológico.<sup>1</sup> Asimismo, se ha elaborado una *tipología sintética de salud subjetiva* mediante un procedimiento sencillo que clasifica los sujetos a partir de la combinación de niveles de *salud autopercebida* y de *satisfacción con su estado de salud*, utilizando, para ello, cada una de las medias de las variables.

### **3.3. Características objetivas y subjetivas de la salud de la población estudiada: el continuo salud-enfermedad**

#### **3.3.1. Morbilidad**

En el continuo *salud-enfermedad*, además de la mortalidad, la enfermedad ha sido tradicionalmente utilizada como un indicador objetivo para valorar la salud de las poblaciones.

De acuerdo con este indicador, la población estudiada presenta un nivel de salud relativamente bueno, avalado por un promedio de 2,9 enfermedades o problemas (rango: 1-19) y un resultado en el ICM de 9,0 (rango 0-32). Así, 7 de cada 10 mayores refiere sufrir menos de 3 problemas de salud, que se encontrarían bajo tratamiento actual o necesitarían alguna ayuda o facilitador, si bien, más de un 14% padecerían 5 o más enfermedades.

Entre los problemas más extendidos, se citan aquellos relacionados con la visión (57,1% de las respuestas), los huesos (48,5%), la tensión arterial (35,9%) o el colesterol (19,2%). Con cifras alrededor del 15% en cada caso, aparecen enfermedades como la diabetes o las relativas al sistema circulatorio y el corazón. Mientras que enfermedades neurológicas como el Alzheimer o el Parkinson apenas tienen representación en este grupo demográfico no institucionalizado, y con deterioro intelectual-cognitivo controlado mediante el test de Pfeiffer, tal y como se ha comentado.

Sin embargo, otros trastornos relativos a la salud mental, particularmente el conjunto no siempre bien definido formado por depresión, tristeza y angustia (7,2%), sí muestran mayor presen-

---

<sup>1</sup> Puede verse en [www.fbbva.es/TLFU/tlfu/esp/publicaciones/libros/fichalibro/index.jsp?codigo=603](http://www.fbbva.es/TLFU/tlfu/esp/publicaciones/libros/fichalibro/index.jsp?codigo=603)

cia entre la población estudiada, con proporciones que varían dependiendo del instrumento de medida. Así, algo más del 5% de la muestra registra 11 y más puntos en la subescala HADS-D, un 7% de entrevistados/as informan sentirse a menudo o siempre deprimidos o tristes, y el EQ-5D detecta casi un 20% de casos con depresión/ansiedad, incluyendo niveles moderados.

A fin de valorar los complejos patrones de comorbilidad que se entretujan entre este amplio conjunto de enfermedades autorreferidas, se llevaron a cabo dos tipos de procedimientos (véase anexo 3.1)<sup>2</sup> que resultaron en sendas tipologías de comorbilidad:

- Una relativa a las enfermedades que correlacionaban entre sí, a la que se denominó *tipología de enfermedades tipo A*: problemas de huesos (artrosis, artritis, reuma...); problemas de memoria, Alzheimer, Parkinson...; otros trastornos mentales (demencia senil); problemas respiratorios (asma, bronquitis...); diabetes; hipertensión; problemas de la boca y dentadura; y alergia.
- Y otra tipología respecto de enfermedades que no correlacionaban, a la que se denominó *tipología de enfermedades tipo B*: problemas de visión, problemas de audición, problemas de insomnio, depresión, tristeza y/o angustia, problemas del corazón (circulatorios), hipercolesterolemia, tumores o cánceres, digestivas (úlceras...), afecciones de los órganos genitales y/o urinarios.

La combinación de ambos tipos de comorbilidad A y B confirma las relativamente buenas condiciones de salud de las personas con 65 y más años respecto de la media del colectivo, con más del 50% de los sujetos por debajo del promedio en prevalencia de enfermedades pertenecientes a ambas tipologías (cuadro 3.2). Así, destacando de este promedio se encuentra el grupo de individuos con mayor prevalencia de diabetes, lo que concierne en su conjunto al 23,5%, ya sea como enfermedad principal (13,2%), asociada con problemas de audición, insomnio y depresión (5,0%), con enfermedades circulatorias o del corazón (3,4%) o con trastornos genitourinarios (1,8%).

---

<sup>2</sup> Puede verse en [www.fbbva.es/TLFU/tlfu/esp/publicaciones/libros/fichalibro/index.jsp?codigo=603](http://www.fbbva.es/TLFU/tlfu/esp/publicaciones/libros/fichalibro/index.jsp?codigo=603)

CUADRO 3.2: Comorbilidad según sexo, edad y clase social de la población analizada

Tipos de comorbilidad		Características sociodemográficas (en porcentaje sobre casos en cada categoría)								
		Número de casos	Sexo (NS)	Edad (0,006)	Clase social (0,001)	Hombres	Mujeres	75 y más	Baja	Media baja
Variables	Categorías	N	%	Hombres	Mujeres	65-74	75 y más	Baja	Media baja	Media alta / alta
N.º de casos válido		499	100	204	295	247	252	139	236	124
Porcentaje				40,9	59,1	49,5	50,5	27,9	47,3	24,8
Ninguna, todas las enfermedades A y B bajo la media		253	50,7	50,5	50,8	59,5	42,1	36,0	52,1	64,5
Enfermedades B bajo la media + diabetes		66	13,2	12,7	13,6	11,7	14,7	18,7	12,7	8,1
Enfermedades A bajo la media + audición, insomnio, depresión		54	10,8	10,8	10,8	9,3	12,3	13,7	10,6	8,1
Enfermedades A bajo la media + corazón		43	8,6	6,9	9,8	5,3	11,9	7,2	9,7	8,1
Diabetes + audición, insomnio, depresión		25	5,0	3,9	5,8	3,2	6,7	7,9	5,1	1,6
Diabetes + corazón		17	3,4	3,4	3,4	3,2	3,6	3,6	3,8	2,4
Enfermedades A bajo la media + genitourinarias		16	3,2	6,4	1,0	3,6	2,8	3,6	1,7	5,6
Diabetes + genitourinarias		9	1,8	2,5	1,4	2,0	1,6	2,2	1,7	1,6
Otras comorbilidades		16	3,2	2,9	3,4	2,0	4,4	7,2	2,5	0,0

Test de la  $\chi^2$ : entre paréntesis, *p-value*; NS: *p-value* no significativo. En negrita, valor igual o superior a la situación media.



Las dificultades de audición, en sí mismas o coligadas con insomnio y depresión afectarían al 16% de los mayores, siendo el segundo grupo más importante de comorbilidad, y, tras este, las afecciones del corazón y circulatorias (12%). Otros trastornos generalizados, como la hipertensión, los problemas de huesos, y los de la boca y la dentadura, apenas aparecen, en términos de comorbilidad destacada respecto del promedio de la población analizada, asociados entre sí o con otras enfermedades como las del aparato genitourinario.

En el mismo cuadro 3.2 se muestra también la distribución de la comorbilidad obtenida, según sexo, edad y clase social de las personas mayores entrevistadas. Como puede observarse, las diferencias de comorbilidad por sexo no resultan significativas. Sí en cambio, lo son por edad, por lo que destaca la mayor presencia de viejos jóvenes en el grupo definido por comorbilidades por debajo de la media tanto en tipología A como en la B, y de personas con edades más avanzadas en los grupos con prevalencia de diabetes, problemas de audición, insomnio y depresión, y del corazón. Por lo que se refiere a la clase social, se observa una tendencia clara y significativa a una mayor prevalencia de enfermedad y comorbilidad entre las personas que pertenecen al estrato social bajo, mientras entre las clases superiores más de la mitad de los mayores se encuentran en el grupo de comorbilidad inferior a la media.

### **3.3.2. Discapacidad**

Al igual que con la enfermedad, la población mayor analizada presenta niveles bajos de discapacidad, con un promedio en el IB de 96,09 sobre 100, y de 65,24 sobre 69 en la EIF que incluye actividades domésticas (cuadro 3.3).

Como ya se mencionó, ambas escalas de capacidad funcional son complementarias, en tanto que la segunda considera también la autonomía para la ejecución de tareas del hogar. Ello influye, sin duda, en la inversión de las cifras según el sexo, de manera que la capacidad funcional medida con el IB es mayor entre los hombres mientras que la medida por la EIF lo es entre las mujeres, de acuerdo con el tradicional reparto de roles. No obstante, tanto una como otra medida muestran la clara tendencia a la disminución de la independencia funcional con la edad. En cuanto al

tamaño del hogar de residencia, solo la EIF resulta significativa, de manera que la capacidad funcional es inferior entre las personas mayores que viven en hogares más grandes.

**CUADRO 3.3: Capacidad e independencia funcional según características sociodemográficas de las personas mayores**

	Nivel funcional	
	Índice de Capacidad Funcional de Barthel	Escala de Independencia Funcional (incluye tareas domésticas)
<b>N.º de casos válido</b>	498	465
Media	96,1	65,2
Desviación estándar	9,4	6,7
<b>Sexo</b>	(0,002)	(0,001)
Hombre	<b>97,7</b>	64,1
Mujer	95,0	<b>66,1</b>
<b>Edad (años)</b>	(0,000)	(0,000)
65-74	<b>97,9</b>	<b>66,3</b>
75-84	95,3	64,6
85 y más	91,7	63,0
<b>Clase social</b>	(NS)	(NS)
Baja	94,7	64,5
Media baja	96,1	65,4
Media	98,0	65,6
Media alta / Alta	97,2	66,1
<b>Tamaño del hogar (n.º de personas)</b>	(NS)	(0,027)
1	95,7	<b>66,1</b>
2	96,8	65,2
3 y más	94,6	63,6
<b>Zona de residencia</b>	(NS)	(NS)
Madrid municipio	96,0	65,5
Municipio metropolitano	96,3	64,4
Municipio no metropolitano	97,0	65,5

Test de medias ANOVA: entre paréntesis, *p-value*, NS: *p-value* no significativo. En negrita, valor igual o superior a la situación media.

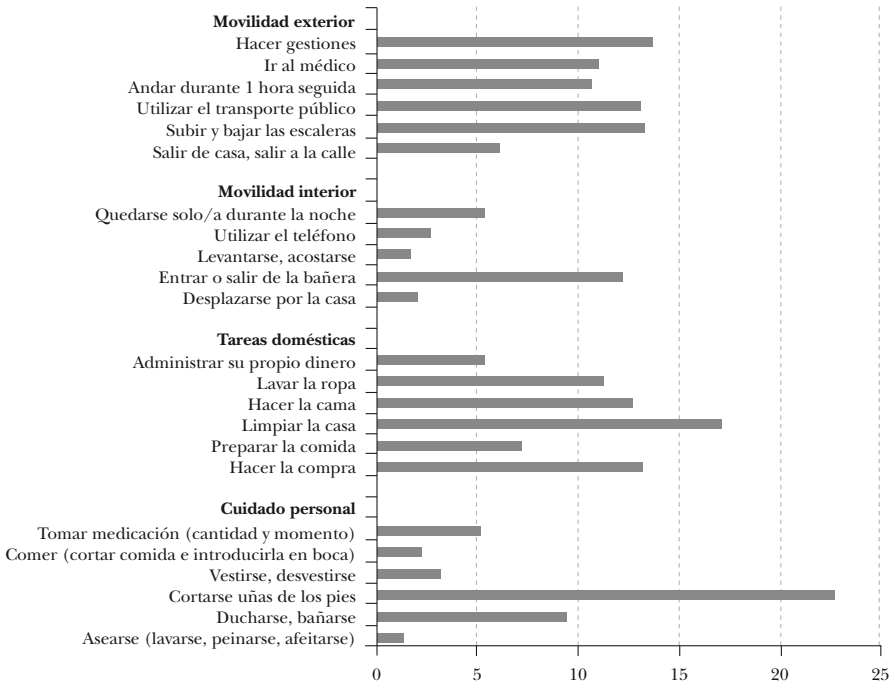
Por lo que respecta a tres de las cinco dimensiones de salud medidas con el instrumento EQ-5D, en su conjunto, menos del 1% de la muestra informó incapacidad para realizar la actividad cuestionada, con una mayor dificultad registrada para hacer actividades cotidianas tales como las tareas domésticas. Tal grado de discapacidad no se registró en relación con la movilidad, aunque cerca del 25% de los entrevistados/as reconoció tener algunos problemas para caminar. Además, menos del 7% de los mayores refirió problemas para realizar actividades relativas a su cuidado personal, como lavarse o vestirse.

En el siguiente gráfico se muestra la proporción de personas mayores que necesitan ayuda para llevar a cabo diferentes tareas, de acuerdo con la EIF (gráfico 3.1). Al igual que lo registrado con el instrumento EQ-5D, la mayor parte de las personas de edad no institucionalizadas son independientes para las actividades relacionadas con su cuidado personal, de manera que los problemas afectan, en su conjunto, a menos del 5% de los mayores, salvo cuando se requiere de un mayor esfuerzo y/o coordinación, como es el caso de tomar una ducha o bañarse (9,4%) o, más aún, cortarse las uñas de los pies, con cerca del 25% de los entrevistados/as que necesitan ayuda para su realización. De entre todas las actividades unitarias consultadas es esta, sin duda, la que suscita más dificultad.

Por el contrario, el grupo de actividades que promueve más necesidad es el relacionado con la movilidad hacia el exterior de la casa, particularmente subir y/o bajar escaleras (13,2%) o utilizar el transporte público (13,0%). Mientras, las actividades que exigen movilidad en el interior de la vivienda no parecen afectar negativamente más que a una pequeña proporción de entrevistados/as, salvo, como se ha mencionado, utilizar la bañera. Poco más del 5% informó necesitar acompañamiento durante la noche.

Otro grupo de tareas que demanda movilidad es el relacionado con actividades cotidianas como las domésticas (limpiar la casa, hacer la compra, hacer la cama, lavar la ropa) y, por tanto, involucran a una mayor proporción de personas en situación de necesitar ayuda.

**GRÁFICO 3.1: Necesidad de ayuda en actividades de la vida diaria, según la EIF**  
(porcentaje)



### 3.3.3. Dolor/molestia

Al contrario que la enfermedad y la discapacidad, el dolor no suele utilizarse como descriptor de la salud de la población sino más bien como indicador de resultados, tal y como se recoge en el instrumento EQ-5D de medida de la CVRS. Respecto de este componente, la población entrevistada se muestra más vulnerable, con una proporción superior al 5% de mayores que refieren padecer mucho dolor y de cerca el 40% informando dolor moderado o malestar.

También este indicador muestra diferencias significativas según características sociodemográficas básicas, como el sexo, la edad o la clase social. Así, refieren más dolor las mujeres (7,5% frente a 2,9% de los hombres), las personas con 75 y más años (8,4% frente a 2,8% de los menores de 75) y, sobre todo, aquellas

que pertenecen a la clase social más baja (10,9% frente al resto de los estatus sociales cuyas proporciones nunca superan el 5%), de acuerdo con lo encontrado en relación con los aspectos de morbilidad y discapacidad comentados previamente. Según otras variables, como el área de residencia o el tamaño del hogar, no se observaron diferencias estadísticas, aunque el hecho de vivir solo o en hogares de mayor tamaño parece respaldar la existencia de proporciones relativamente más elevadas de individuos que refieren dolor.

### **3.3.4. Medidas de valoración subjetiva de la salud: autopercepción y satisfacción**

Las medidas de autovaloración son útiles para situar a los propios individuos que las realizan en el continuo salud-enfermedad en términos de insatisfacción/satisfacción (Spitzer 1996), pero también como indicadores subjetivos de la dimensión salud en los estudios sobre calidad de vida.

Como ya se ha comentado, junto con la aproximación clásica sobre autopercepción de salud, se ha incorporado también otra que hace referencia a la satisfacción con la salud, pues se ha comprobado que ambas cuestiones recogen información diferente y complementaria (Michalos et al. 2000), siendo, desde el enfoque de calidad de vida, una valoración más subjetiva aquella que se hace desde la satisfacción, que suele, además, aportar datos más positivos que los que se reflejan en la autopercepción. Así, y en línea con los indicadores objetivos de morbilidad y discapacidad, las personas mayores no institucionalizadas perciben su salud muy positivamente, de manera que 7 de cada 10 la evalúan como buena y muy buena, mostrando las mejores evaluaciones basadas en términos de satisfacción (bastante y muy satisfecho/a) 16 puntos porcentuales más que las mejores evaluaciones basadas en autopercepción (buena y muy buena salud).

Parece oportuno, entonces, obtener una tipología sintética de ambas informaciones. Y esto es lo que se ha pretendido mediante la clasificación de sujetos a partir de la combinación de niveles de percepción y satisfacción con el estado de salud, utilizando para ello cada una de las medias de las variables, de un lado, mejor y peor salud y, de otro, mayor y menor nivel de satisfacción con la

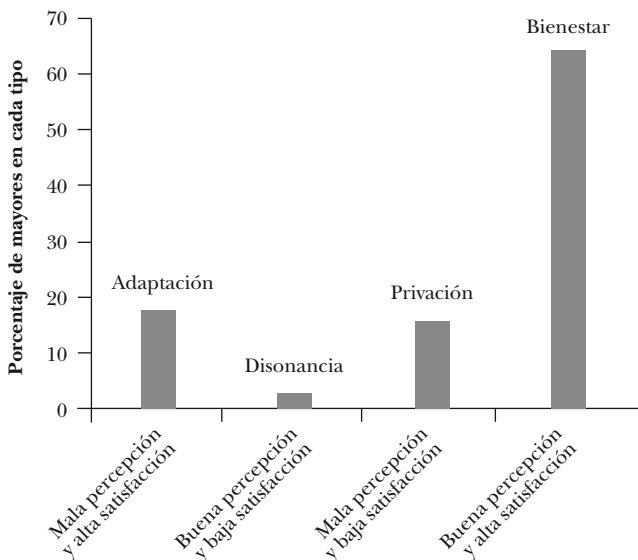
salud. Con este procedimiento se ha podido dibujar una tipología en cuatro grupos de personas de acuerdo con sus evaluaciones:

- *Grupo 1.* Es el más numeroso, y está formado por individuos que valoran su salud positivamente por encima de la media, tanto en percepción como en satisfacción (64,5% de los casos).
- *Grupo 2.* Es el conglomerado contrario, que agrupa a individuos que valoran su salud por debajo de la media, tanto en percepción como en satisfacción, y solo afecta al 14,4% de los casos.
- *Grupo 3.* Es el más pequeño (2,7%), constituido por individuos que perciben su salud positivamente por encima de la media, pero con menor satisfacción que sus congéneres.
- *Grupo 4.* Agrupa al 18,4% de los individuos en un conglomerado caracterizado por autopercepción de la salud por debajo de la media, pero satisfacción por encima de sus semejantes.

Considerando el estado de salud autopercebido como un buen indicador de las condiciones de vida relacionadas con la salud, mientras la satisfacción con la salud consistiría en una valoración subjetiva más precisa de aquellas condiciones de vida, al incluir componentes cognitivos, pero también afectivos (comparaciones con pares, expectativas, etc.), podría realizarse un paralelismo entre esta tipología obtenida y la que desarrolló Zapf a propósito de las posiciones de bienestar y calidad de vida que pueden encontrarse cuando se combinan condiciones objetivas y subjetivas de bienestar (Zapf 1984, 25, tomado de Noll 2002), en este caso relacionado con la salud (gráfico 3.2).

Así, la coincidencia entre alta satisfacción y buenas condiciones en el estado de salud percibido que se encuentra en el grupo 1 denotaría *bienestar*. La combinación, también coincidente, entre malas condiciones en el estado de salud y baja satisfacción que se encuentra en el tipo 2, denotaría *privación*. Las buenas condiciones de salud que se combinan en el grupo 3 con niveles bajos de satisfacción reflejarían *disonancia*. Y, finalmente, unas condiciones pobres de salud, pero asociadas con una satisfacción positiva describirían una situación de *adaptación* (grupo 4).

**GRÁFICO 3.2: Tipología de salud subjetiva: percepción versus satisfacción**



Fuente: Basado en Zapf (1984), tomado de Noll (2002: 47-87).

Este aspecto también muestra diferencias significativas por sexo, edad y clase social, de manera que en el tipo definido como *bienestar*, y caracterizado por buenas condiciones de salud y alta satisfacción, se encuentra más proporción de hombres, de mayores más jóvenes (menos de 75 años) y de personas con estatus sociales medios y altos, mientras el resto de los tipos predominan en las categorías opuestas.

### 3.3.5. Calidad de vida relacionada con la salud

Tal como se comentó, un enfoque de calidad de vida, ya sea global o dominio específico, requiere de la valoración subjetiva de las condiciones objetivas. Así, se incluyen también otras medidas de evaluación subjetiva de la salud procedentes del EQ-5D como instrumento de medida de la CVRS. Una de ellas es el estado de salud hoy registrado sobre una escala visual analógica o

EVA milimetrada en 100 puntos. Los resultados, con una puntuación media de 67,3 (SD = 16,1) y el 90% de las personas mayores situadas por encima del nivel de 50, corroboran la imagen positiva de esta población en cuanto a su salud.

La otra medida subjetiva se refiere al estado de salud hoy comparado con los últimos 12 meses, lo que permite incorporar un cierto efecto temporal. Esta evolución muestra que para 7 de cada 10 mayores su estado de salud no se vio modificado, mientras que algo más del 11% consideró que había mejorado, y casi un 16%, que había empeorado.

A partir de la descripción del estado de salud en las 5 dimensiones que incluye el instrumento EQ-5D (*movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar, ansiedad/depresión*) se han generado los perfiles de salud de la población estudiada y asignado los valores de preferencia o tarifa temporal correspondientes, estandarizados para la población general española por Badía et al. (1999b), que oscilan entre 0,0 (muerte) y 1,0 (estado de salud perfecto).

El valor promedio en la muestra es 0,86 (SD = 0,21), lo que de nuevo confirma un contexto óptimo en lo que atañe a salud y CVRS. De hecho, casi el 50% de los casos obtiene una puntuación de 1,0 o estado de salud perfecto. Sin embargo, tres casos presentan valores inferiores a 0,0, situación que indica una evaluación de su estado de salud «peor que la muerte». Estos tres individuos coinciden en combinar mucho dolor, puntuación entre 10 y 14 en la subescala de depresión HADS-D, discapacidad grave en el IB y/o dependencia total en la EIF.

Estas tres medidas, estado de salud hoy, comparativa de salud en el último año y tarifa temporal, se describen según las características sociodemográficas básicas de la población analizada en el cuadro 3.4. Tal y como puede apreciarse, entre los hombres se observan valores más positivos que entre las mujeres, incluso en cuanto a la comparativa anual de su salud, aunque en este último supuesto los resultados no muestran significación estadística. Por lo que se refiere a la edad, las mejores valoraciones se registran entre los mayores más jóvenes, con cerca de un tercio de quienes tienen 84 y más años que consideran que su salud había empeorado en los últimos 12 meses.



CUADRO 3.4: Salud hoy, salud comparativa y CVRS, según características sociodemográficas y residenciales

Variables	Categorías	Su estado de salud hoy (Media) (**)			Comparativa de salud respecto a los últimos doce meses (%) (**)			Tarifa temporal (Media) (*)
		(*)	Mejor	Igual	Peor	(*)		
N.º de casos válido (N en cada una de las 3 variables)	Porcentaje	497	57	361	79	476	0,9	
		67,3	11,5	72,6	15,9			
Sexo	Hombre (N = 204-204-195)	69,6	14,7	72,5	12,7	0,9	(0,003)	
	Mujer (N = 293-293-281)	65,7	9,2	72,7	18,1	0,8		
Edad (años)	65-74 (N = 246-246-233)	71,8	14,6	76,8	8,5	0,9	(0,000)	
	75-84 (N = 178-178-170)	64,0	9,6	70,2	20,2	0,8		
	85 y más (N = 73-73-73)	60,2	5,5	64,4	30,1	0,8		
		(0,000)		(0,010)				
Clase social	Baja (N = 139-138-129)	62,6	8,0	68,1	23,9	0,8	(0,000)	
	Media baja (N = 235-235-229)	68,5	10,6	77,9	11,5	0,9		
	Media (N = 83-83-80)	70,0	14,5	68,7	16,9	0,9		
	Media alta / Alta (N = 41-41-38)	70,9	22,0	65,9	12,2	0,9		
Tamaño del hogar (n.º de personas)		(NS)		(NS)		(NS)	(NS)	
	1 (N = 160-160-155)	65,6	16,3	68,1	15,6	0,9		
	2 (N = 257-257-245)	68,0	7,8	75,9	16,3	0,9		
	3 y más (N = 80-80-76)	68,3	13,8	71,3	15,0	0,8		
Zona de residencia		(NS)		(NS)		(NS)	(NS)	
	Madrid municipio (N = 341-341-324)	67,8	10,0	71,8	18,2	0,9		
	Municipio metropolitano (N = 128-128-125)	65,5	15,6	75,0	9,4	0,8		
	Municipio no metropolitano (N = 28-28-27)	69,1	10,7	71,4	17,9	0,8		

(\*) Test ANOVA; (\*\*) Test de la  $\chi^2$ ; entre paréntesis, *p-value*; NS: *p-value* no significativo. En negrita, valor igual o superior a la situación media.

Finalmente, la clase social promueve una tendencia significativa a encontrar mejores autoevaluaciones entre los individuos pertenecientes a las clases medias y altas, con una mayor propensión a percibir deterioro de la salud en el último año por aquellas personas pertenecientes a los estatus sociales bajos.

### **3.3.6. Diferencias sociodemográficas en el nivel de competencia relacionado con la salud y el funcionamiento**

La numerosa y variada información sobre condiciones de salud obtenida de la población entrevistada ha sido tratada mediante análisis multivariante, a fin de obtener una tipología del nivel de competencia relacionado con la salud y el funcionamiento, que permitiera considerar de forma sintética esta información (véase anexo 3.2)<sup>3</sup>. El resultado obtenido muestra una distribución de la población mayor en 4 tipos:

1. El más numeroso contiene al 45% de los mayores caracterizados por disfrutar de una buena salud, tanto objetiva (menor número de enfermedades, bajo índice de comorbilidad, estados de salud buenos, baja puntuación en la subescala HADS-D) como subjetiva (percepción y comparativa de la salud).
2. En contraposición, el colectivo más pequeño agrupa menos del 6% de los casos; estos con una baja capacidad funcional o extrema dependencia, acompañada de malas condiciones de salud, tanto objetivas (morbilidad) como subjetivas (percepción y comparativa), y de depresión.
3. Otro tipo, con el 23% de las personas de edad, se caracteriza por una mala comparativa y percepción de salud asociadas con una alta prevalencia de depresión, pero con un relativo nivel de independencia funcional.
4. Finalmente, más del 26% de los individuos se definen por tener malos estados de salud y condiciones objetivas, pero buena salud percibida y comparativa, estas últimas asociadas con baja prevalencia de depresión.

En el cuadro 3.5 puede verse esta distribución por tipos de niveles de competencia según salud y funcionamiento, de acuerdo con las características sociodemográficas básicas de la población analizada.

---

<sup>3</sup> Puede verse en [www.fbbva.es/TLFU/tlfu/esp/publicaciones/libros/fichalibro/index.jsp?codigo=603](http://www.fbbva.es/TLFU/tlfu/esp/publicaciones/libros/fichalibro/index.jsp?codigo=603)

CUADRO 3.5: Nivel de competencia relacionado con la salud y el funcionamiento

Variables	Categorías	Tipología de mayores según el nivel de competencia relacionado con la salud y el funcionamiento				Total
		Grupo 1 Salud objetiva y subjetiva buena, baja prevalencia de depresión	Grupo 2 Dependencia funcional extrema, salud objetiva y subjetiva mala, alta prevalencia de depresión	Grupo 3 Salud subjetiva mala, alta prevalencia de depresión, funcionamiento relativo	Grupo 4 Salud objetiva mala, salud subjetiva buena, baja prevalencia de depresión	
N.º de casos válido	Porcentaje	198,0 45,0	26,0 5,9	100,0 22,7	116,0 26,4	440 100
	Sexo			(NS)		
	Hombre	48,4	2,7	22,5	26,4	182
	Mujer	42,6	8,1	22,9	26,4	258
Edad (años)				(0,000)		
	65-74	55,7	0,9	15,8	27,6	221
	75-84	37,7	7,1	30,5	24,7	154
	85 y más	26,2	20,0	27,7	26,2	65
Clase social				(0,000)		
	Baja	29,6	7,8	38,3	24,3	115
	Media baja	50,9	6,1	16,8	26,2	214
	Media	53,4	1,4	17,8	27,4	73
	Media alta / Alta	42,1	7,9	18,4	31,6	38
Tamaño del hogar (n.º de personas)				(NS)		
	1	39,6	6,7	24,8	28,9	149
	2	48,4	4,9	20,6	26,0	223
	3 y más	45,6	7,4	25,0	22,1	68
Zona de residencia				(NS)		
	Madrid municipio	48,8	5,7	22,4	23,1	299
	Municipio metropolitano	38,3	6,1	22,6	33,0	115
	Municipio no metropolitano	30,8	7,7	26,9	34,6	26

Test de la  $\chi^2$ : entre paréntesis, *p-value*; NS: *p-value* no significativo. En negrita, valor igual o superior a la situación media.

Nuevamente destacan la edad y la clase social con resultados significativos en términos estadísticos. Así, 8 de cada 10 personas mayores con menos de 75 años se encuentran clasificadas en los grupos caracterizados por baja prevalencia de depresión acompañada de salud subjetiva buena; aunque, de estas, hasta un tercio padecería condiciones de salud objetiva mala. En contraposición, 2 de cada 10 mayores con 85 y más años estaría afectado por dependencia funcional extrema asociada con condiciones objetivas y subjetivas de mala salud y alta prevalencia de depresión. En el mismo sentido, más de un 30% de las personas con edades comprendidas entre los 75 y los 84 años pertenecen al grupo definido por una salud subjetiva mala, elevada prevalencia de depresión, y unas condiciones vulnerables de funcionamiento.

Por lo que respecta a la clase social, se observa mayor proporción de personas con estatus sociales altos en el grupo descrito por condiciones objetivas pobres de salud, pero que refieren una buena percepción y baja prevalencia de depresión. Ambos aspectos podrían tener relación con el papel del género del entrevistado/a que muestra diferencias destacables, aunque sin significación estadística, en cuanto a reflejar una mayor proporción de mujeres en el grupo de condiciones extremas de dependencia funcional, malas condiciones de salud objetiva y subjetiva y prevalencia de depresión, mientras los hombres estarían relativamente más representados en el numeroso grupo de quienes tienen una mejor situación general de salud.

### **3.4. La promoción y el autocuidado de la salud de los mayores**

Como ya se ha referido, la promoción de la salud y el autocuidado se ha medido a través de la triada clásica de hábitos de consumo de tabaco y alcohol, dieta alimenticia y realización de ejercicio físico, además de valorar la satisfacción con la cantidad y la calidad del sueño y el descanso, y la satisfacción con la memoria o la capacidad para recordar y con la capacidad para escuchar y mantener una conversación, así como mediante la medida indirecta de la actividad mental a través de la práctica de lectura y la realización de otras actividades de índole cultural.

### **3.4.1. Hábitos de consumos tóxicos, dieta y sueño**

A la vista de los resultados de la encuesta, la población mayor parece tener unos hábitos de consumo bastante saludables, con casi 8 de cada 10 mayores no habiendo fumado. Sin embargo, un cualitativamente destacado 7% continúa fumando, diaria u ocasionalmente.

En el mismo sentido, más de la mitad de las personas de edad informan no haber consumido nunca bebidas pertenecientes a tipologías de alcohol consideradas de baja graduación (vino, cerveza o sidra), mientras cerca de una cuarta parte las consume de forma esporádica (ocasional o mensualmente) y otra cuarta parte de forma regular (a diario o semanalmente). En contraposición, casi 9 de cada 10 personas mayores jamás han consumido bebidas de alta graduación alcohólica, y apenas un 1% las consumen a diario o semanalmente.

En lo que respecta a la dieta, más de la mitad de los mayores no institucionalizados realizan prácticas dietéticas controladas habitualmente, limitando el consumo de grasas o de sal o evitando el azúcar, y, sobre todo, llevando una dieta variada. El nivel de satisfacción con este componente de calidad de vida es particularmente alto, con cifras superiores al 95% de satisfacción con la variedad y la cantidad de los alimentos ingeridos.

Sin embargo, entre las enfermedades y problemas autorreferidos, más de un 8% de los mayores informaba padecer problemas de insomnio. Pero, además, un apreciable 21% refieren alguna insatisfacción con sus horas de sueño y la calidad del descanso que les reportan.

### **3.4.2. Actividad física y mental, y capacidades cognitivas**

Aunque el ocio y las actividades que se realizan en el tiempo libre son en sí mismos elementos destacados en la calidad de vida de las personas, y particularmente los mayores realizan muchas y muy diversas actividades de ocio (como se verá en el capítulo 6, dedicado a esta dimensión), hay que subrayar que una buena parte (62%) de esta población nunca lleva a cabo actividades físicas o deportivas.

Otras actividades que no requieren esfuerzo físico, pero promueven la actividad mental y su mantenimiento, tampoco suelen ser practicadas habitualmente por las personas pertenecientes a este grupo demográfico, como es el caso de ir al cine, al teatro o a exposiciones, realizar actividades creativas o utilizar nuevas tecnologías como internet. No obstante, entre estas actividades de índole cultural que activan mentalmente al individuo hay dos que parecen tener un peso cuantitativo más alto, como son escuchar música, que involucra a 1 de cada 5 mayores en su práctica habitual, y, sobre todo, leer, con más de la mitad de las personas de edad refiriéndola como una actividad frecuente.

En relación con ello puede interpretarse la elevada satisfacción de la población mayor con sus capacidades cognitivas vinculadas con las habilidades para mantener una conversación y con su memoria, aunque cerca de un 9% de los entrevistados/as declararon alguna insatisfacción.

### **3.4.3. Hábitos o comportamientos saludables**

De nuevo con una finalidad sintética, de obtención de una tipología de mayores según sus comportamientos relacionados con la salud, se llevó a cabo un análisis multivariante sobre las variables que conforman esta subdimensión: consumo de tabaco y alcohol, dieta alimenticia y realización de ejercicio físico, satisfacción con la cantidad y la calidad del sueño y el descanso disfrutado, actividad mental realizada mediante la práctica de la lectura, y satisfacción con la memoria y la capacidad para recordar y con la capacidad para escuchar y mantener una conversación (véase anexo 3.3).<sup>4</sup>

Se consiguió así una clasificación en 5 tipos de personas mayores:

1. El más numeroso está formado por cerca de un tercio de entrevistados/as, los más satisfechos con su memoria y su capacidad para mantener una conversación, así como bastante satisfechos con sus hábitos alimenticios y la cantidad y calidad de su sueño.

---

<sup>4</sup> Puede verse en [www.fbbva.es/TLFU/tlfu/esp/publicaciones/libros/fichalibro/index.jsp?codigo=603](http://www.fbbva.es/TLFU/tlfu/esp/publicaciones/libros/fichalibro/index.jsp?codigo=603)

2. Otro gran grupo acoge casi al 27% de los individuos, quienes mantienen los hábitos alimenticios más saludables, incluyendo bajo consumo de alcohol y tabaco, pero que muestran baja satisfacción tanto con su dieta alimenticia como con la cantidad y calidad del descanso que obtienen.
3. El tercer tipo agrupa el 18% de la población mayor, aquella que refiere la menor satisfacción con sus capacidades cognitivas de memoria y atención, pero, en cambio, elevada satisfacción con sus hábitos alimenticios y la cantidad y calidad de su sueño, y, además, muy activa física y mentalmente.
4. Un cuarto grupo está formado por el 17% de los individuos, aquellos caracterizados por los hábitos alimenticios menos saludables y, además, por una escasa satisfacción con esos hábitos y con la cantidad y calidad de su sueño.
5. Finalmente, el último tipo concentra al 8% restante que mantiene unos hábitos completamente insalubres, tanto por el mayor consumo de alcohol y tabaco como por el menor mantenimiento de actividad física y mental.

Lo primero a subrayar es el papel que juega el género en las diferencias observadas en esta tipología (cuadro 3.6). Así, predominan los hombres en los grupos definidos por comportamientos poco saludables, en dieta, consumo de tabaco y alcohol e inactividad física y mental, pero también en el más numeroso, caracterizado por la satisfacción de los sujetos con su capacidad cognitiva, su dieta y su sueño. En contraposición, prevalecen las mujeres en los tipos destacados por hábitos saludables pero asociados con una baja satisfacción.

En esta ocasión, la edad no propicia diferencias estadísticas en la distribución de los casos según sus comportamientos relacionados con la salud. Sin embargo, puede mencionarse que los viejos-jóvenes parecen predominar, de un lado, en el grupo de mayor satisfacción y, de otro, en el caracterizado por hábitos no saludables; mientras que las edades más avanzadas destacarían en los tipos de baja satisfacción con la dieta y el sueño, ya sea con cumplimiento o no de régimen alimenticio saludable.

**CUADRO 3.6: Promoción y autocuidado de la salud según características sociodemográficas de la población mayor**

Variables	Tipología de mayores según sus hábitos relacionados con la salud					Total
	Grupo 1: Satisfacción muy elevada con capacidades cognitivas, y alta con dieta y sueño (hábitos alimenticios saludables)	Grupo 2: Dieta saludable y bajo consumo tabaco y alcohol, pero satisfacción muy baja con dieta y sueño	Grupo 3: Satisfacción muy baja con capacidades cognitivas, satisfacción alta con dieta y sueño, y la mayor actividad física y mental (hábitos saludables alcohol/ tabaco)	Grupo 4: Dieta muy poco saludable, y baja satisfacción con dieta y sueño	Grupo 5: Hábitos muy poco saludables: consumo de tabaco y alcohol e inactividad física y mental (baja satisfacción con dieta y sueño)	
<b>N.º de casos válido</b>	144,0	123,0	82,0	78,0	36,0	463
Porcentaje	31,1	26,6	17,7	16,8	7,8	100
<b>Sexo</b>			(0,000)			
Hombre	32,1	21,1	15,3	17,4	14,2	190
Mujer	30,4	30,4	19,4	16,5	3,3	273
<b>Edad (años)</b>			(NS)			
65-74	32,8	24,9	17,0	15,7	9,6	229
75-84	31,3	25,8	19,6	17,2	6,1	163
85 y más	25,4	33,8	15,5	19,7	5,6	71
<b>Clase social</b>			(0,000)			
Baja	12,4	33,9	24,0	21,5	8,3	121
Media baja	36,3	22,9	17,5	17,0	6,3	223
Media	45,7	22,2	11,1	12,3	8,6	81
Media alta / Alta	28,9	34,2	13,2	10,5	13,2	38
<b>Tamaño del hogar (n.º de personas)</b>			(NS)			
1	31,8	26,4	17,6	18,2	6,1	148
2	29,6	28,8	16,3	17,5	7,9	240
3 y más	34,7	20,0	22,7	12,0	10,7	75
<b>Zona de residencia</b>			(NS)			
Madrid municipio	34,1	25,4	16,1	16,4	8,0	323
Municipio metropolitano	27,0	26,1	21,7	16,5	8,7	115
Municipio no metropolitano	12,0	44,0	20,0	24,0	0,0	25

Test de la  $\chi^2$ : entre paréntesis, *p-value*; NS: *p-value* no significativo. En negrita, valor igual o superior a la situación media.



Asimismo, las personas mayores con edades intermedias dominan en la tipología de elevada actividad física y mental y, quizás como correlato, de satisfacción muy baja con las capacidades cognitivas, como posible valoración de la pérdida derivada del envejecimiento y aún no asumida.

Por lo que se refiere a la clase social, los mayores pertenecientes al estatus más bajo prevalecen en los grupos caracterizados por baja satisfacción, ya sea asociada con comportamientos saludables o no saludables. Mientras que los sujetos en clases sociales medias y altas se localizan más probablemente en el grupo de satisfacción alta, aunque también en el de hábitos muy poco saludables en los distintos aspectos descritos.

No se observan diferencias estadísticas tanto por tamaño del hogar como por zona de residencia, aunque puede destacarse la mayor presencia relativa de personas que viven solas en el grupo definido por dieta muy poco saludable y baja satisfacción alimenticia y con el sueño, así como el predominio de personas residentes en el municipio de Madrid en el grupo de satisfacción más elevada con capacidades cognitivas, con dieta y con sueño, y de mayores residentes en municipios del área metropolitana en el tipo definido por el de mayor actividad física y mental.

### **3.5. Los servicios sanitarios: utilización, satisfacción y accesibilidad percibida**

Tras las *pensiones* (25% de las respuestas), la encuesta CadeViMa señala que la *sanidad* (24% de las respuestas) es la segunda área más mencionada por las personas mayores sobre las que, en su opinión, la sociedad debería realizar más esfuerzo, invirtiendo más dinero, y ello puede ser considerado como una condición de contexto para el cuidado y la mejora de la salud de esta población.

En el cuadro 3.7 se puede observar la proporción de mayores que utilizan cada uno de los servicios sanitarios cuestionados según frecuencia temporal. Las pautas de frecuentación muestran que la vigilancia primaria, como la que proveen los médicos de cabecera, es la más utilizada y en periodos de tiempo más cor-

tos; así, más de 9 de cada 10 personas mayores acudieron al médico de cabecera en el último año, y un 7% fueron 1 o 2 veces por semana. En este contexto de atención o cuidados más básicos, la enfermería debería presentar una distribución similar de contacto; sin embargo, más de un tercio de los mayores no visitó a su enfermera en el último año.

**CUADRO 3.7: Utilización de servicios sanitarios**

(porcentaje)

Frecuencia de utilización	Tipo de servicio sanitario					
	Médico de cabecera	Enfermería	Médico especialista	Dentista	Urgencias	Hospitalización
N.º de casos válido	498	489	488	482	474	475
Nunca / No en el último año	4,2	34,7	25,2	<b>61,9</b>	<b>82,7</b>	<b>87,5</b>
1-2 veces al año	17,3	19,2	<b>44,5</b>	<b>33,8</b>	13,9	9,3
Cada 2 o 3 meses	<b>34,7</b>	<b>25,2</b>	<b>20,5</b>	3,9	1,9	1,1
1-2 veces al mes	<b>37,2</b>	<b>17,2</b>	<b>9,4</b>	0,4	1,1	1,9
1-2 veces a la semana	6,6	3,7	0,4	0,0	0,4	0,2

En un nivel secundario de la atención sanitaria, esto es, cuando se requiere una mayor especialización, se aprecian también proporciones elevadas de usuarios, con 3 cada 4 personas de edad que han acudido al especialista en el último año, y la mayoría de ellas cada 6 meses.

Entre la atención sanitaria especializada, la que provee el médico dentista presenta una pauta de frecuentación bien distinta, debido sin duda a su oferta-cobertura mayoritariamente privada. Así, menos de 4 de cada 10 personas con más de 64 años han visitado a este especialista en el último año, y con una periodicidad anual. Finalmente, con pautas de frecuentación similares se encuentran los servicios de urgencias y la hospitalización: un 17% de los mayores acudieron a urgencias en el último año, y un 12% debieron ser hospitalizados.

Con estos servicios, la mayoría de los usuarios de edad manifiestan un alto grado de satisfacción, con cifras que oscilan entre cerca del 75% de quienes dicen estar muy y bastante satisfechos/as con los servicios de urgencias utilizados, hasta más del 95% de alta y muy alta satisfacción con la atención médica primaria. De hecho, médico de cabecera y enfermería recaban la proporción más elevada de muy satisfechos/as, seguidos de la medicina especializada. Mientras que una cuarta parte de quienes acudieron a servicios urgentes muestran insatisfacción. En un término medio en cuanto a proporción de usuarios insatisfechos se encuentran aquellos que fueron hospitalizados (16% de insatisfacción) o usaron servicios odontológicos (15%).

Sin duda, además de la atención sanitaria recibida, en los niveles de satisfacción influye la accesibilidad percibida por los usuarios a los servicios sanitarios de escala barrio o distrito. Entre estos servicios, los de atención primaria de salud (centros de salud, consultorios y médico de cabecera) son considerados como los más accesibles, al informar un 94% de las personas de edad de que se encuentran cerca o muy cerca de su domicilio. Aunque también con alta tasa de accesibilidad, otros establecimientos sanitarios de segundo nivel, como los centros de especialidades o ambulatorios, estarían bastante o muy accesibles solo para el 81% de los mayores. En una escala intermedia de accesibilidad se encontrarían servicios sociosanitarios —como los centros de día—, y socioculturales —como los clubes— (86% refieren su proximidad), y otros centros de servicios sociales (83%).

Sobre la base de los resultados previos, se han elaborado mediante análisis multivariante (véase anexo 3.4)<sup>5</sup> dos tipologías, una de ellas sobre la forma en que se asocia la utilización de los diferentes servicios sanitarios, y otra sobre la asociación que se establece entre el uso de servicios y la satisfacción con los utilizados.

La primera de ellas clasifica a la población mayor en 5 grupos o tipos de comportamiento según su uso sanitario:

1. El tipo 1, que reúne a menos del 2% de los casos, que utilizan por encima de la media todos los servicios sanitarios, especialmente los servicios de urgencia y la hospitalización,

---

<sup>5</sup> Puede verse en [www.fbbva.es/TLFU/tlfu/esp/publicaciones/libros/fichalibro/index.jsp?codigo=603](http://www.fbbva.es/TLFU/tlfu/esp/publicaciones/libros/fichalibro/index.jsp?codigo=603)

con excepción de la consulta al dentista que se encuentra por debajo de la media.

2. El tipo 2, que agrupa al 26% de las personas mayores, aquellas que solo utilizan por encima de la media los servicios de atención primaria y especialidades.
3. Otro grupo pequeño, también con menos del 2% de los casos, está formado por quienes utilizan por encima de la media los servicios de urgencia y la hospitalización, pero también las consultas al dentista.
4. El tipo más amplio (39% de las personas) es el que agrupa a quienes utilizan por debajo de la media todos los servicios sanitarios considerados.
5. Finalmente, un grupo también bastante grande es el que acoge al 31% de los individuos, aquellos que solo utilizan por encima de la media las consultas al dentista.

El cuadro 3.8 muestra esta tipología de utilización de servicios de salud según las características sociodemográficas de la población analizada.

En primer lugar, aunque no se registran diferencias estadísticas por género, puede decirse que las mujeres predominan como usuarias de las consultas al dentista, que podrían actuar a modo de servicios con un cierto carácter preventivo, al no ser cubiertos en su mayoría por el sistema de cobertura pública.

En cambio, la edad provee de significación estadística a las diferencias en los comportamientos de utilización, puesto que se observa que los más jóvenes prevalecen entre quienes menos utilizan los servicios sanitarios, con excepción de nuevo de las consultas al dentista, posiblemente en la misma línea de uso preventivo; mientras que los de edades más avanzadas destacan, de forma clara, como usuarios de servicios de atención primaria y especialidades y, relativamente también, de los servicios de urgencias.

Por lo que se refiere a la clase social, se detectan dos comportamientos generales y opuestos en el uso de servicios. De un lado, el de aquellas personas mayores que pertenecen a estatus social bajo, que imperan en los tipos caracterizados por utilización sanitaria sobre la media. Y, de otro, quienes se encuentran en niveles sociales altos, más representados en la tipología caracterizada por la consulta al dentista.

**CUADRO 3.8: Uso de servicios sanitarios y características sociodemográficas y residenciales de la población analizada**  
(porcentaje)

Variables	Categorías	Tipología de mayores según su utilización de servicios sanitarios					Total
		Grupo 1: Utilización de todos los servicios sobre la media, excepto la consulta al dentista	Grupo 2: Utilización de servicios de atención primaria y especialidades sobre la media	Grupo 3: Uso de urgencias y consulta al dentista sobre la media	Grupo 4: Utilización de todos los servicios por debajo de la media	Grupo 5: Consulta al dentista sobre la media	
<b>N.º de casos válido</b>		8,0	123,0	9,0	181,0	145,0	466
	Porcentaje	1,7	26,4	1,9	38,8	31,1	100
<b>Sexo</b>	Hombre	2,1	27,5	1,6	40,7	28,0	189
	Mujer	1,4	25,6	2,2	37,5	33,2	277
<b>Edad (años)</b>	65-74	0,4	20,6	<b>2,1</b>	<b>39,5</b>	<b>37,3</b>	233
	75-84	<b>3,6</b>	<b>31,1</b>	1,2	<b>39,5</b>	24,6	167
	85 y más	1,5	<b>34,8</b>	<b>3,0</b>	34,8	25,8	66
				(0,015)			
<b>Clase social</b>	Baja	<b>2,4</b>	<b>34,1</b>	<b>2,4</b>	31,0	30,2	126
	Media baja	1,4	24,0	1,4	<b>44,3</b>	29,0	221
	Media	<b>2,5</b>	25,9	<b>2,5</b>	<b>43,2</b>	25,9	81
	Media alta / Alta	0,0	15,8	<b>2,6</b>	23,7	<b>57,9</b>	38
			(0,025)				
<b>Tamaño del hogar (n.º de personas)</b>	1	2,0	24,8	2,7	40,9	29,5	149
	2	0,4	28,9	1,6	39,0	30,1	246
	3 y más	5,6	21,1	1,4	33,8	38,0	71
			(NS)				
<b>Zona de residencia</b>	Madrid municipio	1,3	24,8	1,3	42,7	29,9	314
	Municipio metropolitano	3,2	26,6	3,2	33,1	33,9	124
	Municipio no metropolitano	0,0	42,9	3,6	21,4	32,1	28
				(NS)			

Test de la  $\chi^2$ : entre paréntesis, *p-value*; NS: *p-value* no significativo. En negrita, valor igual o superior a la situación media.

Como comportamiento promedio, podría interpretarse la situación de los estatus sociales medios, con predominio en el tipo definido por una menor utilización de servicios de salud.

Ni el tamaño del hogar ni la zona de residencia proporcionan diferencias estadísticas en la tipología del comportamiento de utilización de servicios sanitarios. Sin embargo, pueden describirse una serie de tendencias, tal que las personas que viven solas predominan en el grupo de quienes utilizan todos los servicios por debajo del promedio, mientras que quienes residen en hogares más grandes se encuentran más representados en el grupo definido por la consulta al dentista. En cuanto a la zona de residencia, los residentes en el municipio de Madrid solo dominan en el tipo caracterizado por una utilización por debajo del promedio de todos los servicios sanitarios considerados.

La tipología obtenida a partir de la asociación entre utilización de servicios sanitarios y satisfacción hacia los mismos también muestra una clasificación en 5 grupos o conglomerados:

1. Un primer tipo, que agrupa a poco más del 5% de la población estudiada, aquella que hace uso del dentista por encima de la media pero, sin embargo, está muy poco satisfecha con ese servicio.
2. El grupo más pequeño, con poco más del 2% de los casos, acoge a aquellos individuos con una elevada utilización de servicios de urgencia y hospitalización y que están muy satisfechos con estos servicios.
3. El tipo 3, conglomerado bastante amplio puesto que agrupa a casi el 30% de los sujetos, se caracteriza por un uso elevado de la consulta al dentista y una moderadamente alta satisfacción con ese servicio.
4. Otro grupo pequeño, con algo más del 3% de los casos, reúne personas mayores que utilizan por encima de la media los servicios de urgencia y hospitalización pero que declaran una muy baja satisfacción hacia esos servicios.

5. Finalmente, el último conglomerado es el más grande, pues está formado por casi el 60% de los casos, individuos donde los seis factores de utilización y satisfacción se encuentran en torno a la media.

En el cuadro 3.9 puede verse la tipología de utilización y satisfacción, según las características sociodemográficas de la población analizada.

En primer lugar, hay que destacar de nuevo que el género no provee de diferencias estadísticas en la distribución, pero, no obstante, parece confirmarse la mayor prevalencia de mujeres en los *clusters* que contienen una mayor utilización de consultas al dentista, y que muestran asimismo su mayor satisfacción con este servicio.

Por edad, en cambio, sí que las diferencias en los comportamientos son estadísticamente significativas, por lo que se corrobora que los más jóvenes prevalecen entre quienes más utilizan las consultas al dentista, y expresan una moderadamente alta satisfacción; en contraposición, los más mayores predominan en el tipo definido por un comportamiento promedio, tanto en utilización de servicios como satisfacción hacia ellos, aunque destacan relativamente como usuarios de servicios de urgencia y hospitalización, ya sea con alta o baja satisfacción.

Asimismo, la clase social también motiva diferencias estadísticas significativas, y se detectan, de nuevo, dos comportamientos generales y opuestos. De un lado, el de quienes pertenecen a estatus sociales más bajos, que sobresalen en el tipo definido por una mayor frecuencia de consultas al dentista asociada con una muy baja satisfacción, así como en el caracterizado por una mayor utilización de urgencias y hospitalización asociada a una muy alta satisfacción con estos servicios. Los estatus sociales más altos destacan también como usuarios de consulta al dentista pero, en cambio, con una moderadamente alta satisfacción con este servicio; además, son los menos representados en utilización general de servicios sanitarios y baja satisfacción con los mismos. En contrapartida, un comportamiento promedio en utilización y satisfacción se asocia con las clases sociales medias.

Tampoco en esta ocasión el tamaño del hogar o la zona de residencia ofrecen diferencias estadísticas en la tipología de comportamiento asociado entre utilización y satisfacción.

**CUADRO 3.9: Tipología de utilización y satisfacción de servicios sanitarios según características sociodemográficas y residenciales**  
**Tipología de mayores según su pauta de utilización de servicios sanitarios**  
**y su satisfacción con los mismos**

Variables	Categorías	Tipología de mayores según su pauta de utilización de servicios sanitarios y su satisfacción con los mismos					Total
		Grupo 1: Más uso dentista, y muy baja satisfacción	Grupo 2: Más uso urgencias y hospitalización, y muy alta satisfacción	Grupo 3: Más uso dentista, y moderada alta satisfacción	Grupo 4: Más uso urgencias y hospitalización, y baja satisfacción	Grupo 5: Comportamiento promedio, tanto en utilización como en satisfacción	
<b>N.º de casos válido</b>	Porcentaje	23,0	10,0	133,0	15,0	270,0	451
		5,1	2,2	29,5	3,3	59,9	100
<b>Sexo</b>	Hombre	5,4	1,1	28,6	3,2	61,6	185
	Mujer	4,9	3,0	30,1	3,4	58,6	266
<b>Edad (años)</b>	65-74	<b>5,3</b>	0,0	<b>35,4</b>	3,1	56,2	226
	75-84	4,9	<b>3,7</b>	25,2	<b>4,3</b>	<b>62,0</b>	163
	85 y más	4,8	<b>6,5</b>	19,4	1,6	<b>67,7</b>	62
<b>Clase social</b>	Baja	<b>6,7</b>	<b>5,8</b>	27,5	3,3	56,7	120
	Media baja	<b>5,1</b>	<b>1,4</b>	26,6	2,8	<b>64,0</b>	214
	Media	3,8	0,0	26,6	<b>5,1</b>	<b>64,6</b>	79
	Media alta / Alta	2,6	0,0	<b>57,9</b>	2,6	36,8	38
<b>Tamaño del hogar (n.º personas)</b>	1	4,2	0,0	31,9	2,8	61,1	144
	2	5,0	2,9	27,4	3,7	61,0	241
	3 y más	7,6	4,5	31,8	3,0	53,0	66
<b>Zona de residencia</b>	Madrid municipio	4,3	2,6	26,7	4,0	62,4	303
	Municipio metropolitano	8,3	1,7	34,7	2,5	52,9	121
	Municipio no metropolitano	8,3	1,7	34,7	2,5	52,9	27

Test de la  $\chi^2$ : entre paréntesis, *p-value*; NS: *p-value* no significativo. En negrita, valor igual o superior a la situación media.



Sin embargo, pueden describirse asimismo tendencias generales que confirman las observadas más atrás. Y así, las personas que viven solas predominan en el grupo de quienes tienen un comportamiento promedio, en cuanto a uso y satisfacción, o también, relativamente, entre los usuarios de consultas al dentista con las que expresan bastante satisfacción. Otro aspecto observado es que aquellos mayores que residen en hogares de dos personas no destacan entre usuarios frecuentes. Y asimismo se advierte que quienes viven en hogares más grandes hacen más uso de la consulta al dentista que les provee de una moderadamente alta satisfacción.

Por lo que se refiere al tamaño del hábitat de residencia, se repite la tendencia a que los residentes en el municipio de Madrid no predominan en ningún grupo definido por una conducta de usuario sobre promedio, y ello ligado a una satisfacción media; mientras que los residentes en otros municipios usarían más destacadamente las consultas al dentista, ya fuera con muy baja satisfacción o moderadamente alta.

### **3.6. Necesidad de ayuda, servicios formales y apoyo informal**

En línea con las relativamente buenas condiciones de salud descritas para las personas de edad que no están institucionalizadas, la mayoría disfruta de una alta capacidad funcional, tal y como se detalló, con apenas entre un 5%-7%, que informan de alguna dependencia para las actividades de cuidado personal, y con un buen funcionamiento general para las actividades que requieren de movilidad en el interior de la vivienda, con la salvedad de entrar y salir de la bañera, que precisa de una coordinación de movimientos más compleja. Sin embargo, cerca del 25% refiere sufrir algunos problemas para caminar, lo que influye sobre todo en el grupo de actividades relacionado con la movilidad hacia el exterior de la casa y, particularmente, con la necesidad de subir y bajar escaleras o utilizar el transporte público. También otras actividades cotidianas, como las labores domésticas, registran relativamente altas proporciones de perso-

nas en situación de demanda de apoyo, pues entre el 11% y el 17% de los entrevistados/as informaron de que necesitaban ayuda para lavar la ropa, hacer la cama, hacer la compra o limpiar la casa.

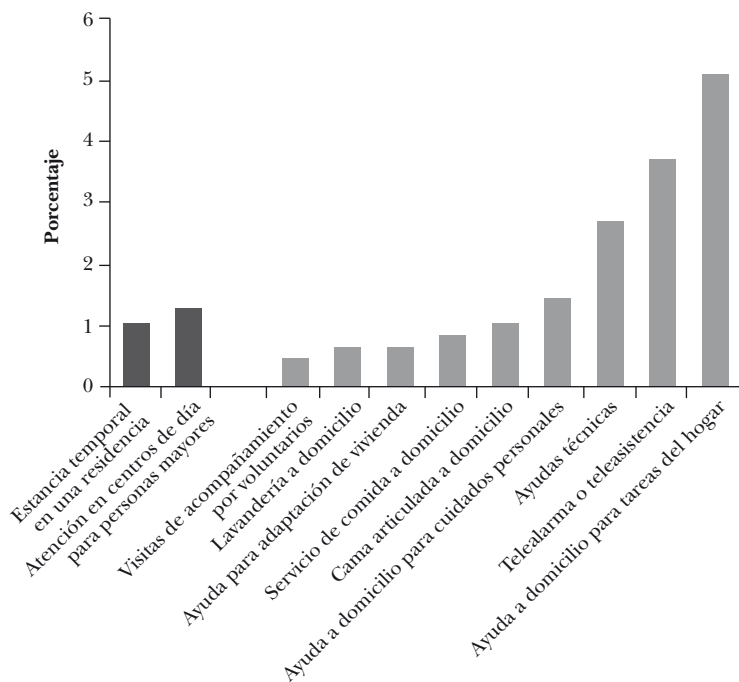
De manera que, además de los servicios puramente sanitarios, las personas mayores requieren de otro tipo de ayudas sociales o servicios para poder realizar o ser apoyados en la realización de estas actividades, y, cada vez más, en las últimas décadas se están desarrollando prestaciones facilitadas desde las instituciones públicas, ya sea desde la Administración municipal o autonómica, o también desde asociaciones de enfermos o discapacitados, que se definen en todos estos casos como *ayuda o apoyo formal*.

Sin embargo, solo un 8,2% de la población analizada disfruta de algún apoyo institucional y, entre las ayudas formales consultadas en la encuesta, las más extendidas (recibidas o ya solicitadas) (gráfico 3.3) son la ayuda a domicilio para tareas del hogar, con poco más de 5% de usuarios, la teleasistencia y las ayudas técnicas en general, con una menor representación de otras formas de apoyo, como visitas de acompañamiento por voluntarios, ayuda para adaptación de vivienda, lavandería o comida a domicilio, cama articulada o ayuda a domicilio para cuidados personales. Por lo que respecta a las categorías relativas a «semi-institucionalización», alrededor del 1% de mayores en cada una han recibido o solicitado alguna estancia temporal en residencia o recibe atención en centro de día.

Un aspecto para la explicación de la baja utilización del apoyo formal proviene de los relativamente buenos resultados en salud y funcionamiento de la población analizada (9 de cada 10 mayores que no reciben ayuda refieren no necesitarla), aunque, sin duda, otro elemento explicativo lo ofrece la existencia de redes, sobre todo familiares, pero también vecinales y de amistad, que actúan en gran medida como agentes centrales de la provisión de apoyo, en lo que suele conocerse como *ayuda informal*, que puede complementarse con la presencia de terceras personas, empleados/as o voluntarios/as, para la atención domiciliaria en beneficio del envejecimiento en la propia casa (Rojo-Pérez et al. 2002).

**GRÁFICO 3.3: Proporción de mayores que reciben y/o han solicitado alguna ayuda formal, por tipo**

(porcentaje)



Así, del 36% de las personas mayores entrevistadas que declaran recibir algún tipo de ayuda, poco más de un 1% la recibiría desde las instituciones, un 22% tendrían un apoyo mixto formal-informal, y más del 77% serían cuidados únicamente por sus familiares, amigos o vecinos, lo que refleja muy bien la importancia de la responsabilidad y solidaridad familiar y social en una sociedad como la española. En este sentido, conviene destacar que un 3,6% de casos que no tienen ningún tipo de ayuda refieren necesitarla; si bien, entre estos se encontrarían aquellos mayores que informan no recibir ayudas institucionales, pero haberlas ya solicitado.

No obstante, detrás de la red informal suele encontrarse casi siempre un responsable directo del cuidado, y ello, como ya ha sido denominado, «en femenino y singular», tal y como corrobora

ran las cifras obtenidas en esta encuesta, donde casi la mitad de los cuidadores (como primera o segunda persona implicada) son hijas (46%) (cuadro 3.10).

**CUADRO 3.10: Quién es la persona que más ayuda le presta (en primer y segundo lugar)**

Personas que más le ayudan en primer y segundo lugar (multirrespuesta)	N.º respuestas	% sobre respuestas	% sobre casos (N = 170)	Sexo de la persona cuidada (%)	
				Hombre	Mujer
Cónyuge o pareja	50	20,8	29,4	56,0	44,0
Hija	78	32,5	45,9	32,1	67,9
Hijo	21	8,8	12,4	23,8	76,2
Yerno	2	0,8	1,2	0,0	100,0
Nieta	4	1,7	2,4	0,0	100,0
Hermana	4	1,7	2,4	25,0	75,0
Cuñada	2	0,8	1,2	50,0	50,0
Otros familiares	1	0,4	0,6	0,0	100,0
Vecinos/as, portero/a	3	1,3	1,8	0,0	100,0
Amigos/as	4	1,7	2,4	50,0	50,0
Empleado/a	61	25,4	35,9	29,5	70,5
Empresa privada de servicios sociales	1	0,4	0,6	0,0	100,0
Servicios sociales públicos	8	3,3	4,7	37,5	62,5
Voluntariado	1	0,4	0,6	0,0	100,0
	240	100,0	141,2	35,3	64,7

Junto a este hecho, cerca del 30% de quienes proporcionan apoyo y cuidados son el propio cónyuge o pareja del receptor y, también en este sentido, mayoritariamente se trata de esposas (56% de los casos). Asimismo, aunque cuantitativamente reducido, es subrayable el papel de los familiares de sexo femenino

(nietas, hermanas, cuñadas...). En este entramado, destaca también por su importancia el papel del empleado/a (36%), muchas veces con el propósito inicial de proveer de ayuda a las tareas domésticas y, por tanto, con predominio también de mujeres.

Entre quienes necesitan ser cuidados, con una presencia asimismo mayoritaria de mujeres (65% frente al 35%), un 57% recibe ayuda todos o casi todos los días; un 35%, la recibe 1 o 2 veces por semana; y el 8% restante, con menor frecuencia, lo que muestra también el carácter diferencial del grado de severidad en la necesidad de apoyo.

### **3.7. Calidad de vida y salud: los factores de salud que influyen en la percepción de y en la satisfacción con la salud**

La calidad de vida ha sido conceptualizada como un constructo global edificado sobre múltiples dominios o dimensiones y su interrelación compleja, y, desde una perspectiva de investigación en calidad de vida, tanto indicadores objetivos como subjetivos deberían ser incluidos para estudiar cada dimensión y su contribución a la calidad de vida global.

Entre los aspectos que más destacadamente definen la calidad de vida se encuentra el dominio *salud*, para el que los indicadores subjetivos de salud, como el *estado de salud percibido* y la *satisfacción con la salud*, han sido ampliamente utilizados como medidas de resultado en las encuestas sobre salud de las poblaciones.

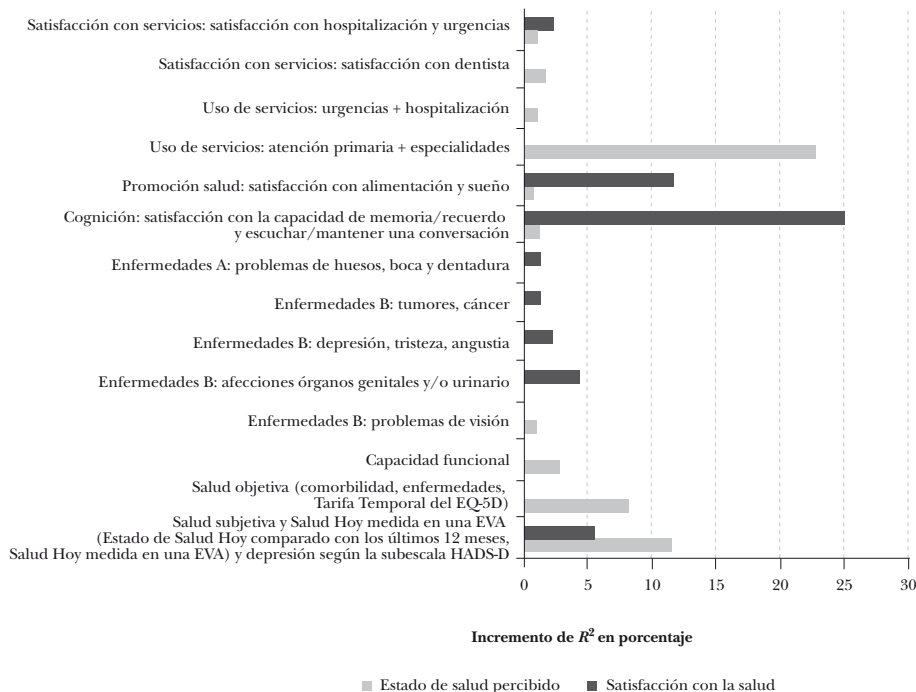
Sin embargo, el *estado de salud percibido* podría ser también un buen indicador de condiciones objetivas de salud, mientras el *nivel de satisfacción* sería una fórmula sencilla de operar las evaluaciones subjetivas sobre las condiciones de vida relacionadas con la salud.

A partir de esta idea, el objetivo que se plantea es averiguar qué factores explican la *salud percibida* y la *satisfacción con la salud*, bajo la hipótesis de que ambas variables son explicadas por diferentes atributos y deberían ser usadas, por tanto, con diferentes

propósitos, pero siempre conjuntamente, para explicar el significado de la *salud* en la calidad de vida (véase anexo 3.5).<sup>6</sup>

Para comparar ambos modelos, se ha representado gráficamente el porcentaje de la varianza explicado por cada factor cuando entra en el modelo explicativo de cada variable criterio (gráfico 3.4). Con esta representación puede apreciarse que los dos modelos son muy diferentes, tanto en lo que respecta a los predictores que los dibujan como a su poder o influencia explicativa. Así, aunque ambos aspectos, *estado de salud percibido* y *satisfacción con la salud*, sean explicados con indicadores objetivos y subjetivos, solo cuatro factores coinciden en los dos modelos y con muy diferentes pesos.

**GRÁFICO 3.4: Comparativa de los modelos explicativos del estado de salud percibido y de la satisfacción con la salud, a partir del incremento del coeficiente de determinación en ambos modelos**



<sup>6</sup> Puede verse en [www.fbbva.es/TLFU/tlfu/esp/publicaciones/libros/fichalibro/index.jsp?codigo=603](http://www.fbbva.es/TLFU/tlfu/esp/publicaciones/libros/fichalibro/index.jsp?codigo=603)

En este sentido, los indicadores clave de las condiciones objetivas de salud, como son el *uso de servicios sanitarios*, la *comorbilidad* o el *funcionamiento físico*, muestran una mayor influencia explicativa en el modelo obtenido para el *estado de salud percibido*, sugiriendo que bajos niveles de comorbilidad, depresión y uso de servicios, junto con una buena capacidad física, favorecen una mejor salud percibida.

Por su lado, en el modelo explicativo de la *satisfacción con la salud*, las evaluaciones subjetivas en términos de satisfacción contribuyen en mayor medida a la explicación de esta variable de resultado. De acuerdo con ello, altos niveles de satisfacción con la salud se asociarían más probablemente con altos niveles de *satisfacción cognitiva* y con la *dieta* y el *sueño*, y, en menor medida, con la satisfacción con el *uso de los servicios hospitalarios* y de *urgencias*. Además, un resultado especialmente interesante en este modelo tiene que ver con el papel jugado por enfermedades severas, como los problemas genitourinarios, de huesos, depresión o cáncer, que influyen negativamente en la satisfacción con la salud y, previsiblemente, en la satisfacción con la vida.

### 3.8. Conclusiones

En este capítulo se ha abordado el análisis de la *salud* en la *calidad de vida* desde un enfoque dominio-específico, considerándola como uno de los componentes principales, si no el más importante, para la calidad de vida de las personas mayores (Fernández-Mayoralas et al. 2005).

La salud, como la calidad de vida, es también un constructo multidimensional y complejo, esto es, integrado por múltiples aspectos que caracterizan las nociones de bienestar físico, mental y social incluidas en la definición de la OMS (World Health Organization 1947). Así, a fin de alcanzar un conocimiento amplio, a la vez que comprensible de su significado, se ha tomado una posición posibilista limitando el análisis a los elementos de la salud contenidos en esta definición, pero que además fueran susceptibles de ser modificados por intervenciones de carácter sanitario (Badía Llach et al. 1999a). De manera que se ha partido de con-

siderar un constructo continuo *salud-enfermedad* (Spitzer 1996), junto con parámetros de *promoción y autocuidado de la salud*, y *utilización de servicios sanitarios y demanda de apoyo social*. Y todo ello desde la doble aproximación metodológica que contempla tanto las condiciones objetivas de la salud como la percepción subjetiva que los individuos realizan en términos de satisfacción sobre aquellas (Noll 2002).

Dada la amplia y compleja información utilizada, el procedimiento básico para su exploración ha consistido en la obtención de tipologías de población, de entre las que destaca, por su capacidad sintética, el nivel de competencia relacionado con la salud y el funcionamiento, que toma en consideración el análisis multivariante de diversas medidas relativas a enfermedad, capacidad funcional, depresión y CVRS, y cuyos resultados confirman las relativamente buenas condiciones de salud de la población con 65 y más años, y la irrealidad de la imagen de homogeneidad en el deterioro que suele atribuirse a este grupo demográfico (Fernández-Mayoralas et al. 2007).

De acuerdo con esta tipología, casi la mitad de la población mayor disfruta de buena salud, expresada objetiva y subjetivamente, y, en contrapartida, apenas un 6% de los casos presentan problemas de dependencia asociados a mala salud y depresión. En el primer tipo predominan las edades más jóvenes y las clases sociales medias, mientras que en el segundo es mayor la proporción de población de más edad y las clases sociales inferiores. El resto de los individuos se reparten casi de forma equitativa entre el grupo caracterizado por mala salud objetiva, pero buena en términos de evaluación perceptual, donde se encuentran representadas sobre todo personas más jóvenes y de clases sociales altas, y el grupo contrario, definido por una mala salud subjetiva asociada a depresión, aunque con un relativo nivel de independencia funcional, donde aparece una mayor proporción de personas con más edad y clase social baja. En este sentido, conviene destacar que las circunstancias sociales y económicas afectan a la salud a lo largo de la vida, y que el nivel educativo y la condición socioeconómica, variables que han sido utilizadas en esta investigación para el cálculo de la clase social, son consideradas determinantes sociales clave de la salud (World Health Organization 2003). En este as-



pecto, un elemento destacable es la relación existente entre tamaño del hogar y funcionamiento, de manera que se encuentra una mayor proporción de personas con independencia funcional entre quienes viven solos, que podrían verse capacitados para hacerlo precisamente por su mayor autonomía; de forma inversa, se ha observado más prevalencia de dependientes entre quienes viven en hogares más grandes, junto con otras personas, generalmente familiares, que les proveen de un entorno de compañía y cuidados (Rojo-Pérez et al. 2009).

Los resultados en esta tipología de nivel de competencia relacionado con la salud y el funcionamiento se ven complementados por los obtenidos sobre promoción y autocuidado de la salud, que muestran una también relativa generalización de hábitos saludables y un importante papel del género y la clase social en su seguimiento (Gonzalo et al. 2004). Así, las mujeres predominan en los grupos definidos por bajo consumo de tabaco y alcohol, control dietético y actividad física y mental, aunque también estos grupos parecen vincularse a edades avanzadas, quizás como resultado de pautas terapéuticas impuestas. Por el contrario, solo una cuarta parte de los mayores presentan algún comportamiento negativo, y se trata sobre todo de hombres y pertenecientes a clases sociales bajas, aunque el mantenimiento del consumo de tabaco y alcohol junto con niveles bajos de actividad física y mental también parece asociarse con clases sociales elevadas.

Ambos aspectos, nivel de competencia relacionado con la salud y el funcionamiento, y promoción y autocuidado de la salud, tienen que ver con el nivel de utilización de servicios sanitarios y el tipo de servicios utilizados. Así, hasta 4 de cada 10 mayores utilizan por debajo del promedio cualquier servicio de salud; su uso contrasta claramente según edad: con un predominio de los más jóvenes que acuden a las consultas al dentista, y de los de más edad, a los servicios de atención primaria y especialidades. Un aspecto que se ha de destacar, además, es el de la igualdad en el acceso, pues se han encontrado diferencias por tipo de servicio, con mayor proporción de personas pertenecientes a la clase social más baja que utilizan servicios primarios y secundarios, mientras la consulta al dentista es más probable entre quienes pertenecen a las clases sociales más elevadas, y ello en línea con otros estudios

realizados en el ámbito nacional (Fernández-Mayoralas et al. 2000).

En línea también con las buenas condiciones relacionadas con la salud y el funcionamiento puede entenderse la baja necesidad de ayuda referida por esta población, aunque actividades como cortarse las uñas de los pies o entrar y salir de la bañera, o el grupo de actividades cotidianas como las domésticas, pueden definir nichos vulnerables que conviene tener en consideración. El apoyo a estas necesidades se obtiene, generalmente, por vías informales, mayoritariamente de los miembros femeninos de la familia, sin olvidar que muchos mayores son también cuidadores (Durán Heras 1997; Pérez Díaz 2003; Pérez Ortiz 2003; Rogero-García et al. 2008; Yanguas Lezaun et al. 2001). Una visión más amplia y en detalle de este aspecto sociosanitario, desarrollada también por el equipo de investigación, puede verse en Rojo et al. (2009).

En general, no se han podido demostrar diferencias geográficas significativas, basadas en el área de residencia (capital, área metropolitana, resto de la comunidad), en las distribuciones de las diversas medidas de salud utilizadas, posiblemente debido a la representatividad de la encuesta o al tamaño de la muestra en cada estrato. No obstante, la accesibilidad física de los servicios varía según su tipo, con una tendencia a considerar más cercanos al domicilio los de atención primaria de salud, seguidos por servicios de carácter sociosanitario, como los centros de día, y finalmente, los centros de especialidades, lo que debe ser tenido en cuenta a efectos de planificación y coordinación sociosanitaria de las ayudas a la salud y al funcionamiento de la población en el ámbito comunitario.

Finalmente, los resultados de este capítulo contribuyen a la conceptualización de la *salud subjetiva* y su significado en el envejecimiento, y corroboran la hipótesis sobre la existencia de diferentes comportamientos explicativos de la salud subjetiva, en términos de percepción o en términos de satisfacción (Michalos et al. 2000). Así, el *estado de salud percibido* parece ser un buen indicador de las condiciones objetivas de la salud y el uso de servicios sanitarios; mientras la *satisfacción con la salud* parece responder a un proceso individual de evaluación que tomaría en cuenta no solo las propias condiciones objetivas, en este caso las condi-

ciones de salud, sino también expectativas, características personales, etc. Ambas variables subjetivas, *estado de salud percibido* y *satisfacción con la salud*, representan diferentes aspectos y, por tanto, deberían ser usadas para diferentes propósitos, pero siempre conjuntamente para explicar la *salud* como dimensión de la calidad de vida (Michalos et al. 2007).

## Bibliografía

- ALFONZO, M. A. «To Walk or Not to Walk? The Hierarchy of Walking Needs». *Environment and Behavior* 37 n.º 6 (2005): 808-836.
- ALONSO, J. y M. FERRER. «Calidad de vida relacionada con la salud». En J. KULISEVSKY y P. MARTÍNEZ-MARTÍN, eds. *Biblioteca Neurológica Siglo XXI. Grupo de Estudio de Trastornos del Movimiento de la Sociedad Española de Neurología, Vol. IV*. Madrid: Nilo Industria Gráfica, 2001: 55-90.
- BADÍA LLACH, X. y P. MARTÍNEZ-MARTÍN. «Quality of life measurement: interest and applications». En P. MARTÍNEZ-MARTÍN y K. C. KOLLER, eds. *Quality of life in Parkinson's disease*. Barcelona: Masson, 1999a: 17-36.
- BADÍA LLACH, X., S. MONTSERRAT, M. ROSET GAMISANS y M. HERDMAN. «Feasibility, validity and test-retest reliability of scaling methods for health states: the visual analogue scale and the time trade-off». *Quality of Life Research* 8 n.º 4 (1999b): 303-310.
- BASS, P. F., J. F. WILSON y C. H. GRIFFITH. «The association of health-related quality of life and age of initiation of smoking». *The Journal of the Kentucky Medical Association* 102 n.º 3 (2004): 96-101.
- BAZTÁN CORTÉS, J. J., J. L. GONZÁLEZ MONTALVO y T. DEL SER QUIJANO. «Escala de actividades de la vida diaria». En T. DEL SER QUIJANO y J. PEÑA-CASANOVA, eds. *Evaluación neuropsicológica y funcional de la demencia*. Barcelona: JR Prous Editores, 1994: 137-164.
- BERGER, U., G. DER, N. MUTRIE y M. K. HANNAH. «The impact of retirement on physical activity». *Ageing & Society* 25 n.º 2 (2005): 181-195.
- BJELLAND, I., A. A. DAHL, T. T. HAUG y D. NECKELMANN. «The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale: An updated literature review». *Journal of Psychosomatic Research* 52 n.º 2 (2002): 69-77.
- BOWLING, A. *Measuring health: A review of quality of life measurement scales*. Buckingham; Philadelphia: Open University Press, 1991.
- . «An "inverse satisfaction law"? Why don't older patients criticise health services?». *Journal of Epidemiology and Community Health* 56 n.º 7 (2002): 482-a.
- BOWLING, A. y J. BRAZIER. «'Quality of Life' in Social Science and Medicine». *Social Science & Medicine* 41 n.º 10 (1995): 1.337-1.338.
- BOYLE, P. A., A. S. BUCHMAN, R. S. WILSON, J. L. BIENIAS y D. A. BENNETT. «Physical Activity Is Associated with Incident Disability in Community-Based Older Persons». *Journal of the American Geriatrics Society* 55 n.º 2 (2007): 195-201.
- BRACH, J. S., E. M. SIMONSICK, S. KRITCHEVSKY, K. YAFFE y A. B. NEWMAN. «The Association Between Physical Function and Lifestyle Activity and Exercise in the

- Health, Aging and Body Composition Study». *Journal of the American Geriatrics Society* 52 n.º 4 (2004): 502-509.
- BROWN, D. «Physical activity, ageing, and psychological well-being: an overview of the research». *Canadian Journal of Sport Sciences* 17 n.º 3 (1992): 185-193.
- BULLINGER, M. «Cognitive Theories and Individual Quality of Life Assessment». En C. R. B. JOYCE, C. A. O'BOYLE y H. M. MCGEE, eds. *Individual Quality of Life: Approaches to Conceptualisation and Assessment*. Ámsterdam: Harwood Academic Publishers, 1999: 29-39.
- BYLES, J., A. YOUNG, H. FURUYA y L. PARKINSON. «A Drink to Healthy Aging: The Association Between Older Women's Use of Alcohol and Their Health-Related Quality of Life». *Journal of the American Geriatrics Society* 54 n.º 9 (2006): 1.341-1.347.
- CALNAN, M., S. ALMOND y N. SMITH. «Ageing and public satisfaction with the health service: an analysis of recent trends». *Social Science & Medicine* 57 n.º 4 (2003): 757-762.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. *Measuring Healthy Days. Population Assessment of Health-Related Quality of Life*. Atlanta, Georgia: U.S. Department of Health and Human Services, CDC, 2000. Disponible en internet en [www.cdc.gov/nccdphp/hrqol/pdfs/mhd.pdf](http://www.cdc.gov/nccdphp/hrqol/pdfs/mhd.pdf) (Fecha de acceso: 23-09-2007).
- CORNER, L. y J. BOND. «Being at risk of dementia: Fears and anxieties of older adults». *Journal of Aging Studies* 18 n.º 2 (2004): 143-155.
- CROMBIE, I. K., L. IRVINE, B. WILLIAMS, A. R. MCGINNIS, P. W. SLANE, E. M. ALDER y M. E. T. MCMURDO. «Why older people do not participate in leisure time physical activity: a survey of activity levels, beliefs and deterrents». *Age and Ageing* 33 n.º 3 (2004): 287-292.
- DE GROOT, L. C. P. M. G., M. W. VERHEIJDEN, S. DE HENAUW, M. SCHROLL, W. A. VAN STAVEREN y FOR THE SENECA INVESTIGATORS. «Lifestyle, Nutritional Status, Health, and Mortality in Elderly People Across Europe: A Review of the Longitudinal Results of the SENECA Study». *The Journals of Gerontology, Series A: Biological Sciences and Medical Sciences* 59A n.º 12 (2004): 1.277-1.284.
- DONINI, L. M., C. SAVINA y C. CANNELLA. «Eating habits and appetite control in the elderly: the anorexia of aging.» *International psychogeriatrics* 15 n.º 1 (2003): 73-87.
- DURÁN HERAS, M. A. «La investigación sobre uso del tiempo en España: algunas reflexiones metodológicas». *Revista Internacional de Sociología* n.º 18 (1997): 163-190.
- EQUIPO COORDINADOR DE LA ENCUESTA. «Encuesta Nacional de Salud 1993». *Revista de Sanidad e Higiene Pública* 68 n.º 1 (1994): 121-178.
- FERNÁNDEZ-MAYORALAS, G., A. ABELLÁN GARCÍA, V. RODRÍGUEZ-RODRÍGUEZ y F. ROJO-PÉREZ. «Desigualdades en salud y envejecimiento demográfico». *Anales de Geografía de la Universidad Complutense* n.º 13 (1993a): 139-154.
- FERNÁNDEZ-MAYORALAS, G., V. RODRÍGUEZ-RODRÍGUEZ y L. BARRIOS. «Factors affecting the use of health services in Spain». En E. BEREGI, I. A. GERGELY y K. RAJCZI, eds. *Recent Advances in Aging Science*. Boloña: Monduzzi Editore, 1993b: 1.605-1.610, Tomo II.
- FERNÁNDEZ-MAYORALAS, G. y V. RODRÍGUEZ-RODRÍGUEZ. «La capacidad funcional de los ancianos españoles». *Revista de Gerontología* 5 n.º 1 (1995): 16-22.
- FERNÁNDEZ-MAYORALAS, G., V. RODRÍGUEZ-RODRÍGUEZ y F. ROJO-PÉREZ. «Health services accessibility among the Spanish elderly». *Social Science & Medicine* 50 n.º 1 (2000): 17-26.

- FERNÁNDEZ-MAYORALAS, G. y F. ROJO-PÉREZ. «Calidad de Vida y Salud: Planteamientos Conceptuales y Métodos de Investigación». *Territoris* (monográfico sobre Geografía de la Salud) n.º 5 (2005): 117-135.
- FERNÁNDEZ-MAYORALAS, G., F. ROJO-PÉREZ, M. E. PRIETO-FLORES, B. LEÓN-SALAS, P. MARTÍNEZ-MARTÍN, M. J. FORJAZ, B. FRADES-PAYO y C. GARCÍA-IZAGUIRRE. *El significado de la salud en la Calidad de Vida de los mayores*. Madrid, Instituto de Mayores y Servicios Sociales; Consejo Superior de Investigaciones Científicas; Portal Mayores, Informes Portal Mayores n.º 74, 2007: 67. Disponible en internet en [www.imersomayores.csic.es/documentos/documentos/fernandezmayoralas-significado-01.pdf](http://www.imersomayores.csic.es/documentos/documentos/fernandezmayoralas-significado-01.pdf)
- FICKER, L. J., S. E. MACNEILL, A. L. BANK y P. A. LICHTENBERG. «Cognition and Perceived Social Support Among Live-Alone Urban Elders». *Journal of Applied Gerontology* 21 n.º 4 (2002): 437-451.
- FOGELHOLM, M., R. VALVE, P. ABSETZ, H. HEINONEN, A. UUTELA, K. PATJA, A. KARISTO et al. «Rural-urban differences in health and health behaviour: A baseline description of a community health-promotion programme for the elderly». *Scandinavian Journal of Public Health* 34 n.º 6 (2006): 632-640.
- GONZALO, E. y M. I. PASARÍN. «La salud de las personas mayores». *Gaceta Sanitaria* 18 n.º supl. 1 (2004): 69-80.
- HAVEMAN-NIES, A., L. C. P. G. M. DE GROOT y W. A. VAN STAVEREN. «Dietary quality, lifestyle factors and healthy ageing in Europe: the SENECA study». *Age and Ageing* 32 n.º 4 (2003): 427-434.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. *Encuesta Nacional de Salud 2003*. Madrid, Instituto Nacional de Estadística, 2004. Disponible en internet en [www.ine.es/metodologia/t15/t1530419.htm](http://www.ine.es/metodologia/t15/t1530419.htm)
- JAKOBSSON, U., I. R. HALLBERG y A. WESTERGREN. «Overall and health related quality of life among the oldest old in pain». *Quality of Life Research* 13 n.º 1 (2004): 125-136.
- JITAPUNKUL, S., P. KAMOLRATANAKUL y S. EBRAHIM. «The meaning of activities of daily living in a Thai elderly population: development of a new index». *Age and ageing* 23 n.º 2 (1994): 97-101.
- KAPLAN, R. M., J. P. ANDERSON y C. M. KAPLAN. «Modeling Quality-Adjusted Life Expectancy Loss Resulting from Tobacco use in the United States». *Social Indicators Research* 81 n.º 1 (2007): 51-64.
- KAWACHI, I. y L. F. BERKMAN. eds., *Neighborhoods and Health*. Oxford, Nueva York: Oxford University Press, 2003: 352.
- KAWAMOTO, R., O. YOSHIDA y Y. OKA. «Factors related to functional capacity in community-dwelling elderly». *Geriatrics and Gerontology International* 4 n.º 2 (2004): 105-110.
- KIND, P., R. BROOKS y R. RABIN. eds., *EQ-5D concepts and methods: a developmental history*. Dordrecht: Springer, 2005: 240.
- KNÄUPER, B. y P. A. TURNER. «Measuring health: Improving the validity of health assessments». *Quality of Life Research* 12 n.º Suplemento 1 (2003): 81-89.
- LAAKSONEN, M., R. PRATTALA, V. HELASOJA, A. UUTELA y E. LAHELMA. «Income and health behaviours. Evidence from monitoring surveys among Finnish adults». *Journal of Epidemiology and Community Health* 57 n.º 9 (2003): 711-717.
- LARRIEU, S., L. LETENNEUR, C. BERR, J. F. DARTIGUES, K. RITCHIE, A. ALPEROVITCH, B. TAVERNIER y P. BARBERGER-GATEAU. «Sociodemographic differences in dietary

- habits in a population-based sample of elderly subjects: the 3C study». *The journal of nutrition, health & aging* 8 n.º 6 (2004): 497-502.
- MARTÍN, M. L., O. MOREIRAS y Á. CARBAJAL. «La actividad física como indicador de la calidad de vida en los ancianos». *Revista Multidisciplinar de Gerontología* 10 n.º 1 (2000): 9-14.
- MARTÍNEZ-MARTÍN, P., G. FERNÁNDEZ-MAYORALAS, B. FRADES-PAYO, F. ROJO-PÉREZ, R. PETIDIER, V. RODRÍGUEZ-RODRÍGUEZ, M. J. FORJAZ, M. E. PRIETO-FLORES y J. DE PEDRO CUESTA. «Validación de la Escala de Independencia Funcional». *Gaceta Sanitaria* 23 n.º 1 (2009): 49-54.
- MAXWELL, C. J. y J. P. HIRDES. «The prevalence of smoking and implications for quality of life among the community-based elderly». *American journal of preventive medicine* 9 n.º 6 (1993): 338-345.
- MAYNARD, M., D. GUNNELL, A. R. NESS, L. ABRAHAM, C. J. BATES y D. BLANE. «What influences diet in early old age? Prospective and cross-sectional analyses of the Boyd Orr cohort». *European Journal of Public Health* 16 n.º 3 (2006): 315-323.
- MCGLONE, F. B. y E. KICK. «Health habits in relation to aging». *Journal of the American Geriatrics Society* 26 n.º 11 (1978): 481-488.
- MICHAEL, Y. L., G. A. COLDITZ, E. COAKLEY y I. KAWACHI. «Health behaviors, social networks, and healthy aging: Cross-sectional evidence from the Nurses' Health Study». *Quality of Life Research* 8 n.º 8 (1999): 711-722.
- MICHALOS, A. C. ed., *Essays on the Quality of Life*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers; Social Indicators Research Series, Vol. 19, 2003: 439.
- . «Social Indicators Research and Health-Related Quality of Life Research». *Social Indicators Research* 65 n.º 1 (2004): 27-72.
- MICHALOS, A. C., B. D. ZUMBO y A. M. HUBLEY. «Health and the Quality of Life». *Social Indicators Research* 51 n.º 3 (2000): 245-286.
- . «Health on the QoL». En A. C. MICHALOS, ed. *Essays on the Quality of Life*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers; Social Indicators Research Series, Vol. 19, 2003: 153-182.
- MICHALOS, A., P. HATCH, D. HEMINGWAY, L. LAVALLEE, A. HOGAN y B. CHRISTENSEN. «Health and quality of life of older people, a replication after six years». *Social Indicators Research* 84 n.º 2 (2007): 127-158.
- MILLER, M. D., C. F. PARADIS, P. R. HOUCK, S. MAZUMDAR, J. A. STACK, A. H. RIFAI, B. MULSANT y C. F. REYNOLDS. «Rating chronic medical illness burden in geropsychiatric practice and research: application of the Cumulative Illness Rating Scale». *Psychiatry Research* 41 n.º 3 (1992): 237-248.
- MIURA, H., M. KARIYASU, K. YAMASAKI y Y. SUMI. «Physical, mental and social factors affecting self-rated verbal communication among elderly individuals». *Geriatrics and Gerontology International* 4 n.º 2 (2004): 100-104.
- MODY, R. y M. SMITH. «Smoking status and health-related quality of life: as findings from the 2001 Behavioral Risk Factor Surveillance System data». *American journal of health promotion* 20 n.º 4 (2006): 251-258.
- MOORE, A. A., L. GIULI, R. GOULD, P. HU, K. ZHOU, D. REUBEN, G. GREENDALE y A. KARLAMANGLA. «Alcohol Use, Comorbidity, and Mortality». *Journal of the American Geriatrics Society* 54 n.º 5 (2006): 757-762.
- MULSANT, B. H., M. GANGULI y E. C. SEABERG. «The relationship between self-rated health and depressive symptoms in an epidemiological sample of community-dwelling older adults». *Journal of the American Geriatric Society* 45 n.º 8 (1997): 954-958.

- NOLL, H.-H. «Towards a European System of Social Indicators: Theoretical Framework and System Architecture». En M. R. HAGERTY, J. VOGEL y V. MØLLER, eds. *Assessing quality of life and living conditions to guide national policy: the state of the art*. Dordrecht, Boston: Kluwer Academic Publishers, Serie: Social Indicators Research Vol. 11, 2002: 47-87.
- OSTBYE, T. y D. H. TAYLOR. «The Effect of Smoking on Years of Healthy Life (YHL) Lost among Middle-Aged and Older Americans». *Health Services Research* 39 n.º 3 (2004): 531-552.
- PEEL, N. M., R. J. MCCLURE y H. P. BARTLETT. «Behavioral determinants of healthy aging». *American Journal of Preventive Medicine* 28 n.º 3 (2005): 298-304.
- PÉREZ DÍAZ, J. «Roles de género en la vejez». En E. ARACIL, E. BASTIDA, G. J. GONZÁLEZ y M. G. VEGA, eds. *Género y población: una perspectiva internacional*. Madrid: Ibersaf Editores, 2003: 17-44.
- PÉREZ ORTIZ, L. *Envejecer en femenino. Las mujeres mayores en España a comienzos del siglo XXI*. Madrid: Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2003.
- PFEIFFER, E. «A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients». *Journal of American Geriatric Society* 23 n.º 10 (1975): 433-441.
- RAHTZ, D. R., M. J. SIRGY y D.-J. LEE. «Further Validation and Extension of the Quality-of-Life/Community-Healthcare Model and Measures». *Social Indicators Research* 69 n.º 2 (2004): 167-198.
- REJESKI, W. J. y S. L. MIHALKO. «Physical Activity and Quality of Life in Older Adults». *The Journals of Gerontology, Series A: Biological Sciences and Medical Sciences* 56A, n.º Special Issue 2 (2001): 23-35.
- RODRÍGUEZ-RODRÍGUEZ, V., G. FERNÁNDEZ-MAYORALAS y L. BARRIOS. «Actividades de la vida diaria en población de 65 y más años (no institucionalizada)». En MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO, ed. *Encuesta Nacional de Salud de España 1993*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General Técnica, 1995.
- ROGERO-GARCÍA, J., M. E. PRIETO-FLORES y M. W. ROSENBERG. «Health services use by older people with disabilities in Spain: do formal and informal care matter?». *Ageing and Society* 28 n.º 7 (2008): 959-978.
- ROJO-PÉREZ, F., G. FERNÁNDEZ-MAYORALAS, E. POZO-RIVERA y J. M. ROJO-ABUÍN. *Envejecer en casa: la satisfacción residencial de los mayores en Madrid como indicador de su calidad de vida*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Col. Monografías, n.º 23, 2002.
- ROJO-PÉREZ, F., G. FERNÁNDEZ-MAYORALAS, M. J. FORJAZ, C. DELGADO-SANZ, K. AHMED MOHAMED, P. MARTÍNEZ-MARTÍN, M. E. PRIETO-FLORES y J. M. ROJO-ABUÍN. *Población mayor, Calidad de Vida y redes de apoyo: demanda y prestación de cuidados en el seno familiar*. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Ciencia e Innovación, 2009. Disponible en internet en [www.isciii.es/ht-docs/publicaciones/documentos/Poblacion\\_mayor.pdf](http://www.isciii.es/ht-docs/publicaciones/documentos/Poblacion_mayor.pdf)
- SIRGY, M. J. ed., *Handbook of quality-of-life research: an ethical marketing perspective*. Dordrecht, Boston: Kluwer Academic Publishers, 2001: 458.
- SMITH, D. M. «Who Gets What, Where and How: A Welfare Focus for Human Geography». *Geography* 59 n.º 4 (1974): 289-297.
- . *Geografía Humana*. Barcelona: Oikos-Tau, 1980.
- SPITZER, W. O. «The future of the epidemiology». *Journal of Clinical Epidemiology* 49 n.º 7 (1996): 705-709.

- STONE, S. P., B. ALI, I. AUERLEEK, A. THOMPSELL y A. YOUNG. «The Barthel Index in clinical practice: use on a rehabilitation ward for elderly people». *Journal of the Royal College of Physicians of London* 28 n.º 1 (1994): 419-423.
- STRINE, T. W. y D. P. CHAPMAN. «Associations of frequent sleep insufficiency with health-related quality of life and health behaviors». *Sleep Medicine* 6 n.º 1 (2005a): 23-27.
- STRINE, T. W., D. P. CHAPMAN, R. KOBAYASHI y L. BALLUZ. «Associations of self-reported anxiety symptoms with health-related quality of life and health behaviors». *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 40 n.º 6 (2005b): 432-438.
- SULLIVAN, M. D., G. I. J. M. KEMPEN, E. VAN SONDEREN y J. ORMEL. «Models of health-related quality of life in a population of community-dwelling Dutch elderly». *Quality of Life Research*, 9, núm. 7 (2000): 801-810.
- THE EUROQOL GROUP. «EuroQol - A new facility for the measurement of health-related quality of life». *Health Policy* 16 n.º 3 (1990): 199-208.
- WADE, D. T. y C. COLLIN. «The Barthel ADL Index: a standard measure of physical disability?» *International Disability Studies* 10 n.º 2 (1988): 64-67.
- WENDEL-VOS, G. C. W., A. J. SCHUIT, M. A. R. TIJHUIS y D. KROMHOUT. «Leisure time physical activity and health-related quality of life: Cross-sectional and longitudinal associations». *Quality of Life Research* 13 n.º 3 (2004): 667-677.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The Constitution of the World Health Organisation*. Geneva, The World Health Organization, 1947: 29.
- . *Basic Documents*. Geneva: WHO, 1983.
- . *Ottawa charter for health promotion*. Ottawa, Ontario: Canadian Public Health Association, 1986.
- . *Social determinants of health: the solid facts*. Copenhagen: WHO, 2003. Disponible en internet en [www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/98438/e81384.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf).
- YANGUAS LEZAUN, J. J., F. J. LETURIA ARRAZOLA y M. LETURIA ARRAZOLA. *Apoyo informal y cuidado de las personas mayores dependientes*. Donostia-San Sebastián: Matia Fundazioa, 2001. Disponible en internet en [www.imsersomayores.csic.es/documentacion/documentos/registro.jsp?iPos=35&indId=2&idReg=1258](http://www.imsersomayores.csic.es/documentacion/documentos/registro.jsp?iPos=35&indId=2&idReg=1258).
- ZIGMOND, A. S. y R. P. SNAITH. «The hospital anxiety and depression scale». *Acta Psychiatrica Scandinavica* 67 n.º 6 (1983): 361-370.





## 4. Forma de convivencia y redes familiar y de amistad

*Karim Ahmed-Mohamed*

*Fermina Rojo-Pérez*

Instituto de Economía, Geografía y Demografía

Centro de Ciencias Humanas y Sociales (CSIC)

### 4.1. Introducción y objetivos

En un tiempo en el que todo cambia lo que no lo hace es la percepción de que la familia y las redes sociales de amistad son importantes para dar significación a la vida. Ciertamente, la familia como concepto abandona hoy su pretensión de universalidad. No se trata ya solamente de reconocer diferencias de base cultural según el contexto, sino que es precisamente su naturaleza socio-cultural y dinámica la que hace altamente distinguible distintas configuraciones de la idea de familia dentro de una misma sociedad. Así, la familia, en su relación con otros ámbitos de la sociedad, se ve en la necesidad de reaccionar ante los cambios. Esta reacción se concreta en una cierta desfiguración de la clásica familia nuclear, que durante las últimas décadas ha tenido que convivir con otras tipologías como pueden ser las familias monoparentales, las familias con custodia de hijos compartida o las familias con padres del mismo sexo.

Pero, además, esta reacción no afecta solamente a la identificación de la familia desde fuera como institución social, sino que los cambios que se producen al interior de esta influyen fuertemente sobre sus miembros. Cambios de valores, legislativos, demográficos o de roles hacen que, en comparación con generaciones anteriores, aparezcan unos *nuevos* padres, hijos... y también ancianos. Estas transformaciones en la familia se pueden

rastrear fácilmente en la vida cotidiana (roles de género igualitarios, familias con pocos hijos, red social de prestaciones públicas, permanencia de los hijos en el hogar durante más tiempo, cambios en las relaciones entre padres e hijos, incorporación de la mujer al mundo laboral, etc.). Lo que aquí importa señalar es que la familia como realidad relativamente cambiante, por un lado, pone en cuestión concepciones clásicas de la misma; por otro, afecta también individualmente a cada miembro y a las interacciones entre ellos, pero lo que no hace en ningún caso es negar la importancia que ella misma tiene para sus miembros. Esta idea queda sistemáticamente reflejada no solo en los barómetros periódicos del Centro de Investigaciones Sociológicas, sino también en estudios particulares sobre la opinión y actitudes de los españoles hacia la familia (Centro de Investigaciones Sociológicas 2004).

En cualquier caso, no debe sorprender el hecho de que se produzcan ciertos cambios que afecten incluso a instituciones centrales de la sociedad como la familia. Como se decía anteriormente, es este un contexto sociohistórico que precisamente hace factible la identificación de estos cambios. Desde los años setenta y ochenta la teoría sociológica viene advirtiendo cómo toda una serie de transformaciones sociales, políticas, económicas y culturales intentan ser aprehendidas bajo conceptos como *sociedad posmoderna*, *sociedad posindustrial*, *sociedad del riesgo*, *sociedad red*, *sociedad dopo-moderna*, *sociedad tardo-moderna*, *modernidad reflexiva*, etc. Estos marcos analíticos tienen en común la identificación de algunas de esas transformaciones que convierten en ineficaces las coordenadas teóricas que sirvieron hasta ese momento para analizar la sociedad. Lo que Bericat Alastuey (2003) ha llamado la «intuición generalizada de un cambio de época» se refleja en la puesta en cuestión de casi cualquier ámbito de la vida.

Esto incluye a la familia (Meil Landwerlin 1999; Beck et al. 2001), pero sin duda también a las redes sociales en general. Básicamente, las redes sociales pueden definirse como «un conjunto delimitado de actores (individuos, grupos, organizaciones, comunidades, etc.) vinculados unos a otros a través de una relación o un conjunto de relaciones» (Lozares 1996).

También el conjunto de las redes sociales hoy presentan características distintas a las tradicionales. A este respecto, Bauman (2003, 2005) aprecia cómo —insertadas en una modernidad líquida que afecta desde el mundo del trabajo hasta las nociones de espacio y tiempo— las relaciones humanas no es que se hagan más fluidas en el mejor sentido del término, sino al contrario, se licuan, tienden a hacerse más livianas, inconsistentes, efímeras, con un valor idéntico al de cualquier otro objeto consumible.

Este diagnóstico de atenuación de vínculos sociales tiene plausibilidad como diagnóstico general de la sociedad actual, especialmente en relación a contextos concretos como las relaciones en la ciudad o las relaciones de pares entre adultos jóvenes o de mediana edad. En este sentido, se puede decir que la reafirmación del sujeto proveniente del pensamiento ilustrado ha degenerado en nuestros días en una individualidad exacerbada. Ahora bien, al igual que de los cambios en la morfología de la familia no puede inferirse la desaparición sustantiva de esta, los cambios (cuantitativos o cualitativos) en las relaciones sociales no pueden significar la desaparición de lo que constituye el elemento analítico básico para algunas corrientes sociológicas como la de la sociología relacional (Donati 2006) y que, en cualquier caso, es un elemento omnipresente en la sociedad, tome la forma que tome. De hecho, si se piensa concretamente en las redes personales de amistad, estas siguen teniendo para la población general de España una importancia incuestionable (Campo Ladero 2003).

En este contexto, la familia y las relaciones sociales adquieren matices diferentes a los que tuvieron hasta no hace mucho; cambios de morfología, sin embargo, que no ocultan la relevancia que dichos ámbitos siguen manteniendo para las personas. Y esto es particularmente cierto en el caso de la población mayor. En concreto, para la población mayor de la Comunidad de Madrid, la familia y la red social de amistad quedan expresadas respectivamente como el segundo y cuarto componente de la calidad de vida más nombrados (Fernández-Mayoralas et al. 2007). Revisiones bibliográficas sobre el estado de la cuestión obtienen resultados similares (Brown et al. 2004). Esta importancia cobra espe-

cial coherencia en el contexto social que se acaba de dibujar: precisamente en este contexto social de alto individualismo imperante, familia y amigos emergen como pilares de apoyo fundamentales para una población en riesgo como es la población mayor. Diversos estudios internacionales sobre calidad de vida del mayor, analizados comparativamente, se orientan en esta línea (Lassey et al. 2001).

Pero el vínculo entre calidad de vida de los mayores y sus relaciones familiares y de amistad no se limita únicamente a las ventajas derivadas de la prestación de apoyo instrumental (cuidados, prestación de ayuda en situaciones de dependencia, etc.). Otras consecuencias positivas, en apariencia menos tangibles, como el apoyo emocional, también se han demostrado muy importantes para la calidad de vida de los mayores (Netuveli et al. 2006). Esto conlleva que el tipo de interacción de los contactos, y no solo la proximidad geográfica, deban ser tenidos en cuenta para determinar la influencia de la red familiar y de amistad del mayor en la calidad de vida del mayor. Precisamente, cuando las relaciones son satisfactorias, un contacto frecuente con su red afectiva puede formar parte de las estrategias adaptativas que utilizan los mayores para incrementar su bienestar subjetivo. El tiempo invertido en esos contactos no se entiende en estos casos solo como tiempo de ocio, sino que tiene un significado personal más sustantivo que se suma al bienestar obtenido por sentirse integrado en su entorno físico (Silverstein et al. 2002).

Por todo lo dicho, profundizar en las dimensiones sobre las redes familiar y de amistad es un requisito básico para atender adecuadamente el mapa de factores que influyen en la calidad de vida de la población mayor. Así, dentro de ese objetivo general de estudio de la forma de convivencia y las redes familiar y social de los mayores de la Comunidad de Madrid, se destacarán en este trabajo los resultados que ponen en relación la distancia geográfica entre el lugar de residencia de los mayores y el de sus familiares y amistades con otros indicadores como la forma de convivencia, la red de relaciones y la satisfacción con las mismas como atributos de la calidad de vida a la edad anciana.

## 4.2. Medición de las redes familiar y de amistad

Conscientes de la importancia que tiene la familia y las relaciones de amistad para los mayores, la literatura sobre calidad de vida en la vejez ha prestado mucha atención en el desarrollo de indicadores que permitieran medirlas.

Algunas importantes aportaciones metodológicas en calidad de vida, como la de Cummins (1996), proponen un estudio conjunto de estas dos dimensiones bajo constructos como el de *intimidad*. Otros instrumentos más exhaustivos no desarrollan con profundidad una distinción nítida entre red familiar y de amistad, puesto que ambas se diluyen en dimensiones como las de *relaciones personales* o *apoyo social* (The Whoqol Group 1998). En el cuestionario CadeViMa, sin embargo, se estudian por separado, ya que así se recogió en la enunciación espontánea de las dimensiones expresadas como relevantes por los mayores a partir del instrumento SEIQoL-DW.

Respecto a la familia, Sirgy (2001a) ha documentado distintos estudios sobre la calidad de vida en el entorno familiar. Estos estudios se basan en diversos indicadores de satisfacción con las relaciones de pareja, con las relaciones con los hijos y otros parientes o con la vida en el hogar. Sin embargo, estos acercamientos estudian la calidad de vida en el ámbito familiar, no la influencia de la familia en la calidad de vida individual.

En cualquier caso, de estas investigaciones se desprenden distintos indicadores útiles para estudiar la influencia de la familia en la calidad de vida individual. En base a una revisión de este tipo de estudios, Setién Santamaría (1993) ha identificado las que parecen las subdimensiones más claras para el estudio de la familia y la calidad de vida: estructura y composición de la familia, por un lado, y relaciones familiares, por otro.

Dado que el objeto específico de investigación está referido a la calidad de vida de la población mayor, aquí se ha partido de la unidad de análisis *hogar*, pues interesaba saber cómo viven y con quién los mayores en la Comunidad de Madrid, así como el grado de satisfacción con su forma de convivencia. Es decir, el acento se ha puesto primeramente en el gráfico individual del mayor y, a partir de él, en su relación con los miembros de su

familia. En esta línea, se ha privilegiado también la información relativa a la frecuencia y satisfacción con sus relaciones familiares expresada por el mayor, y su percepción de la distancia al lugar de residencia.

Respecto a la medición de la red de amistad, la literatura general de calidad de vida ha tendido a apoyarse más o menos explícitamente en el concepto de *capital social* de Putnam (1995). Concretamente, Hawthorne (2006) ha reseñado cómo la literatura específica sobre calidad de vida en el mayor ha tendido a abordar el estudio de la red de amistad desde la perspectiva de los aportes positivos que esta red puede hacer en términos de apoyo social y, por tanto, se ha fijado, entre otros, en indicadores como *presencia de personas de confianza*, *habilidad para relacionarse con los demás*, *sensación de soledad* o *profundidad de contactos con sus amistades*. En cualquier caso, Bowling (1991) ha advertido sobre los problemas de validez y fiabilidad que suelen presentar este tipo de escalas, lo que hace difícil la preeminencia clara de un instrumento sobre el resto.

En el cuestionario CadeViMa también se presta atención a la percepción de distancia al lugar de residencia de los miembros de la red social, así como la frecuencia de relaciones y satisfacción con estas. Asimismo, se incluyen una serie de preguntas que indagan sobre el acuerdo con diversos enunciados que permiten conocer la estructura, densidad y calidad de la red. El cuadro 4.1 resume los indicadores referidos a *red familiar y de amistad* del mayor, provenientes de la encuesta CadeViMa y utilizados para afrontar los objetivos de este capítulo.

El análisis de los indicadores de las dimensiones de calidad de vida relativas a la forma de convivencia y las redes familiar y social se ha realizado bien individualizadamente a partir de análisis estadísticos univariados (frecuencias), bien en relación con otras variables para determinar la asociación entre la información de interés (forma de convivencia, red familiar, red social) y otra de carácter sociodemográfico (sexo, grupo de edad, clase social y zona de residencia) mediante análisis bivariado de tablas de contingencia (se ha establecido un nivel de significación entre variables con un  $p\text{-value} \leq 0,05$ ) y otras técnicas de estadística multivariante como ACor, AF y AClus.

**CUADRO 4.1: Indicadores sobre la forma de convivencia y estructura del hogar, y las redes familiar y de amistad**

<b>Tipo de indicador</b>	<b>Tema</b>
<b>Forma de convivencia y estructura del hogar</b>	
<b>Objetivo</b>	En casa de quién vive Estructura del hogar: género, edad de los miembros del hogar y parentesco con el entrevistado, de donde derivan las variables número de personas del hogar, edad media del hogar y tipología sobre estructura del hogar
<b>Subjetivo</b>	Satisfacción con la forma de convivencia Percepción económica del hogar
<b>Red familiar</b>	
<b>Objetivo</b>	Frecuencia con la que mantiene relaciones con algún familiar
<b>Subjetivo</b>	Percepción de la distancia al lugar de residencia de los familiares del entrevistado (hijas, hijos, hermanos/as, cuñados/as, nietos/as de 18 años o más, padres/suegros, otro familiares) Satisfacción con las relaciones familiares
<b>Red de amigos</b>	
<b>Objetivo</b>	Frecuencia con la que mantiene relaciones con amigos o amigas
<b>Subjetivo</b>	Grado de acuerdo/desacuerdo con los valores y actitudes relacionados con la amistad Percepción de la distancia al lugar de residencia de sus mejores amigos/as Satisfacción con las relaciones de amistad

### **4.3. Forma de convivencia y estructura del hogar como factores condicionantes de la calidad de vida de los mayores no institucionalizados**

Estudios sobre calidad de vida y familia han demostrado que la forma de convivencia y la estructura del hogar repercuten de manera concreta en la calidad de vida de las personas mayores (Walker et al. 2004; Clarke et al. 2005), lo cual justifica la necesidad de considerar particularmente estos dos elementos relacionados con la dimensión familiar.

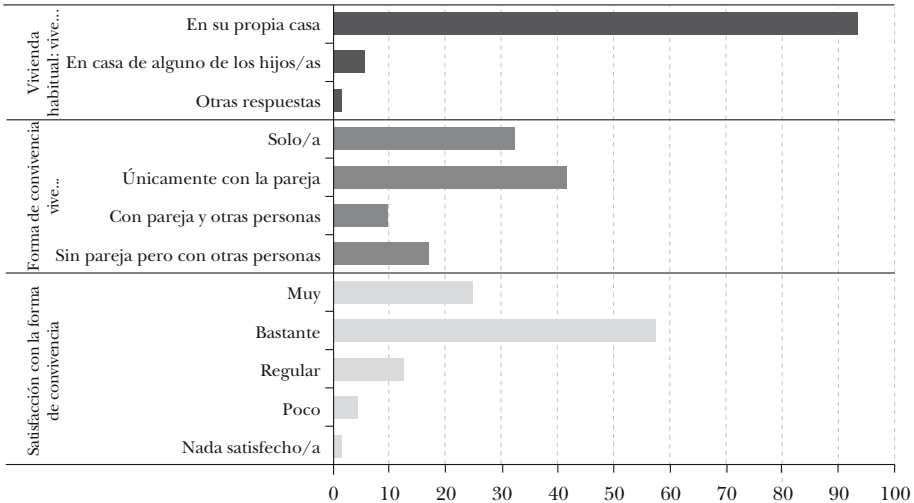


El gráfico 4.1 muestra el lugar de residencia o vivienda habitual de los mayores de Madrid, la forma de convivencia y la satisfacción hacia esta. Hay que recordar que el presente estudio se ha realizado a mayores no institucionalizados, es decir, a mayores que viven en una vivienda familiar y no en residencias o alojamientos similares. En este contexto, prácticamente todos los mayores viven en su propia casa. Otras alternativas de alojamiento no institucional son muy poco frecuentes e incluyen, principalmente, vivir en casa de alguno de los hijos/as (de manera definitiva o temporal), lo que abre el análisis a diversos factores (satisfacción con la casa, con el barrio, con las relaciones vecinales...) que subyacen al apego con el que ha sido el domicilio y el entorno residencial del mayor durante gran parte de su vida (Rojo-Pérez et al. 2002).

En cuanto a la convivencia con otras personas habría que considerar la influencia que, en buena lógica, ejerce el estado civil. Así, teniendo presente que el 53% están casados y el 40% viudos, hay que señalar que la forma de convivencia más usual entre los mayores en Madrid es la de vivir únicamente con su pareja (gráfico 4.1) mientras que un 27% lo constituyen hogares en los que el mayor convive con su pareja o sin ella, pero también con otras personas (fundamentalmente familiares). Ciertamente, estos datos parecen responder bien a la idea de que en nuestro entorno todas las etapas del clásico ciclo familiar se están alargando (López de Heredia et al. 1998), incluida la del «nido vacío» que transcurre desde el abandono del hogar de los hijos hasta la muerte de uno de los cónyuges. La convivencia en pareja pertenecería, pues, a esta nueva configuración alargada del nido vacío; por su lado, la tipología de vivir con otros (en pareja o no) admite, además de la interpretación de que los hijos tardan más en marcharse de los hogares, el hecho de que la familia como red de apoyo social sigue jugando un papel importante, como se verá más adelante.

Pero el dato más interesante se encuentra en ese tercio de mayores que viven solos y que constituye, con diferencia, la segunda forma de convivencia más frecuente. Ello no solo confirma el incremento que de esta forma de convivencia se está produciendo en la población española desde el último decenio, sino que revela que el porcentaje de mayores que viven solos en Madrid supera considerablemente al de mayores que viven solos en España (Abellán

**GRÁFICO 4.1: Lugar de residencia habitual, forma de convivencia y satisfacción con la forma de convivencia**  
(porcentaje)



García et al. 2007). Para situar adecuadamente esta cifra hay que tener en cuenta que más de un 82% de los mayores madrileños declaran sentirse bastante o muy satisfechos con su forma de convivencia, lo cual si legitima las principales formas de convivencia encontradas, lo hace especialmente con la de vivir solos. No hay que olvidar que esta «nueva vejez» del presente, tan bien pronosticada por Bazo (1992), es una vejez con más recursos materiales y sociales que nunca, y ello amplía tremendamente sus opciones de elección sobre cualquier ámbito o situación (viudedad, por ejemplo). Todo esto, unido a los datos de satisfacción con la forma de convivencia, que es muy elevada como se observa en el gráfico 4.1, parece refrendar la idea de estudios cualitativos que han explicado la soledad residencial de los mayores como una tendencia de nuestra contemporaneidad que tendría que ver principalmente con esas crecientes oportunidades de elección, pero que, sobre todo, estaría alejada de connotaciones negativas para el mayor o la familia (López Doblas 2005).

Una clasificación de sujetos mayores según las características del hogar de residencia, basadas en la estructura, el autoposicionamiento económico, el tamaño y la edad media de los miembros

residentes en el mismo (véase anexo 4.1)<sup>1</sup> ha ofrecido cuatro grupos de individuos, a saber:

1. Personas en hogares amplios y con menor incidencia del envejecimiento, con valoraciones subjetivas de satisfacción y nivel económico elevadas.
2. Personas en hogares pequeños y envejecidos, y con valoraciones sobre bienestar del hogar por debajo de la media o negativas.
3. Individuos residentes en hogares pequeños y envejecidos, pero con valoraciones subjetivas elevadas.
4. Personas en hogares amplios y menos envejecidos, pero con percepciones bajas relativas a la satisfacción con la forma de convivencia y con el nivel económico del hogar.

La agrupación de sujetos mayores según forma de convivencia y estructura y bienestar del hogar se ha cruzado con las variables sociodemográficas mediante tablas de contingencia, y seguidamente se resumen los resultados más relevantes, aquellos que muestran asociación estadística significativa ( $p\text{-value} \leq 0,05$ ) (cuadro 4.2).

Por grupos de edad se puede identificar una tendencia descendente en el nivel de bienestar con el hogar. Los viejos-jóvenes (65-74 años) se sitúan mayoritariamente en el grupo de hogares con alto bienestar percibido, al igual que quienes tienen 75-84 años, si bien entre estos últimos el tamaño del hogar se ha visto reducido por viudedad, lo cual refleja las consideraciones más arriba mencionadas sobre soledad residencial; pero cuando los mayores alcanzan los 85 y más años, la percepción o valoración del hogar se reduce y se hace más patente que nunca.

Por sexo, hombres y mujeres se agrupan mayoritariamente en hogares pequeños o amplios, pero se observa evidencia estadística significativa de que en todas las tipologías del hogar las mujeres perciben menor nivel de bienestar del hogar que los hombres (alrededor de 10 puntos porcentuales menos) (grupos 2 y 4).

---

<sup>1</sup> Puede verse en [www.fbbva.es/TLFU/tlfu/esp/publicaciones/libros/fichalibro/index.jsp?codigo=603](http://www.fbbva.es/TLFU/tlfu/esp/publicaciones/libros/fichalibro/index.jsp?codigo=603)

**CUADRO 4.2: Diferencias en la tipología y bienestar del hogar según rasgos sociodemográficos de los mayores**

(porcentaje)

Variables	Tipología y bienestar del hogar			
	Tipo 1: hogares amplios y poco envejecidos; alto bienestar del hogar	Tipo 2: hogares pequeños y más envejecidos; bajo bienestar del hogar	Tipo 3: hogares pequeños y más envejecidos; alto bienestar del hogar	Tipo 4: hogares amplios y poco envejecidos; bajo bienestar del hogar
<b>N.º de casos válido (489)</b>	104,0	138,0	152,0	95,0
Porcentaje	21,3	28,2	31,1	19,4
<b>Edad</b>	(0,000)			
65-74 años	<b>33,3</b>	16,5	23,0	<b>27,2</b>
75-84	10,9	<b>34,9</b>	<b>42,9</b>	11,4
85 y más	5,6	<b>52,1</b>	29,6	12,7
<b>Sexo</b>	(0,001)			
Hombre	<b>27,2</b>	21,8	<b>35,6</b>	15,3
Mujer	17,1	<b>32,8</b>	27,9	<b>22,3</b>
<b>Clase social</b>	(0,000)			
Baja	9,0	<b>46,3</b>	23,9	<b>20,9</b>
Media baja	<b>21,6</b>	26,3	29,3	<b>22,8</b>
Media	<b>29,3</b>	18,3	<b>40,2</b>	12,2
Media alta y alta	<b>43,9</b>	0,0	<b>46,3</b>	9,8
<b>Zona de residencia</b>	(0,020)			
Municipio de Madrid	21,3	28,1	<b>34,4</b>	16,2
Municipios metropolitanos	<b>24,4</b>	<b>29,1</b>	21,3	<b>25,2</b>
Municipios no metropolitanos	7,1	25,0	<b>35,7</b>	<b>32,1</b>

Test de la  $\chi^2$ : entre paréntesis, *p-value*; NS: *p-value* no significativo. En negrita, valor igual o superior a la situación media.

Con relación a la clase social, los sujetos de clase baja se caracterizan por residir en hogares con pocos miembros, más envejecidos que la media y con bajo bienestar. Sin duda, soledad residencial y bajo nivel de ingresos son dos elementos que se conjugan aquí para afectar negativamente a la calidad de vida de los mayores. A partir de ahí, independientemente de la tipología por tamaño y edad del hogar, el bienestar de los mayores hacia su

hogar sube a medida que la clase social aumenta. Teniendo en cuenta que la satisfacción con la forma de convivencia de los mayores es alta, estos datos refuerzan la importancia que esta población concede a su situación económica (que, como se ha visto en el segundo capítulo, es la tercera dimensión de la calidad de vida más nombrada), en este caso a través del autopercepción económica de su hogar.

Finalmente, respecto al tamaño del hábitat de residencia, si bien se observan diferencias estadísticamente significativas, no existe un patrón claramente distintivo; en este sentido, habría que indicar que, perteneciendo generalmente los sujetos a hogares de pocos miembros y envejecidos (tipos 2 y 3), los mayores residentes en los municipios metropolitanos perciben un bienestar con su hogar ligeramente menor que el de los mayores residentes en Madrid capital o municipios rurales.

#### **4.4. La red familiar en la calidad de vida de los mayores**

La red familiar se compone de aquellos parientes que acompañan al individuo a lo largo de la vida. Esta red puede diferenciarse en *básica* (familiares o parientes con los que convive en el mismo hogar), y *extensa* (aquellos con los que no se convive en el mismo hogar). Estos términos de *familia básica* y *extensa* no hacen referencia a proximidad afectiva, sino a convivencia o no en el mismo hogar.

A la hora de examinar la red familiar hay que retener una serie de cifras extraídas del estudio, como la ya comentada de un 32% de los mayores que viven solos, de forma que el número medio de miembros por hogar no llega a 2; este último rasgo se puede especificar señalando que solo el 16% reside en hogares de tres personas o más. Al respecto, en el gráfico 4.2 se muestra la presencia de los principales familiares que conviven con el mayor.

Como puede verse, y en el caso de los mayores que no viven solos (familia básica), más de la mitad convive, al menos, con la pareja, que se constituye como la persona principal de la red familiar básica de los mayores. Con porcentajes más bajos se encuentran los hijos/as, los nietos/as y yernos/nueras, lo que indi-

caría la poca frecuencia de hogares polinucleares.<sup>2</sup> Con datos muy parecidos en el ámbito nacional para el año 2001 (Requena y Díez de Revenga 2005), solo un 2,5% de los hogares totales de la Comunidad de Madrid son polinucleares, lo que indicaría una tendencia de cambios en la familia (europea, española y madrileña) que se vendría reflejando desde los años ochenta y en el que las sólidas redes de relaciones domésticas de la familia nuclear se estarían diluyendo (Requena y Díez de Revenga 1990).

Ahora bien, esta poca frecuencia de hogares polinucleares pudiera ser reflejo no tanto de un debilitamiento en las relaciones familiares como de un surgimiento de la vivienda de uso propio como medio indispensable para la realización de un proyecto de vida individual. Obviamente, este proyecto de vida contingentemente puede incluir a otras personas y constituye entonces un núcleo familiar o un hogar. Y es que nunca hasta ahora la realización personal ha dependido tanto de tener una casa de uso propio. En el caso de los jóvenes esto es evidente, pero este fenómeno no se circunscribe únicamente a este grupo, sino que afecta también a adultos y mayores. Así, entre los adultos no mayores empiezan a tener presencia en Europa formas de convivencia como las llamadas *living apart together*, en la que lo que caracteriza a la pareja es que ambos escogen vivir de manera estable en casas separadas. Incluso se ha pronosticado un aumento de estas «nuevas formas de familia» (Levin 2004). Por su parte, por lo que respecta a los mayores, ya se ha señalado la gran importancia que dan a su vivienda habitual.

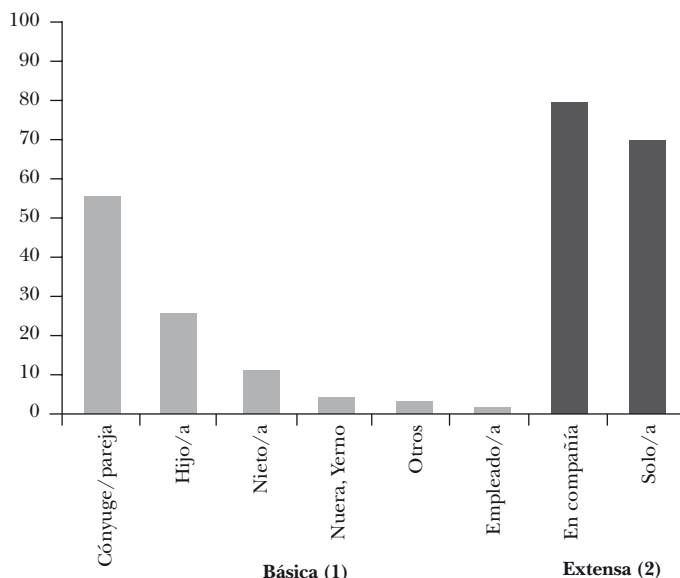
Todo esto conlleva la necesidad de prestar especial atención a ver cómo se configuran las relaciones entre el mayor y los miembros de una familia espacialmente dispersa. Respecto a la red familiar extensa se observa que 3 de cada 4 mayores tienen familiares viviendo cerca, proporción que se reduce entre quienes viven solos y aumenta entre los que viven acompañados (gráfico 4.3). Estos datos indicarían ciertos patrones de comportamiento y

---

<sup>2</sup> Según el INE (2001), los núcleos familiares están constituidos por una pareja con o sin hijos, o un padre o una madre con uno o más hijos; un hogar, por su parte, sería un conjunto de personas que residen habitualmente en la misma vivienda pero que, a diferencia de una familia, puede ser unipersonal, y si es multipersonal sus miembros no tienen por qué estar emparentados.

significado con respecto a la distancia geográfica de la red familiar de los mayores. Por un lado, mostrarían la importancia que tiene la familia para el mayor. No en vano la familia se constituye en el segundo dominio de la calidad de vida entre los mayores definida y evaluada espontáneamente por ellos mismos a través del instrumento de medida de calidad de vida individual SEIQoL-DW, como ya se ha visto en el capítulo segundo. De ahí el interés en mantener esa red a una distancia geográfica relativamente cercana, como sugieren los datos.

**GRÁFICO 4.2: Red familiar básica (según parentesco del mayor con los miembros del hogar) y red familiar extensa (mayores con familiares que viven cerca), según forma de convivencia**  
(porcentaje)



(1) Pregunta multirespuesta (en porcentaje de respuestas sobre total de casos en los que el mayor no vive solo/a = 339 casos).

(2) Test de la  $\chi^2$ : *p-value* 0,018.

Por otro lado, cuando contingentemente (por viudedad u otros motivos) el mayor vive solo, se muestra favorable a mante-

ner su autonomía residencial (López Doblas 2005), frecuentemente asociada con la vinculación hacia su residencia habitual (Rojo-Pérez et al. 2002). Aun así, dentro de esta estrategia residencial, cobra importancia la presencia de familiares que viven cerca. De este modo, se ha demostrado que en España las relaciones familiares, más allá del núcleo familiar de convivencia, implican un flujo de ayudas e intercambios muy importante, tanto en el plano relacional y afectivo como en el material (Meil Landwerlin 2000).

Para analizar el perfil de sujetos mayores según la percepción de distancia al lugar de residencia de los familiares que no viven en la misma casa de la persona anciana, se han utilizado técnicas estadísticas multivariantes, con las que se ha obtenido una clasificación de sujetos en cuatro grupos denominada como *percepción de distancia al lugar de residencia de familiares* (véase anexo 4.2):<sup>3</sup>

1. Sujetos que perciben una distancia media al lugar de residencia de sus familiares, especialmente de hijas, nietos e hijos.
2. Mayores que están cerca de todos los familiares.
3. Sujetos que viven lejos de hijas, nietos y, en menor medida, de hijos, quienes estarían a una distancia media-alta.
4. Muy lejos de cualquier tipo de familiar.

No se encontraron asociaciones estadísticamente significativas (a nivel de  $p\text{-value} \leq 0,05$ ) entre la percepción de la distancia al lugar de residencia de familiares y diferentes variables sociodemográficas (sexo, edad, clase social), lo cual no indica que de esta clasificación de sujetos no se deriven cuestiones de interés. La principal forma parte del objetivo específico de este capítulo, y tiene que ver con un fenómeno que no es reciente entre la población mayor y que ya se había adelantado en las consideraciones realizadas sobre red familiar extensa. Teniendo presente aquellas consideraciones, la clasificación de sujetos realizada permite observar en qué medida los mayores en la Comunidad de Madrid articulan geográficamente sus

---

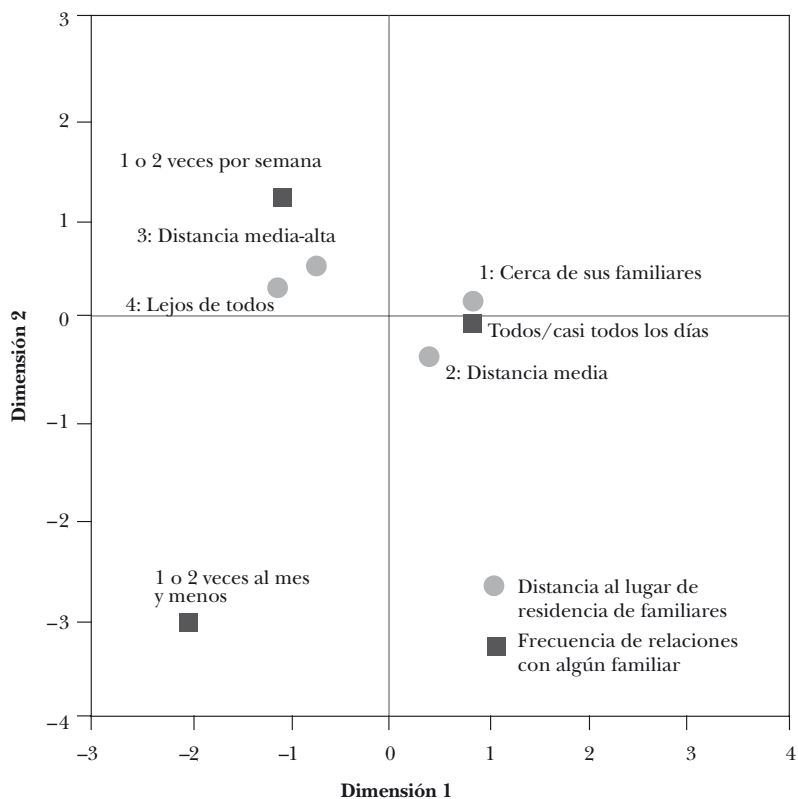
<sup>3</sup> Puede verse en [www.fbbva.es/TLFU/tlfu/esp/publicaciones/libros/fichalibro/index.jsp?codigo=603](http://www.fbbva.es/TLFU/tlfu/esp/publicaciones/libros/fichalibro/index.jsp?codigo=603)



relaciones familiares bajo la idea de «intimidad a distancia». Desde los años sesenta se habla de *intimidad a distancia* para referirse a unas preferencias de los mayores que se encuentran principalmente orientadas a mantener a la vez cierta independencia residencial y sólidos vínculos familiares (Rosenmayr 1968), fenómeno que, por lo demás, ha sido constatado para la sociedad española actual (Meil Landwerlin 2003; Abellán García et al. 2006).

Como cabía esperar, la percepción de la distancia geográfica al lugar de residencia de los familiares se asocia con la frecuencia de relaciones que mantienen ( $p\text{-value} < 0,001$ ) (gráfico 4.3), de forma que quienes perciben una mayor cercanía, o incluso una distancia media, declaran verse con sus familiares todos o casi todos los días, mientras los que están más alejados informan de una menor frecuen-

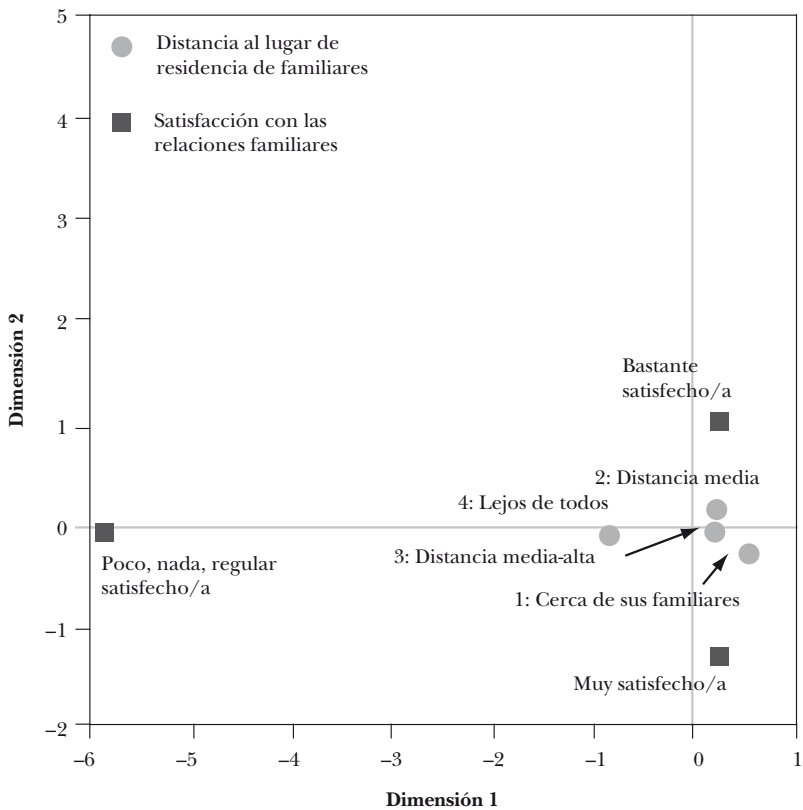
**GRÁFICO 4.3: Distancia al lugar de residencia de familiares según la frecuencia de relaciones con la red familiar**



cia de relaciones. En cualquier caso, y en concordancia con la idea de intimidad a distancia, es importante resaltar que ni siquiera entre aquellos mayores que se encuentran más alejados de sus familiares puede hablarse de desvinculación con estos, pues tienden a tener contacto al menos 1-2 veces a la semana; la localización de la categoría «1 o 2 veces al mes y menos» alejada del centro del plano cartesiano está indicando una proporción de casos relativamente baja.

Por otro lado, la población de estudio se muestra muy y bastante satisfecha con las relaciones familiares en general, independientemente de la distancia percibida entre su lugar de residencia y el de sus familiares (gráfico 4.4). En la interpretación de esta alta satisfacción habría que tener presentes los efectos de «deseabili-

**GRÁFICO 4.4: Distancia al lugar de residencia de familiares según la satisfacción hacia las relaciones con la red familiar**



dad social» que se presentan en este tipo de preguntas (Matesanz Nogales 1997). Además, no hay que olvidar que los mayores forman parte de un grupo de edad que tradicionalmente se ha considerado sensible a este fenómeno (Dijkstra et al. 2001).

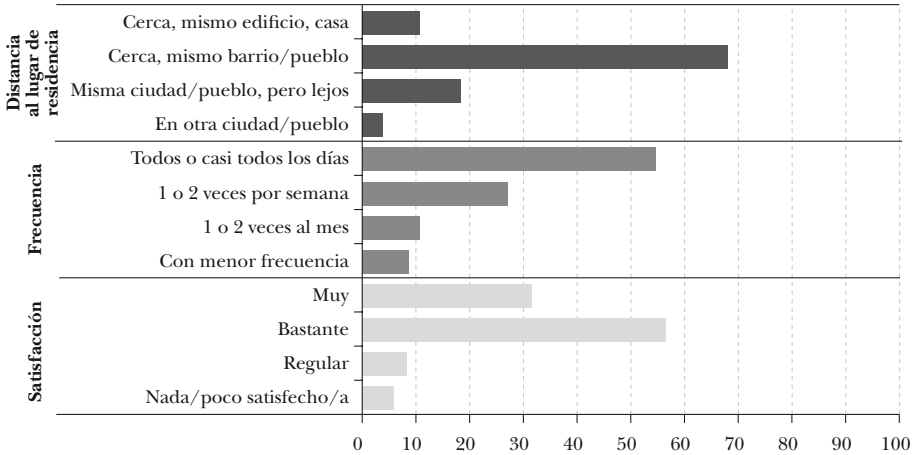
Así, para los mayores residentes en la Comunidad de Madrid la distancia afectiva cobraría una mayor importancia que la geográfica, que quedaría reflejada en la alta satisfacción con la relación con sus familiares por encima de consideraciones sobre distancia espacial (*p-value* no significativo). Esta distancia afectiva aparecería como síntesis del deseo de autonomía propio de nuestra contemporaneidad (Bericat Alastuey 2003) y la alta valoración de la familia como institución social en países del sur de Europa, fruto de la cual la familia es vista como la principal encargada de la provisión de bienestar a sus miembros (Ferrara 1995).

#### **4.5. La red de amistad en la calidad de vida de los mayores**

Las relaciones de amistad constituyen otro de los aspectos más valorados en la calidad de vida de los mayores. Diversos estudios muestran una relación entre calidad de la amistad y bienestar psicológico (entendida esta como una parte importante de la calidad de vida de los individuos), al manifestarse los efectos positivos que las relaciones de amistad tienen en la salud, en el bienestar global y en la felicidad de los mayores (Bertero et al. 1993; O'Boyle et al. 1993). Sin embargo, a pesar de la importancia de las relaciones de amistad en la calidad de vida del mayor, parece evidente que estas se encuentran sometidas a ciertas limitaciones propias de las características de sus protagonistas, por un lado, y, por otro, al hecho de que la amistad se considere generalmente como una red social suplementaria a la familiar; esto último a pesar de que algunos trabajos (Adams et al. 1995) sugieren que los amigos/as son más importantes que la familia para el bienestar psicológico de los mayores. Los porcentajes relativos a la distancia y frecuencia (gráfico 4.5) con su red de amigos tenderán, en parte, a reflejar estas limitaciones que seguidamente se presentan.

**GRÁFICO 4.5: Percepción de la distancia al lugar de residencia de los amigos/as, y frecuencia y satisfacción con la red social**

(porcentaje)



La red de amistad de los mayores en la Comunidad de Madrid está conformada principalmente (casi un 80%) por amigos/as del entorno residencial del mayor, principalmente del mismo barrio o localidad de residencia, lo que los convierte en parte integrante del vecindario y, en muchos casos, de larga duración por la relativa baja movilidad residencial (Rojo-Pérez et al. 2007). Entre la población mayor el hecho de mantener amistades puede verse más condicionado por la distancia geográfica que en otros grupos de edad, pues el uso de las nuevas tecnologías o el transporte acortan la distancia entre jóvenes o adultos; sin embargo, los porcentajes obtenidos sugieren que la red de amistad de la población mayor madrileña se articula orientada por la cercanía geográfica. Pero esto no quiere decir que la proximidad geográfica determine la red de amistad de los mayores. Adams y colaboradores han realizado una aproximación a los componentes más influyentes de la definición de *amistad* en los mayores (libertad para hablar de cualquier tema, sociabilidad, lealtad, solidaridad y confianza) (Adams et al. 2000). Pero lo importante no es retener estos valores, puesto que fueron informados por mayores en el contexto norteamericano (EE. UU. y Canadá); más relevante es ver cómo los mayores madrileños, que pueden

identificar estos (u otros) valores relativos a la amistad en distintos individuos a lo largo de toda su red social, han desarrollado de una manera más consistente su amistad con los que viven más cerca de entre aquellos.

Por supuesto, esta cercanía geográfica propicia el contacto frecuente con su red de amistad (gráfico 4.5). De manera que, para conseguir unos porcentajes tan importantes de satisfacción con la relación con sus amigos (bastante o muy satisfechos 86,4%), los mayores madrileños no necesitan mantener una excesiva frecuencia de relaciones con sus mejores amigos. Aun así, pudiera decirse que esta no es ni mucho menos desdeñable si se considera plausible el contexto de «licuefacción» de las relaciones personales, ya descrito en el epígrafe introductorio. Si bien es cierto que casi un 20% dicen ver a sus mejores amigos con relativa poca frecuencia (una o dos veces al mes o incluso menos), también lo es que más de la mitad de los mayores tienen contacto todos o casi todos los días, y menos de un tercio, una o dos veces por semana.

Estas cifras constituyen un primer dato que se ha de tener en cuenta en el análisis de la red de amistad del mayor. Para completarlo se ha preguntado a los mayores sobre el grado de acuerdo o desacuerdo con una serie de afirmaciones que describen distintos aspectos de las relaciones de amistad. Los resultados más reseñables del análisis descriptivo van aclarando la significación de la red de amistad del mayor.

Básicamente, la red de amistad del mayor en la Comunidad de Madrid la componen los amigos de toda la vida (cuadro 4.3) (70% bastante o muy de acuerdo con esta afirmación); uno de cada tres mayores está bastante o muy de acuerdo en que ha hecho nuevos amigos en los últimos años, aunque recuperar antiguas amistades es un fenómeno más infrecuente (46% poco o nada de acuerdo); con el paso del tiempo el tamaño de su red no ha disminuido (73% poco o nada de acuerdo en la afirmación «tengo menos amigos que antes»; incluso un 25% está bastante o muy de acuerdo en que ahora tiene más amigos); finalmente, en su red predominan más los amigos íntimos o de confianza (75% bastante o muy de acuerdo) que los simples conocidos.

**CUADRO 4.3: Opiniones y actitudes de los mayores hacia la red de amistad**

(porcentaje)

Opiniones y actitudes sobre la red social (N)	Grado de acuerdo				
	Nada	Poco	Regular	Bastante	Muy
Mi círculo de amigos/as es el de toda la vida (488)	11,7	11,5	6,6	50,0	20,3
Tengo amigos/as de confianza o íntimos/as (486)	9,1	9,5	6,0	56,6	18,9
En los últimos años he recuperado contacto con mis amigos/as (488)	15,8	30,1	15,2	32,4	6,6
En los últimos años tengo nuevos amigos/as (483)	18,0	33,5	15,9	28,0	4,6
Ahora tengo más amigos/as que antes (482)	20,5	33,0	21,0	20,7	4,8
Ahora tengo menos amigos/as que antes (484)	34,9	38,6	11,4	10,7	4,3
No tengo amigos/as, solo conocidos/as (486)	41,4	41,6	6,0	9,1	2,1

Un AF en el que se utilizan las variables relativas a las opiniones y actitudes de los mayores hacia su red de amistad no reportó resultados concluyentes, de modo que se procedió a realizar una clasificación de sujetos en cuatro grupos homogéneos mediante AClus a partir de las variables originales, previamente estandarizadas (media 0 y varianza 1) (véase anexo 4.3):<sup>4</sup>

1. Red de amistad consolidada a lo largo de la vida.
2. Red amplia y de calidad, con recuperación de amigos de antes y también con nuevos amigos.
3. Red muy pobre y de baja calidad, con menos amigos.
4. Pocos amigos, pero con recuperación de antiguas amistades y tendencia a hacer nuevos amigos.

No se observa asociación estadística significativa entre esta tipología de sujetos y las características sociodemográficas de los ma-

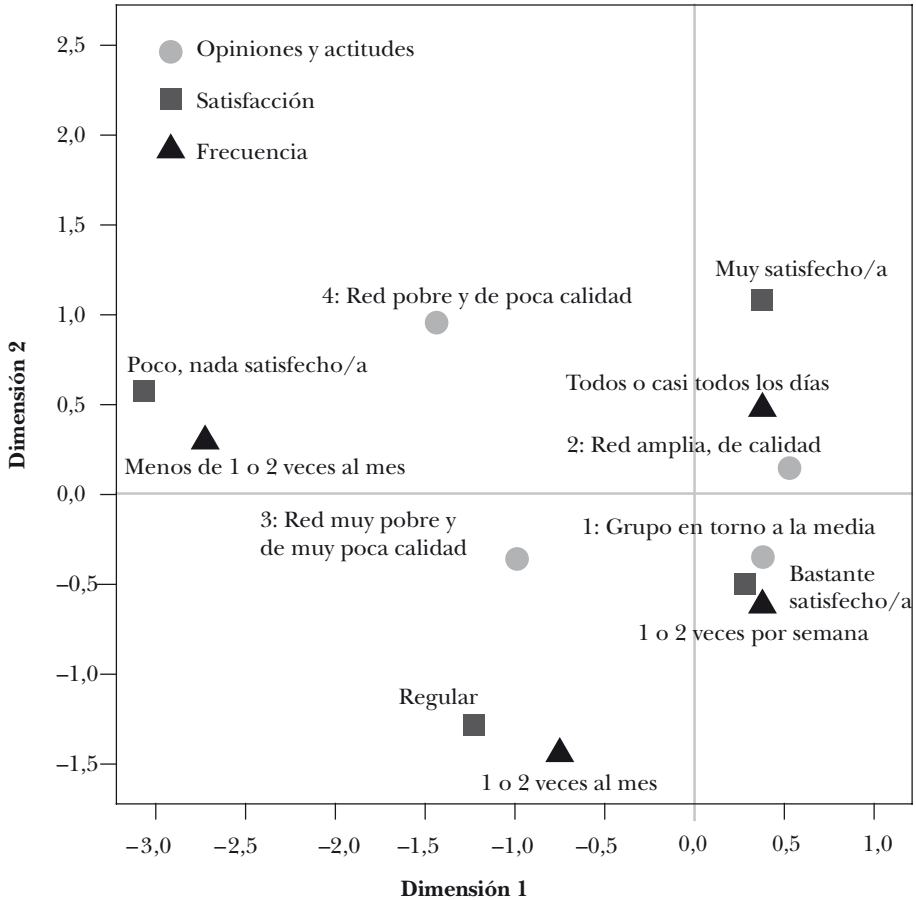
<sup>4</sup> Puede verse en [www.fbbva.es/TLFU/tlfu/esp/publicaciones/libros/fichalibro/index.jsp?codigo=603](http://www.fbbva.es/TLFU/tlfu/esp/publicaciones/libros/fichalibro/index.jsp?codigo=603)

yores, lo que determina que la percepción de la red de amistad del mayor es independiente del sexo, la edad, la clase social o la zona donde reside. Pero como podría esperarse, esta asociación se ha verificado en cuanto a la frecuencia de relaciones y la satisfacción con estas (gráfico 4.6). De manera que, sentirse muy o bastante satisfecho/a con sus relaciones de amistad se vincularía claramente con disfrutar de una red de amistad amplia y de calidad, así como verse todos o casi todos los días, y también estaría asociado con tener una red media y un contacto menor (1 o 2 veces por semana). En la parte más negativa del mapa perceptual se hallan quienes tienen una red social pobre o incluso de muy baja calidad, con una frecuencia de relaciones y un nivel de satisfacción bajos.

Esto confirmaría lo que ha sido mencionado más arriba, que la necesidad del mayor de mantener una red de amistad saludable (sentirse bastante o muy satisfecho con ella) no contempla unos requisitos mínimos especialmente exigentes, pues bastaría con tener contacto una o dos veces a la semana y disponer de una red de amistad media en los términos señalados anteriormente. Todo esto remite a teorías sociogerontológicas clásicas, como la teoría del *disengagement* (Cumming et al. 1961), que postula que con la vejez se produce un paulatino desenganche del mayor de su entorno social lo que, una vez aceptada esta nueva situación, repercutirá positivamente en su bienestar psicológico.

Si bien es cierto lo que sugieren los resultados obtenidos, es decir, que el mayor no es especialmente exigente con su red de amistad, esto no quiere decir que se conforme con cualquier tipo de relación, y mucho menos que haya llegado a la conclusión de que el mejor medio para obtener mayor bienestar sea propiciar algún tipo de desenganche o desvinculación con su entorno. Ya se ha visto que la red media de amistad, donde se agrupa una mayor proporción de los mayores de la Comunidad de Madrid, está conformada por una red ya consolidada en el pasado, tanto en tamaño como en densidad, con amigos íntimos dentro de un círculo de amistades que fundamentalmente es el de toda la vida. Por tanto, al menos en lo que respecta a las relaciones de amistad, no se aprecian cambios profundos en el número de personas o en el tipo de interacciones que la teoría del *disengagement* pronostica. Más bien al contrario, parece que los resultados se dirigen más

**GRÁFICO 4.6: Clasificación de sujetos según sus opiniones y actitudes hacia la red de amistad y su relación con la frecuencia de contacto y la satisfacción con la red**



hacia teorías como la de la continuidad aplicada a las relaciones de amistad de la población mayor (Finchum et al. 2000). Esta teoría se basa en las estrategias que desarrollan los mayores para afrontar una situación potencial de cambio (la vejez en este caso), lo que repercute en que el cambio en sí se convierta en poco perceptible. Estas estrategias, que pueden ser cognitivas, emocionales y de comportamiento, se destinan a mantener la red de amistad sin modificaciones traumáticas.



Lógicamente, las relaciones de amistad, en tanto que dinámicas, hacen necesario un constante ajuste que se verá influenciado —en unas cosas, positiva, y en otras, negativamente— por el paso del tiempo. Al no disponer de datos longitudinales, esta investigación no permite más que constatar que las relaciones de amistad de los mayores en la Comunidad de Madrid no pueden considerarse, en términos generales, como escasas, pobres o de mala calidad. Muy al contrario, más allá de una tipología de calidad media estable en cuanto tamaño y densidad, no se debe perder de vista el alto grado de satisfacción que los propios mayores dan a sus relaciones de amistad (por encima del 85% de los sujetos manifiestan estar bastante o muy satisfechos/as).

#### 4.6. Conclusiones

En las últimas décadas vienen produciéndose una serie de cambios sociales, políticos, culturales y económicos que anegan todos los ámbitos de la sociedad. Cambios estos unas veces complementarios, otras contradictorios, pero que tienen en común que moldean el entorno social y afectivo del mayor. Las categorías sociales y culturales que sirvieron hasta el momento para definir la sociedad se ven en la necesidad de reinventarse ante estos cambios, pues todo, incluidos los conceptos, están en tránsito: desde la propia imagen de la vejez y las nuevas condiciones materiales de la misma hasta el significado de la *familia* o de la *amistad* en nuestros días. Teniendo como foco el punto de vista de los mayores de la Comunidad de Madrid, en este artículo se han señalado algunos rasgos característicos de factores que influyen en la reorientación del mayor en sus relaciones familiares y de amistad, en particular en el ámbito espacial.

Los mayores no institucionalizados en la Comunidad de Madrid envejecen en su casa, como ya se ha visto en otras investigaciones realizadas para el entorno del municipio de Madrid (Rojo-Pérez et al. 2002). En cuanto a forma de convivencia esta es una característica central más determinante incluso que el estado civil. Son hogares estos de pocos miembros, generalmente del mayor junto a su pareja cuando la tiene. Muy rara vez coinciden bajo el mismo techo

familias polinucleares del estilo mayor(es) junto a alguno de sus hijos y yernos/nueras o nietos. Esta forma de convivencia en ningún caso genera rechazo entre los mayores, pues un muy alto porcentaje se declaran bastante o muy satisfechos con ella. Si acaso, lo que más influye en su percepción, no ya de su forma de convivencia, sino del bienestar con su hogar, es el autopostricionamiento económico. Los recursos económicos, sin duda, siguen siendo un componente importante en la calidad de vida de los mayores.

Pero la predominante independencia residencial de los mayores en la Comunidad de Madrid no significa aislamiento, soledad o desvinculación de sus familiares, pues la gran mayoría de los mayores tiene familiares viviendo cerca y, en cualquier caso, la frecuencia de relaciones con estos así como su satisfacción general es elevada. Esto confirma la idea de estar frente a una tendencia que los autores han nombrado como de *intimidad a distancia*, en la que los mayores valoran muy positivamente la conjunción de independencia residencial y lo que aquí se ha llamado *cercanía afectiva*, es decir, saber que sus familiares constituyen tanto un recurso de apoyo como una fuente de afecto, presente incluso entre las relaciones familiares supuestamente más vulnerables (aquellas que se producen cuando la distancia geográfica entre el lugar de residencia del mayor y el de sus familiares es más elevada).

Las relaciones de amistad del mayor en ningún caso sustituyen la importancia que este otorga a su familia. Ambas redes, sin embargo, se complementan para configurar una mejor calidad de vida para el mayor. Así, los datos aquí expuestos no respaldan teorías clásicas como las del *disengagement* que tanto han calado en la imagen tradicional de la vejez. Muy al contrario, por un lado, la relación con la familia sigue siendo un pilar importante en la calidad de vida de los mayores; por otro, la red de amistad media de los mayores en la Comunidad de Madrid puede considerarse más que aceptable, y le proporciona además una satisfacción muy elevada sin necesidad de un contacto continuo. Los cambios en tamaño e intensidad podrían estar más bien relacionados por la confluencia de factores externos, como procesos naturales (fallecimiento de sus mejores amigos), y procesos sociales que afectan a todos los grupos de edad (debilitamiento de las relaciones sociales). Esto sería así porque los datos parecen de-

fender la idea de que no ha habido cambios traumáticos en la red de amistad de los mayores. Por tanto, no son aplicables aquí postulados que certifiquen un repliegue de los mayores respecto a su entorno social. Estudios comparativos en el ámbito europeo (Fagerström et al. 2007) sitúan en un porcentaje superior al 70% los mayores que dicen ver a sus amistades y familiares tanto como desean. Esto podría interpretarse por el hecho de estar en esa fase de la teoría del *disengagement* en la que el mayor ya ha asumido que las relaciones con su entorno social deben ser forzosamente reducidas, pero los datos aquí expuestos indican que la frecuencia de relaciones es muy alta en lo que se refiere al contacto familiar y también es relevante respecto a la red de amistad. Por tanto, lo que se estaría produciendo respecto a las redes familiar y de amistad no es un repliegue del mayor, sino un proceso de adaptación influido por muchos factores, como se ha visto en este capítulo, y que se refleja en tendencias como la de la «intimidad a distancia», en lo que respecta a la red familiar, y tendencias adaptativas de base continuista, en lo que respecta a la red de amistad.

Por todo lo dicho, hay que concluir que los mayores de la Comunidad de Madrid, en términos generales, presentan una red familiar y de amistad saludable para su calidad de vida, con datos muy positivos tanto en estructura como en dinámica de estas redes. Esto es posible porque el mayor ha sabido conjugar un deseo de mayor autonomía con el mantenimiento de estrechos y/o funcionales lazos con la familia y sus amigos.

Estudios cualitativos podrían ayudar a dar un significado más completo a las relaciones familiares y de amistad de la población mayor, así como a identificar y salvar, en parte, los posibles efectos de deseabilidad social que matizan los resultados de este trabajo.

## Bibliografía

- ABELLÁN GARCÍA, A., M. D. PUGA GONZÁLEZ y M. SANCHO CASTIELLO. «Mayores y familia en la sociedad actual». En CENTRO DE ESTUDIOS DEL CAMBIO SOCIAL, ed. *Informe España 2006: Una interpretación de su realidad*. Madrid: Fundación Encuentro, 2006: 261-333.
- ABELLÁN GARCÍA, A., E. DEL BARRIO TRUCHADO, P. CASTEJÓN VILLAREJO, C. ESPARZA CATALÁN, G. FERNÁNDEZ-MAYORALAS, G. PÉREZ ORTIZ, M. D. PUGA GONZÁLEZ,

- F. ROJO-PÉREZ y M. SANCHO CASTIELLO. *A propósito de las condiciones de vida de las personas mayores. Encuesta 2006*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales, Colección Estudios, Serie Documentos Estadísticos, n.º 22.009, 2007.
- ADAMS, R. G. y R. BLIESZNER. «Aging well with friends and family». *The American Behavioral Scientist* 39 n.º 2 (1995): 209-224.
- ADAMS, R. G., R. BLIESZNER y B. DE VRIES. «Definitions of friendship in the third age: age, gender, and study location effects». *Journal of Aging Studies* 14 n.º 1 (2000): 117-133.
- BAUMAN, Z. *Modernidad líquida*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2003.
- . *Amor líquido: acerca de la fragilidad de los vínculos humanos*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2005.
- BAZO, M. T. *La ancianidad del futuro*. Barcelona: SG Editores, 1992.
- BECK, U. y E. BECK-GERNSHEIM. *El normal caos del amor: las nuevas formas de la relación amorosa*. Barcelona: Paidós, 2001.
- BERICAT ALASTUEY, E. «Fragmentos de la realidad posmoderna». *Revista Española de Investigaciones Sociológicas* n.º 102 (2003): 9-46.
- BERTERO, C. y A. C. EK. «Quality of Life of Adults with Acute Leukaemia». *Journal of Advanced Nursing* n.º 18 (1993): 1.346-1.353.
- BOWLING, A. *Measuring health: A review of quality of life measurement scales*. Buckingham; Filadelfia: Open University Press, 1991.
- BROWN, J., A. BOWLING y T. FLYNN. *Models of Quality of Life: A Taxonomy, Overview and Systematic Review of the Literature*. European Forum on Population Ageing Research, 2004: 113. Disponible en internet en [www.ageingresearch.group.shef.ac.uk/pdf/qol\\_review\\_no\\_tables.pdf](http://www.ageingresearch.group.shef.ac.uk/pdf/qol_review_no_tables.pdf) (Fecha de acceso: 11-09-2005).
- CAMPO LADERO, M. J. *Relaciones interpersonales: Valores y actitudes de los españoles en el nuevo milenio*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, 2003.
- CENTRO DE INVESTIGACIONES SOCIOLOGICAS. *Opiniones y Actitudes sobre la familia. Estudio n.º 2.578*. CIS, 2004. Disponible en internet en [www.cis.es/cis/opencms/-Archivos/Marginales/2560\\_2579/e257800.html](http://www.cis.es/cis/opencms/-Archivos/Marginales/2560_2579/e257800.html) (Fecha de acceso: 11-05-2009).
- CLARKE, L., M. EVANDROU y P. WARR. «Family and economic roles». En A. WALKER, ed. *Understanding Quality of Life in old age*. Maidenhead: Open University Press, 2005: 64-83.
- CUMMING, E., W. E. HENRY y E. SHANAS. *Growing Old. The process of disengagement*. Nueva York: Basic Books, 1961.
- CUMMINS, R. A. «The domains of life satisfaction: An attempt to order chaos». *Social Indicators Research* 38 n.º 3 (1996): 303-328.
- DIJKSTRA, W., J. H. SMIT y H. C. COMIJS. «Using Social Desirability Scales in Research among the Elderly». *Quality and Quantity* 35 n.º 1 (2001): 107-115.
- DONATI, P. P. *Repensar la sociedad: el enfoque relacional*. Madrid: Ediciones Internacionales Universitarias, 2006.
- FAGERSTRÖM, C., C. BORG, C. BALDUCCI, V. BURHOLT, C. G. WENGER, D. FERRING, G. WEBER, G. HOLST y I. R. HALLBERG. «Life satisfaction and associated factors among people aged 60 years and above in six european countries». *Applied Research in Quality of Life* 2 n.º 1 (2007): 33-50.
- FERNÁNDEZ-MAYORALAS, G., F. ROJO-PÉREZ, M. E. PRIETO-FLORES, B. LEÓN-SALAS, P. MARTÍNEZ-MARTÍN, M. J. FORJAZ, B. FRADES-PAYO y C. GARCÍA-IZAGUIRRE. *El significado de la salud en la Calidad de Vida de los mayores*. Madrid, Instituto de Mayores y Servicios Sociales; Consejo Superior de Investigaciones Científicas;

- Portal Mayores, Informes Portal Mayores n.º 74, 2007: 67. Disponible en internet en [www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/fernandezmayoralasignificado-01.pdf](http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/fernandezmayoralasignificado-01.pdf)
- FERRARA, M. «Los estados del bienestar del sur en la Europa social». En L. MORENO y S. SARASA URDIOLA, eds. *El estado del bienestar en la Europa del Sur*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 1995: 85-112.
- FINCHUM, T. y J. A. WEBER. «Applying Continuity Theory to Older Adult Friendships». *Journal of Aging and Identity* 5 n.º 3 (2000): 159-168.
- HAWTHORNE, G. «Measuring Social Isolation in Older Adults: Development and Initial Validation of the Friendship Scale». *Social Indicators Research* 77 n.º 3 (2006): 521-548.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. *Censos de Población y Viviendas 2001. Glosario*. Madrid, Instituto Nacional de Estadística, 2001. Disponible en internet en [www.ine.es/censo/es/glosario.html](http://www.ine.es/censo/es/glosario.html) (Fecha de acceso: 25-08-2008).
- LASSEY, W. R. y M. L. LASSEY. *Quality of life for older people: an international perspective*. Upper Saddle River, Nueva Jersey: Prentice Hall, 2001.
- LEVIN, I. «Living apart together: a new family form». *Current Sociology* 52 n.º 2 (2004): 223-240.
- LÓPEZ DE HEREDIA, D. y C. MONTORO GURICH. *El envejecimiento de la población en la Unión Europea*. Madrid: Rialp, 1998.
- LÓPEZ DOBLAS, J. *Las personas mayores viviendo solas. La autonomía como valor en alza*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales, Col. Estudios, Serie: Personas mayores, n.º 11.001, 2005. Disponible en internet en [www.seg-social.es/imserso/documentacion/pmviviendosolas.pdf](http://www.seg-social.es/imserso/documentacion/pmviviendosolas.pdf)
- LOZARES, C. «La teoría de redes sociales». *Papers* n.º 48 (1996): 103-126.
- MATESANZ NOGALES, A. *Evaluación estructurada de la personalidad*. Madrid: Pirámide, 1997.
- MEIL LANDWERLIN, G. *La postmodernización de la familia española*. Madrid: Acento, D.L., 1999.
- . *Imágenes de la solidaridad familiar*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, 2000.
- . «La figura del abuelo en las familias españolas de la actualidad». *Portularia* 3 (2003): 33-47.
- NETUVELI, G., R. D. WIGGINS, Z. HILDON, S. M. MONTGOMERY y D. BLANE. «Quality of life at older ages: evidence from the English longitudinal study of aging (wave 1)». *Journal of Epidemiology and Community Health* 60 n.º 4 (2006): 357-363.
- O'BOYLE, C. A., H. M. MCGEE, A. HICKEY, C. R. B. JOYCE, J. BROWNE, K. O'MALLEY y B. HILTBRUNNER. *The Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life. User manual*. Dublín: Department of Psychology, Royal College of Surgeons in Ireland, 1993.
- PUTNAM, R. D. «Bowling Alone: America's Declining Social Capital». *Journal of Democracy* 6 n.º 1 (1995): 65-78.
- REQUENA y Díez de REVENGA, M. «Hogares y familias en la España de los ochenta: el caso de la Comunidad de Madrid». *Revista Española de Investigaciones Sociológicas* 51 (1990): 53-18.
- . *Características de los hogares y las familias de la Comunidad de Madrid según el Censo de 2001*. Madrid: Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid, 2005. Disponible en internet en [www.madrid.org/iestadis/fijas/informes/descarga/carhogarfamilcenso01.pdf](http://www.madrid.org/iestadis/fijas/informes/descarga/carhogarfamilcenso01.pdf) (Fecha de acceso: 19-04-2008).

- ROJO-PÉREZ, F., G. FERNÁNDEZ-MAYORALAS, E. POZO-RIVERA y J. M. ROJO-ABUÍN. *Envejecer en casa: la satisfacción residencial de los mayores en Madrid como indicador de su calidad de vida*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Col. Monografías n.º 23, 2002.
- ROJO-PÉREZ, F., G. FERNÁNDEZ-MAYORALAS, V. RODRÍGUEZ-RODRÍGUEZ y J. M. ROJO-ABUÍN. «The Environments of Ageing in the Context of the Global Quality of Life among Older People Living in Family Housing». En H. MOLLENKOPF y A. WALKER, eds. *Quality of Life in Old Age. International and Multidisciplinary Perspectives*. Dordrecht: Springer, Social Indicators Research Series, Volume 31, 2007: 123-150.
- ROSENMAYR, L. «Family Relations of the Elderly». *Journal of Marriage and the Family* 30 n.º 4 (1968): 672-680.
- SETIÉN SANTAMARÍA, M. L. *Indicadores sociales de Calidad de Vida. Un sistema de medición aplicado al País Vasco*. Madrid: CIS y Siglo XXI, 1993.
- SILVERSTEIN, M. y M. G. PARKER. «Leisure activities and Quality of Life among the oldest old in Sweden». *Research on Aging* 24 n.º 5 (2002): 528-547.
- SIRGY, M. J. ed., *Handbook of quality-of-life research: an ethical marketing perspective*. Dordrecht, Boston: Kluwer Academic Publishers, 2001: 458.
- THE WHOQOL GROUP. «The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and General Psychometric Properties». *Social Science & Medicine* 46 n.º 12 (1998): 1569-1585.
- WALKER, A. y C. HAGAN HENNESSY, eds., *Growing Older: Quality of Life in Old Age*. Londres: Open University Press, 2004: 268.



## 5. Los recursos económicos en la calidad de vida a la edad anciana

*Vicente Rodríguez-Rodríguez*

Instituto de Economía, Geografía y Demografía  
Centro de Ciencias Humanas y Sociales (CSIC)

### 5.1. Introducción

Conocer la influencia de los recursos económicos en los comportamientos sociales y en la calidad de vida de la población es un hecho esencial, sobre todo en el caso de las personas mayores. También lo es la cuestión sobre los instrumentos de medida que habría que utilizar para su diagnóstico. Ambos aspectos se engarzan con una situación muy común, el uso de la renta económica como medida básica de los recursos económicos de los estados, de los grupos o de los individuos, siendo importante, en este último caso, el empleo de la hipótesis que permite apreciar la capacidad/incapacidad de la persona para participar en las actividades sociales y en la vida de la comunidad en función de su nivel de renta. Sin embargo, hay un amplio debate sobre el significado más adecuado del concepto de *recurso económico* individual, sobre las medidas mejor adaptadas a su análisis y sobre su influencia en la calidad de vida, a través de diversas perspectivas, como así se atestigua en la bibliografía.

Desde un punto de vista macroeconómico, la revisión del papel de los recursos económicos de los mayores suele centrarse en el estudio de la previsión futura de menor cobertura económica por parte de la Seguridad Social, en contraste con las pensiones privadas (Lassey et al. 2001), o de la importancia de las rentas públicas, privadas y las transferencias en el ámbito familiar, especialmente en países donde las redes familiares y sociales



tienen una gran importancia como factor de influencia en la calidad de vida de los mayores (Polverini et al. 2005), o de los riesgos de caer en la pobreza, en relación con determinados rasgos demográficos como el género o la forma de convivencia (Walker et al. 2005). También se ha orientado la investigación hacia el crecimiento económico como condición para el incremento de la calidad de vida con un carácter general, sin que esta relación esté siempre demostrada en la escala individual (Diener 1984; Schyns 1998).

En una visión más cercana al individuo, la dimensión económica aparece tradicionalmente como una de las constitutivas del constructo *calidad de vida*, entendido desde una perspectiva global, junto a otras dimensiones básicas (Smith 2000), toda vez que son las circunstancias personales, cualquiera sea la medida que de ellas se adopte, las que están influyendo de una manera decisiva sobre la calidad de vida o el bienestar personal. La situación económica es una dimensión objetivamente medida, aunque su evaluación por parte de los individuos pueda variar. De ahí la necesidad de combinar medidas objetivas (renta, recursos económicos...) y subjetivas (satisfacción, seguridad, percepción o valoración...). En los estudios sobre población mayor, los *recursos económicos* están relacionados con la capacidad del individuo para proveer sus necesidades básicas (Scharf et al. 2000), de manera que parece haber una asociación directa entre cantidad de recursos y calidad de vida (Sirgy 2001).

Sin embargo, distintos mecanismos psicológicos permiten aflorar discrepancias múltiples entre lo que uno tiene, como recurso económico, y lo que desea para cubrir mejor sus necesidades personales, o lo que calcula que debería tener, o lo que otros tienen como marco de comparación interpersonal, que condicionan tanto la forma de comportarse como las opiniones emitidas sobre la calidad de vida que se disfruta en relación con los recursos económicos (Michalos 2003). Además, la adecuación económica entre recursos y necesidades, como indicador de calidad de vida, tiene un valor distinto de acuerdo con los rasgos sociodemográficos individuales (Lamura et al. 2003).

Una perspectiva última sobre esta cuestión aborda el debate sobre los indicadores objetivos (sociales, normativos que permi-

ten medir las diferencias en los niveles de bienestar general o personal) y subjetivos (personales), que ejercen un papel importante en la evaluación por parte de los individuos de la calidad de vida (Friedman 1997; Lamura et al. 2003). Es una ley, aceptada en la literatura sobre medición de hechos sociales y específicamente en este ámbito de investigación, el dotar a esos indicadores de un carácter complementario, con ventajas y dificultades, dada la conveniencia de realizar una valoración objetiva y subjetiva de los fenómenos sociales en entornos individuales, sociales y culturales cambiantes (Diener et al. 1997).

Varios son los objetivos que se han de estudiar en este capítulo. Entendiendo que la población mayor tiene un desarrollo vital amplio, desde muchos puntos de vista, parece interesante analizar la contraposición entre valor real de los recursos económicos actuales y su *significado presente y futuro*, de acuerdo a las necesidades actuales y previstas, o la *sensación de seguridad* que producen los recursos económicos disponibles cuando se tienen comportamientos orientados al ahorro o al consumo, según los ingresos que reciben las personas en los últimos años de su vida y el capital acumulado (Walker et al. 2005) a lo largo de la historia laboral previa. Otro objetivo que se ha de desarrollar será la evaluación de la *satisfacción con los recursos* por parte de quien no tiene muchos medios económicos porque no ha tenido posibilidades de conseguirlos, pero que desconoce otros escenarios (Smith 2000). Los rasgos sociodemográficos y el medio en el que vive (el barrio, el entorno urbano y social) son factores condicionantes de la valoración del balance entre recursos disponibles, oportunidades y necesidades del individuo mayor. De cómo resulte ese balance se derivará una situación vital condicionada por la independencia o la dependencia, especialmente en el caso de las mujeres mayores (Bryant et al. 2002).

## 5.2. La medición de hechos económicos

Se ha seguido un esquema de análisis que es habitual en la bibliografía científica, es decir, se estudia el significado de los recursos económicos en la calidad de vida de los mayores, utilizando para

ello instrumentos de medición objetiva y subjetiva de forma complementaria, siguiendo los estándares en la medición de este fenómeno (Sirgy 2001). Además, en la encuesta CadeViMa utilizada para el análisis del significado de los recursos económicos en la calidad de vida de los mayores madrileños, se ha tomado, sin embargo, una prevención inicial, la de no solicitar una información excesiva de la dimensión económica de la población mayor con objeto de evitar dos dificultades usuales en la toma de datos: primero, no hacer demasiado hincapié en una materia tan sensible para la población mayor como la económica, y, segundo, no solicitar información que obligue al encuestado a un esfuerzo de recuerdo de datos que puede ser contraproducente para los objetivos de la encuesta. Está demostrado que la toma de datos de procesos de largo desarrollo temporal, como es la vida laboral, tiende a verse condicionada por la situación de los últimos momentos, los más cercanos a la jubilación. También es conveniente señalar que cuestiones como esta son muy sensibles al momento en el que se está emitiendo la opinión (Walker 2005) y a la aparición de comportamientos de «deseabilidad social» que son más intensos cuando la población es de más edad (Dijkstra et al. 2001). En ambos casos se trata de conseguir una tasa de respuesta alta.

Se solicitaron, por lo tanto, datos de carácter objetivo y subjetivo en 5 cuestiones (cuadro 5.1). Las dos primeras pretenden un acercamiento a los ingresos recibidos, su origen y su cuantía. En primer lugar, cuando se habla de población mayor, es importante tomar en cuenta el origen de los recursos económicos, con objeto de identificar el carácter único o múltiple de los mismos y, por ende, la mayor o menor dependencia de los ingresos de una fuente única, así como las consecuencias que de ello pueden derivarse para la forma de vida de los mayores, partiendo de la hipótesis previa según la cual la mayoría de los encuestados podrían conseguir los mismos de una pensión. Para ello se ha diseñado una cuestión en formato «multirrespuesta» en la que cualquiera de las respuestas puede entrar en combinación con el resto para definir una tipología de individuos atendiendo a la mayor o menor ocurrencia de unas respuestas con otras.

Por su lado, la pregunta sobre la cuantía de los ingresos fue planteada bajo las condiciones de una previsiblemente alta tasa

**CUADRO 5.1: Indicadores para el estudio de los recursos económicos incluidos en la encuesta CadeViMa**

Tipo de indicador	Tema
Objetivo	Procedencia de sus ingresos económicos
	Ingresos totales mensuales (pensión, otros ingresos, rentas, ayuda familiar)
Subjetivo	Satisfacción con su situación económica general (considerando todos los ingresos que recibe, los ahorros y otros tipos de renta)
	Seguridad en su futuro económico
	Autoposicionamiento económico del hogar

de no respuesta, en atención a la sensibilidad que la información sobre ingresos genera en la población, especialmente entre los mayores. Así, se preguntó por el nivel de ingresos utilizando una escala ordinal, de seis intervalos, pero suficientemente amplia, para que el encuestado no encontrara dificultades o recelo en su respuesta; entre los intervalos considerados estaba la categoría *No tiene ingresos*, suponiendo que era posible encontrar encuestados en esta situación.

Desde un punto de vista subjetivo, la información solicitada fue de dos tipos. En primer lugar, hay dos preguntas que se han orientado hacia la valoración subjetiva de los recursos económicos personales o ingresos económicos, de un lado, a través de la satisfacción que producen en el momento presente en su papel de «facilitadores» de un bienestar personal y familiar, y, de otro, mediante la seguridad que —entiende el encuestado— le pueden producir estos en el futuro para el mantenimiento de dicho estatus. En ambos casos, se ha utilizado una escala ordinal de satisfacción y seguridad, en las que el valor medio (categoría «regular», que marca una indefinición del estado de satisfacción y seguridad entre los valores positivos y negativos de la escala) no se ha solicitado de forma expresa a los encuestados para evitar la acomodación al mismo de opiniones no posicionadas en una u otra parte de la escala. En segundo lugar, como contraste de la información objetiva de ingresos, se ha recabado también un autoposiciona-

miento económico del hogar del individuo en una escala de 1 a 10, desde el valor *bajo* al *alto*.

El estudio de la dimensión económica de los mayores se ha contrastado con determinados factores, obtenidos de la misma encuesta (CadeViMa), con objeto de valorar los hechos y circunstancias que pueden estar condicionando esta dimensión. Sin duda la elección de estos factores es una tarea bastante arriesgada porque implica tener presentes aspectos que hipotéticamente pueden tener relación con la misma, pero que no siempre es posible documentar que esta relación sea significativa. De esta manera, una vez hecha una primera revisión de la información disponible, se ha considerado adecuado tomar en cuenta 6 bloques:

1. Los rasgos sociodemográficos de los entrevistados (sexo, edad, nivel de estudios, estado civil, clase social, tipo de hogar, zona de residencia).
2. El estado de salud.
3. La forma de convivencia.
4. Las redes de apoyo.
5. Las actividades de ocio y tiempo libre.
6. El entorno físico.

Las variables independientes utilizadas han sido, primero, cruzadas con las de recursos económicos para validar la representatividad de la relación, para, luego, desarrollar un análisis estadístico por cada bloque (factores), utilizando diversos instrumentos estadísticos y gráficos.

Para estos propósitos, se han empleado diversas técnicas, unas orientadas a reducir la información identificando variables latentes y no directamente medidas (AF), otras agrupando individuos con comportamientos semejantes en grupos homogéneos (AClus), y otras definidas para identificar la asociación de categorías de variables (ACor y análisis de árboles jerárquicos). Los procedimientos realizados se describen junto con sus resultados en el anexo metodológico.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Puede verse en [www.fbbva.es/TLFU/tlfu/esp/publicaciones/libros/fichalibro/index.jsp?codigo=603](http://www.fbbva.es/TLFU/tlfu/esp/publicaciones/libros/fichalibro/index.jsp?codigo=603)

### 5.3. Situación económica y calidad de vida en los mayores

A partir del estudio de Brown et al. (2004) se comprueba de forma fehaciente la importancia de los recursos económicos de las personas mayores como dimensión de la calidad de vida. Son variados los conceptos (ingresos, rentas, independencia financiera, propiedad de la vivienda como elemento patrimonial...) y las formas de medirlos en los estudios analizados en ese informe, siempre en una posición destacada, a la vez que los pone en conexión con otros componentes relacionados, como la satisfacción con el entorno urbano, la seguridad física en la vida que se desarrolla o las condiciones físicas de la vivienda.

Entre los mayores residentes en vivienda familiar en la Comunidad de Madrid, como ya se ha explicitado en el capítulo 2 de este libro, la dimensión *situación económica* ocupa el tercer lugar de entre las 5 más mencionadas (76% de los mayores la nominan), detrás de la *salud* y la *red familiar* (96%, 82%, respectivamente). En el contexto de nivel de satisfacción con cada una de las dimensiones, en una escala de 0 a 100, la situación económica pasa a ocupar el cuarto lugar (valor 60), detrás de la *red familiar*, la *salud* y la *red social* (con valores de 77, 71 y 66, respectivamente), y es seguida muy de cerca por el componente *ocio y tiempo libre* con un nivel de satisfacción de 59. Así, en el conjunto de las 5 dimensiones más mencionadas por cada individuo, la importancia relativa de la situación económica pasa a alcanzar una media de 15,8%, por debajo de ese valor de 20% que podría considerarse como límite inferior de ponderación relativa elevada.

#### 5.3.1. La posición económica de los mayores

Hablar de la situación económica de la población anciana en España es poner de manifiesto algunos datos que dejan entrever su posición desventajosa con respecto a otros grupos de población e, internamente, de unos mayores (mujeres, viudas, personas que viven en soledad) en relación con otros. También es digno de mención el hecho de que una buena parte de este grupo demográfico, el 80%, reciben pensiones contributivas de las Seguridad Social, con un valor medio, a 1 de enero de 2004, de 572 euros

mensuales<sup>2</sup> (Sancho Castiello 2005), con evidentes desequilibrios entre grupos perceptores, con valores más bajos para las de viudedad y no contributivas, y para los más mayores y las mujeres, todo ello en relación con la actividad laboral previa del individuo. En estas condiciones, es previsible suponer que la población anciana en Madrid no se aleja de ese modelo antes descrito.

Como era de esperar según se ha mencionado antes, una tercera parte de los encuestados no respondieron a la pregunta sobre los *ingresos totales mensuales percibidos*, hecho que no discrepa con otras investigaciones sociales,<sup>3</sup> si se tiene en cuenta que los mayores encuentran, probablemente, más reparos que otros grupos de población en informar sobre aspectos económicos. Ello es especialmente cierto entre los que alcanzan mayor nivel de estudios o, consecuentemente, una clase social más alta, puesto que en torno a un 60% de estos grupos no responden a esta cuestión.

En general, el nivel económico declarado por los mayores en Madrid en 2005 es bajo (cuadro 5.2), ya que casi el 80% de los encuestados declaran entre 300 y 900 euros, con un valor medio de 600 euros aproximadamente. Existen, no obstante, un grupo apreciable de personas cuyos ingresos se sitúan en valores cercanos a 1.000 euros, prueba inequívoca de que esta será la tendencia más probable en el futuro, es decir, hacia el aumento de los recursos económicos disponibles a medida que se vayan incorporando nuevas generaciones de mayores, con una trayectoria laboral basada en actividades económicas terciarias, generadoras de una base económica más consistente.

Al igual que sucedía en el caso de los encuestados que no responden a esta pregunta, son el *nivel de estudios* y la *clase social* las variables que mejor definirían la distribución de los ingresos económicos por niveles, ya que entre los que tienen menos ingresos, inferiores a 900 euros, tienden a predominar personas con estudios

---

<sup>2</sup> En 2010, la pensión media contributiva (jubilación, incapacidad permanente, viudedad, orfandad y a favor de familiares) había alcanzado 776 euros al mes.

<sup>3</sup> En la Encuesta Nacional de Salud de 2003 (INE 2004) la tasa de no respuesta para la pregunta sobre ingresos fue del 27%, algo menos, el 19%, en la Encuesta de Condiciones de Vida (Instituto de Mayores y Servicios Sociales 2004). En el estudio europeo ENABLE-AGE la tasa de no respuesta en el caso alemán es del 22,6% (Oswald et al. 2005).

por debajo de secundarios y una clase social más baja que la media, mientras los que declaran más de 900 euros, aunque es un grupo poco numeroso, suele tratarse de personas con mayor nivel de estudios (secundarios y superiores) y, consecuentemente, de clase social media y media alta. Esta relación se mantiene cuando se pide una valoración subjetiva del hogar detentador de ingresos (autoposicionamiento): a medida que aumentan los ingresos individuales obtenidos se incrementa la percepción económica del hogar, a partir de un valor medio apreciado por dos de cada tres encuestados. A pesar de ello, existe una tendencia a sobrevalorar subjetivamente los ingresos, como se ha demostrado en España e Italia, donde, entre los mayores, casi la mitad de los hombres y un 40% de las mujeres se sienten satisfechos con sus bajos ingresos (Lamura et al. 2003; Sancho Castiello 2005), lo que contrasta con las dificultades señaladas para su ahorro mensual. Dificultades para man-

**CUADRO 5.2: Relación entre los ingresos totales mensuales y el autoposicionamiento económico del hogar, su satisfacción económica y la seguridad en su futuro económico**

(porcentaje)

Ingresos totales mensuales € (miles PTA)	Frecuencia	Porcentaje sobre total	Porcentaje válido	Autoposicionamiento económico del hogar	Satisfacción con su situación económica	Seguridad en su futuro económico
Menos de 300 (< 50)	13	2,6	3,9	Media-baja (72,7)	Nada / poco / regular (84,7)	Nada / poco / regular (77,0)
301-600 (50-100)	148	29,7	44,4	Media (69,4)	Bastante / muy (62,7)	Bastante / muy (81,9)
601-900 (100-150)	114	22,8	34,2	Media (76,3)	Bastante / muy (54,5)	Bastante / muy (57,9)
901-1.200 (150-200)	46	9,2	13,8	Media / media-alta (89,2)	Bastante / muy (80,0)	Bastante / muy (84,8)
Más 1.200 (> 200)	11	2,2	3,3	Media / media-alta (91,02)	Bastante / muy (90,0)	Bastante / muy (70,0)
No tiene ingresos	1	0,2	0,3			
<b>N.º de casos válido</b>	333	66,7	100,0	Media (67,3)	Bastante / muy (61,7)	Bastante / muy (67,0)
<b>No contesta</b>	166	33,3				
<b>N.º de casos total</b>	499	100,0				



tener un nivel económico suficiente en la vejez y satisfacción con los ingresos, he ahí dos caras en la percepción de un hecho objetivo bien definido en sus cifras, uno de los temas de debate en la investigación sobre calidad de vida (Walker et al. 2005).

Y como ya se anunciaba antes, la *procedencia de los ingresos* es casi exclusivamente de una sola fuente (96% de los casos), en esencia entre quienes menor nivel declaran, provenientes de pensiones de jubilación o de viudedad, las más comunes entre la población mayor: más de 9 de cada 10 hombres por 5 de cada 10 mujeres reciben pensión de jubilación, en su gran mayoría como única fuente; un 45% de las mujeres que han respondido a la pregunta sobre ingresos reciben una pensión de viudedad, en 9 de cada 10 casos también como única fuente, por casi ningún hombre, y son, casi en su totalidad, viudas. Una edad superior a los 75 años, su pertenencia a clases sociales medias y bajas, con nivel de estudios primarios, completan el perfil sociodemográfico de los perceptores. El escaso número de encuestados que refieren más de una fuente de ingresos (solo un 4%), muestran una combinación entre ambos tipos de pensiones, en respuesta al estado civil actual y a la historia laboral propia y del cónyuge. Apenas un 1,5% de la población madrileña declara recibir una combinación de recursos económicos patrimoniales y la pensión de jubilación, como consecuencia de un proceso de acumulación de medios económicos durante su vida laboral.

Por lo que se refiere a la medida de conceptos tan difíciles de aprehender como la *satisfacción con* o la *seguridad en* un hecho concreto, en este caso, los ingresos, no es fácil. Algunos estudios han utilizado solamente una pregunta para ahondar en la satisfacción o en la seguridad, al confiar en la capacidad de los entrevistados para comprender el valor preciso de tales conceptos. En otros casos se investigan ambos (satisfacción y seguridad) a través de constructos formados por otras cuestiones como la *capacidad para hacer frente a emergencias o necesidades*, la *compra de determinados bienes* para obtener una «satisfacción económica» (Lamura et al. 2003), o la *capacidad de ahorro cada mes*, como la Encuesta de Condiciones de Vida (Sancho Castiello 2005). En cualquier caso, detrás de estos conceptos se encuentran otros como la *seguridad material* o la *adecuación material* (Hawkins 2005), basados en la

disposición de recursos suficientes para asegurar el mantenimiento físico, la disponibilidad de vivienda y el acceso a los servicios, esenciales para la promoción de un adecuado estado de salud en la vejez. O, simplemente, sentirse bien y libre para afrontar posibles emergencias con los recursos disponibles (Gabriel et al. 2004), cuando la equiparación a la baja de los ingresos de los mayores, obtenidos de las pensiones, hace que su percepción sea superior a la valoración real de los mismos (Bowling et al. 2004). El riesgo de caer en la exclusión social y en la pobreza es evidente para determinadas capas de la población mayor si existe una falta de adecuación entre recursos y necesidades. Pero, desde un punto de vista subjetivo, esta adecuación tiene otro elemento que debe ser tenido en cuenta: la adaptación a la situación económica en la que se vive como mecanismo de supervivencia, muy común entre los mayores —y, en este caso, son algunas necesidades las que se ven no cubiertas—, que avanza entonces las opiniones negativas con respecto a la calidad de vida individual y a la percepción de la salud, como su referente fundamental.

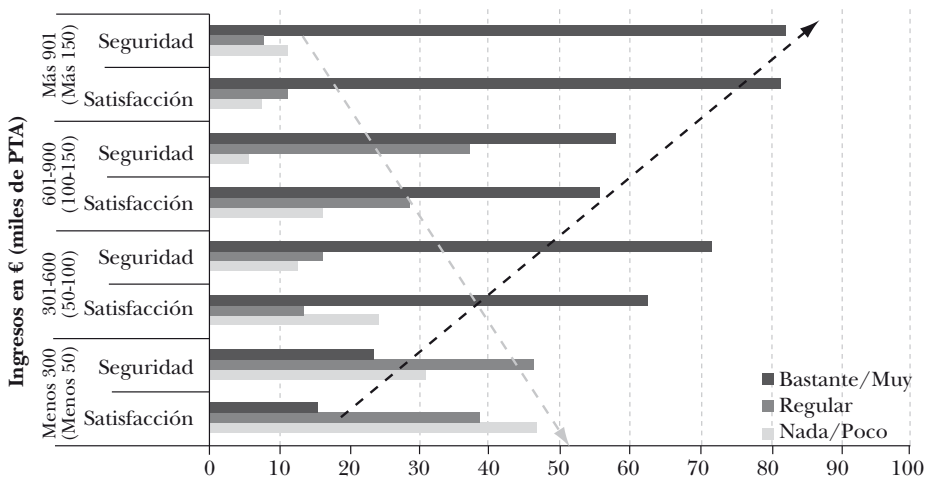
La satisfacción con los ingresos o, en general, con los recursos económicos personales, se ha indagado a través de una cuestión sencilla, teniendo en cuenta una visión global de los recursos disponibles, sin relacionarla con las necesidades que se precisan cubrir a esta edad con los mismos, como es la tendencia en estudios europeos como los proyectos ESAW (Lamura et al. 2003) y Growing Older (Bowling et al. 2002).

Por regla general, existe una apreciable relación entre el nivel de ingresos y la evaluación subjetiva de los mismos en términos de satisfacción y seguridad (gráfico 5.1), de manera que, a menor nivel, también menor valoración de los ingresos ( $p\text{-value} \leq 0,05$ ).

No obstante, entre los que reciben menos de 300 euros mensuales, en el entorno de las pensiones no contributivas, se observa un relativamente alto sentimiento de conformidad con los ingresos, de acuerdo con un comportamiento acomodaticio, habituado a la adecuación de las necesidades a los ingresos disponibles; este comportamiento ha sido considerado —según la terminología germana aplicada al concepto de *bienestar*—, como de *adaptación* (Noll 2002), es decir, aquella situación en que unas malas condiciones de vida, en este caso de bajo nivel de ingresos econó-

**GRÁFICO 5.1: Satisfacción con los recursos económicos y seguridad en su futuro económico según ingresos mensuales**

(porcentaje)



micos, coincide con un relativamente alto nivel de satisfacción. En el otro extremo, un cierto porcentaje de personas mayores (aproximadamente el 20%) que han declarado ingresos mensuales elevados, manifiesta un relativo nivel de insatisfacción, previsiblemente también ligado a unas necesidades superiores a las habitualmente requeridas a esta edad y heredadas de la etapa adulta, y este grupo de personas se engloba en lo que se ha denominado como *disonancia* (Noll 2002); esa insatisfacción es incluso más apreciable cuando los ingresos son algo menores (entre 600 y 900 euros).

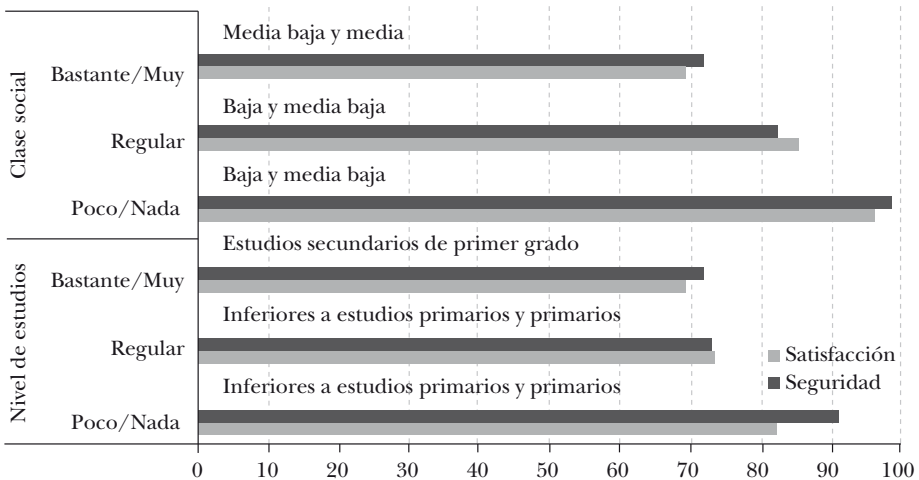
Y es que el nivel de estudios y la clase social que de ellos se deriva, están entre los factores determinantes de este comportamiento, como expresión máxima de la historia económica personal a lo largo de la vida. Partiendo de la base de que el nivel de estudios es un factor «capacitador» de la consecución de ingresos económicos, y su resultado durante la jubilación, las pensiones, es razonable suponer que la valoración de los ingresos sea percibida de forma desigual por diferentes niveles formativos. Así, los menores niveles de satisfacción con los ingresos en el momento presente y de seguridad con los mismos en el futuro son expresados por quienes menores niveles formativos y de clase social tie-

nen (gráfico 5.2): más del 80% de las personas mayores que han declarado un nivel de satisfacción y seguridad bajo (poco o nada) son individuos que no han pasado de los estudios primarios (en un porcentaje apreciable, 23%, no han terminado ningún estudio o lo han hecho en un nivel inferior a estudios primarios) y su clase social es inferior a la media-baja.

Sin embargo, los que han manifestado un nivel alto de satisfacción o seguridad respecto de sus recursos económicos (bastante o muy satisfechos/seguros) han conseguido alcanzar estudios secundarios de primer grado y una clase social de tipo medio. No hay que olvidar en este punto que entre los mayores madrileños hay escasos porcentajes de personas con estudios superiores (2,5%) y de clase social alta (1,2%) lo que reduce las posibilidades de extraer opiniones fundadas de tales números.

A fin de definir una tipología de la población mayor según sus recursos económicos, se ha llevado a cabo análisis multivariante para comprobar la interrelación de las variables de tipo económi-

**GRÁFICO 5.2: Nivel de estudios y clase social como factores asociados con la satisfacción con los recursos económicos y la seguridad en su futuro económico**  
(porcentaje)



Esta figura muestra solo las categorías de satisfacción y de seguridad dominantes dentro de cada nivel de estudios y de clase social.

co y obtener una agrupación de sujetos de acuerdo con su posición en términos de recursos objetivos y evaluación subjetiva (véase anexo 5.1).<sup>4</sup> De esta manera, se pueden identificar 4 grupos, que se definen seguidamente.

En primer lugar, se encuentra un 22% de individuos de la muestra válida, a los que se ha denominado *pesimistas sin base económica* al tener un perfil definido por unos recursos económicos por debajo de la media y una percepción negativa de sus ingresos hoy (insatisfacción) y en el futuro (inseguridad). Serían, sobre todo, personas que manifiestan un comportamiento con pocas expectativas, dadas las condiciones objetivas y subjetivas en las que se desarrolla su vida; según la teoría de la calidad de vida de Zapf sobre las condiciones de vida y el bienestar subjetivo (Noll 2002), este grupo se clasificaría en una posición de «privación», al confluir malas condiciones objetivas de vida, en este caso bajo nivel de ingresos, con una mala evaluación subjetiva de sus recursos económicos.

El segundo grupo estaría compuesto, según la misma teoría, por personas que muestran «disonancia» (Noll 2002), y que se han definido aquí como *pesimistas con base económica*, un 20%, que, al igual que en el grupo anterior, no tienen una percepción positiva de su situación económica, a pesar de declarar recursos superiores a la media.

Para el tercero de los grupos, 30% de los casos que pueden denominarse como *optimistas sin base económica*, su visión no se fundamenta en los recursos económicos que declaran, sino en otros factores de tipo social, familiar o asociados con el entorno en el que viven que les propician un cierto proceso de «adaptación» (Noll 2002). A este respecto, diversos autores (Lawton 1983; Cohn et al. 1991) sugieren que valoraciones positivas frente a situaciones de precariedad podrían explicarse por el hecho de que con la edad se llegan a aceptar estas situaciones por un cambio de valores.

El último grupo, los *optimistas con base económica*, contiene casi un 29% de personas mayores, aquellas que muestran una confluencia entre unas buenas condiciones objetivas en términos de recursos económicos, y subjetivas en términos de satisfacción y

---

<sup>4</sup> Puede verse en [www.fbbva.es/TLFU/tlfu/esp/publicaciones/libros/fichalibro/index.jsp?codigo=603](http://www.fbbva.es/TLFU/tlfu/esp/publicaciones/libros/fichalibro/index.jsp?codigo=603)

seguridad con respecto a esos recursos, de manera que se encuentran en una posición de «bienestar» (Noll 2002). En efecto, más de ocho de cada diez personas que menos satisfacción expresan sobre su vida, según su valoración subjetiva solicitada en la encuesta CadeViMa, en general son clasificados como *pesimistas*, independientemente de su base económica, de la misma manera que 7 de cada 10 se encuentran satisfechos con su vida siendo *optimistas* sus opiniones sobre los recursos económicos que poseen.

No es posible, sin embargo, apreciar las necesidades de las personas mayores para establecer una relación con los ingresos económicos, al no haberse incluido una pregunta específica. De una forma aproximada se pueden conocer estas «necesidades» a través de la indagación de los ámbitos de la vida de las personas en los que la sociedad, en su conjunto, debería hacer más inversiones (cuadro 5.3).

**CUADRO 5.3: Aspectos en los que la sociedad debería realizar mayor esfuerzo, invertir más dinero**

Invertir en	Respuestas	Porcentaje sobre respuestas (1.471)	Porcentaje sobre casos (493 casos válidos) <sup>1</sup>
Pensiones	372	25,3	75,5
Sanidad	361	24,5	73,2
Vivienda	180	12,2	36,5
Educación	134	9,1	27,2
Empleo	110	7,5	22,3
Seguridad ciudadana	66	4,5	13,4
Infraestructuras: carreteras, calles	60	4,1	12,2
Inmigrantes	55	3,7	11,2
Justicia	42	2,9	8,5
Familia	36	2,4	7,3
Paz y seguridad en el mundo	32	2,2	6,5
Lucha contra la desigualdad social	17	1,2	3,4
Medioambiente	6	0,4	1,2
<b>Total</b>	<b>1.471</b>	<b>100,0</b>	<b>298,4</b>

<sup>1</sup> Al ser una pregunta multirrespuesta, el porcentaje es superior a 100.

Entre los mayores madrileños, las máximas preocupaciones se centran en conseguir que «la sociedad cuide las pensiones», un 75% de los encuestados cita este aspecto, especialmente los mayores clasificados como *optimistas sin base económica*, es decir los que tienen un menor nivel de ingresos pero una percepción más positiva de sus recursos económicos, en la seguridad de poder seguir manteniendo esa confianza en su situación económica. En cambio, los que reciben más ingresos eligen esta respuesta en un porcentaje inferior (69%). También se menciona de forma mayoritaria la necesidad de invertir en más recursos sanitarios (73%), en este caso esencialmente los que mejor percepción tienen de sus recursos económicos, aunque no reciban tantos ingresos (76%), en contraposición a quienes peor percepción y menos ingresos reciben (57%).

Son ambos ámbitos, pensiones y sanidad, de referencia esencial para los mayores ya que los ingresos procedentes de las pensiones deben ser más altos para asegurar la mejor cobertura de las necesidades individuales, sobre todo para aquellas personas que menos valor aprecian en ellos, a la vez que se ofrecen recursos «en especie» para atender los problemas de salud como principal inquietud en el proceso de envejecer. A una distancia muy apreciable se mencionan también las inversiones en «vivienda» (37%), otro aspecto de amplio interés social, especialmente señalado por los mayores que menores recursos tienen, en esencia los que están viviendo en régimen de alquiler (aquellos que declaran ingresos más bajos son más propensos a residir en viviendas en alquiler, y el 80% de estos reclaman inversión en vivienda), y en «educación» (27%), quizás una reclamación sentida por muchos mayores que no tuvieron la oportunidad de conseguir una formación adecuada para una mejora de su situación económica. Sin embargo, los datos de la encuesta CaDeViMa no aportan esa evidencia de forma explícita, ya que la gran mayoría no se decantan por reclamar inversión en educación, entre los que se incluyen los que menor nivel educativo tienen, acuciados por otras necesidades más perentorias, más inmediatas, más adecuadas a la satisfacción de sus necesidades actuales.

### **5.3.2. Factores condicionantes**

Las condiciones económicas de las personas mayores, medidas objetiva y subjetivamente, están relacionadas con un conjunto de

aspectos que contribuyen a definir su estilo de vida, su forma de vivir en la familia, en su entorno residencial, en su sistema de relaciones sociales, en su comportamiento diario. Todos estos elementos conforman su estructura vital en estos momentos, pero se han ido construyendo a lo largo de varias décadas, de manera que no puede valorarse la vida de un individuo si no se tiene en cuenta su contenido actual y la herencia recibida de su etapa adulta, centrada en la formación de la familia, en la vida laboral y en la construcción de su entorno físico y social.

Se ha pretendido, pues, avanzar en la valoración de los recursos económicos de acuerdo a varios factores, circunscritos a los resultados de la encuesta (CadeViMa) a partir de variables que cumplen la condición de tener una relación estadística significativa (mediante el empleo de  $\chi^2$  como medida de calidad y una significación inferior o igual a 0,05) con la tipología obtenida de personas mayores según sus recursos económicos.

Como se mencionaba, la *formación educativa* recibida antes de la entrada en la vida laboral (asociada a lo largo de esta con la condición social conseguida) es la principal variable sociodemográfica relacionada con los tipos definidos según las condiciones económicas objetivas y subjetivas. Su grado de significación es alto ( $\chi^2$ : 65,9;  $p\text{-value} \leq 0,0001$ ), y se establece una relación precisa, ya que los que tienen mayor nivel de estudios (secundarios y superiores), algo más de un 50%, son quienes más altos ingresos declaran y mejor visión de la vida tienen, los *optimistas con base económica*. Por el contrario, entre los que no saben leer o no terminaron sus estudios primarios, un 42% son *pesimistas sin base económica*, abocados a situaciones previsibles de privación, especialmente si las condiciones económicas, individuales y familiares, se extreman. En medio, los que declaran estudios primarios son *optimistas sin base económica*, un 41% de ese grupo, que tienden a vivir en la ciudad de Madrid en mayor proporción que en el resto de la región.

Con respecto a la *edad*, las categorías definidas presentan una relación menos clara y una significación estadística moderada ( $\chi^2$ : 12,7;  $p\text{-value}$ : 0,05), que identifica, no obstante, dos asociaciones interesantes: cerca de un 60% de los mayores más jóvenes, menores de 75 años, son esencialmente *optimistas*, independientemente de los recursos que reciben, mientras que casi un 70% de los



mayores con 85 y más años declara la falta de recursos económicos suficientes, con independencia de su posición ante la vida que le proporcionan sus recursos económicos. Los años que les separan no son solo una cuestión numérica, probablemente sean también el reflejo de unas condiciones de adaptación a la vida actual en situaciones muy distintas.

Otras variables sociodemográficas como el sexo o el tipo de hogar no presentan relaciones significativas con los tipos definidos entre los mayores por sus recursos económicos.

No sucede lo mismo con el *estado de salud* y los recursos económicos disponibles. Sin que se pueda señalar taxativamente que el uno influye en los otros, las investigaciones internacionales sobre calidad de vida atestiguan de forma manifiesta su relación (Grundy et al. 2003; Andresen et al. 2005; Higgs et al. 2005), con componentes ligados a la dimensión temporal (Smith et al. 1997; Meer et al. 2003) o con aspectos psicosociales de la vida del individuo (Taylor et al. 1999), como atributos muy destacados. En general se constata la existencia de una ley bastante conocida: a mayor nivel de recursos económicos disponibles, mejor valoración del estado de salud, y ambas dimensiones condicionan de forma positiva la calidad de vida referida (cuadro 5.4).

**CUADRO 5.4: Relación entre la tipología de sujetos según recursos económicos y el estado de salud**  
(porcentaje)

Estado de salud	Tipología de sujetos				Total
	Pesimistas sin base económica	Pesimistas con base económica	Optimistas sin base económica	Optimistas con base económica	
N.º de casos válido	70	63	96	93	322
Porcentaje	21,7	19,6	29,8	28,9	100,0
Muy malo/Malo	<b>52,6</b>	<b>31,6</b>	0,0	15,8	19
Regular	<b>33,8</b>	<b>23,4</b>	20,8	22,1	77
Bueno	15,8	19,2	29,4	<b>35,6</b>	177
Muy bueno	12,5	8,3	<b>58,3</b>	20,8	48

Test de la  $\chi^2$ : 50,3; gl: 9; *p-value* < 0,0001. En negrita, valor igual o superior a la situación media.

En este caso, esa relación es estadísticamente significativa ( $\chi^2$ : 50,3;  $p\text{-value} \leq 0,0001$ ) y se establece entre aquellas personas que, independientemente de la base económica que tienen en su jubilación, valoran de forma negativa su economía, hoy y en el futuro (los más *pesimistas*), y los que perciben su estado de salud como regular o malo. Son apenas un 12% del total de la población madrileña, pero más del 80% de los que manifiestan un estado malo o muy malo. Por el contrario, una actitud positiva frente a los recursos económicos (*optimistas*) en relación con los ingresos está asociada con valoraciones también positivas del estado de salud, ya que de entre los que informan gozar de buena o muy buena salud, casi dos tercios en el primer caso y casi el 80% en el segundo, manifiestan una visión positiva de sus ingresos. Es sintomático que el 56,4% de los que mejor salud declaran son *optimistas con base económica*, la mejor situación para disfrutar del bienestar económico en la vejez en las también mejores condiciones de salud.

Asociada con la salud, la dimensión que explora las *redes de apoyo* de los mayores tiene una apreciable representación en estudios sobre salud, calidad de vida y relaciones sociales (Achat et al. 1998; Michael et al. 1999; Pinquart et al. 2000; Jang et al. 2004). En la encuesta CadeViMa ha sido analizada esta relación a través de las dos variables que tienen una asociación significativa con los recursos económicos: una es la *necesidad o no de ayuda* que tienen los mayores para realizar actividades de la vida diaria (tareas domésticas, gestiones, etc.); otra, la *persona de quien se recibe la ayuda*. Según ello, parece razonable que todo ello se asocia a su vez con el *estado de salud*. Así, la necesidad de ayuda muestra una relación significativa desde el punto de vista estadístico ( $\chi^2$ : 23,3;  $p\text{-value} \leq 0,001$ ); sin embargo, no sucede lo mismo respecto a la persona (familiares en distinto grado, amigos o empleados) que presta esa ayuda.

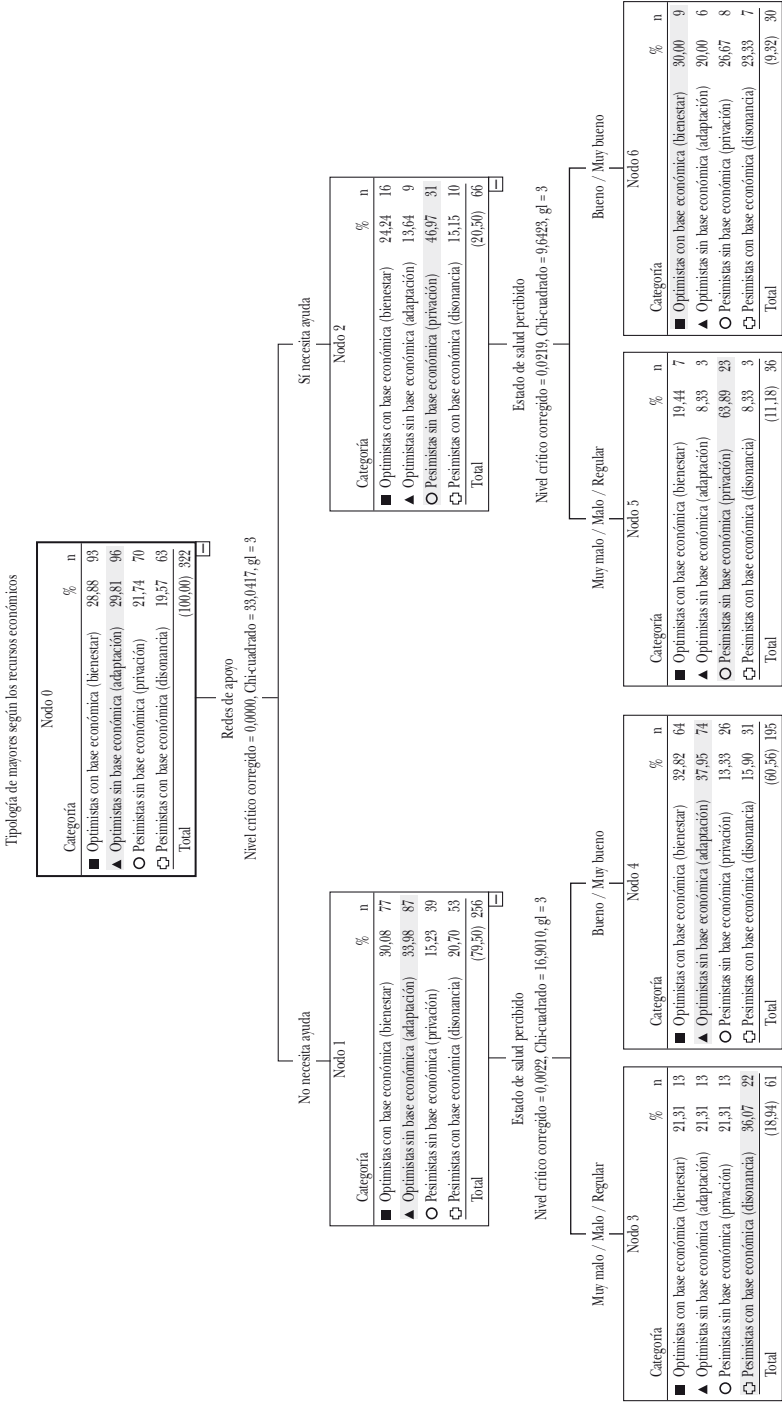
Así, los resultados del análisis del árbol jerárquico muestran una primera constatación (gráfico 5.3): los tipos de mayores según los recursos económicos se diferencian significativamente de acuerdo con su necesidad de recibir ayuda por parte de personas cercanas, vivan o no con ellos; así, se identifica una proporción del 20% de mayores que necesitan esa ayuda, siendo los *pesimistas sin base económica* quienes se encuentran en peores condiciones (nodo 2), alrededor de la mitad de los entrevistados con

necesidad de ayuda. Por el contrario, entre quienes no tienen necesidad de ser ayudados (nodo 1), casi un 80% del total del grupo, aproximadamente dos tercios son mayores que no aprecian problemas relacionados con su situación económica en el momento actual ni en el futuro, son los más *optimistas*, quienes consiguen una mejor adaptación de sus recursos económicos a la situación actual y, previsiblemente, a la futura. En ambos casos, necesitar o no ayuda está claramente condicionado por el estado de salud percibido, de manera que 3 de cada 4 mayores que no necesitan ayuda declaran tener un estado de salud bueno (nodo 4), y de ellos casi el 70% son mayores *optimistas*, con base económica o no, mientras que estos apenas suponen un 42% de los que declaran un estado de salud malo (nodo 3). De entre quienes necesitan ayuda y declaran un mal estado de salud (nodo 5), más del 70% son mayores con una valoración negativa de sus condiciones económicas (esencialmente *pesimistas sin base económica*), porcentaje que se reduce a menos de la mitad cuando declaran un estado de salud bueno (nodo 6). Por lo tanto, *estado de salud*, como condición que predispone, y *necesidad de ayuda*, como exigencia que se necesita cubrir, tienen una vinculación muy bien definida y asociada además con los recursos económicos.

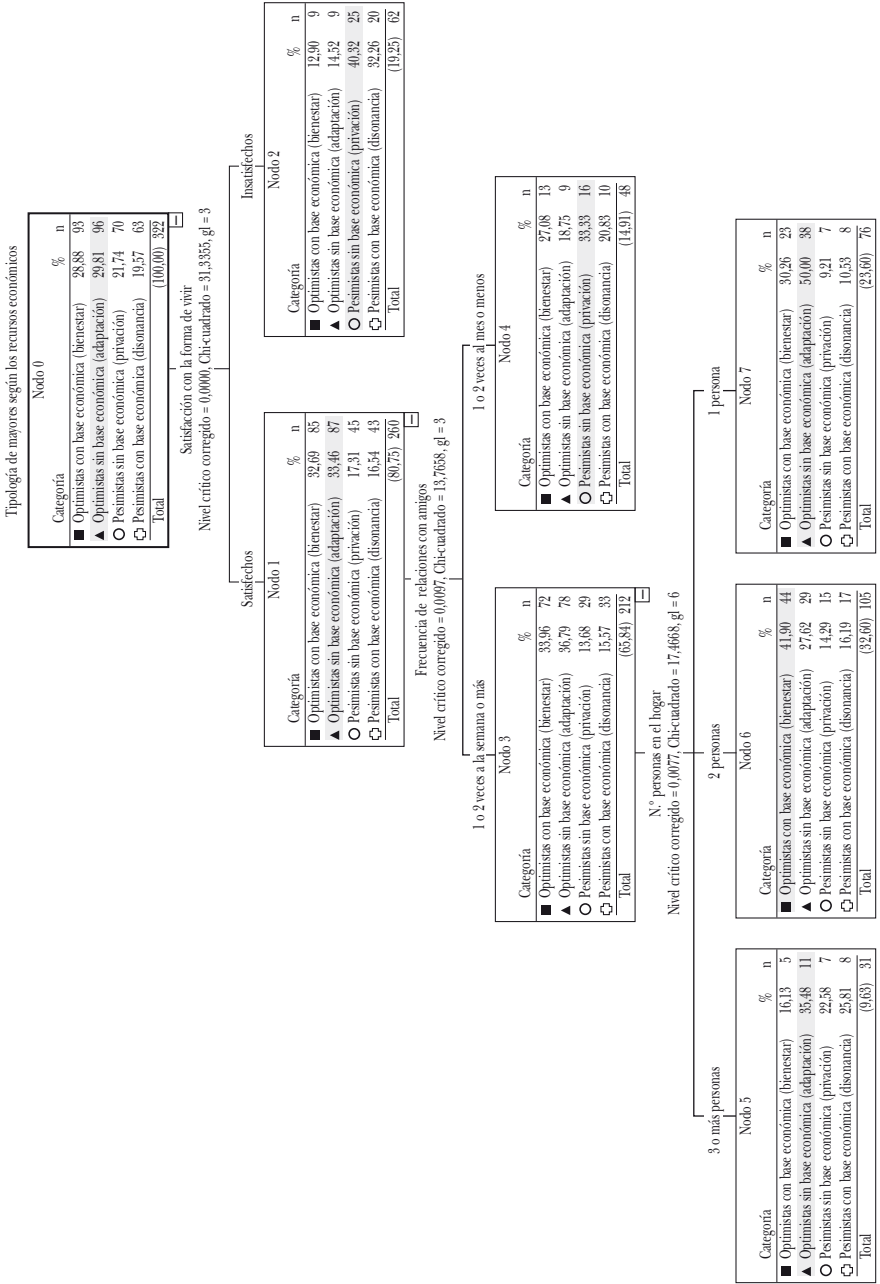
Otro factor relacionado es el que tiene que ver con la *forma de vivir* (gráfico 5.4). En la encuesta CadeViMa se han identificado varios aspectos que tienen una relación significativa con los tipos de individuos según sus recursos económicos (Baxter et al., 1998). Uno de ellos es la existencia o no de una red social formada por amigos, más allá de las personas conocidas en el entorno en el que se vive; otro es la frecuencia de relación con estos amigos; el último es el grado de satisfacción con la forma de vivir en su actual situación familiar. En todos estos casos son relaciones estadísticas significativas.

Sin duda, la satisfacción con la forma de vivir es la situación dominante en relación con los tipos individuales según los recursos económicos disponibles y su percepción con un alto valor de significación estadística. De entre ellos destacan los encuestados satisfechos (nodo 1, con casi el 81% de los casos) que son los que, a su vez, mejor valoran los recursos económicos (los *optimistas* que representan los dos tercios), frente a los *pesimistas* que son algo menos del 75% de los insatisfechos con su forma de vivir (nodo 2, que agrupa solo un 19% del total de la población).

**GRÁFICO 5.3: Relación entre la tipología de mayores según los recursos económicos y las redes de apoyo**



**GRÁFICO 5.4: Relación entre la tipología de mayores según los recursos económicos y la forma de vida**



También son 8 de cada 10 satisfechos con su forma de vivir quienes mantienen una mayor *frecuencia de relaciones con amigos* (nodo 3) y, de ellos, la mayoría son *optimistas* en términos económicos, en un comportamiento muy distinto a los *pesimistas*, con una menor frecuencia de contacto con amigos (nodo 4).

Entre los mayores satisfechos con su forma de vivir y que mantienen una frecuencia alta de relación con amigos, predominan los *optimistas* en hogares formados por 2 personas (nodo 6) o entre quienes viven solos —en aquel caso *con base económica* y *sin base económica* en este—, mientras que de los mayores que viven en hogares con 3 o más personas (nodo 5) casi el 50% son *pesimistas* en términos económicos. Parece que el hecho de vivir en pareja, sin otros miembros de la familia, es un buen reflejo de las mejores condiciones de vida, del momento en que mejor uso se hace de los recursos económicos en relación con las necesidades detectadas. En el caso de quienes viven solos (nodo 7), la interpretación puede asociarse con la posibilidad de mantener una posición de autonomía, aunque no exista una base económica que la sustente. En definitiva, los *optimistas*, con mayores o menores ingresos económicos declarados, tienden a ser personas satisfechas con la forma de vivir que desarrollan las relaciones mantenidas con sus amigos.

El *ocio y tiempo libre* es también una dimensión que se ha de explorar en relación con los recursos económicos, porque permiten apreciar tanto la capacidad económica para la realización de algunas actividades (viajes, prácticas culturales, uso de nuevas tecnologías...) como la predisposición a llevar a cabo otras que implican retos personales, y eso no siempre tiene que ver con la economía de los individuos o de las familias, sino con un conjunto de factores sociales y de salud (Warr et al. 2004; Li 2005). Aunque no es fácil llegar a un acuerdo sobre los mejores instrumentos de medida de las actividades de tiempo libre, como se verá en el capítulo 6, parece evidente que una discriminación a priori entre actividades *pasivas* y *activas* es necesaria, para separar aquellas tareas más demandantes de recursos materiales, de movilidad o de simple predisposición, pero que aportan mayor adecuación a la calidad de vida declarada (Milligan et al. 2004), de otras con escasos requerimientos por parte del individuo. Del análisis previo de la información se infiere que destacan tres tipos de activi-

dades por su relación con los recursos económicos y su valoración: las *actividades participativas* y *ocio social* («salir con amigos a pasear», «asistir a eventos deportivos», «participar en actividades asociativas...»), las de *carácter pasivo* (ver TV, escuchar la radio...) y las actividades relativas a *viajes y turismo*.

Los recursos materiales y la valoración que sobre estos hacen los mayores de la Comunidad de Madrid se asocian claramente con las *actividades participativas* y *de ocio social* (gráfico 5.5). En este sentido, de entre los que practican actividades de este tipo (menos de 4 de cada 10, nodo 1) cerca del 40% son *optimistas* con base económica; por el contrario, entre quienes no practican estas actividades (más del 6 de cada 10, nodo 2), destacan las personas mayores *sin base económica* (58%), bien tengan una actitud *optimista* o *pesimista* ante los recursos económicos disponibles. En cualquier caso, un hecho destacable es que el primer nivel del árbol (nodos 1 y 2) está asociado con la realización de *actividades participativas* y *de ocio social*, de manera que los clasificados globalmente como no practicantes de este tipo de actividades tienden a realizar actividades de *ocio pasivo*, mientras que quienes las realizan se decantan además por desarrollar también un ocio relacionado con los *viajes y turismo*, y que, en cierta medida, requiere un mayor consumo de recursos económicos, por lo que el 64% de estos tienen *base económica*.

En este contexto, la población que realiza *actividades participativas* y *de ocio social*, un 37% del total, no desarrolla una relación significativa con otras que no sea la realización de *viajes y turismo* (nodo 3), grupo entre los que predominan los *optimistas con base económica*. Por el contrario, entre la población mayor que no realiza *actividades participativas* y *de ocio social* (nodo 2), la decantación hacia *actividades de ocio pasivo* parece demostrada desde el punto de vista estadístico, lo que implica a casi el 73% de aquellos (nodo 5). Entre estos, los *optimistas con base económica* solo suponen un 29%, aunque esta proporción es aún mayor que entre quienes ni siquiera dedican su tiempo libre a *actividades de ocio pasivo* (nodo 6, 5% de *optimistas con base económica*), entre quienes predominan personas mayores *sin base económica*. En definitiva, la práctica de ocio más o menos activo depende de los recursos económicos, pero también de la predisposición a su realización.

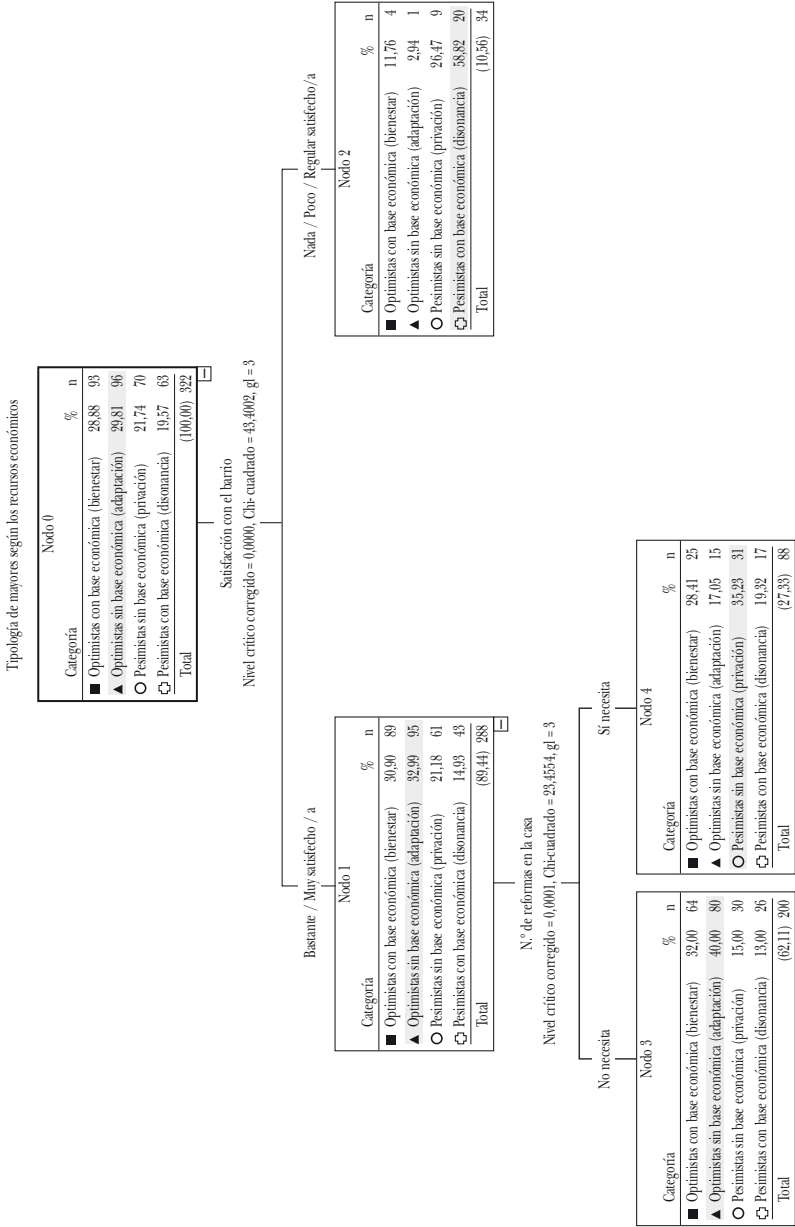




Finalmente, hay un factor primordial para la calidad de vida de las personas mayores, el *entorno geográfico y social* donde se desarrolla su vida, esencialmente la vivienda y el barrio, que actúan como correlato temporal ligado a la consecución de una situación económica, más o menos favorable (Rojo-Pérez et al. 2000; Bowling et al. 2004). Se trata de una condición material (el capital económico, la vivienda) y/o inmaterial (la satisfacción por vivir en el barrio), que se consigue acumular a lo largo del tiempo y que cada persona interpreta según sus rasgos personales y su disposición mental y la introduce como referencia en su comportamiento diario. De entre las variables que pueden ser utilizadas en este ámbito, se han destacado dos por su relación significativa con los recursos económicos de los mayores: la satisfacción con el barrio y el número de reformas de la vivienda, que marca la situación de necesidad de afrontar las condiciones de habitabilidad en relación con los recursos disponibles. Otra variable, como la tenencia de la vivienda, es también significativa desde el punto de vista estadístico, pero tiene el problema de su desigual distribución ya que más del 95% de los encuestados son propietarios de su vivienda, con solo un 3% viviendo en régimen de alquiler. Por esta razón no se ha considerado su uso en este análisis (gráfico 5.6).

Un hecho esencial en la valoración de los recursos medioambientales con los que cuentan los mayores es que casi un 90% de los encuestados se encuentran satisfechos de *vivir en su barrio o localidad*. Y, como era de esperar, se trata de una relación muy significativa porque se basa en una clara valoración de las personas que aprecian positivamente su posición económica personal (64% de *optimistas*, en nodo 1) como aspecto relacionado con su satisfacción por vivir en ese entorno, de la misma manera que, entre los no satisfechos, la relación se establece con los *pesimistas* (85%, en nodo 2), en ambos casos sin que los ingresos declarados marquen una pauta significada. El nodo 1 desarrolla su propia rama, de forma que entre los satisfechos con el barrio se establece una relación significativa con la valoración de las condiciones de habitabilidad de la vivienda a través del *número de reformas* que se entienden como muy necesarias para adaptarla o mantenerla.

**GRÁFICO 5.6: Relación entre la tipología de mayores según los recursos económicos y el entorno residencial**



La mayor parte de los satisfechos con el barrio de residencia considera no necesitar reformas (nodo 3), especialmente quienes mejor valoran su economía, un 72% de ellos. Los que las creen necesarias (nodo 4) son, comparativamente, más *pesimistas* (54,6%), en especial los que menos recursos tienen.

#### 5.4. Conclusiones

La construcción de índices en Ciencias Sociales requiere la puesta en funcionamiento de estrategias complejas de toma de datos, de adecuación de la información, de utilización de instrumentos específicos y de herramientas analíticas de un cierto grado de complejidad. Se dispone para ello de las experiencias aportadas por investigadores, de las referencias que aparecen en las bases de datos y de los intereses de las comunidades de científicos sociales que se han decantado desde hace décadas por el análisis de fenómenos sociales, como el de la calidad de vida a la edad anciana. En este ámbito, la línea de investigación más destacada es la identificación de las dimensiones esenciales que estructuran la medida de la calidad de vida, una de las cuales, entre las más relevantes, es la económica.

Ahondar en la valoración de la economía de las personas mayores es un empeño muy interesante por las posibilidades que ofrece de establecer su posición en la sociedad en la que viven y los factores que la condicionan. Sin embargo, es una tarea arriesgada porque está condicionada por diversas situaciones que no favorecen la obtención de datos adecuados y fiables. Una de esas limitaciones tiene que ver la utilización de la encuesta como instrumento de toma de información y la necesidad de utilizar la «capacidad de recuerdo» de las personas para ofrecer información verídica. Otra no menos importante es la «negativa social» a hablar de cuestiones económicas ante terceras personas por parte de los mayores, tendencia que adquiere mayores proporciones que entre la población en general. Una tercera dificultad para conseguir los datos económicos de personas y hogares proviene de la necesidad de emplear instrumentos que facilitan la respuesta, como las preguntas con diversos umbrales de ingresos, frente

a la solicitud de la cantidad de dinero disponible en un periodo determinado. Ninguna solución es definitiva para evitar que los datos económicos solicitados a través de encuestas sean suficientes, fiables y útiles para los objetivos que se pretenden en la investigación de la calidad de vida de los mayores. La más conveniente, sin duda, es aquella que haga mínimos los efectos de la tasa de no respuesta en las encuestas para que los análisis efectuados con todas las variables que pueden afectar a la valoración de los recursos económicos sean consistentes con los objetivos previstos.

En efecto, la investigación social se mueve en un entorno sensible para las personas mayores, el de los recursos económicos. En el caso de la Comunidad de Madrid, se trata de personas con ingresos bajos, en torno a un promedio de 600 euros mensuales, algo superior a la pensión media de los españoles (570 euros a mediados de 2007), pero con una cierta polarización en relación con el nivel de estudios y clase social, que, como era de esperar, sigue una regla directa, esto es, a menor nivel de estudios y clase social le suele corresponder unos ingresos más bajos. Esta vinculación es consistente no solo cuando se utilizan datos objetivos, sino también subjetivos, como el autopercepción económica del hogar detentador de ingresos, siguiendo lógicamente la misma regla: a medida que aumentan los ingresos individuales obtenidos se incrementa la percepción económica del hogar. No obstante, hay que apreciar también una cierta predisposición de los encuestados a sobrevalorar subjetivamente los ingresos, como se ha demostrado en España e Italia, en la medida en que los ingresos recibidos no tienen una relación tan estricta con la satisfacción que se tiene de ellos: incluso las personas más mayores y con menor nivel de ingresos tienden a manifestar una cierta satisfacción con los recursos económicos disponibles.

En estructuras sociales desarrolladas, como la española o la madrileña, los mayores, en una proporción no desdeñable, tienen altas probabilidades de encontrarse en situaciones de exclusión social o incluso de pobreza, y la adecuación entre recursos y necesidades no es muy alta. Y es que en este proceso entran en juego la situación real que les define la disponibilidad de recursos económicos y su valoración, la que les proporciona la sensación de sentirse satisfechos con los recursos. Algunos factores ligados

a la forma de ser de la persona, a la estructura familiar en la que vive, el desarrollo de su propia vida, o las necesidades actuales y las que se prevén para el futuro son determinantes en este proceso de adecuación, más allá de lo que informen al respecto los datos objetivos y subjetivos proporcionados por las encuestas.

No hay que perder de vista otro hecho de notable importancia, de carácter subjetivo, como es la *adaptación* a la situación económica en la que se vive como mecanismo de supervivencia, muy común entre los mayores. Puede ser que, en este caso, sean algunas necesidades las que se ven no cubiertas, y avanzan entonces las opiniones negativas con respecto a la calidad de vida individual y a la percepción de la salud, como su referente fundamental. Así parece desprenderse de la encuesta CadeViMa: los que refieren recibir menos de 300 euros mensuales, cifra cercana a la que deviene de una pensión no contributiva, tienen un relativo alto sentimiento de conformidad con los ingresos, de acuerdo con un comportamiento acomodaticio, habituado a esta situación durante su vida laboral y a la adecuación de las necesidades a los ingresos disponibles. En un proceso contrario, de clara insatisfacción condicionada por experiencias anteriores, una de cada cinco de las personas mayores encuestadas que han declarado ingresos mensuales elevados manifiesta un cierto nivel de insatisfacción, previsiblemente también ligado con unas necesidades superiores a las habitualmente requeridas a esta edad y heredadas de la etapa adulta, y este grupo de personas manifiesta lo que se ha denominado como *disonancia*.

Las variables objetivas y subjetivas incluidas en el bloque sobre Recursos Económicos de la Encuesta CadeViMa han permitido extraer, de forma resumida, los dos elementos necesarios para agrupar a los mayores madrileños en 4 grandes grupos, a saber: los ingresos, la base económica obtenida de los ingresos declarados, el autopoicionamiento socioeconómico del hogar, y la percepción de la satisfacción y seguridad con los mismos. Aunque el resultado fuera previsible, no ha sido menos interesante el proceso de catalogación de los individuos y probar su similitud con otros resultados de investigación, especialmente la teoría de las condiciones de vida y el bienestar subjetivo de Zapf (tomado de Noll 2002).

De esta manera se han definido los cuatro tipos, los *optimistas* y los *pesimistas con base y sin base económica*, que cumplen con dos objetivos esenciales de esta investigación, el resumir de forma significativa (estadística y científicamente) las opiniones de las personas y el utilizar los grupos conseguidos para testar los efectos de otras variables esenciales de la calidad de vida en la dimensión de recursos económicos.

Como era previsible, las opiniones de carácter económico de los entrevistados están fundamentadas en sus propias condiciones personales y en otras opiniones que contribuyen a definir varias facetas de su bienestar personal. Sin duda, esta encuesta corrobora el papel destacado que juega la economía de las personas mayores en Madrid, detrás de otros componentes de la calidad de vida como la salud o la familia, pero no tan distante de las mismas. Y también da un papel preponderante a los factores personales como la edad, el nivel educativo o la valoración del estado de salud, determinantes en el momento actual de una situación heredada a partir de unas condiciones creadas y desarrolladas a lo largo de la vida adulta. Los más jóvenes entre los mayores, los que han conseguido una educación que les ha posibilitado un estatus ocupacional y social y los que manifiestan disfrutar de un mejor estado de salud tienen una valoración positiva y satisfactoria de los ingresos que reciben hoy. La situación contraria se asocia con los más *pesimistas* y que no tienen un nivel de ingresos alto. Aunque la edad y el sexo no ha destacado por su significación estadística en el análisis, parece evidente un comportamiento diferenciado por género, por el cual son las mujeres quienes soportan unas condiciones más limitantes por sus restringidos recursos, como consecuencia de su trayectoria social, familiar y laboral en comparación con los hombres y, por lo tanto, sus recursos económicos son más restrictivos.

Los otros factores influyen desigualmente en la valoración de los recursos económicos por parte de los mayores, aunque no de forma separada de las variables anteriormente consideradas. Es el caso de las redes de apoyo social, que han sido medidas a través de la necesidad de ayuda para la realización de actividades diarias. Se ha detectado una relación inversa matizada por el estado de salud como variable predisponente para la ayuda, en el

sentido de que un nivel de ingresos bajo tiende a asociarse con una salud peor (definida a través de la opinión de los encuestados) y, por lo tanto, con una demanda mayor de ayuda por parte de la familia u otros elementos del entorno sociofamiliar. En una esfera muy cercana a la anterior, tiende a haber una satisfacción mayor con la forma de vivir a medida que se dispone de una pareja como elemento de convivencia cercana, de una frecuencia de relaciones sociales alta con el entorno y de más ingresos, dejando a un lado a las personas mayores que pueden tener una situación más marginal, económica y socialmente, quienes no encuentran tanta satisfacción en la vida que desarrollan. Y en este sentido la vida en el barrio aporta un valor añadido a esta satisfacción personal, que se ve complementada con la satisfacción con la vivienda en la que se vive: si los recursos económicos son suficientes esta satisfacción es más elevada que en el caso contrario, ya que se tienen las condiciones necesarias para asegurar una calidad de vida del entorno residencial más cercano (vivienda y barrio).

Es seguro que esta situación tenga su extrapolación en el plano de las actividades en tiempo libre que dan sentido a la vida de las personas mayores, como se ha comprobado de forma habitual en los estudios de calidad de vida. A través del empleo en la encuesta de una batería de actividades, se consigue reflejar la funcionalidad del tiempo disponible, separando las actividades de acuerdo con la preferencia para el uso personal, de movilidad o de relación, o para la detección de su «calidad» en relación con el estado de salud. En este caso se han tomado en cuenta las actividades por su relación con los recursos económicos y su utilidad para componer un tiempo disponible saludable. En efecto, parece evidente entre los mayores madrileños que los ingresos económicos disponibles predisponen para la práctica o no de actividades, mediante una relación directa, de forma que un menor nivel de ingresos condiciona un ocio negativo, sedentario, que no motiva la realización de actividades, mientras que las actividades que suponen un mayor nivel de implicación personal tienden a ser desarrolladas por personas de economía alta con respecto a los valores medios de los mayores madrileños.

## Bibliografía

- ACHAT, H., I. KAWACHI, S. LEVINE, C. BERKEY, E. COAKLEY y G. COLDITZ. «Social networks, stress and health-related quality of life». *Quality of Life Research* 7 n.º 8 (1998): 735-750.
- ANDRESEN, E. M. y D. K. MILLER. «The Future (History) of Socioeconomic Measurement and Implications for Improving Health Outcomes Among African Americans». *The Journals of Gerontology, Series A: Biological Sciences and Medical Sciences* 60A n.º 10 (2005): 1.345-1.350.
- BAXTER, J., S. M. SHETTERLY, C. EBY, L. MASON, C. F. CORTESE y R. F. HAMMAN. «Social Network Factors Associated with Perceived Quality of Life. The San Luis Valley Health and Aging Study». *Journal of Aging and Health* 10 n.º 3 (1998): 287-310.
- BOWLING, A., Z. GABRIEL, D. BANISTER y S. SUTTON. «Adding Quality to Quantity: Older People's Views on their Quality of Life and its Enhancement». *Go Findings. Growing Older Programme* n.º 7 (2002): 1-4.
- BOWLING, A. y Z. GABRIEL. «An Integrational Model of Quality of Life in Older Age. Results from the ESRC/MRC HSRC Quality of Life Survey in Britain». *Social Indicators Research* 69 n.º 1 (2004): 1-36.
- BROWN, J., A. BOWLING y T. FLYNN. *Models of Quality of Life: A Taxonomy, Overview and Systematic Review of the Literature*. European Forum on Population Ageing Research, 2004: 113. Disponible en internet en [www.ageingresearch.group.shef.ac.uk/pdf/qo\\_review\\_no\\_tables.pdf](http://www.ageingresearch.group.shef.ac.uk/pdf/qo_review_no_tables.pdf) (Fecha de acceso: 11-09-2005).
- BRYANT, T., D. RAPHAEL, I. BROWN, T. COGAN, C. DALLAIRE, S. LAFOREST, P. MCGOWAN et al. *A Nation for All Ages? A Participatory Study of Canadian Seniors' Quality of Life in Seven Municipalities*. Toronto, York Centre for Health Studies, York University, 2002: 101.
- COHN, J. y J. A. SUGAR. «Determinants of Quality of Life in Institutions: Perceptions of Frail Older Residents, Staff and Families». En J. E. BIRREN, J. E. LUBBEN, J. C. ROWE y D. E. DEUTCHMAN, eds. *The Concept and Measurement of Quality of Life in the Frail Elderly*. San Diego, CA: Academic Press, 1991: 28-49.
- DIENER, E. «Subjective well-being». *Psychological Bulletin*, 95, núm. 3 (1984): 542-575.
- DIENER, E. y E. SUH. «Measuring Quality of Life: economic, social, and subjective indicators». *Social Indicators Research* 40 n.º 1-2 (1997): 189-216.
- DIJKSTRA, W., J. H. SMIT y H. C. COMIJS. «Using Social Desirability Scales in Research among the Elderly». *Quality and Quantity* 35 n.º 1 (2001): 107-115.
- FRIEDMAN, M. I. *Improving the Quality of Life. A Holistic Scientific Strategy*. Westport, CT: Praeger, 1997.
- GABRIEL, Z. y A. BOWLING. «Quality of Life in Old Age from the Perspectives of Older People». En A. WALKER y C. HAGAN HENNESSY, eds. *Growing Older: Quality of Life in Old Age*. Londres: Open University Press, 2004: 14-33.
- GRUNDY, E. y A. SLOGGETT. «Health inequalities in the older population: the role of personal capital, social resources and socio-economic circumstances». *Social Science & Medicine* 56 n.º 5 (2003): 935-947.
- HAWKINS, B. «Aging Well: Toward a Way of Life for All People». *Preventing Chronic Disease* 2 n.º 3 (2005): 1-3.
- HIGGS, P., M. HYDE, S. ARBER, D. BLANE, E. BREEZE, J. NAZROO y D. WIGGINS. «Dimensions on the inequalities in quality of life in older age». En A. WALKER, ed. *Understanding Quality of Life in old age*. Maidenhead: Open University Press, 2005: 27-48.



- JANG, Y., J. A. MORTIMER, W. E. HALEY y A. R. B. GRAVES. «The Role of Social Engagement in Life Satisfaction: Its Significance among Older Individuals with Disease and Disability». *Journal of Applied Gerontology* 23 n.º 3 (2004): 266-278.
- LAMURA, G., C. BALDUCCI, M. G. MELCHIORRE, S. QUATTRINI, L. SPAZZAFUMO, V. BURHOLT, G. WEBER et al. *Comparative Report on Ageing Well and Material Security in Europe*. 2003. Disponible en internet en <http://esaw.bangor.ac.uk//material%20security%20final%20report.pdf> (Fecha de acceso: 25-11-2008).
- LASSEY, W. R. y M. L. LASSEY. *Quality of life for older people: an international perspective*. Upper Saddle River, Nueva Jersey: Prentice Hall, 2001.
- LAWTON, M. P. «Environment and other determinants of well-being in older people». *The Gerontologist* 23 n.º 4 (1983): 349-357.
- LI, L. W. «Predictors of ADL Disability Trajectories Among Low-Income Frail Elders in the Community». *Research on Aging* 27 n.º 6 (2005): 615-642.
- MEER, J., D. L. MILLER y H. S. ROSEN. «Exploring the health-wealth nexus». *Journal of Health Economics* 22 n.º 5 (2003): 713-730.
- MICHAEL, Y. L., G. A. COLDITZ, E. COAKLEY y I. KAWACHI. «Health behaviors, social networks, and healthy aging: Cross-sectional evidence from the Nurses' Health Study». *Quality of Life Research* 8 n.º 8 (1999): 711-722.
- MICHALOS, A. C. ed., *Essays on the Quality of Life*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers; Social Indicators Research Series, Vol. 19, 2003: 439.
- MILLIGAN, C., A. GATRELL y A. BINGLEY. «"Cultivating health": therapeutic landscapes and older people in northern England». *Social Science & Medicine* 58 n.º 9 (2004): 1.781-1.793.
- NOLL, H.-H. «Towards a European System of Social Indicators: Theoretical Framework and System Architecture». En M. R. HAGERTY, J. VOGEK y V. MØLLER, eds. *Assessing quality of life and living conditions to guide national policy: the state of the art*. Dordrecht; Boston: Kluwer Academic Publishers, Serie: Social Indicators Research Vol. 11, 2002: 47-87.
- OSWALD, F., H.-W. WAHL, H. MOLLENKOPF, O. SCHILLING, D. NEUMANN y K. SCHAKIB-EKBATAN. *ENABLE AGE Survey Study T1. Preliminary descriptive findings. National Report Germany (D4, based on WP3)*. 2005: 84. Disponible en internet en [www.enable-age.arb.lu.se/](http://www.enable-age.arb.lu.se/)
- PINQUART, M. y S. SORENSEN. «Influences of socioeconomic status, social network, and competence on subjective well-being in later life: A meta-analysis». *Psychology and Aging* 15 n.º 2 (2000): 187-224.
- POLVERINI, F. y G. LAMURA. «Italy: quality of life in old age II». En A. WALKER, ed. *Growing older in Europe*. Maidenhead: Open University Press, 2005: 179-200.
- ROJO-PÉREZ, F., G. FERNÁNDEZ-MAYORALAS y E. POZO-RIVERA. «Envejecer en casa: los predictores de la satisfacción con la casa, el barrio y el vecindario como componentes de la calidad de vida de los mayores en Madrid». *Revista Multidisciplinaria de Gerontología* 10 n.º 4 (2000): 222-233.
- SANCHO CASTIELLO, M. ed., *Informe 2004. Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por Comunidades Autónomas. Tomo I*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales, Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2005: Tomo I: 938 p.; Tomo II, Parte 1: p. 1-783; Tomo II, Parte 2: p. 795-1542.
- SCHARF, T., C. PHILLIPSON, P. KINGSTON y A. SMIT. «Social exclusion and older people: towards a conceptual framework». Centre for Social Gerontology, University of

- Keele, *Working Paper* n.º 6, 2000: 23. Disponible en internet en [www.keele.ac.uk/research/lcs/csg/downloads/social%20exclusion.pdf](http://www.keele.ac.uk/research/lcs/csg/downloads/social%20exclusion.pdf)
- SCHYNS, P. «Crossnational Differences in Happiness: Economic and Cultural Factors Explored». *Social Indicators Research* 43 n.º 1-2 (1998): 3-26.
- SIRGY, M. J. ed., *Handbook of quality-of-life research: an ethical marketing perspective*. Dordrecht, Boston: Kluwer Academic Publishers, 2001: 458.
- SMITH, A. E. «Researching Quality of Life of Older People: Concepts, Measures and Findings». Keele University, Centre for Social Gerontology, *Working Paper* n.º 7, 2000: 29. Disponible en internet en [www.keele.ac.uk/research/lcs/csg/downloads/research\\_quality.pdf](http://www.keele.ac.uk/research/lcs/csg/downloads/research_quality.pdf)
- SMITH, J. P. y R. S. KINGTON. «Race, Socioeconomic Status, and Health in Late Life». En L. G. MARTIN y B. J. SOLDÓ, eds. *Racial and Ethnic Differences in the Health of Older Americans* Washington, D. C.: National Academy Press, 1997: 106-162.
- TAYLOR, S. E. y T. E. SEEMAN. «Psychosocial resources and the SES-health relationship». *Annals of the New York Academy of Sciences* n.º 896 (1999): 210-225.
- WALKER, A. ed., *Understanding Quality of Life in old age*. Maidenhead: Open University Press, 2005: 209.
- WALKER, A. y C. HAGAN HENNESSY. «Investigating Quality of Life in the Growing Older Programme». En A. WALKER, ed. *Understanding Quality of Life in old age*. Maidenhead: Open University Press, 2005: 1-13.
- WARR, P., V. BUTCHER y I. ROBERTSON. «Activity and psychological well-being in older people». *Aging & Mental Health* 8 n.º 2 (2004): 172-183.



## 6. Ocio, tiempo libre y calidad de vida en la población mayor

*Raúl Lardiés-Bosque*

Departamento de Geografía y Ordenación del Territorio  
Facultad de Filosofía y Letras (Universidad de Zaragoza)

### 6.1. Introducción: marco teórico y conceptual

El análisis de las actividades realizadas por la población en los años finales de la vida ha sido un tema de investigación común en las Ciencias Sociales y del Comportamiento en las últimas décadas. El ocio cobra una especial relevancia tras la jubilación, momento a partir del cual las personas abandonan la actividad laboral obligatoria disponiendo, así, de más tiempo para poder dedicar a otras tareas que les aporten más satisfacción y bienestar; por esa razón, las actividades de ocio en el tiempo libre suelen constituir una estrategia de adaptación a la vejez (Nimrod 2007).

Es un hecho admitido que la población mayor, en comparación con otros grupos de edad, dispone cada vez de más tiempo libre. Pero esa transición hacia la fase «más ociosa» y de mayor disponibilidad de tiempo no siempre es fácil ni todas las personas la saben encarar adecuadamente. Esta nueva etapa de la vida implica, también, la participación activa del sujeto y supone un cambio en su estilo de vida, para lo cual es de vital importancia organizar su tiempo y dedicarlo a actividades constructivas, que lo entretengan y lo reconforten (Moragas Moragas 2001).

Los estudios científicos sobre el ocio y el tiempo libre a la edad anciana están muy relacionados con los dedicados a los cambios en el uso del tiempo durante la vejez. Este enfoque no es nuevo, sino que comenzó hacia 1960 y aumentó particularmente a finales del siglo xx (Rowe et al. 1998), coincidiendo con el interés

por el concepto de *envejecimiento satisfactorio*. Aunque la investigación del empleo del tiempo tiene una historia relativamente larga que se inicia a comienzos del siglo XIX (Durán Heras 1997), la mayor parte de la literatura en este ámbito no se ha enfocado sino muy recientemente hacia las personas mayores (Del Barrio Truchado 2007). El envejecimiento satisfactorio y saludable se asocia con la satisfacción con la vida y la buena salud, y muchos estudios han investigado la relación entre el uso del tiempo y varios indicadores del bienestar (Larson 1978; Thang 2005) por medio de diarios y cuestionarios capturan el uso del tiempo y las actividades realizadas por la población.

La relación entre la calidad de vida y el ocio está más documentada, ya que diversas investigaciones han puesto de manifiesto que un determinante importante de aquella son las actividades de ocio (Leung et al. 2005) debido a los beneficios que reporta la práctica de las mismas en edades avanzadas y porque constituye una importante fuente de bienestar (Lloyd et al. 2002); sin embargo, todavía están por ser investigados muchos aspectos relativos al cambio de una fase de actividad laboral a otra de jubilación y la inmersión en la práctica de actividades en esa nueva etapa (Halvorsrud et al. 2007).

La teoría sobre la práctica de actividades (Havighurst 1968) relaciona las actividades de ocio con la satisfacción en la vida, y ha contribuido a la comprensión del efecto positivo que tiene esa participación en actividades sobre la salud y la calidad de vida (Agahi et al. 2006). Esta teoría parte de la asunción de que la frecuencia de realización de actividades influye en la satisfacción con la vida, y de que la satisfacción depende también del grado de socialización logrado con dichas actividades. Asimismo, se asume que las necesidades de socialización y de bienestar psicológico continúan durante la vejez, lo que justificaría también la práctica de actividades y el deseo de estar en contacto con otras personas (Beckett et al. 2002).

Además de contribuir a la satisfacción global de la persona, las actividades de ocio influyen igualmente sobre otras parcelas de la vida. Los beneficios obtenidos son variados tanto para la mejora física y funcional como para la psíquica e intelectual (Schooler et al. 2001). Por tanto, la práctica de actividades entre los mayores es

relevante para la satisfacción con la vida y el bienestar (Neal et al. 1999). Está suficientemente estudiado que los mayores que llenan su tiempo con actividades estimulantes mantienen e incrementan su satisfacción global con la vida (Knapp 1977; Menec et al. 1997). Otros autores (Silverstein et al. 2002) han evaluado cómo los cambios en las actividades de ocio practicadas por los mayores durante un periodo de diez años se asocian con cambios también en su calidad de vida, de forma que las personas mayores entrevistadas en Suecia que habían aumentado su participación en actividades de ocio tendían a percibir una mejora en sus condiciones de vida. Además, las personas que mantienen niveles de actividad comparables a los de adultos más jóvenes, e incluso practican actividades que no realizaban anteriormente, es probable que incrementen su nivel de bienestar en la vida (Hooyman et al. 1996).

Pero la práctica de actividades no solo impacta positivamente en la satisfacción con la vida. Por un lado, la actividad física en los mayores está muy relacionada con el mantenimiento de la capacidad funcional (Clark 1996), y el desarrollo de actividades físicas durante la vejez tiene un impacto muy positivo en la reducción de las enfermedades (Malmberg et al. 2005); también su efecto se muestra en la mejora del estado de salud general (Seeman et al. 1995; Hovbrandt et al. 2007), en la reducción del riesgo de mortalidad en todas sus causas (Glass et al. 1999; Lan et al. 2006) y en la longevidad (Rakowski et al. 1992). Otros autores (Schooler et al. 2001) han determinado la utilidad del ocio en el funcionamiento intelectual, de forma que desarrollar tareas complejas tiene un efecto muy positivo en procesos intelectuales y en el desenvolvimiento en situaciones difíciles; en la misma línea, destacan los beneficios en la reducción del deterioro cognitivo (Wang et al. 2002), en la mejora del estado psicológico (King et al. 1993), en la disminución del riesgo de depresión (Herzog et al. 1998) y en los menores niveles de estrés (Morgan 1987; Patterson 1996).

También la salud se beneficia de la práctica de actividades no físicas. Así, asistir a eventos culturales, como conciertos y actos deportivos, favorece igualmente la longevidad (Bygren et al. 1996). Incluso entre personas mayores con enfermedades crónicas asociadas a discapacidades, las actividades de tipo social tienen un efecto muy positivo en su bienestar (Zimmer et al. 1995).

Las actividades de ocio en los mayores son beneficiosas para el funcionamiento psicosocial al evitar ciertos riesgos en su estado de salud (Jenkins et al. 2002). En este sentido, participar en actividades puede ser muy provechoso en mayores que se encuentran en situaciones desfavorecidas (con mala salud, bajo nivel de ingresos, etc.), ya que esa falta de recursos se puede reemplazar o mitigar. En particular, las actividades de tipo social ayudan a ser más autosuficientes (Adelmann 1994), a mejorar el nivel de apoyo social (Berkman et al. 1979), a aumentar la percepción del control sobre sí mismos y sobre muchos aspectos de su vida (Iso-Ahola et al. 1989; Purcell et al. 1989) y a reducir el estrés (Uchino et al. 1996). También la participación religiosa (como se analiza en el capítulo octavo de este libro), las actividades realizadas en el hogar y la interacción con familiares y vecinos (según se estudia en los capítulos cuarto y séptimo, respectivamente) han sido destacadas por su elevado impacto en la felicidad de los mayores (Mishra 1992; Thang 2005).

Si las actividades y tareas que se ejercen como trabajo doméstico y familiar son realmente importantes durante la vejez, responde, en parte, a que «la familia se convierte en el gran sustituto del empleo como fuente de sociabilidad, identidad y autoestima, o estructuración del tiempo» (Pérez Ortiz 2003, 115). Al llegar la edad de jubilación se produce una desvinculación del mercado de trabajo, que se sustituye por un aumento del tiempo dedicado a la familia; de ahí la idea comúnmente aceptada de que en la vejez, «con el abandono de la actividad profesional, la relación con la familia aumenta» (Iglesias de Ussel 2001, 91). Esto es más acusado entre las mujeres, ya que las actividades en el entorno del hogar y de la familia son las que culturalmente les han sido asignadas, a juzgar por los resultados de la Encuesta de Empleo del Tiempo 2002-2003 (INE 2002-2003; Del Barrio Truchado 2007).

Finalmente, las características ambientales tienen un efecto variable en las experiencias de estas personas, ya que los distintos tipos de residencia influyen en los niveles de actividad y, a su vez, en el estado de salud; por esta razón, también se suele tener en cuenta el estudio de las actividades practicadas en función de las diferentes condiciones y formas de vida (viviendo solo/a, con fami-

lires o con otras personas); así, algunos estudios (Golant 1984) han evaluado las características ambientales en la vida de los mayores en relación con las actividades diarias que realizan y su efecto.

En suma, la bibliografía científica muestra que la satisfacción con las actividades realizadas durante el tiempo libre es un buen indicador de la calidad de vida. Las actividades de ocio influyen sobre las experiencias vividas mediante la toma de contacto con otras personas, aumentan la sensación de libertad y autocontrol, y pueden aportar gozo y satisfacción. El sentimiento de productividad es uno de los principales componentes del bienestar psicológico y se considera una de las claves del envejecimiento saludable y de la calidad de vida (Jackson 1991; Lassey et al. 2001). En cualquier caso, parece que «involucrarse con la vida» (*engagement with life*) es uno de los principales componentes del envejecimiento saludable (Rowe et al. 1998; Silverstein et al. 2002).

Sin embargo, el estudio del ocio y del tiempo libre en las personas mayores tiene que realizarse considerando las circunstancias vitales de estas personas que han marcado y delimitado sus posibilidades a lo largo de su ciclo de vida. Las personas mayores de hoy han vivido una historia de supervivencia en la que los quehaceres cotidianos los delimitaban a seguir adelante en un intento por sobrevivir (Del Barrio Truchado 2007), lo que puede explicar las escasas habilidades para utilizar su tiempo en actividades de ocio. La cultura del ocio que actualmente impera en la sociedad está lejos de la realidad que estas personas han vivido, preocupados por el trabajo como único medio y fin de sus vidas, por lo que ahora, en la vejez, les resulta difícil adaptarse a vivir el tiempo libre. Por tanto, conviene no olvidar el significado de los factores culturales y su influencia en el ocio, puesto que, normalmente, la *cultura* se define como «la forma de vida de una sociedad» (Iwasaki 2007).

## **6.2. La dimensión *ocio-tiempo libre* entre los mayores de la Comunidad de Madrid: propuesta de estudio**

La calidad de vida se ha convertido en un tema de estudio importante tanto para las personas individualmente, como para los go-



biernos, en la búsqueda y mantenimiento de la satisfacción y la felicidad (Mercer 1994). Como se ha indicado anteriormente, el ocio y el tiempo libre son una fuente importante de bienestar, por lo que numerosos trabajos han puesto de relieve la importancia de la satisfacción con el ocio en la percepción de la población sobre su calidad de vida (Norman et al. 1997) y la estrecha relación entre la cantidad y calidad del ocio y la satisfacción global con la vida.

Por ello, en este capítulo se pretende identificar la relación entre ocio y tiempo libre, como una dimensión de la calidad de vida, y las características de la población mayor no institucionalizada que reside en vivienda familiar en la Comunidad de Madrid. Como características personales de este grupo demográfico son consideradas las de tipo sociodemográfico, pero también otras relacionadas con las dimensiones más relevantes de la calidad de vida, como son la salud, la familia, la situación económica, las redes sociales y el entorno residencial, por cuanto, como en el epígrafe previo se ha expuesto, estos aspectos pueden influir en la participación de los mayores en actividades de ocio, en el tipo de ocio practicado, así como en la intensidad de la práctica.

Así pues, bajo la asunción de la existencia de una práctica de ocio diferenciada entre los mayores según sus circunstancias personales, los objetivos de este capítulo son los siguientes:

1. Analizar la importancia del ocio como dimensión de la calidad de vida y la satisfacción que produce.
2. Conocer cuáles son las actividades practicadas y la frecuencia de realización de las mismas.
3. Asimismo, se elabora una clasificación de mayores según el ocio practicado y se estudia su relación con los rasgos y circunstancias personales y otros aspectos del entorno social y residencial.

Como se analiza en el capítulo segundo de esta investigación, la relevancia del ocio en la edad anciana queda determinada por el hecho de que los mayores establecen que las actividades de ocio y tiempo libre se constituyen en una de las cinco dimensio-

nes más importantes en la calidad de vida, juntamente con la salud, la familia, la situación económica y la red social. Así, de acuerdo con los resultados obtenidos de la aplicación del instrumento SEIQoL-DW, el ocio y tiempo libre es nominado por el 37,7% de los mayores, con un nivel de satisfacción de 59,7 sobre 100 y una importancia de 13,7%. En este contexto, resulta significativo que de las cinco dimensiones de la calidad de vida, el *ocio* ocupa el quinto puesto en nominación, nivel de satisfacción e importancia relativa, pero alcanza un índice de calidad de vida global en torno a la media (71,2) y por encima de otras dimensiones, como la *salud* y la *situación económica*.

La importancia del ocio en la calidad de vida durante la vejez también queda manifestada en el tipo de ocio y en la intensidad de la práctica, así como en su relación con la satisfacción que produce (Lu et al. 2005). En este contexto, quienes más actividades practican perciben también un nivel de satisfacción más elevado que los que declaran una práctica menor, y ello podría estar asociado con la edad, pero también con otros rasgos personales y contextuales, como se verá a lo largo de este capítulo.

### 6.3. La medición del ocio y tiempo libre

Para poder determinar correctamente la influencia del ocio y del tiempo libre en la calidad de vida de las personas es necesario clarificar previamente dos aspectos de tipo metodológico (Lloyd et al. 2002). El primero es la naturaleza y contenidos del ocio y su relación con la calidad de vida: qué es *ocio*, qué actividades se consideran *ocio* y cómo se clasifican. El *ocio* en la literatura científica es definido, habitualmente, como «el tiempo que resta después de las actividades obligatorias (educación, trabajo, tareas domésticas y cuidado personal)» (Gerstl 1983). Pero no hay un consenso extendido sobre el marco teórico para definir el *ocio* y el *tiempo libre* depende del entorno cultural, del socioeconómico y del grupo de edad que se considere, y, por tanto, la noción cambia de unos países a otros (Avramov et al. 2003). La manera de clasificar las actividades de ocio puede variar, aunque normalmente esa clasificación distingue entre *activo* (dedicado a depor-

tes, leer, trabajo no remunerado o tareas domésticas) y *pasivo* (especialmente ver la TV, DVD, vídeos...). Otras clasificaciones hacen referencia a actividades realizadas fuera o dentro del hogar (Neal et al. 1999).

El segundo aspecto es determinar los criterios para medir las actividades de ocio, sobre lo cual hay varias posibilidades. Una aproximación es usar criterios objetivos, como la frecuencia de realización o de práctica (por ejemplo, de parques urbanos, servicios deportivos y actividades diversas), lo que permite medir el ocio como algo externo a las experiencias de las personas (Allen 1992). Tradicionalmente, la mayoría de los estudios relacionados con el ocio como dimensión de calidad de vida entre la población mayor han tenido en cuenta este tipo de indicadores «objetivos» relativos a «la cantidad de tiempo libre», «las actividades de ocio realizadas», el «acceso a equipamientos de ocio» e incluso la frecuencia de su uso (Kernan et al. 1987; Moller 1992). Así, se asume que una mayor disponibilidad de tiempo libre, la práctica de actividades y el aumento del uso de equipamientos de ocio conllevan automáticamente el aumento de la calidad de vida de las personas. Los resultados del uso de este tipo de indicadores varían, y mientras unos muestran una relación positiva entre el ocio y la calidad de vida, otros no (Allen 1992).

Sin embargo, se ha ignorado habitualmente otro criterio, el subjetivo, para tener en cuenta la satisfacción que las experiencias de ocio producen en las personas (Lloyd et al. 2002). Con esta aproximación subjetiva lo que se pretende es medir el ocio como una experiencia y valoración individual en tanto que actitud hacia el ocio y satisfacción producida por su práctica (Ragheb et al. 1993).

Las dos aproximaciones tomadas de forma individualizada se consideran demasiado simplistas para poder medir un fenómeno tan complejo. Por ello, actualmente se tiende a combinar ambas perspectivas (indicadores objetivos y subjetivos), a pesar de los problemas de consistencia y compatibilidad detectados entre ambos (Lloyd et al. 2002).

La encuesta CadeViMa incluye una sección dedicada a las actividades de ocio, que es la que se ha utilizado para la elaboración de este capítulo, además de otras variables sociodemográficas y

del entorno físico y social. El cuestionario recoge nueve preguntas referidas a la práctica de actividades de ocio durante el tiempo libre (cuáles se realizan o no y con qué frecuencia); asimismo, indaga sobre las actividades iniciadas y realizadas en los últimos años, en aquellas por las que se muestra más interés, en las razones por las que se hacen más o menos actividades, en las que le gustaría a cada entrevistado y, finalmente, sobre la satisfacción con las actividades que se realizan. Se trata tanto de información de carácter objetivo (tipo de actividades de ocio, frecuencia de realización, actividades de carácter formativo de interés) como subjetivo (satisfacción con la práctica de actividades; razones por las que se realizan más o menos actividades) (cuadro 6.1).

Para alcanzar los objetivos propuestos, en primer lugar se ha realizado un análisis estadístico descriptivo de todas las actividades de ocio recogidas en el cuestionario; posteriormente se ha establecido una tipología de actividades de ocio basada tanto en el análisis estadístico descriptivo como en la literatura científica (Silverstein et al. 2002; García-Martín et al. 2004). Así, las actividades analizadas se han aglutinado en cinco tipos en función de la afinidad entre las mismas (véase cuadro 6.1): ocio físico, cultural, participativo y social, pasivo, viajes y turismo.

Con respecto a estas actividades, la encuesta examina la frecuencia de realización en las siguientes categorías: «habitualmente», «algunas veces», «nunca» y «no sabe/no contesta». Para el establecimiento de la tipología de sujetos según la práctica de ocio se ha considerado que la realización «habitual» de una actividad es la que mejor determina el perfil de la persona en relación con la práctica de una actividad.

El siguiente paso ha sido determinar el nivel de asociación entre las actividades de ocio en tiempo libre y las variables contextuales con el fin de utilizar aquellas con significación estadística en el análisis de su efecto sobre el ocio; entre estas variables, se seleccionaron diversos aspectos de tipo sociodemográfico (sexo, edad, estado civil, nivel educativo y zona de residencia), situación económica, forma de convivencia, relaciones familiares y sociales, estado de salud y funcionamiento, redes de apoyo (necesidad o no de ayuda, persona que ayuda), entorno residencial, estado emocional valores y actitudes ante la vida.

**CUADRO 6.1: Indicadores para el estudio del ocio y tiempo libre incluidos en la encuesta CadeViMa**

Tipo de indicador	Tema	Actividades investigadas	Tipología de actividades de ocio
Objetivo	Realización de actividades de ocio en el tiempo libre con una frecuencia de: habitualmente; algunas veces; nunca; ns/nc	1.- Hacer actividades físicas, deporte, nadar, gimnasia... 2.- Utilizar las nuevas tecnologías como internet 3.- Realizar cursos de manualidades, encaje de bolillos... 4.- Acudir al club social o cultural 5.- Actividades creativas: pintar, dibujar, escribir, componer música... 6.- Ir al cine, teatro, conciertos, exposiciones, conferencias... 7.- Leer el periódico, libros o revistas	Ocio físico
		8.- Participar en alguna organización no gubernamental o pertenecer a alguna asociación social o cívica 9.- Acudir a eventos deportivos 10.- Participar en actividades que organiza la parroquia 11.- Salir con amigos a pasear, a bailar, al bingo, a cenar, a tomar café...	Ocio participativo y social
		12.- Escuchar música, ver vídeos/DVD 13.- Ver TV, oír la radio 14.- Viajar, hacer turismo	Ocio pasivo
		Ítem	Viajes y turismo
	Actividades que ha iniciado en los últimos años		
	N.º actividades de ocio realizadas		
	N.º actividades de ocio iniciadas en los últimos años		
	Interés en cursos/actividades formativas		
	N.º de cursos/actividades formativas de interés		
	<b>Cursos o actividades de formación en las que está interesado/a en la actualidad (hasta 10 ítems investigados)</b>	1.- Leer y/o escribir 2.- Idiomas 3.- Informática 4.- Formación artística 5.- Educación Primaria 6.- Estudios medios (bachillerato) 7.- Estudios de FP 8.- Programas Universitarios de Mayores 9.- Otros	
Subjetivo	Satisfacción con actividades de ocio que realiza Realiza más o menos actividades de ocio de las que le gustaría Razones por las que hace menos actividades de las que le gustaría (hasta 3 menciones)		

La clasificación de sujetos mayores según la práctica de actividades de ocio en tiempo libre ha sido realizada mediante la técnica estadística AClus.<sup>1</sup>

#### **6.4. Las actividades de ocio y tiempo libre en los mayores**

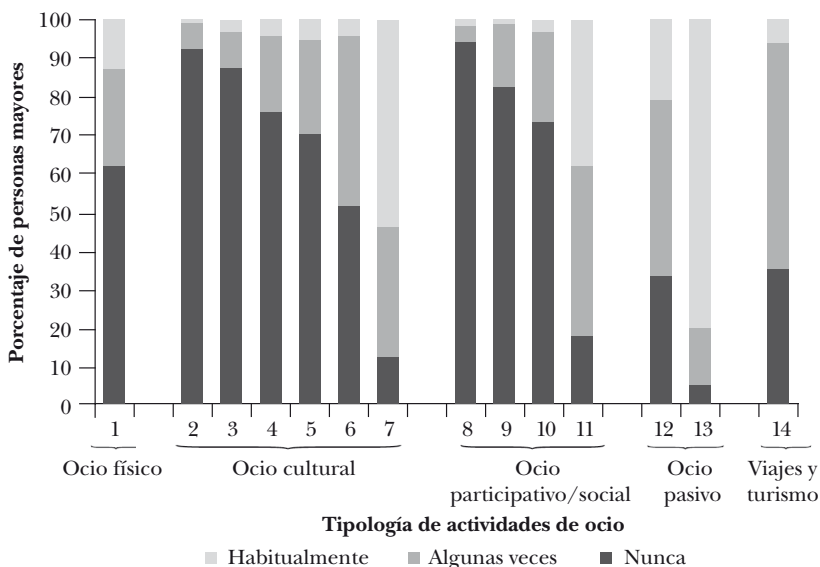
La actividad más comúnmente practicada por los mayores en su tiempo de ocio es ver la TV y oír la radio (el 94,5% de los mayores declara que lo hacen algunas veces y habitualmente), seguido de leer (periódicos, libros...), salir con los amigos a pasear, y escuchar música y ver vídeos/DVD (gráfico 6.1). También un elevado porcentaje (64%) dice viajar y hacer turismo, aunque menos de la mitad son los que acuden al cine o al teatro, y menos todavía los que declaran realizar alguna actividad física. Otras investigaciones han ratificado la práctica mayoritaria de estas actividades, de forma que ver la televisión, ir al parque y pasear, oír la radio, hacer compras y recados, y leer, son las actividades en las que diariamente más tiempo ocupan los mayores españoles (Pérez Ortiz 2007).

Frente a esta situación, solo una mínima proporción de los mayores participan en otras más relacionadas con temas culturales (acudir al cine, teatro u a otras actividades culturales). En relación con el ocio de tipo intelectual, o que requiere desarrollar alguna habilidad especial, todavía la participación es menor; así, solo una de cada diez personas realiza algún tipo de curso (aunque sea de manualidades y trabajos prácticos), un 7,6% utiliza nuevas tecnologías (internet), y únicamente el 5,5% forma parte de alguna asociación u ONG, lo que demuestra que España se encuentra todavía retrasada en la utilización que las personas mayores hacen de las nuevas tecnologías (Pérez Ortiz 2007). En concordancia con esta situación, es conocido el relativo bajo uso de internet y de las nuevas tecnologías entre los mayores, especialmente entre los residentes en países del sur de Europa (Peacock et al. 2007), si bien se ha observado que juegan un papel importante en la calidad de vida (Leung et al. 2005).

---

<sup>1</sup> Puede verse en [www.fbbva.es/TLFU/tlfu/esp/publicaciones/libros/fichalibro/index.jsp?codigo=603](http://www.fbbva.es/TLFU/tlfu/esp/publicaciones/libros/fichalibro/index.jsp?codigo=603)

**GRÁFICO 6.1: Frecuencia de realización de actividades de ocio**



1 - Hacer actividades físicas, deporte, nadar, gimnasia; 2 - Utilizar las nuevas tecnologías como Internet; 3 - Realizar cursos de manualidades, encaje de bolillos...; 4 - Acudir al club social o cultural; 5 - Actividades creativas: pintar, dibujar, escribir, componer música...; 6 - Ir al cine, teatro, conciertos, exposiciones, conferencias; 7 - Leer el periódico, libros o revistas; 8 - Participar en alguna organización no gubernamental o pertenecer a alguna asociación social o cívica; 9 - Acudir a eventos deportivos; 10 - Participar en actividades que organiza la parroquia; 11 - Salir con amigos a pasear, a bailar, al bingo, a cenar, a tomar café...; 12 - Escuchar música, ver vídeos/DVD; 13 - Ver TV, oír la radio; 14 - Viajar, hacer turismo.

A juzgar por las cifras, las actividades que realizan los mayores son, preferentemente, de tipo pasivo, que no requieren grandes esfuerzos físicos ni intelectuales, por lo que se podría decir que muy pocos emplean su tiempo de forma activa. Estos resultados no difieren de los obtenidos, por ejemplo, en la *Encuesta sobre condiciones de vida de los mayores* (INE 2000), de donde se desprende que nueve de cada diez personas ven la TV todos o casi todos los días, y más de cinco de cada diez oyen la radio con la misma frecuencia. En la misma línea se destaca en el informe referido a 2006 de *Las personas mayores en España*, puesto que ver la TV y oír la radio son las actividades más habituales entre esta población (Pérez Ortiz 2007); la misma autora señala que un elevado porcentaje de las actividades

que realizan los mayores españoles son sedentarias y se practican en solitario, además de que muy pocos suelen iniciar alguna actividad nueva después de la jubilación.

Estos resultados también concuerdan con otros estudios internacionales en los que se detecta que durante la vejez se pasa más tiempo viendo TV que a edades más jóvenes (Jones 1990). Avramov et al. (2003) destacan que en países europeos los mayores ven la TV una media de 3 horas diarias, lo cual se convierte en la actividad preferida, junto con oír la radio. Parece evidente, pues, que con la edad aumenta el tiempo dedicado a actividades pasivas y a aquellas que no requieren actividad o esfuerzo físico.

En este contexto, se observa que una buena parte de los mayores declara realizar entre 4 y 6 actividades, seguidos por los que practican entre 7 y 9; así, el número medio de actividades realizadas, considerando juntos hombres y mujeres, es de 6 (mín.: 0; máx.: 14, desviación típica: 2,7). El género tiene mucha relevancia en la discusión sobre el estilo de vida y hábitos de ocio de la población (Tomlinson 2003). Así, en relación con el tipo de actividades de ocio y la intensidad de su práctica, los datos de la encuesta Cade-ViMa revelan diferencias estadísticamente significativas (cuadro 6.2), de forma que tanto hombres como mujeres están involucrados en una baja participación global en actividades de ocio (grupo 1), si bien los hombres se clasifican, predominantemente, en el grupo definido por una alta participación (grupo 4), seguidas de las de tipo pasivo y cultural, mientras que las mujeres se clasifican prioritariamente en el grupo 2 de ocio pasivo. Estas diferencias por sexo podrían ser explicadas por el hecho de que las mujeres, a medida que cumplen años, se dedican más a tareas domésticas y de cuidado personal, mientras que es más normal que los hombres practiquen actividades como caminar o ir en bicicleta, otros deportes, jardinería y otras actividades relacionadas con la reparación de la vivienda (Avramov et al. 2003). Esta distribución de actividades por género se hace también patente en el caso español, a partir de los datos de la *Encuesta sobre condiciones de vida de los mayores* (INE 2000). De hecho, se estima que mientras los hombres mayores españoles dedican diariamente una media de 40 minutos a hacer ejercicio físico, el tiempo dedicado por las mujeres mayores es la mitad (Pérez Ortiz 2007).



**CUADRO 6.2: Grupos de mayores (por tipología de ocio e intensidad de práctica) según características sociodemográficas**

(porcentaje)

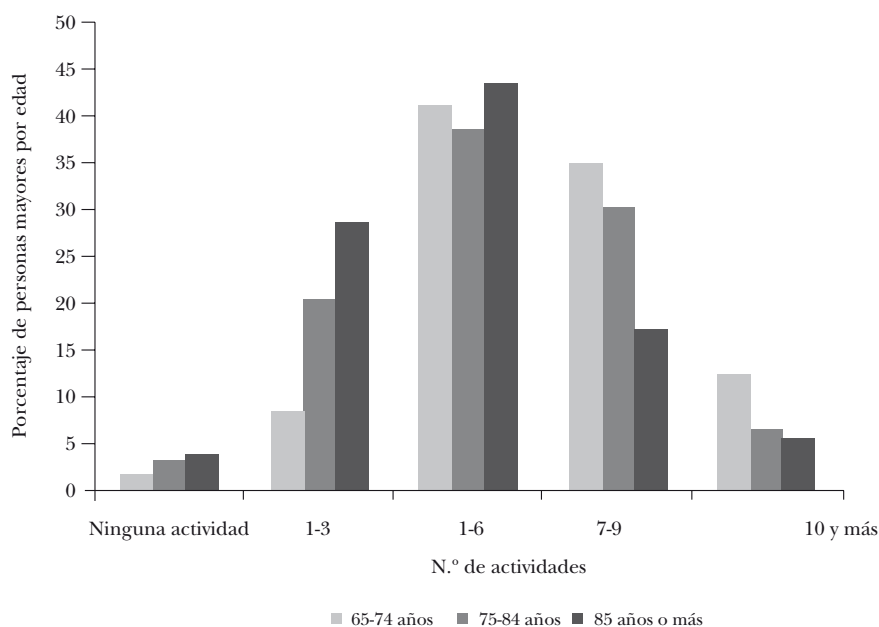
Variables	Categorías	Grupo 1: Participación baja en actividades de ocio	Grupo 2: Ocio pasivo (y en menor medida participativo social)	Grupo 3: Ocio pasivo y cultural	Grupo 4: Participación alta en actividades de ocio	Total
<b>Número de casos</b>		88	137	128	146	499
Porcentaje		17,6	27,5	25,7	29,3	100,0
<b>Sexo</b>				(0,015)		
Hombre		17,2	20,6	<b>27,0</b>	<b>35,3</b>	204
Mujer		<b>18,0</b>	<b>32,2</b>	24,7	25,1	295
<b>Edad</b>				( 0,003)		
(valor mínimo: 64; valor máximo: 97)						
65-74 años		17,4	20,2	<b>27,1</b>	<b>35,2</b>	247
75-84		17,3	<b>31,3</b>	<b>25,7</b>	25,7	179
85 o más		<b>19,2</b>	<b>42,5</b>	20,5	17,8	73
Edad media (75 años)		<b>75,5</b>	<b>77,0</b>	73,9	73,8	499
<b>Estado civil</b>				NS		
Soltero/a		<b>18,8</b>	<b>31,3</b>	<b>37,5</b>	12,5	16
Casado/a, viviendo en pareja		<b>17,7</b>	24,5	<b>27,5</b>	<b>30,2</b>	265
Separado/a, divorciado/a		<b>17,6</b>	11,8	17,6	<b>52,9</b>	17
Viudo/a		17,4	<b>32,3</b>	22,9	27,4	201
<b>Clase social</b>				(0,003)		
Baja		<b>20,9</b>	<b>36,7</b>	20,1	22,3	139
Media baja		<b>18,2</b>	<b>28,0</b>	24,2	<b>29,7</b>	236
Media		14,5	12,0	<b>36,1</b>	<b>37,3</b>	83
Media alta/ Alta		9,8	24,4	<b>31,7</b>	<b>34,1</b>	41
<b>Ingresos totales mensuales</b>				(0,003) (a)		
Hasta 300 € (Hasta 50.000 PTA)		<b>30,8</b>	23,1	<b>38,5</b>	7,7	13
301 - 600 € (50.001 - 100.000 PTA)		<b>27,0</b>	25,0	25,0	23,0	148
601-900 € (100.001-150.000 PTA)		14,9	<b>35,1</b>	17,5	<b>32,5</b>	114
901-1.200 € (150.001-200.000 PTA)		4,3	<b>37,0</b>	<b>41,3</b>	17,4	46
Más 1.200 € (Más 200.000 PTA)		<b>18,2</b>	9,1	<b>45,5</b>	27,3	11

Test de la  $\chi^2$ : entre paréntesis, *p-value*; NS: *p-value* no significativo. En negrita, valor igual o superior a la situación media.

Test no válido: (a) El 50% de las celdas tienen una frecuencia esperada inferior a 5.

La influencia de la edad en la cantidad y tipo de ocio, en cambio, se aprecia con mayor nitidez, ya que la práctica varía claramente a medida que se envejece, restringiéndose el número de actividades (correlación de Pearson:  $-0,249$ ;  $p\text{-value} < 0,0001$ ) (Herzog et al. 1989). Las personas de 85 y más años son las que menos actividades de ocio desarrollan, mientras que los viejos-jóvenes con edades entre los 65 y 74 años declaran niveles de participación superiores (gráfico 6.2); por ejemplo, entre quienes realizan únicamente de una a tres actividades, el 73% tiene más de 75 años; por el contrario, el 66% de quienes dicen practicar diez o más son menores de esa edad. De igual forma, más de 4 de cada 10 personas con 85 y más años realizan exclusivamente actividades de ocio pasivo, mientras que ese porcentaje se reduce a menos de la mitad entre quienes tienen entre 65 y 74 años (cuadro 6.2). Por tanto, a medida que aumenta la edad parece que el ocio es menos activo y más pasivo, lo que lleva a considerar, como se verá posteriormente, el posible efecto del estado de salud en la práctica de las actividades.

**GRÁFICO 6.2: Número de actividades de ocio realizadas, según edad**



## **6.5. Condicionantes del ocio y del tiempo libre en la población mayor**

Además del sexo y de la edad, diversos factores parecen influir sobre el tipo y frecuencia de actividades de ocio y tiempo libre entre la población mayor, pero se podrían agrupar en tres: los de tipo individual, familiar y social (Avramov et al. 2003). A nivel individual, las elecciones sobre el ocio realizado y el grado de participación dependen de las características de la persona y de sus preferencias. Pero la situación familiar y el entorno físico y social pueden favorecer o limitar esa elección.

Ya se ha visto el significado que la edad tiene en la cantidad y tipo de ocio practicado, y la menor importancia del género. La edad y el sexo son dos variables de naturaleza biológica, pero están influenciadas, a su vez, por aspectos sociales a través de los valores y normas culturales, las estructuras socioeconómicas y las instituciones. Hay, por tanto, otras características sociodemográficas que afectan a la cantidad y tipo de actividades practicadas, como el nivel de estudios alcanzado, el estatus socioeconómico, la ocupación y la clase social de pertenencia, además de otros rasgos de tipo económico, como el nivel de ingresos y la disponibilidad económica; otros factores como la estructura del hogar y las relaciones familiares y sociales también han demostrado su importancia en el uso del tiempo libre, siendo uno de los más importantes es el estado de salud (Jenkins et al. 2002).

Bajo estos condicionantes, seguidamente se analiza la influencia de los factores sociodemográficos y personales, de tipo familiar, social, residencial, de salud y funcionamiento, etc., en la práctica de actividades de ocio.

### **6.5.1. Factores sociodemográficos**

Entre los factores de tipo sociodemográfico, el estado civil de los mayores no revela por sí solo diferencias estadísticamente significativas con la tipología de ocio practicado (cuadro 6.2), aunque sí se observa la tendencia de los separados/divorciados a una elevada participación en actividades de ocio; por su lado, los casados, pero también los solteros destacan en el grupo de ocio pasivo y cultural (Grupo 3), pero, a su vez, los resulta-

dos también indican que las personas sin pareja (solteros y viudos) tienden a desarrollar un ocio más pasivo que los demás (entorno al 32% de los casos de cada categoría en el clúster o grupo 2).

Según la literatura científica, el nivel de estudios y la clase social de pertenencia son dos aspectos que influyen enormemente en la práctica de ocio y, junto con la salud, se constituyen entre los más importantes para que la persona mayor realice actividades ocupacionales de carácter manual-intelectual (Moragas Moragas 2001), de forma que cuanto peor sea la salud y más bajo el nivel de educación y la clase social, más elevada será la dificultad para dedicarse a cualquier tipo de actividad nueva, aunque pueden mantenerse las anteriores.

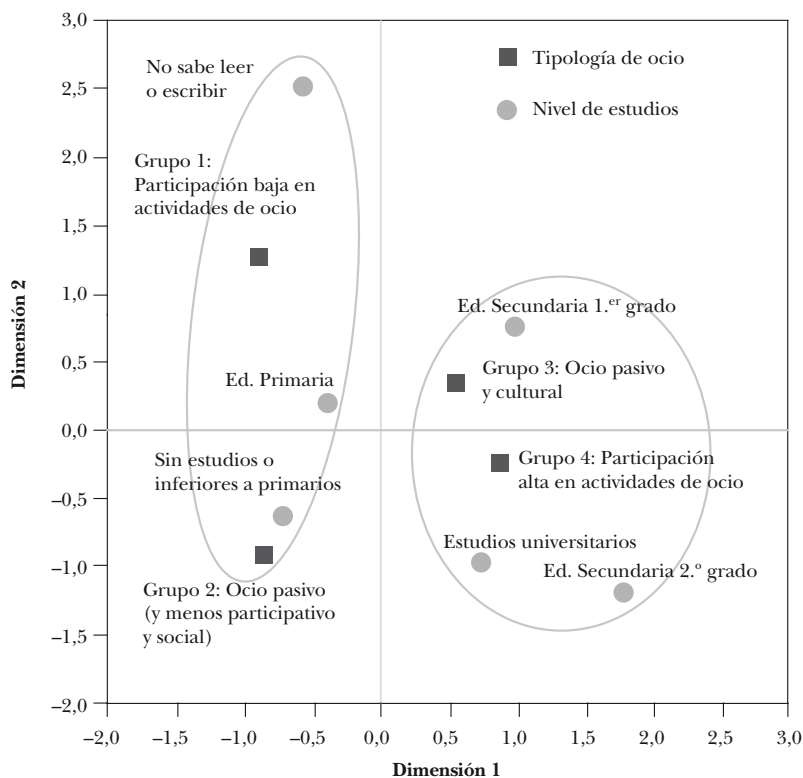
En este contexto, entre los mayores madrileños se observa que a mayor nivel de formación académica también es más elevada la práctica de ocio, y existe evidencia estadística significativa (test de la  $\chi^2$ : *p-value* 0,014) de que a estos niveles educativos el ocio es de cualquier tipo; y viceversa, los menores niveles de ocio aparecen entre los sujetos con menor nivel de formación. La relación entre ambos hechos, tipo e intensidad de práctica de actividades de ocio con el nivel de instrucción, se distingue claramente en el gráfico 6.3, ejecutado mediante la técnica estadística de ACor. De esta forma, una baja participación en actividades de ocio (Grupo 1) y la realización de ocio pasivo (Grupo 2) se asocian con los niveles de instrucción más bajos; por su lado, el ocio pasivo y cultural (Grupo 3) y la alta participación (Grupo 4) se asocian con estudios secundarios y universitarios.

La realización de más o menos actividades así como el tipo de las mismas (ocio pasivo, cultural, etc.) se relaciona no solo con la demanda (y características y deseos de la población), sino también con la oferta. Es cierto que la respuesta institucional a la educación y la cultura de los jubilados ha sido muy amplia, con propuestas muy variadas por parte de muchas instituciones: universidades, departamentos de servicios sociales de las Administraciones Central, Autonómica, Municipal, asociaciones de jubilados y entidades privadas diversas (Moragas Moragas 2001). Pero el problema no está tanto en la oferta, sino en la demanda, como consecuencia del escaso nivel de instrucción de gran parte de la

población analizada (Pérez Ortiz 2007), además de desigual a favor de los hombres (Sancho Castiello 2005). Probablemente una persona que ha tenido un trabajo que exigía esfuerzo físico (peón agrícola o industrial) no tendrá grandes aficiones intelectuales durante su jubilación, sino que posiblemente vaya en búsqueda de descanso; este hecho, quizás, ayuda a explicar el limitado interés por las actividades culturales e intelectuales entre los mayores y la débil demanda de actividades de formación (más de 8 de cada 10 mayores madrileños declara que estaría nada o poco interesado en actividades de formación).

La clase social de las personas juega un efecto similar en la demanda y tipo de actividades, por cuanto la variable *clase social* es un indicador derivado del nivel de estudios y de la condición socioeconómica.

**GRÁFICO 6.3: Relación entre la tipología de ocio y el nivel de estudios**



En general, los individuos situados en la parte superior de la escala social tendrían más libertad que el resto para elegir qué hacer en su tiempo libre; por el contrario, los que se posicionan en la parte inferior estarían más limitados, y ello asociado, posiblemente, con una menor disponibilidad de ingresos y una mayor probabilidad de sufrir enfermedades y discapacidad (Lasey et al. 2001). Por tanto, la pertenencia a una clase social determinada, igual que el nivel de formación, influyen mucho en el tipo de ocio desarrollado en esta etapa de la vida.

De forma general, la clase social más elevada viene a estar compuesta por el 10% de la población de edad, ya que la inmensa mayoría pertenece a la clase media, y solo una mínima proporción a la clase baja (Lasey et al. 2001). Esta estratificación general es muy similar a la que aparece en el caso de los mayores madrileños en el caso del estatus medio y superior (un 4,4% pertenecen a la clase media-alta y un 3,8% a la clase alta), aunque entre la población madrileña predominan las clases baja o media-baja (tres cuartas partes de los sujetos). Teniendo en cuenta esta situación, se observa una asociación significativa entre la intensidad del ocio practicado y la clase social (cuadro 6.2). Al igual que se ha visto con el nivel educativo, también los individuos de estatus social inferior realizan un tipo de ocio pasivo, mientras que la tendencia entre las personas de posición social más elevada es a realizar un ocio más participativo/social y de tipo cultural. No obstante, y puesto que el 75% de los mayores se incluye en estatus de clase media-baja e inferior, las diferencias se difuminan, y predominan quienes practican poco ocio u ocio pasivo.

El bajo nivel de estudios de los mayores, relacionado con la pertenencia generalizada a un estatus social bajo o medio-bajo, permite explicar la escasa demanda de cursos de formación y también el insuficiente interés manifestado en cuanto a la realización de actividades educativas y de formación (solo el 7,1% de los mayores estaría bastante o muy interesado en estas actividades, que, básicamente, son cursos de informática, formación artística, cursos de lectura y escritura, programas universitarios para mayores). Este desinterés por aspectos educativos parece ser generalizado entre los mayores, y solo los de unos pocos países marcan la excepción. Así, en Norteamérica, Suecia u Holanda, se alcanzan

cifras algo relevantes en cuanto a tiempo invertido en formación y educación, de forma que las personas retiradas ejercen gran demanda por continuar aprendiendo y conseguir nuevas experiencias (Gauthier et al. 2003). En el caso de EE. UU., según el National Center for Education Statistics, el 38% de la población mayor participa en algún tipo de educación para adultos (Lassey et al. 2001), muchos de ellos en relación con el uso y manejo de ordenadores e internet (Kubeck et al. 1999).

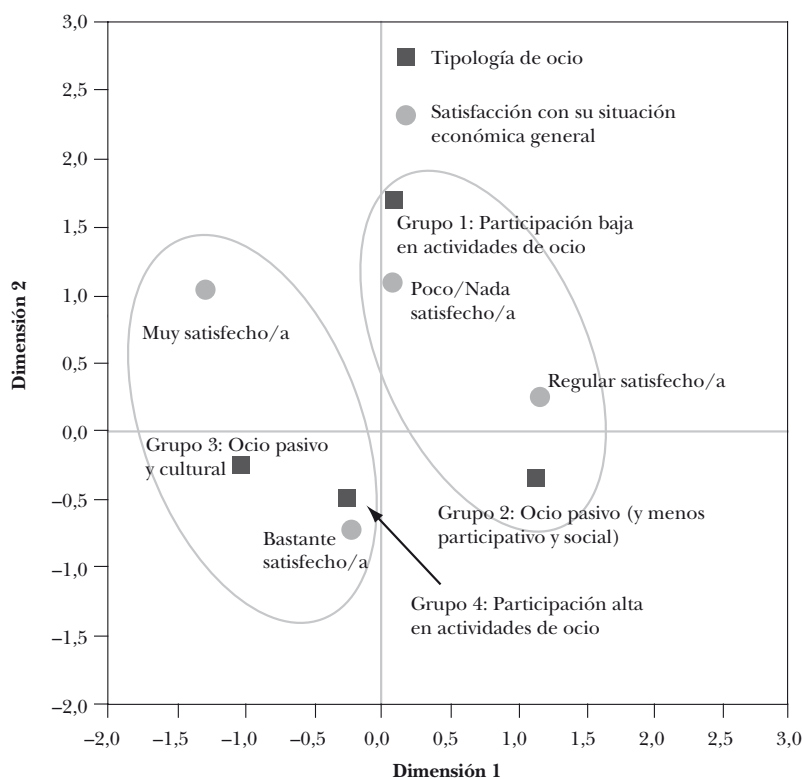
En cualquier caso, la demanda de cursos a edades avanzadas estaría asociada con factores como el nivel educativo, la salud y los ingresos. Así, muchos de los mayores de la Comunidad de Madrid responden a una generación que no tuvo ni la necesidad ni las oportunidades para incrementar su formación. Además, en esa demanda de actividades de formación también son importantes los incentivos concretos del país. Sobre esta base, se entiende que en los países nórdicos la proporción de personas mayores en formación sea mucho mayor que en los países del sur de Europa (Avramov et al. 2003). Las ratios de participación en esos países muestran que los sistemas nórdicos, más que en otros países, existe un clima institucional más idóneo que favorece y promueve el desarrollo educativo durante la vejez y un envejecimiento más activo desde este punto de vista. Al juzgar la situación correspondiente a los mayores madrileños, es cierto que la oferta educativa para estas personas está creciendo, pero más por el esfuerzo institucional realizado que por la demanda de formación por parte de los mayores. Debido al cambio tecnológico y también a la menor importancia del esfuerzo físico en los empleos, quizás en el futuro irá apareciendo un nuevo perfil de personas mayores y jubiladas con otros intereses que vayan más allá del descanso físico y las actividades pasivas.

Si bien la influencia que ejercen el nivel educativo y la clase social en relación con la práctica de ocio es bastante clara, no ocurre lo mismo con el nivel de ingresos de los mayores, al menos medido de forma objetiva (ingresos totales mensuales). La tasa de no respuesta relacionada con las preguntas sobre asuntos económicos es muy elevada (un 32% de los mayores no ofrece información sobre su nivel de ingresos, como ya se ha visto en el capítulo 5 sobre recursos económicos), lo que impide obtener un nivel de significación válido (cuadro 6.2); no obstante, se observa la ten-

dencia a una relación directa entre intensidad y tipo de ocio practicado e ingresos mensuales como indicador de disponibilidad de recursos económicos. Así, las personas con mayor nivel de ingresos están más involucradas en la práctica de ocio cultural y participativo y social, pero, como una proporción elevada de mayores dispone de una renta entre 300 y 900 euros mensuales, solo en función de los ingresos no se adivina ninguna pauta especial en su comportamiento con respecto al ocio.

Sin embargo, el indicador subjetivo de bienestar económico, medido por la satisfacción con la propia situación económica, muestra una clara relación con la tipología del ocio (test de la  $\chi^2$ : *p-value* 0,000), observada a partir de la técnica estadística ACor (gráfico 4.4).

**GRÁFICO 6.4: Relación entre la tipología de ocio y la satisfacción con su situación económica general**





De esta forma, y sobre la base de la dimensión 1 o eje de ordenadas, que es la que explica mayor varianza, *estar bastante o muy satisfecho con la propia situación económica* se relaciona con los individuos que tienen una alta participación en actividades de ocio, o con los que practican ocio pasivo y cultural (grupos 4 y 3, respectivamente). Los individuos menos satisfechos muestran una baja participación en actividades de ocio o tienden a desarrollar ocio más pasivo (grupos 1 y 2, respectivamente).

### **6.5.2. Otros factores condicionantes**

La satisfacción con el ocio como elemento de la calidad de vida en los mayores está relacionada, además, con otros factores personales, como el estado de salud y funcionamiento así como la red de apoyo con que cuenta el mayor en caso de necesitar ayuda en las actividades de la vida diaria, pero también con las redes familiar y social, con el entorno de residencia y la forma de vivir y la satisfacción que esta le produce (Allen 1992). Tal y como se ha señalado anteriormente, se conoce bien el efecto positivo que la práctica de actividades tiene en la salud tanto física como psíquica de los mayores (Morgan 1987; Eggers 1998; Bath et al. 2005). Se sabe que la participación en diversas actividades mejora el estado físico (Jenkins et al. 2002) y también el emocional, la autoestima y el bienestar psicológico (Reitzes et al. 1995); incluso, para muchos mayores, realizar actividades de ocio constituye una estrategia para compensar los déficits sociales y físicos en la vejez (Silverstein et al. 2002). Además, las personas mejor integradas socialmente (y que participan en actividades que les hacen estar en contacto con otras personas) están más saludables y registran menor mortalidad (House et al. 1988) y, al contrario, también los problemas de salud pueden limitar la participación de los mayores en diversas actividades (Holmes et al. 2000).

En la población mayor de la Comunidad de Madrid se comprueba la correlación positiva entre algunas variables de *salud y funcionamiento* y la práctica de *ocio*; entre las primeras han sido utilizadas las siguientes: autoevaluación del estado de salud, problemas de movilidad, existencia de dolor o malestar (ambos de la escala EQ-5D), depresión según la escala de depresión de HADS-D y capacidad funcional según la escala de Barthel; asimismo, se

ha considerado la necesidad y recepción de ayuda por estar relacionadas con el nivel de competencia basado en el estado de salud y funcionamiento.

Los mayores que perciben su estado de salud como bueno o muy bueno están involucrados en la práctica de más actividades de ocio, mientras que quienes declaran una peor percepción parecen agruparse en los tipos de ocio pasivo y menos participativo (cuadro 6.3); por tanto, la salud condicionaría las actividades realizadas, seguramente por las limitaciones que dicho estado introduce.

Entre las principales limitaciones al funcionamiento de la vida diaria destacan la presencia o no de problemas de movilidad (*p-value* 0,000), de forma que las personas que dicen tener alguna dificultad para caminar ven reducido el número de actividades de ocio en las que participan y se clasifican en el grupo definido por desarrollar más ocio pasivo (42,3%) que cultural o de otro tipo. No existe asociación estadística significativa cuando se tiene en cuenta el dolor o malestar de los mayores, si bien se aprecia una tendencia inversa, es decir, mayor actividad entre quienes declaran no tener dolor o malestar, y menor entre quienes padecen dolor o malestar moderados; por su lado, más de dos tercios de quienes padecen mucho dolor o malestar se clasifican en los tipos de ocio más pasivo.

Seguramente las personas con peor percepción de su salud, con más dolores y que necesitan ayuda en la realización de sus actividades de la vida diaria constituyen un perfil demográfico con importantes limitaciones para practicar determinadas actividades en su tiempo libre. Mientras una mejor situación económica no se traduce necesariamente en la práctica de determinado tipo de ocio, el estado de salud parece influir de manera importante en el número de actividades que se realizan y en el tipo.

La salud mental, el bienestar psíquico y el sentimiento de felicidad y utilidad también están relacionados con las actividades de ocio (Heyl et al. 2005). Un estado de ánimo y una actitud positiva ante la vida son factores que predisponen a realizar más actividades y especialmente las que requieren mayor actividad física; este hecho se pone de manifiesto al considerar variables como la edad percibida y sentirse feliz y útil.

**CUADRO 6.3: Grupos de mayores (por tipología de ocio e intensidad de práctica) según características de salud y funcionamiento**  
(porcentaje)

Variables	Categorías	Grupo 1: Participación baja en actividades de ocio	Grupo 2: Ocio pasivo (y en menor medida participativo /social)	Grupo 3: Ocio pasivo y cultural	Grupo 4: Participación alta en actividades de ocio	Total
N.º de casos		88	137	128	146	499
Porcentaje		17,64	27,45	25,65	29,26	100,00
<b>Valoración del estado de salud</b>		(0,001)				
	Muy malo / Malo	7,1	<b>32,1</b>	<b>50,0</b>	10,7	28
	Regular	17,3	<b>33,8</b>	27,1	21,8	133
	Bueno	<b>19,0</b>	26,6	22,8	31,6	263
	Muy bueno	<b>17,9</b>	13,4	25,4	<b>43,3</b>	67
<b>Si tiene problemas para la movilidad</b>		(0,000)				
	No tengo problemas para caminar	<b>18,4</b>	22,7	<b>25,9</b>	<b>32,9</b>	374
	Tengo algunos problemas para caminar	14,6	<b>42,3</b>	25,2	17,9	123
	Tengo que estar en la cama	0,0	0,0	0,0	0,0	0
<b>Si tiene dolor o malestar</b>		NS				
	No tengo dolor ni malestar	<b>19,8</b>	23,8	24,5	<b>31,9</b>	273
	Tengo moderado dolor o malestar	15,3	31,1	<b>27,0</b>	26,5	196
	Tengo mucho dolor o malestar	10,7	<b>39,3</b>	<b>28,6</b>	21,4	28
<b>Depresión (subescala HADS-D)</b> (valor mínimo: 0; valor máximo: 20)		(0,000)				
	0-7: situación normal	13,3	26,6	<b>25,9</b>	<b>34,2</b>	406
	8-10: depresión leve	<b>45,0</b>	<b>31,7</b>	20,0	3,3	60
	11 o más: sospecha de depresión	<b>19,2</b>	<b>34,6</b>	<b>38,5</b>	7,7	26
	Valor medio de depresión (3,8)	<b>5,2</b>	<b>4,6</b>	<b>3,8</b>	2,1	499
<b>Índice de Capacidad Funcional de Barthel (valor mínimo: 20; valor máximo: 100)</b>		NS				
	0-35	0,0	<b>50,0</b>	0,0	<b>50,0</b>	2
	40-55	<b>33,3</b>	<b>66,7</b>	0,0	0,0	3
	60-75	16,7	<b>50,0</b>	22,2	11,1	18
	80-100	<b>17,7</b>	26,3	<b>26,1</b>	<b>29,9</b>	475
	Valor medio de capacidad funcional (96,1)	<b>96,6</b>	93,8	<b>96,5</b>	<b>97,5</b>	499
<b>Recepción ayuda de familiares, amigos, etc.</b>		(0,000)				
	No recibe ayuda porque no la necesita	<b>20,3</b>	20,3	<b>28,0</b>	<b>31,3</b>	300
	No recibe ayuda aunque la necesitaría	11,1	25,9	<b>37,0</b>	25,9	27
	Sí recibe ayuda	14,0	<b>40,1</b>	19,8	26,2	172

Test de la  $\chi^2$ : entre paréntesis, *p-value*; NS: *p-value* no significativo. En negrita, valor igual o superior a la situación media.

En el caso de los mayores de la comunidad de Madrid, la percepción de la edad no tiene asociación estadística con la práctica de ocio, aunque la tendencia es hacia la realización de cualquier tipo de ocio entre quienes declaran sentirse más jóvenes de lo que en realidad son, de modo que sentirse más joven de la edad que se tiene no significa que la población practique actividades que requieren más consumo energético, por ejemplo, o más actividad física. Estos resultados contrastan con los de otros autores (Cleaver et al. 2002), que determinan la diferencia entre la edad real y la edad subjetiva en relación con la realización de más o menos viajes de vacaciones.

Sin embargo, aquellos aspectos intrapersonales relacionados con el estado emocional en términos de sentimientos y actitudes, como también de recursos personales para afrontar la vida, muestran asociación significativa con la clasificación de mayores según la intensidad y tipo de ocio practicado (*p-value* 0,000); en este sentido, los sentimientos de carácter positivo —como la felicidad, el sentirse útil y seguro/a de sí mismo/a, la ilusión y ganas por hacer cosas— muestran una elevada frecuencia de sentimiento y ello asociado con la realización de ocio activo; por el contrario, aspectos más negativos —como la intranquilidad, el aburrimiento, la apatía y la soledad— se sienten con una elevada frecuencia entre quienes están menos involucrados en la participación de ocio en el tiempo libre (cuadro 6.4).

Por lo tanto, y en línea con el estado de salud físico y la capacidad funcional, el estado de ánimo y mental de las personas se asocia con la práctica de actividades en la edad anciana. En este mismo contexto, no padecer depresión se asocia con la tipología de mayores caracterizada por una participación activa en todos los tipos de ocio, mientras que las personas con sospecha de depresión o con depresión leve destacan por su menor participación y por practicar un ocio más pasivo (cuadro 6.3).

Las relaciones sociales constituyen otro de los factores que aportan felicidad (Nilsson et al. 2006) y que más valoran los mayores en su calidad de vida. Este tema está acaparando la atención de muchos estudios, donde se muestran, generalmente, los efectos positivos que las redes sociales (familia, amigos, vecinos...) tienen en la salud, en el bienestar global y en la felicidad de los mayores (Onishi et al. 2006).

### CUADRO 6.4: Grupos de mayores (por tipología de ocio e intensidad de práctica) según bienestar emocional

(porcentaje)

Frecuencia con la que se siente...		Grupo 1: Participación baja en actividades de ocio	Grupo 2: Ocio pasivo (y en menor medida participativo /social)	Grupo 3: Ocio pasivo y cultural	Grupo 4: Participación alta en actividades de ocio	Total
Variables	Categorías					
N.º de casos		88	137	128	146	499
	Porcentaje	17,6	27,5	25,7	29,3	100,0
<b>Aspectos positivos</b>						
<b>Feliz, alegre...</b>				(0,000)		
	Rara vez / Nunca	<b>20,8</b>	<b>37,5</b>	<b>29,2</b>	12,5	24
	Algunas veces	12,5	<b>51,8</b>	21,4	14,3	56
	A menudo	<b>18,4</b>	<b>27,5</b>	<b>25,6</b>	28,5	316
	Siempre	16,8	10,9	<b>27,7</b>	<b>44,6</b>	101
<b>Útil</b>				(0,000)		
	Rara vez / Nunca	<b>28,6</b>	<b>42,9</b>	20,0	8,6	35
	Algunas veces	16,0	<b>48,0</b>	24,0	12,0	50
	A menudo	<b>18,8</b>	<b>31,6</b>	21,3	28,3	272
	Siempre	12,6	8,1	<b>35,6</b>	<b>43,7</b>	135
<b>Ilusionado/a, con ganas de hacer cosas</b>				(0,000)		
	Rara vez / Nunca	<b>28,9</b>	<b>31,6</b>	<b>28,9</b>	10,5	38
	Algunas veces	10,8	<b>48,6</b>	<b>27,0</b>	13,5	74
	A menudo	<b>17,6</b>	<b>29,8</b>	22,4	<b>30,2</b>	255
	Siempre	<b>17,9</b>	8,9	<b>30,1</b>	<b>43,1</b>	123
<b>Seguro/a de sí mismo/a</b>				(0,000)		
	Rara vez / Nunca	<b>23,8</b>	<b>38,1</b>	<b>33,3</b>	4,8	21
	Algunas veces	12,0	<b>44,0</b>	<b>34,0</b>	10,0	50
	A menudo	<b>19,8</b>	<b>32,2</b>	20,8	27,2	283
	Siempre	14,2	9,0	<b>32,1</b>	<b>44,8</b>	134
<b>Aspectos negativos</b>						
<b>Intranquilo/a o nervioso/a</b>				(0,000)		
	Rara vez / Nunca	<b>29,3</b>	14,1	25,3	<b>31,3</b>	99
	Algunas veces	10,2	<b>30,2</b>	24,3	<b>35,3</b>	235
	A menudo	<b>21,0</b>	<b>34,3</b>	<b>27,6</b>	17,1	105
	Siempre	<b>21,4</b>	26,8	<b>30,4</b>	21,4	56
<b>Aburrido/a, apático/a</b>				(0,000)		
	Rara vez / Nunca	<b>22,3</b>	17,4	<b>26,4</b>	<b>33,9</b>	121
	Algunas veces	15,0	23,9	<b>25,6</b>	<b>35,5</b>	234
	A menudo	16,5	<b>44,0</b>	22,9	16,5	109
	Siempre	<b>24,1</b>	<b>34,5</b>	<b>34,5</b>	6,9	29
<b>Deprimido/a, triste</b>				(0,000)		
	Rara vez / Nunca	<b>20,2</b>	16,1	<b>30,6</b>	<b>33,1</b>	124
	Algunas veces	15,9	<b>28,0</b>	24,7	<b>31,4</b>	239
	A menudo	<b>17,9</b>	<b>36,8</b>	21,1	24,2	95
	Siempre	<b>18,2</b>	<b>39,4</b>	<b>30,3</b>	12,1	33
<b>Solo/a</b>				(0,000)		
	Rara vez / Nunca	<b>18,4</b>	13,4	<b>28,4</b>	<b>39,8</b>	201
	Algunas veces	14,6	<b>31,0</b>	<b>27,2</b>	27,2	158
	A menudo	<b>17,6</b>	<b>47,1</b>	18,8	16,5	85
	Siempre	<b>24,4</b>	<b>37,8</b>	24,4	13,3	45

Test de la  $\chi^2$ : entre paréntesis, *p-value*. En negrita, valor igual o superior a la situación media.

En las encuestas aparecen frecuentemente los amigos como grupo social relevante que proporciona sentido a la vida, ya desprovista de contenido productivo. Además, entre los psiquiatras, se afirma que muchas de las manifestaciones de la enfermedad mental se basan en la ruptura o carencia de vínculos de amistad (Moragas Moragas 2001). También demuestran que mantener contactos sociales con amigos está muy relacionado con la supervivencia, y sugieren que el tiempo que se pasa con amigos constituye una gran ventaja, mayor incluso que la práctica de otras actividades en el tiempo de ocio (Maier et al. 2005).

Entre los mayores de la Comunidad de Madrid (y como se ha visto en el capítulo 4), una elevada proporción dicen estar más de acuerdo en tener más amigos que simplemente conocidos, y la frecuencia con que los ven es bastante elevada: un 27% los ve una o dos veces por semana, mientras que el 54% prácticamente todos los días (cuadro 6.5), lo cual rebatiría la idea generalizada de que los mayores viven su vida de forma más aislada que el resto de la población (Gauthier et al. 2003). La asociación entre la frecuencia de relaciones con amigos y la práctica de ocio es significativa (*p-value* 0,003), de forma que quienes tienen escaso contacto con sus amigos aparecen más representados en niveles de participación baja en ocio y en el de tipo pasivo (posiblemente practicadas en solitario); en cambio, a medida que aumenta la frecuencia de los contactos también lo hace la práctica generalizada de todo tipo de ocio.

En cuanto a las relaciones familiares, la mayoría de las investigaciones confirman que la familia es una fuente importante de bienestar y de ayuda para los mayores y, en el caso de España, mucho más que en otros países europeos. Además, los miembros de la familia suelen constituir una parte importante, cuando no toda, de la red social de los mayores, y es el seno donde realizar actividades y pasar buena parte del tiempo disponible (Vogel 2004). En este contexto, la estructura del hogar parece tener un efecto importante en la práctica del ocio, bien por la cantidad, bien por el tipo. Estudios previos (Avramov et al. 2003), pero también los datos que aquí se analizan, demuestran que conviene distinguir entre las personas que viven solas y las que conviven con su pareja o con otros familiares. El tamaño del hogar, o la

forma de vivir solo/a o en compañía no muestran asociación significativa con el número de actividades de ocio practicadas, de modo que no es concluyente que el hecho de vivir o no solo/a implique la realización de más o menos actividades; sin embargo, y aunque con una significación moderada (*p-value* 0,053), las diferencias están en el tipo de ocio: los mayores que residen solos se suelen agrupar en torno a las actividades pasivas, aunque también tienden a desarrollar cualquier tipo de ocio; por el contrario, quienes viven con otras personas (en especial la pareja) parecen decantarse por el ocio más participativo/social y menos pasivo (cuadro 6.5).

Asimismo, se muestra la tendencia de que convivir con más personas, otras que la propia pareja, bien puede ayudar, bien dificultar la práctica de actividades, aunque eso también depende del tipo de personas con los que se convive; así, cuando se trata de personas más jóvenes (hijos, yernos/nueras, nietos...), el número de actividades de ocio es más elevado e implica mayor interactividad; sin embargo, cuando la edad media del hogar es elevada, lo que implica que se convive con otras personas mayores, el ocio es de tipo más pasivo, quizás no solo por las propias limitaciones sino también por las de los otros miembros y la necesidad de atenderlos.

En relación con el lugar de residencia, más de 9 de cada 10 mayores en la Comunidad de Madrid vive en su propia casa, frente a una mínima parte que reside, bien de forma permanente, bien temporalmente, en casa de hijas/as u otros familiares. Así, si bien mantiene una significación estadística muy débil (*p-value* 0,086) vivir en la propia casa muestra una elevada participación en cualquier tipología de ocio, mientras que residir en casa de un hijo/a u otros de forma permanente o a temporadas parece relacionarse con una mayor inactividad. De alguna manera, la persona que vive en su propia casa tiene mayor capacidad de elección sobre el ocio que los que habitan en casa de otros, lo que podría estar relacionado con el hecho de la necesidad de ayuda por limitaciones al funcionamiento, escasez de recursos económicos, u otros motivos, entre quienes no viven en su propia casa, lo que estaría en la base de una menor participación en actividades de tiempo libre.

**CUADRO 6.5: Grupos de mayores (por tipología de ocio e intensidad de práctica según redes familiar y social y características del hogar y lugar de residencia**

(porcentaje)

Variables	Categorías	Grupo 1: Participación baja en actividades de ocio	Grupo 2: Ocio pasivo (y en menor medida participativo/ social)	Grupo 3: Ocio pasivo y cultural	Grupo 4: Participación alta en actividades de ocio	Total
<b>N.º de casos</b>		88	137	128	146	499
Porcentaje		17,6	27,5	25,7	29,3	100,0
<b>Frecuencia relaciones con los amigos/as</b>				(0,003)		
1 o 2 veces al mes o con menor frecuencia		<b>21,3</b>	<b>32,6</b>	<b>36,0</b>	10,1	89
1 o 2 veces por semana		<b>20,0</b>	25,4	<b>27,7</b>	26,9	130
Todos o casi todos los días		15,4	26,6	21,2	<b>36,7</b>	259
<b>N.º de personas en el hogar (valor mínimo: 1; valor máximo: 6)</b>				(0,053)		
1		15,6	<b>33,8</b>	20,0	<b>30,6</b>	160
2		16,6	27,0	<b>27,4</b>	29,0	259
3 o más		<b>25,0</b>	16,3	<b>31,3</b>	27,5	80
N.º medio de personas en el hogar (1,9)		<b>2,1</b>	1,7	<b>2,0</b>	1,8	499
<b>Frecuencia relaciones con algún familiar</b>				NS		
1 o 2 veces al mes o con menor frecuencia		16,3	16,3	<b>30,2</b>	<b>37,2</b>	43
1 o 2 veces por semana		<b>19,7</b>	23,5	24,2	<b>32,6</b>	132
Todos o casi todos los días		16,4	<b>30,2</b>	<b>26,0</b>	27,3	311
<b>En casa de quién vive</b>				NS		
Temporadas en casa hijos/as, u otros familiares		<b>22,2</b>	<b>44,4</b>	<b>33,3</b>	0,0	9
En casa de una hija/o		<b>34,8</b>	21,7	<b>30,4</b>	13,0	23
En su propia casa		16,2	27,7	25,5	<b>30,5</b>	462
<b>Satisfacción con la forma de convivencia</b>				(0,000)		
Poco / Nada / Regular satisfecho/a		<b>22,1</b>	<b>43,0</b>	23,3	11,6	86
Bastante		16,5	<b>28,4</b>	21,8	<b>33,3</b>	285
Muy		15,3	15,3	<b>37,1</b>	<b>32,3</b>	124

Test de la  $\chi^2$ : entre paréntesis, *p-value*; NS: *p-value* no significativo. En negrita, valor igual o superior a la situación media.



Y, quizás por ello, se observa una tendencia a que las personas más satisfechas con la forma de convivencia sean también las más involucradas en la práctica del ocio, como demuestra el hecho de que casi un tercio de los mayores que declaran estar bastante o muy satisfecho/a con la forma de convivencia se agrupan en la tipología de personas más involucradas en la realización de ocio; por el contrario, el mayor nivel de inactividad se da entre los que menos satisfechos, lo cual demuestra la importancia que tiene la estructura del hogar y la forma de convivencia en la planificación del tiempo libre de los mayores, junto a otros factores del medio físico, social y personal.

## 6.6. Conclusiones

El *ocio y el tiempo libre* se confirman como una de las dimensiones más importantes de la calidad de vida de los mayores, definida y evaluada por ellos mismos, junto con otras como la salud, la red familiar y social y los recursos económicos. Esta situación indica la trascendencia que las actividades de ocio y de tiempo libre tienen en la vida de los mayores; además, se trata, de actividades que generan bastante o mucha satisfacción, y que se asocian, como se ha visto, con determinados factores sociodemográficos, pero también con la salud, el funcionamiento y el estado emocional, así como con las relaciones sociales y familiares, y con el entorno de residencia.

No obstante, parece que para una relativa proporción de mayores los años de retiro no están siendo utilizados de forma activa en cuanto a niveles de participación, número y tipo de actividades realizadas, aunque paradójicamente, las actividades en las que participan son satisfactorias para la mayoría. Los análisis estadísticos realizados permiten observar que en el nivel de participación no hay grandes diferencias de género, aunque influyen factores como la educación, y por extensión, la clase social, y, en menor medida, el nivel económico; estas características permiten distinguir la práctica de ocio más activo, aunque este es solo practicado por una minoría de la población. Sin embargo, las condiciones de salud, asociadas con la edad, parecen ser las que más influencia

ejercen tanto en el tipo de ocio como en la intensidad de su práctica (menos número de actividades, y más de carácter pasivo al aumentar la edad). Además, sentirse optimista, feliz, útil y con ganas de hacer cosas es lo que más predispone a involucrarse en distintas actividades.

El hecho de que la mayoría de las personas ancianas no esté usando activamente su vejez en cuanto a cómo invierten su tiempo libre hay que entenderlo en el contexto de una generación de españoles cuyas condiciones de trabajo y de vida han sido muy diferentes a las actuales y, en consecuencia, también lo son las actividades de ocio desarrolladas. Muchas de esas personas han tenido trabajos manuales en sus vidas profesionales, bajo nivel educativo, y escasas aficiones de tipo cultural e intelectual.

Por esa razón, estos resultados no difieren de los hallados en otros estudios sobre la participación de la población mayor en actividades de ocio (Lefrançois et al. 1997). La OCDE (Organisation for Economic Co-Operation and Development 2000) señala que la mayor parte del tiempo libre tras el retiro no se usa activamente, y que todavía son muchos los obstáculos institucionales para la activación económica destinada a la población mayor.

Las diferencias culturales están en la base de la participación de los mayores en actividades de ocio y, en este sentido, se han visto algunas diferencias entre países del norte y sur de Europa con respecto a EE.UU. En países con mayor sensibilidad social, o con mayor peso demográfico de las personas mayores en el conjunto de la población, la participación social de este colectivo es más alta. En esos lugares, los ancianos tienen menos inhibiciones y manifiestan sus deseos sin los obstáculos característicos de las sociedades latinas conservadoras, que han asignado hasta hace poco a cada edad de la vida un papel social cerrado (Moragas Moragas 2001); por eso las normas sociales pueden estar influyendo en la dedicación del tiempo a unas u otras actividades, además de las preferencias de la población, las oportunidades y la oferta de actividades.

Respecto a la oferta de actividades, el papel de las políticas sociales a la hora de explicar las diferencias es algo que todavía está pendiente de ser investigado en profundidad, quizás por lo complicado que resulta su evaluación; con ello se podrá conocer cómo las distintas políticas ayudan a involucrar a los mayores en

determinadas actividades. No obstante, también es cierto que no todos los mayores que viven en el mismo país o entorno de bienestar invierten su tiempo de la misma manera (Gauthier y Smeeding 2003), por lo que no solo son importantes de cara a la explicación los factores a escala macro sino también a micro-escala.

Los resultados aquí presentados demuestran que, actualmente, el retiro y el envejecimiento activo son dos conceptos que no van de la mano. Sin embargo, y de cara al futuro, es previsible que las actividades que realicen los mayores en su jubilación varíen a medida que se vayan incorporando cohortes de personas con más nivel educativo, y también con mayor nivel económico, y con deseos de vivir la etapa de la jubilación activamente y no solo como un descanso después del trabajo. Además, otros factores como las mejoras constantes en la salud y el aumento de la esperanza de vida permitirán aumentar la diversidad de los mayores y sus oportunidades en la vejez. Quizás por eso haya que ir más allá del concepto de *tercera edad* y destacar el considerable potencial que el tiempo de ocio tendrá para incrementar la calidad de vida de los mayores en aquellos que tengan buena salud y suficiente vigor y curiosidad intelectual.

## Bibliografía

- ADELMANN, P. «Multiple roles and psychological well-being in a natural sample of older adults». *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 49 n.º 6 (1994): S277-S285.
- AGAH, N., K. AHACIC y M. G. PARKER. «Continuity of Leisure Participation From Middle Age to Old Age». *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 61B n.º 6 (2006): P340-P346.
- ALLEN, L. «Benefits of leisure services to community satisfaction». En B. DRIVER, P. BROWN y G. PETERSON, eds. *Benefits of Leisure*. Pennsylvania: Venture Publishing Inc., 1992: 332-350.
- AVRAMOV, D. y M. MASKOVA. *Active ageing in Europe*. Strasbourg: Council of Europe, 2003. Disponible en internet en [www.coe.int/t/e/social\\_cohesion/population/D%E9mographie%20n%20B041%2016x24%20En.pdf](http://www.coe.int/t/e/social_cohesion/population/D%E9mographie%20n%20B041%2016x24%20En.pdf)
- BATH, P. A. y A. GARDINER. «Social Engagement and Health Outcomes among Older People: Introduction to a Special Section». *European Journal of Ageing* 2 n.º 1 (2005): 24-30.
- BECKETT, M., N. GOLDMAN, M. WEINSTEIN, I-F. LIN y Y-L. CHUANG. «Social environment, life challenge, and health among the elderly in Taiwan». *Social Science & Medicine* 55 n.º 2 (2002): 191-209.
- BERKMAN, L. y S. SYME. «Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County Residents». *American Journal of Epidemiology* 109 n.º 2 (1979): 186-204.

- BYGREN, L. O., B. B. KONLAAN y S. E. JOHANSSON. «Attendance at cultural events, reading books or periodicals, and making music or singing in a choir as determinants for survival: Swedish Interview Survey of Living Conditions». *British Medical Journal*, 313 n.º 7.072 (1996): 1.577-1.580.
- CLARK, D. O. «The effect of walking on lower body disability among older blacks and whites». *American Journal of Public Health* 86 n.º 1 (1996): 57-61.
- CLEAVER, M. y T. E. MULLER. «I want to pretend I'm eleven years younger: subjective age and senior's motives for vacation travel». *Social Indicators Research* 60 n.º 1-3 (2002): 227-241.
- DEL BARRIO TRUCHADO, E. «Uso del tiempo entre las personas mayores». *Boletín sobre el Envejecimiento, Perfiles y Tendencias* n.º 27 (2007): 1-41. Disponible en internet en [www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/boletinsobreenevejec27.pdf](http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/boletinsobreenevejec27.pdf) (Fecha de acceso: 02-09-2009).
- DURÁN HERAS, M. A. «La investigación sobre uso del tiempo en España: algunas reflexiones metodológicas». *Revista Internacional de Sociología* n.º 18 (1997): 163-190.
- EGGERS, J. L. «Involvement in Activities and the Psychological Well-Being of Retired Men». *Activities, Adaptation & Aging* 11 n.º 1 (1998): 31-47.
- GARCÍA-MARTÍN, M. Á., L. GÓMEZ-JACINTO y C. MARTIMPORTUGUÉS-GOYENECHEA. «A Structural Model of the Effects of Organized Leisure Activities on the Well-Being of Older Adults in Spain». *Activities, Adaptation & Aging* 28 n.º 3 (2004): 19-34.
- GAUTHIER, A. H. y T. M. SMEDING. «Time Use at Older Ages: Cross-National Differences». *Research on Aging* 25 n.º 3 (2003): 247-274.
- GERSTL, J. «The fine art of leisure». *Management World* 12 (agosto) (1983): 8-10.
- GLASS, T., C. MENDES DE LEÓN, R. A. MAROTTOLI y L. F. BERKMAN. «Population based study of social productive activities as predictors of survival among elderly americans». *British Medical Journal* 319 n.º 7.208 (1999): 478-483.
- GOLANT, S. M. «Factors Influencing the Locational Context of Old People's Activities». *Research on Aging* 6 n.º 4 (1984): 528-548.
- HALVORSRUD, L. y M. KALFOSS. «The conceptualization and measurement of quality of life in older adults: a review of empirical studies published during 1994-2006». *European Journal of Ageing* 4 n.º 4 (2007): 229-246.
- HAVIGHURST, R. J. «Personality and patterns of aging». *The Gerontologist* 8 n.º 1 (1968): 20-23.
- HERZOG, A. R., R. L. KAHN, J. N. MORGAN, J. S. JACKSON y T. C. ANTONUCCI. «Age differences in productive activities». *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 44 n.º 4 (1989): S129-S138.
- HERZOG, A. R., H. R. MARKUS, M. M. FRANKS y D. HOLMBERG. «Activities and well-being in older age: effects of self-concept and educational attainment». *Psychology and Aging* 13 n.º 2 (1998): 179-185.
- HEYL, V., H.-W. WAHL y H. MOLLENKOPF. «Vision, out-of-home activities, and emotional well-being in old age: Do macro-contexts make a difference?». *International Congress Series* 1.282 (2005): 147-151.
- HOLMES, J. S. y L. T. DORFMAN. «The Effects of Specific Health Conditions on Activities in Retirement». *Activities, Adaptation & Aging* 25 n.º 1 (2000): 47-65.
- HOORMAN, N. y H. A. KIYAK. *Social Gerontology: A Multidisciplinary Perspective*. Boston, M.A.: Allyn & Bacon, 1996.
- HOUSE, J. S., D. UMBERSON y K. R. LANDIS. «Structures and processes of social support». *Annual Review of Sociology* 14 (1988): 293-318.

- HOVBRANDT, P., A. STAHL, S. IWARSSON, V. HORSTMANN y G. CARLSSON. «Very old people's use of the pedestrian environment: functional limitations, frequency of activity and environmental demands». *European Journal of Ageing* 4 n.º 4 (2007): 201-211.
- IGLESIAS DE USSEL, J., ed., *La soledad de las personas mayores. Influencias personales, familiares y sociales. Análisis cualitativo*. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales, 2001: 221.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. *Estudio basado en el Panel de Hogares de la Unión Europea (PHOGUE). Años 1994-1995*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística, 2001.
- . *Encuesta de Empleo del Tiempo 2002-2003*. Madrid, Instituto Nacional de Estadística, 2004. Disponible en internet en [www.ine.es/daco/daco42/empleo/dacoet.htm](http://www.ine.es/daco/daco42/empleo/dacoet.htm).
- ISO-AHOLA, S., D. LAVERDE y A. R. GRAEFE. «Perceived competence as a mediator of the relationship between high risk sports participation and self-esteem». *Journal of Leisure Research* 21 n.º 1 (1989): 32-39.
- IWASAKI, Y. «Leisure and Quality of Life in and International and Multicultural Context: What are major Pathways linking Leisure to Quality of Life?». *Social Indicators Research* 82 n.º 2 (2007): 233-264.
- JACKSON, L. T. «Leisure Activities and Quality of Life». *Activities, Adaptation & Aging* 15 n.º 4 (1991): 31-36.
- JENKINS, K. R., A. M. PIENTA y A. L. HORGAS. «Activity and Health-Related Quality of Life in Continuing Care Retirement Communities». *Research on Aging* 24 n.º 1 (2002): 124-149.
- JONES, M. «Time use of the elderly». *Canadian Social Trends* n.º 17 (1990): 28-30.
- KERNAN, J. y L. UNGER. «Leisure, quality-of-life and marketing». En A. SAMLI, ed. *Marketing and the Quality of Life Interface*. Nueva York: Quórum Books, 1987: 236-252.
- KING, A., C. TAYLOR y W. HESKILL. «Effects of differing intensities and formats of 12 months of exercise training on psychological outcomes in older adults». *Health Psychology* 12 n.º 4 (1993): 292-300.
- KNAPP, M. «The Activity Theory of Aging: An Examination in the English Context». *The Gerontologist* 17 n.º 6 (1977): 553-559.
- KUBECK, J. E., A. M.-A. SALLY y D. M. MARTIN. «Finding Information on the World Wide Web: Exploring Older Adults' Exploration». *Educational Gerontology* 25 n.º 2 (1999): 167-183.
- LAN, T.-Y., H.-Y. CHANG y T.-Y. TAI. «Relationship between components of leisure physical activity and mortality in Taiwanese older adults». *Preventive Medicine* 43 n.º 1 (2006): 36-41.
- LARSON, R. «Thirty years of research on the subjective well-being of older americans». *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 33B (1978): 109-125.
- LASSEY, W. R. y M. L. LASSEY. *Quality of life for older people: an international perspective*. Upper Saddle River, Nueva Jersey: Prentice Hall, 2001.
- LEFRANÇOIS, R., G. LECLERC y N. POULIN. «Predictors of Activity Involvement among Older Adults». *Activities, Adaptation & Aging* 22 n.º 4 (1997): 15-29.
- LEUNG, L. y P. S. N. LEE. «Multiple determinants of life quality: the roles of Internet activities, use of media, social support and leisure activities». *Telematics and Informatics* 22 n.º 3 (2005): 161-180.
- LLOYD, K. M. y C. J. AULD. «The Role of Leisure in Determining Quality of Life: Issues of Content and Measurement». *Social Indicators Research* 57 n.º 1 (2002): 43-71.

- LU, L. y C.-H. HU. «Personality, Leisure Experiences and Happiness». *Journal of Happiness Studies* 6 n.º 3 (2005): 325-342.
- MAIER, H. y P. L. KLUMB. «Social participation and survival at older ages: is the effect driven by activity content or context?». *European Journal of Ageing* 2 n.º 1 (2005): 31-39.
- MALMBERG, J., S. MIHLUNPALO, M. PASANEN, I. VUORI y P. OJA. «Characteristics of leisure time physical activity associated with risk of decline in perceived health – a 10-year follow-up of middle-aged and elderly men and women». *Preventive Medicine* 41 n.º 1 (2005): 141-150.
- MENEC, V. H. y J. G. CHIPPERFIELD. «Remaining active in later life, the role of locus of control in seniors' leisure activity participation, health and life satisfaction». *Journal of Aging and Health* 9 n.º 1 (1997): 105-125.
- MERCER, C. «Assessing liveability: from statistical indicators to policy benchmarks». En C. MERCER, ed. *Urban and Regional Quality of Life Indicators*. Brisbane: Institute for Cultural Policy Studies, Griffith University, 1994: 3-12.
- MISHRA, S. «Leisure Activities and Life Satisfaction in Old Age A Case Study of Retired Government Employees Living in Urban Areas». *Activities, Adaptation & Aging* 16 n.º 4 (1992): 7-26.
- MOLLER, V. «Spare time use and perceived well-being among black South African youth». *Social Indicators Research* 26 n.º 4 (1992): 309-351.
- MORAGAS MORAGAS, R. *La jubilación. Una oportunidad vital*. Barcelona: Herder, 2001.
- MORGAN, W. P. «Reduction of state anxiety following acute physical activity». En W. P. MORGAN y S. GOLDSTON, eds. *Exercise and Mental Health*. Nueva York: Harper & Row, 1987: 105-110.
- NEAL, J. D., M. J. SIRGY y M. UYSAL. «The Role of Satisfaction with Leisure Travel/ Tourism Services and Experience in Satisfaction with Leisure Life and Overall Life - Does Good Service Produce Satisfied Customers?». *Journal of Business Research* 44 n.º 3 (1999): 153-163.
- NILSSON, I., B. LÖFGREN, A. G. FISHER y B. BERNSPANG. «Focus on Leisure Repertoire in the Oldest Old: The Umea 85+ Study». *The Journal of Applied Gerontology* 25 n.º 5 (2006): 391-405.
- NIMROD, G. «Retirees' Leisure: Activities, Benefits, and their Contribution to Life Satisfaction». *Leisure Studies* 26 n.º 1 (2007): 65-80.
- NORMAN, W. C., R. HARWELL y L. R. ALLEN. «The role of recreation on the quality of life of residents in rural communities in South Carolina». En H. L. MEADOW, ed. *Developments in Quality-of-Life Studies*. Blacksburg, Virginia: International Society for Quality-of-Life Studies, 1997: 65.
- ONISHI, J., Y. MASUDA, Y. SUZUKI, T. GOTOH, T. KAWAMURA y A. IGUCHI. «The pleasurable recreational activities among community-dwelling older adults». *Archives of Gerontology and Geriatrics* 43 n.º 2 (2006): 147-155.
- ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. *Reforms for an Aging Society*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development, 2000. Disponible en internet en [www.oecdbookshop.org/oecd/display.asp?sf1=identifyrs&st1=812000081P1](http://www.oecdbookshop.org/oecd/display.asp?sf1=identifyrs&st1=812000081P1)
- PATTERSON, I. «Participation in leisure activities by older adults after a stressful life event: the loss of a spouse». *Internacional Journal of Aging and Human Development*, 42 n.º 2 (1996): 123-142.
- PEACOCK, S. E. y H. KÜNEMUND. «Senior citizens and Internet technology». *European Journal of Ageing* 4 n.º 4 (2007): 191-200.

- PÉREZ ORTIZ, L. *Envejecer en femenino. Las mujeres mayores en España a comienzos del siglo XXI*. Madrid: Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2003.
- . «Actividades, actitudes y valores». En M. SANGHO CASTIELLO, ed. *Informe 2006. Las Personas Mayores en España. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad, Instituto de Mayores y Servicios Sociales; Col. Documentos, Serie Documentos Estadísticos, n.º 22.008, 2007: 301-364 (tomo I).
- PURCELL, R. Z. y M. J. KELLER. «Characteristics of Leisure Activities Which May Lead to Leisure Satisfaction among Older Adults». *Activities, Adaptation & Aging* 13 n.º 4 (1989): 17-30.
- RAGHEB, M. y R. TATE. «A behavioural model of leisure participation, based on leisure attitude, motivation and satisfaction». *Leisure Studies* 12 n.º 1 (1993): 61-70.
- RAKOWSKI, W. y V. MOR. «The association of physical activity with mortality among older adults in the longitudinal study of aging (1984-1988)». *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 47 n.º 4 (1992): M122-M129.
- REITZES, D. C., E. J. MUTRAN y L. A. VERRILL. «Activities and self-esteem: continuing the development of activity theory». *Research on Aging* 17 n.º 3 (1995): 260-277.
- ROWE, J. W. y R. L. KAHN. *Successful Aging*. New Cork: Pantheon Books, 1998.
- SANGHO CASTIELLO, M. ed., *Informe 2004. Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por Comunidades Autónomas. Tomo I*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales, Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2005.
- . *Informe 2006. Las Personas Mayores en España. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad, Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2006.
- SCHOOLER, C. y M. S. MULATU. «The Reciprocal Effects of Leisure Time Activities and Intellectual Functioning in Older People: A Longitudinal Analysis». *Psychology and Aging*, 16, núm. 3 (2001): 466-482.
- SEEMAN, T. E., L. F. BERKMAN, P. A. CHARPENTIER, D. G. BLAZER, M. S. ALBERT y M. E. TINETTI. «Behavioral and Psychosocial Predictors of Physical Performance: MacArthur Studies of Successful Aging». *The Journals of Gerontology, Series A: Biological Sciences and Medical Sciences* 50 n.º 4 (1995): M177-M183.
- SILVERSTEIN, M. y M. G. PARKER. «Leisure activities and Quality of Life among the oldest old in Sweden». *Research on Aging* 24, n.º 5 (2002): 528-547.
- THANG, L. L. «Experiencing Leisure in Later Life: A study of Retirees and Activity in Singapore». *Journal of Cross-Cultural Gerontology* 20 n.º 4 (2005): 307-318.
- TOMLINSON, M. «Lifestyle and Social Class». *European Sociological Review* 19 n.º 1 (2003): 97-111.
- UCHINO, B., J. CACIOPPOIK y J. KIECOLT-GLASER. «The relationship between social support and psychological processes: a review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health». *Psychology Bulletin* 119 n.º 3 (1996): 488-531.
- VOGEL, J. «The Family». *Social Indicators Research* 64 n.º 3 (2004): 393-435.
- WANG, H.-X., A. KARP, B. WINBLAD y L. FRATIGLIONI. «Late-life engagement in social and leisure activities is associated with a decreased risk of dementia: a longitudinal study from the Kungsholmen Project». *American Journal of Epidemiology* 155 n.º 12 (2002): 1081-1087.
- ZIMMER, Z., T. HICKEY y M. SEARLE. «Activity participation and well-being among older people with arthritis». *The Gerontologist* 35 n.º 4 (1995): 463-471.

## 7. El entorno residencial como escenario del envejecimiento en casa y de calidad de vida en la vejez

*Fermina Rojo-Pérez*

Instituto de Economía, Geografía y Demografía  
Centro de Ciencias Humanas y Sociales (CSIC)

### **7.1. Introducción: la decisión de envejecer en casa y su expresión en la calidad de vida**

Residir en la casa u hogar familiar es la estrategia residencial seguida por la mayoría de la población española para vivir su etapa de envejecimiento: 97,7% de quienes tienen 65 y más años de edad residen de esa forma, según el Censo de Población y Vivienda de 2001 (INE 2001). Similares proporciones se observan en la Comunidad de Madrid. Así pues, contingentes reducidos de personas mayores habitan en vivienda colectiva. A la relevancia de las cifras se une la situación ideal manifestada por este colectivo demográfico de vivir su etapa de envejecimiento de forma independiente en su propio entorno (Rojo-Pérez et al. 2002), en su casa actual donde, normalmente, han vivido durante casi toda su vida (Abellán García et al. 1997), en tanto que la movilidad residencial entre la población mayor de hoy no ha sido notable a lo largo de su ciclo de vida (Puga González 2004). Y ello ha de dejar su impronta en la identidad del mayor con su entorno residencial (Kellaher et al. 2004). Bajo estas premisas y a esta edad se tiene un apego importante con la casa y el entorno residencial, que constituyen un lugar de encuentro, de relaciones familiares y personales, donde los mayores invierten una buena parte del tiempo (Grundy 1989; Bond et al. 1993) y con el que tienen asociados muchos y entrañables recuerdos, su memoria de vida.



El proceso de envejecimiento acontece a lo largo de la vida, pero también tiene una dimensión espacial o geográfica porque se envejece en un lugar. El término *envejecer en el lugar* o *envejecer en casa*, en sentido amplio, comporta no tener que moverse de la residencia habitual (Pastalan 1990a; Callahan 1993), y ello basado en los principios de independencia y de privacidad, entendidos como estar solo, no ser molestado, tener control para acceder a lugares, sentirse libre de la compañía o de la observación de alguien (Pynoos et al. 1991). El modo de vida desarrollado sobre ese lugar puede ir cambiando debido a las limitaciones que el espacio pueda imponer sobre las capacidades funcionales en retroceso que comporta el envejecimiento. Estas limitaciones abocan a las personas mayores a ir perdiendo ese sentido de independencia y privacidad, y se llega a perder totalmente cuando tienen que ir a vivir con sus hijos/as, compartir casa o habitación con personas no familiares o, incluso, con desconocidos en el entorno de la institucionalización.

El deseo de envejecer en casa está, además, siendo favorecido por las estrategias de políticas sociales, que defienden el derecho de los mayores a residir en su propio entorno, mediante el desarrollo de servicios de atención y apoyo a las personas en situación de necesidad, según el Plan de Acción de Personas Mayores 2003-2007 (Instituto de Migraciones y Servicios Sociales 2003). En el caso concreto de la Comunidad de Madrid, el actual Plan de Mayores (Subdirección General de Promoción Social s. a., interactivo) también aboga por el mantenimiento del mayor en el entorno familiar y comunitario el máximo tiempo posible. A estos planes concretos para la población mayor se ha venido a sumar, en los últimos años, la necesidad de conocer la situación de la población dependiente (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales et al. 2004), de entre la que una elevada proporción tiene 65 y más años de edad (Abellán García et al. 2004; Puga González et al. 2004).

El hecho de envejecer en casa por decisión personal, apoyado por la posibilidad de acceder a servicios públicos o privados de ayuda para la permanencia en el entorno habitual, estaría en la base de una concepción de vida satisfactoria en relación con las diversas dimensiones de la calidad de vida, en general, y de la

dimensión residencial, en particular. Y esta es una de las asunciones del trabajo recogido en este libro, entre cuyos propósitos está la determinación de la importancia del entorno residencial junto con otras dimensiones en la calidad de vida del mayor, entendida en sentido amplio como la interacción de diversos aspectos de la vida y la valoración que de ellos hacen los propios individuos.

En este contexto, y sobre la base de que las condiciones del medio residencial pueden afectar profundamente a la calidad de vida de la población (Carp et al. 1982), los objetivos de este capítulo son analizar los elementos del entorno residencial (vivienda, barrio y vecinos), examinar su significado a través del nivel de satisfacción residencial, profundizar en las relaciones del entorno residencial con otras dimensiones de la calidad de vida en la vejez y determinar los elementos de mayor peso o influencia en la satisfacción residencial global.

## **7.2. La medición y análisis del entorno residencial en el contexto de los estudios de calidad de vida en la vejez**

Para la finalidad de este capítulo, y tomando como fuente de datos primaria la encuesta CadeViMa, se utiliza información relativa a la *vivienda y edificio* o finca donde esta se localiza, como entorno privado o interior más próximo al residente, ambos como conjuntos insertos en ese espacio global público y exterior (Rojo-Pérez et al. 2007b) que constituye el *barrio*, y este como unidad no tomada en el sentido administrativo, por cuanto sus límites no suelen ser percibidos por los residentes, sino como espacio vivido y percibido por el individuo; vendría a ser como el área circundante a la casa, más o menos extensa, donde la población se provee de ciertos bienes y servicios (Américo Cuervo-Arango et al. 1997), y que puede ser tan importante para el bienestar de los residentes como la casa propiamente dicha (Carp et al. 1982). Como parte del ámbito externo, pero de carácter público y social, ha sido considerado el *vecindario*, las personas que habitan el entorno físico y que pueden interactuar socialmente con los residentes.

El entorno residencial entendido como ámbito físico y social, esto es, en sus elementos de vivienda, barrio y vecindario, y, por tanto, en el que confluyen elementos físicos (condiciones, servicios, accesibilidad) y de interrelación social (lugar de encuentro y relaciones vecinales), se estudia bajo la complementariedad del doble enfoque objetivo y subjetivo con el fin de abordar la multidimensionalidad del hecho residencial (Francescato 2002). No debe confundirse el concepto de *espacio interior y exterior* con el enfoque objetivo y subjetivo, sino que ambos entornos espaciales están abordados bajo esa doble perspectiva (Kellaher et al. 2004). La *perspectiva objetiva* alude a la medición de todo aquello que se puede observar y contrastar, a los aspectos físicos normativos presentes en el medio residencial, y, por ello, se basa en criterios de medición no influidos por la evaluación personal; por su lado, las percepciones y valoraciones que sobre dichos aspectos realizan los residentes, según sus circunstancias personales, constituyen el *enfoque subjetivo*.

Bajo estas premisas, la vivienda se analiza a partir de sus características básicas, como antigüedad, superficie, régimen de tenencia, equipamiento, accesibilidad, adaptación a las necesidades actuales de los residentes y valoración (cuadro 7.1).

Los mayores suelen residir en casas viejas (Anderson et al. 1994), ocupadas a edades más jóvenes, lo que implica haber tenido el tiempo suficiente como para haber consolidado la propiedad (Bond 1993). Precisamente por el estadio del ciclo de vida en el que se encuentran los mayores, las viviendas suelen ser de tamaño medio elevado. Antigüedad de la vivienda y tamaño son indicadores recogidos en la encuesta CadeViMa y utilizados en este capítulo.<sup>1</sup>

La vivienda para la población mayor va más allá de los aspectos físicos del hecho de alojarse, y habrían de considerarse también los equipamientos y dotaciones, así como otros elementos asociados con el alojamiento (Pastalan 1990b). Como ámbito donde pasan una buena parte del tiempo, las *condiciones de habitabilidad de la casa* se erigen en uno de los aspectos relevantes de la calidad del

---

<sup>1</sup> El anexo 7.1 muestra el procedimiento de clasificación de sujetos mayores basada en esta información ([www.fbbva.es/TLFU/tlfu/esp/publicaciones/libros/fichalibro/index.jsp?codigo=603](http://www.fbbva.es/TLFU/tlfu/esp/publicaciones/libros/fichalibro/index.jsp?codigo=603)).

**CUADRO 7.1: Información del cuestionario CadeViMa para el estudio del entorno residencial de los mayores**

<b>Tipo de indicador</b>	<b>Tema</b>
<b>Vivienda</b>	
Objetivo	Características de la vivienda: antigüedad, superficie, régimen de tenencia, disponibilidad dormitorio independiente, índice de hacinamiento
	Tipología del equipamiento de la vivienda: recuento e índice de dotaciones según tipología
	Tipología del equipamiento del edificio: recuento e índice de dotaciones según tipología
	Accesibilidad en el entorno inmediato: vivienda, edificio, finca
Subjetivo	Necesidad de obras de adaptación de la vivienda a las circunstancias personales
	Barreras a la movilidad o percepción de obstáculos para moverse dentro de la casa
	Nivel de satisfacción con la vivienda
<b>Barrio</b>	
Objetivo	Antigüedad de la residencia en el barrio
Subjetivo	Percepción de la distancia a las dotaciones en el barrio según tipología de servicios
	Percepción de problemas en el barrio de residencia
	Nivel de satisfacción con el barrio
<b>Vecindario</b>	
Subjetivo	Percepción del comportamiento e imagen de los vecinos
	Nivel de satisfacción con los vecinos

entorno residencial y en su consiguiente expresión a partir del nivel de satisfacción residencial.

Debido a la gradual reducción de las funciones físicas con la edad, la casa ha de ser adaptada a las necesidades de sus ocupantes ancianos (Anme et al. 1994) para conseguir esa vida confortable e independiente que desean llevar. Las dificultades más comunes que encuentran los mayores en sus viviendas estarían relacionadas con la ausencia de servicios, y especialmente de calefacción y ascensor, las dificultades para mantener y reparar su vivienda, para moverse dentro de ella, y para salir y entrar. Bajo esta argu-

mentación, la encuesta CadeViMa demanda información sobre el equipamiento de la casa y de la finca donde se localiza en su tipología de *dotaciones básicas, necesarias y de confort* (Rojo-Pérez et al. 2002); como dotaciones básicas se computan aquellas de rango elemental para vivir con dignidad; las dotaciones necesarias son las que permiten una existencia cómoda, especialmente al tratarse de un grupo de edad avanzada; y las dotaciones de confort son las que permiten elevar la calidad y confortabilidad residencial.<sup>2</sup>

Otros elementos de interés que han de considerarse son el *régimen de tenencia* y el *nivel de adecuación de la casa a los residentes*. La propiedad de la vivienda por sí misma no deriva en una mayor calidad de esta, de modo que este aspecto debería medirse también por el grado de adaptación de la vivienda a las necesidades de sus ocupantes (Anderson et al. 1994). En este sentido, se examina no solo el nivel de dotaciones sino también la percepción de necesidad de actualización del equipamiento y de obras de adaptación de la casa al nivel de competencia de sus residentes. La propiedad de la casa es el régimen de tenencia más extendido entre la población, y si bien no influye directamente en la calidad, sí lo haría indirectamente, pues los propietarios estarían más capacitados que los arrendatarios para acometer estas reformas de adaptación, y también pesaría sobre el nivel de satisfacción con la casa por cuanto la vivienda para el propietario tiene un valor que repercute en el bienestar económico (Higgins 1994).

En el mismo sentido, es decir, para analizar la accesibilidad en el entorno inmediato, la encuesta recoge información in situ sobre la ausencia / presencia de escaleras tanto en la vivienda como en el edificio y en el acceso a este, y la ausencia / presencia de dispositivos mecánicos (ascensor, rampa de acceso, silla motorizada sube-escaleras, etc.) para evitar la barrera de las escaleras en el acceso al edificio y/o a la vivienda.

La experiencia del entorno residencial está influida no solo por la casa y sus condiciones sino también por el área donde se

---

<sup>2</sup> El anexo 7.2 desglosa ampliamente la información utilizada y la generación de indicadores sintéticos sobre el equipamiento de la vivienda y la finca o edificio donde se ubica ([www.fbbva.es/TLFU/tlfu/esp/publicaciones/libros/fichalibro/index.jsp?codigo=603](http://www.fbbva.es/TLFU/tlfu/esp/publicaciones/libros/fichalibro/index.jsp?codigo=603)).

ubica y donde se ha vivido a lo largo de la vida (Bond 1993) o al menos una buena parte de ella, de modo que puede ser tan importante como la casa misma en tanto que la mejora de la calidad del medioambiente de residencia influye directamente en la satisfacción residencial de la población (Carp 1976; Lawton 1977). Bajo estas premisas, el *área residencial exterior o barrio* se examina a partir de tres conjuntos de variables (cuadro 7.1):

1. El primero es el *tiempo de residencia*, bajo la asunción de una relación directa entre el número de años que se reside en el mismo barrio y la satisfacción hacia este entorno.
2. Información relevante para la satisfacción con el barrio es la relativa a las *dotaciones de servicios*, que se recoge a partir de la percepción de la distancia a servicios según una triple tipología que distingue entre servicios de nivel barrio, distrito y municipio, tipología que, en cierta medida, alude a una mayor o menor presencia sobre el espacio geográfico, respectivamente, y a la función para la que han sido creados (Rojo-Pérez et al. 2007c).
3. Por su lado, otra información de interés en la valoración del entorno residencial es la *exploración sobre la percepción de problemas*; se trata de una pregunta de respuesta espontánea y múltiple que informa tanto del número como del tipo de problemas según la siguiente clasificación: deterioro medioambiental, falta de ambiente de convivencia y seguridad, falta de dotaciones urbanas, comportamientos sociales negativos, presión urbana, insuficiente dotación de servicios, morfología urbana deficiente, y otros sin clasificar.

La *red social en el entorno de residencia* se ha estudiado a partir de la percepción de los vecinos, información recogida sobre la base de un conjunto de variables que aluden a los aspectos positivos y negativos de la imagen que los ancianos tienen de sus vecinos (cuadro 7.1).

Además, cada uno de los tres conjuntos residenciales es evaluado en su aproximación subjetiva a partir del nivel de satisfacción hacia cada uno de ellos, en una variable de satisfacción

medida en una escala tipo Likert de 5 niveles: 5: *muy satisfecho/a*, 4: *bastante*, 3: *regular*, 2: *poco* y 1: *nada*.

Bajo la suposición de que la satisfacción residencial se basa en la calidad residencial y la percepción de la misma, y ello determinado o influido por un amplio conjunto de factores y circunstancias personales del individuo mayor, también ha sido utilizada información de carácter sociodemográfico según su grado de asociación con la de tipo residencial. No obstante, de una hipotética y amplia selección de variables de carácter personal solamente se van a analizar los resultados de aquellas variables independientes que muestran asociación significativa.

Seguidamente, y una vez analizada la importancia de los elementos del entorno residencial y su utilización para los propósitos de este capítulo, se mencionan las técnicas estadísticas aplicadas para la consecución de los objetivos propuestos. En primer lugar se ha indagado en la asociación entre variables y su nivel de significación a partir del estadístico de la  $\chi^2$ , considerando un  $p\text{-value} \leq 0,05$  como límite superior de significación estadística para rechazar las hipótesis de independencia. Con el propósito de reducir la dimensionalidad del tema tratado se ha usado la técnica estadística AF bajo el método de componentes principales, lo que ha permitido explorar la relación subyacente entre grupos de variables y su correlación en factores latentes. Para la clasificación o agrupación de sujetos mayores en grupos homogéneos se ha hecho uso de la técnica AClus, aplicada bien a los factores estandarizados resultantes del AF, bien a las variables originales previamente estandarizadas (media = 0, varianza = 1). Una técnica de interés usada es el ACor, que permite visualizar sobre un plano cartesiano la agrupación de categorías de variables. Con el propósito de ver las relaciones entre una variable dependiente y sus factores explicativos de forma gráfica se ha hecho también uso de análisis de árboles de decisión a partir de la técnica *Answer Tree*. Finalmente, y para determinar cuáles son aquellas variables residenciales que más contribuyen en la explicación de la satisfacción residencial global se ha aplicado la técnica de ARLM. El epígrafe 4 del capítulo introductorio de este libro expone ampliamente las técnicas estadísticas previamente mencionadas.

### **7.3. Caracterización general de las viviendas: propiedad, antigüedad y tamaño como rasgos más destacados**

Las características generales de las viviendas quedan reflejadas, básicamente, en los aspectos objetivos o más directamente medibles como son el régimen de tenencia, la antigüedad y el tamaño de la casa, así como las condiciones de habitabilidad o calidad a partir del nivel de dotaciones, que se estudian en el epígrafe siguiente.

Tradicionalmente, la propiedad de la casa ha estado y está muy extendida en España, donde en torno al 82% de la población en su conjunto y el 87% de los mayores reside en vivienda familiar en régimen de propiedad: un punto porcentual menos en la Comunidad de Madrid en ambos grupos demográficos, según el Censo de Población y Vivienda de 2001 (INE 2001), porcentajes que superan ese 59% de europeos mayores de 65 años bajo este régimen en 1995 (Whitten et al. 1999).

Según la encuesta CadeViMa para la Comunidad de Madrid, en 2005 el 96,9% de los mayores residían en viviendas en propiedad (cuadro 7.2), de los que tan solo el 4% tenían pagos pendientes; en este caso se trata de viviendas de más reciente construcción y adquisición así como de casos en los que el mayor vive en el hogar de sus familiares, más jóvenes y que aún están en proceso de pago de su vivienda. No se observan diferencias estadísticas significativas en el régimen de tenencia ni por género ni por edad, si bien la tendencia es a que la propiedad disminuya entre las mujeres y entre la población vieja-vieja. Por clase social y ámbito geográfico la propensión es que la propiedad está menos extendida entre quienes residen en municipios no metropolitanos así como entre las clases sociales más bajas, lo que viene a coincidir con los resultados de otras investigaciones (Evandrou et al. 1989) que concluyen una fuerte diferenciación de la población vieja según clase social y régimen de tenencia.

La antigüedad media de las viviendas es de 41 años con una gran variabilidad entre el valor mínimo y máximo (rango: 3-150; desviación estándar: 17,1), de modo que casi 5 de cada 10 personas mayores residen en viviendas de 40 y más años, y tan solo 1 de cada 10 lo hacen en las casas más recientes.



**CUADRO 7.2: Características generales de la vivienda según factores sociodemográficos**

Variables	N.º de casos válido		Vivienda en propiedad (%)	Antigüedad (n.º medio de años)	Superficie en m <sup>2</sup> (media)	Índice de hacinamiento (m <sup>2</sup> superficie / persona) (media)
	Total	%		M: 41,3 DS: 17,1 Mín: 3 Máx: 150	M: 83,9 DS: 28,6 Mín: 30 Máx: 290	M: 51,6 DS: 26,7 Mín: 10 Máx: 192
<b>Sexo</b> (499)			(NS)	(NS)	(NS)	(NS)
Hombre	204	40,9	96,5	41,4	84,0	48,5
Mujer	295	59,1	97,2	41,2	83,9	53,9
<b>Edad</b> (499) (edad media = 75,0)			(NS)	(NS)	(NS)	(NS)
65-74 años	247	49,5	96,3	40,2	86,4	48,2
75-84 años	179	35,9	98,3	41,1	83,0	53,8
85 y más años	73	14,6	95,8	45,4	77,9	58,2
<b>Clase social</b> (499)			(0,039) (a)	(NS)	(0,0001)	(0,0001) (b)
Baja	136	27,7	93,4	39,6	76,1	48,9
Media baja	231	47,0	<b>97,8</b>	42,6	82,4	49,3
Media	83	16,9	<b>100,0</b>	42,7	<b>90,6</b>	<b>57,9</b>
Media alta	22	4,5	<b>100,0</b>	35,6	<b>100,7</b>	<b>52,1</b>
Alta	19	3,9	94,7	37,9	<b>112,3</b>	<b>72,6</b>
<b>Tamaño del hábitat de residencia</b> (491)			(0,002)	(0,0004)	(0,0001)	(0,0001)
Madrid	336	68,4	<b>97,6</b>	<b>42,7</b>	79,4	49,4
Municipios metropolitanos	127	25,9	<b>97,6</b>	35,8	<b>94,3</b>	<b>55,6</b>
Municipios no metropolitanos	28	5,7	85,7	<b>50,1</b>	<b>92,0</b>	<b>61,0</b>

M: media; DS: desviación estándar; Mín: valor mínimo; Máx: valor máximo.  
 Test de la  $\chi^2$ : entre paréntesis, *p-value*; NS: *p-value* no significativo. En negrita, valor igual o superior a la situación media. Test no válido: (a) El 40% de las celdas tiene una frecuencia esperada menor de 5. (b) El 94,3% de las celdas tiene una frecuencia esperada menor de 5.

Por su lado, el tamaño medio de la vivienda es de 84 m<sup>2</sup> (rango: 30-290; desviación estándar: 28,6), habitando un porcentaje similar de personas (en torno a 17%) en las viviendas más pequeñas y más grandes (hasta 60 m<sup>2</sup> y 101 m<sup>2</sup> y más, respectivamente), lo que implica que el 65% restante ocupe las viviendas de tamaño medio; ello ha llevado a encontrar expresiones del tipo: «Los mayores residen en alojamientos desproporcionadamente grandes» (Bromley 1988). Se observa una relación inversa entre la antigüedad y la superficie ( $r$  de Pearson = -0,14;  $p$ -value  $\leq$  0,01), lo que indica que las viviendas más antiguas no son las que disfrutan de más espacio. En la Comunidad de Madrid, los mayores residentes en municipios del área metropolitana ocupan las viviendas con una menor antigüedad; por su lado, existe una relación directa entre superficie de la casa y clase social.

Como medida expresiva de las condiciones residenciales y de habitabilidad se ha calculado el *índice de hacinamiento*, o relación entre superficie por persona, con un valor medio de 52 m<sup>2</sup>/persona (rango: 10-192; media: 51,6; desviación estándar: 26,7), como resultado, por un lado, del elevado porcentaje de personas mayores que residen bien solas, bien acompañadas de otra persona (el tamaño medio del hogar es de 1,9; más de 3 de cada 10 viven solos, y 5 de cada 10 viven en hogares de 2 personas, como se ha visto en el capítulo 4) y, por otro, del gran tamaño de las casas para el estadio del ciclo de vida de los mayores. Este índice es suficientemente expresivo de la no existencia de hacinamiento entre los mayores madrileños, independientemente de que vivan solos o en compañía de otra persona, al igual que ya se ha detectado en otros estudios sobre mayores (Evandrou et al. 1989).

Un análisis estadístico pormenorizado de la relación subyacente entre la superficie de la casa, la antigüedad y el nivel de hacinamiento puede verse en el anexo 7.1,<sup>3</sup> así como la clasificación de mayores según estas características de las viviendas en 4 grupos, a saber:

1. El 20% de los mayores residen en viviendas de elevada superficie y antigüedad.

---

<sup>3</sup> Véase en [www.fbbva.es/TLFU/tlfu/esp/publicaciones/libros/fichalibro/index.jsp?codigo=603](http://www.fbbva.es/TLFU/tlfu/esp/publicaciones/libros/fichalibro/index.jsp?codigo=603)

2. 3 de cada 10 personas habitan en viviendas con poca superficie y poca antigüedad.
3. El 27% viven en casas con poca superficie y antigüedad elevada.
4. Un 21% lo hacen en viviendas con superficie por encima de la situación media y número de años por debajo de la media.

#### **7.4. Las condiciones de habitabilidad como nivel de bienestar: dotaciones en la vivienda y en el edificio donde esta se ubica**

La población anciana, como se ha visto, reside en casas también envejecidas, ubicadas, generalmente, en ámbitos residenciales consolidados, y que fueron ocupadas por los residentes actuales desde antiguo, pues no en vano llevan viviendo en el mismo entorno una media de 38 años. En este contexto, otros estudios han observado que existe una relación inversa entre la antigüedad de la casa y el nivel y adecuación del equipamiento o dotaciones a las necesidades de sus moradores, lo que podría afectar directamente a la calidad de vida (Pynoos et al. 1987).

Para analizar el estado y condiciones de habitabilidad de las viviendas se va a hacer uso de mediciones relativas al equipamiento, en su triple clasificación de dotaciones básicas, necesarias y de confort de la vivienda y del edificio o finca donde se localiza (Fernández-Mayoralas et al. 2002), de los índices de dotaciones ponderados por su frecuencia, así como de su interrelación con otros parámetros residenciales para desentrañar su importancia en la dimensión residencial de la calidad de vida.<sup>4</sup>

El equipamiento (cuadro 7.3) más generalizado es el de tipo básico y el necesario, de forma que casi la totalidad de los mayores declara tener alguno de ellos, mientras que solamente 4 de cada 10 informa tener alguna dotación de confort. Entre las dotaciones básicas menos extendidas está la tenencia de plato de

---

<sup>4</sup> El anexo 7.2.1 muestra el procedimiento de cálculo de los índices de dotaciones ([www.fbbva.es/TLFU/tlfu/esp/publicaciones/libros/fichalibro/index.jsp?codigo=603](http://www.fbbva.es/TLFU/tlfu/esp/publicaciones/libros/fichalibro/index.jsp?codigo=603)).

ducha como único sistema para el aseo general, de forma que un tercio de los mayores declaran no tenerla, y de estos solamente menos de un 2% no tiene compensada esa desdotación por la presencia de bañera.

**CUADRO 7.3: Presencia de equipamiento en la casa y en el edificio**

Equipamiento en la casa	Sí tiene	N.º de casos válido	Equipamiento en el edificio o finca	Sí tiene	N.º de casos válido
<b>Dotaciones básicas</b> (M: 3,0; DS: 0,7; Mín: 1; Máx: 4; índice ponderado: 0,86)			<b>Dotaciones básicas</b> (M: 0,02; DS: 0,1; Mín: 0; Máx: 1; índice ponderado: 0,02)		
Agua corriente	99,6	498	WC compartido para varias viviendas	2,2	489
Retrete en la vivienda	97,2	497			
Ducha	67,9	492			
Sin calefacción, pero con otros sistemas para elevar la temperatura	35,5	467			
<b>Dotaciones necesarias</b> (M: 7,5; DS: 0,8; Mín: 3; Máx: 8; índice ponderado: 0,92)			<b>Dotaciones necesarias</b> (M: 0,7 ; DS: 0,5; Mín: 0; Máx: 1; índice ponderado: 0,67)		
TV, radio	100,0	497	Ascensor	67,5	490
Frigorífico	99,8	497			
Agua caliente	99,4	496			
Lavadora	99,4	497			
Teléfono (fijo o móvil)	98,4	492			
Instalación de calefacción	89,2	491			
Gas ciudad o gas natural	81,7	499			
Bañera	81,5	492			
<b>Dotaciones de confort</b> (M: 0,5; DS: 0,7; Mín: 0; Máx: 2; índice ponderado: 0,24)			<b>Dotaciones de confort</b> (M: 1,1; DS: 1,0; Mín: 0; Máx: 4; índice ponderado: 0,11)		
Lavavajillas	35,0	489	Portería	42,7	491
Aire acondicionado	19,0	483	Jardín	36,8	490
			Garaje, aparcamientos privados	20,2	491
			Piscina	6,3	487

M: media; DS: desviación estándar; Mín: valor mínimo; Máx: valor máximo.

Por su lado, de entre quienes no tienen sistema centralizado de calefacción colectiva o individual, un 12% responde negativamente a la tenencia de otros sistemas alternativos para elevar la temperatura de la casa, siendo así este un elemento vital, especialmente entre la población mayor por su riesgo de vulnerabilidad, lo que podría influir negativamente en su salud (Auria et al. 1991). En cuanto a la dotación de ascensor, todavía más de 3 de cada 10 mayores declara no tenerlo en su edificio, aunque de estos un tercio reside en una planta baja que no requiere su utilización. Estos hechos traslucen la inadaptación a que están sometidas las viviendas de uno de los grupos más frágiles de la sociedad actual.

Las dotaciones necesarias de la vivienda que están prácticamente generalizadas son la TV, el frigorífico, el agua caliente y la lavadora, que han devenido en elementos indispensables para el modo de vida actual. Y en cuanto a las dotaciones de confort, las cifras muestran una reducción considerable en relación con los otros tipos de dotaciones, siendo así que su presencia, especialmente del aire acondicionado en un clima como el del municipio de Madrid y otros del sur y este de la Comunidad Autónoma, resultaría beneficiosa para población mayor como uno de los colectivos más vulnerables.

La distribución de dotaciones parece obedecer más a la época de construcción de la vivienda (41 años de antigüedad media), esto es, a un diseño del pasado quizás inapropiado para las necesidades de la sociedad actual y, especialmente, de los mayores, que ocuparon su vivienda cuando eran población joven e independiente y que, con el paso de los años, la propia vivienda, sin haber estado sometida a modificaciones relevantes, ha devenido en inadecuada para las demandas que surgen con la edad, la salud y la capacidad funcional de sus moradores. Por ello, parece que las dotaciones más frecuentes son aquellas relativas a elementos tipo electrodomésticos más que a dotaciones de carácter estructural, como podría ser el ascensor o, incluso, los sistemas de acondicionamiento de temperatura como la calefacción o el aire acondicionado.

Para estudiar cómo se interrelaciona toda la información relativa a dotaciones de la vivienda, por un lado, y del edificio, por otro, se ha hecho uso de análisis estadístico multivariante, y se ha

obtenido una clasificación de sujetos mayores según la tipología y nivel de dotaciones de la casa y del edificio.<sup>5</sup>

En cuanto a las dotaciones de la casa se han detectado 4 grupos de sujetos:<sup>6</sup> el grupo 1 es de situación extrema por aunar sujetos que residen en viviendas con *dotaciones básicas y de confort por encima de la media*; el grupo 2 se caracteriza por una *mayor presencia de dotaciones necesarias*; el grupo 3 o de situación media-alta tiene *más dotaciones necesarias y de confort*; y, finalmente el grupo 4 es el de sujetos que residen en las viviendas peor dotadas caracterizadas por una *mayor presencia de dotaciones básicas*.

Según dicha clasificación, la distribución de dotaciones en las viviendas donde residen los mayores no es homogénea (gráfico 7.1). De este modo, el primer factor explicativo de esta situación es la antigüedad de la casa ( $\chi^2$  de 28,5035;  $p\text{-value} \leq 0,0001$ ) que subdivide el nodo raíz en dos. Así, el nodo 1, con el 58% de los casos, agrupa la población que habita en las viviendas de menor antigüedad y con mejor nivel dotacional en tanto que tienen una presencia de dotaciones necesarias y de confort por encima de la situación media (grupos 1, 2 y 3). A su vez, el siguiente factor explicativo significativo de este nodo es la superficie de la casa, siendo así que las viviendas más grandes (nodo 4) son las mejor equipadas.

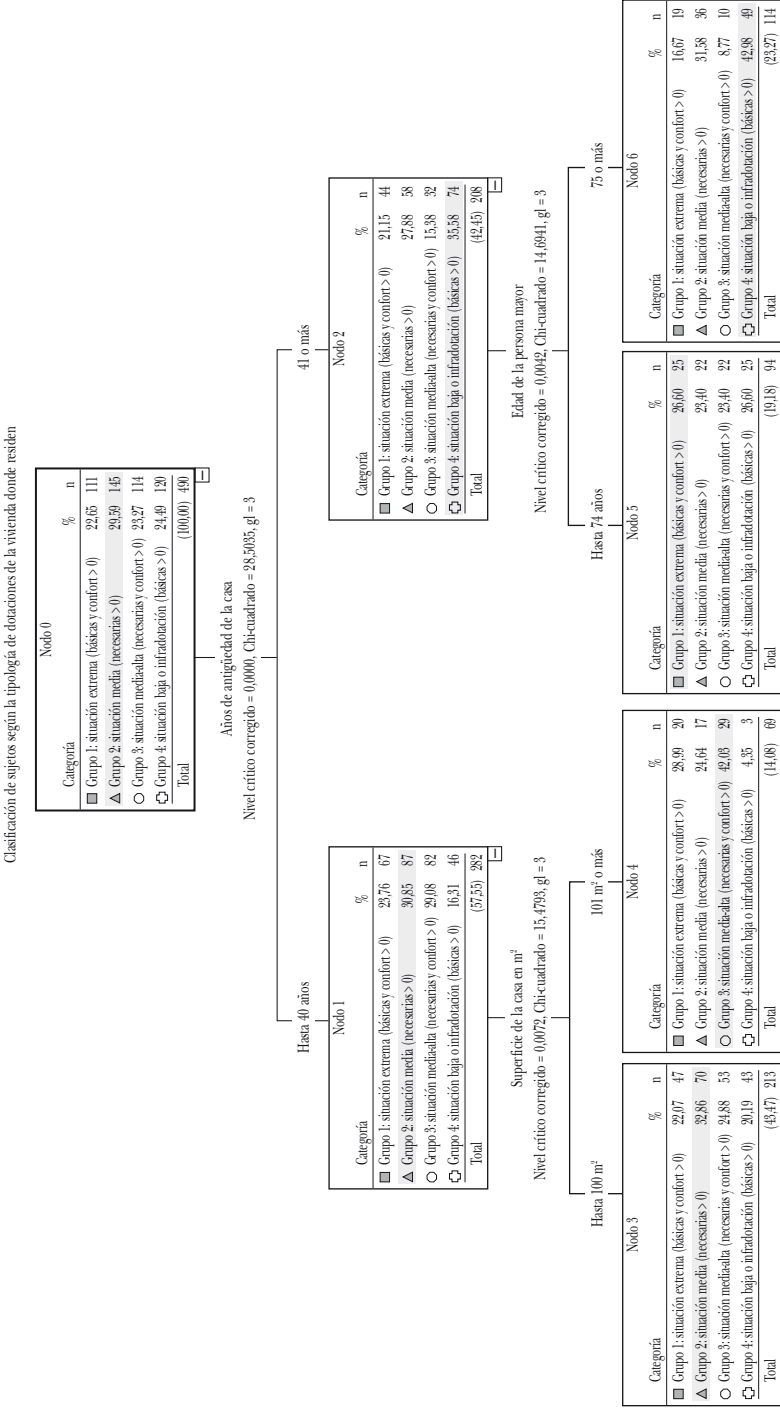
El nodo 2 corresponde a las viviendas más antiguas caracterizadas por ser las de menor nivel dotacional de modo que el 35% de los sujetos de este nodo residen en las viviendas peor dotadas (grupo 4). La edad de la persona mayor se asocia con este nodo de donde resulta que los viejos-viejos (nodo 6) residen en las viviendas peor dotadas (grupos 2 y 4, o situación media y situación baja-infradotación, respectivamente) mientras que los viejos-jóvenes (nodo 5) lo hacen en las mejor dotadas; ello confirma la relación directa entre la edad de la casa, la de la persona que la ocupa y el nivel dotacional más bajo de las viviendas más antiguas (Cribier 1988; Bond et al. 1993; Hare 1993; Anderson et al. 1994; Pynoos et al. 1996; Rojo-Pérez et al. 2002).

---

<sup>5</sup> Véanse anexos 7.2.2 y 7.2.3, respectivamente ([www.fbbva.es/TLFU/tlfu/esp/publicaciones/libros/fichalibro/index.jsp?codigo=603](http://www.fbbva.es/TLFU/tlfu/esp/publicaciones/libros/fichalibro/index.jsp?codigo=603)).

<sup>6</sup> Véase anexo 7.2.2 ([www.fbbva.es/TLFU/tlfu/esp/publicaciones/libros/fichalibro/index.jsp?codigo=603](http://www.fbbva.es/TLFU/tlfu/esp/publicaciones/libros/fichalibro/index.jsp?codigo=603)).

**GRÁFICO 7.1: Árbol de decisión sobre la clasificación de los mayores según el nivel de dotaciones en la vivienda**



La agrupación de sujetos mayores según la tipología de dotaciones en el edificio se ha realizado sobre la base del número de dotaciones necesarias y de confort en 4 grupos:<sup>7</sup> 1: *alto nivel*, 2: *situación elemental o de muy bajo nivel*, 3: *situación media-alta*, y 4: *situación media-baja*. Esta tipología de sujetos según las dotaciones en el edificio muestra asociación estadística significativa (cuadro 7.4) según diversos rasgos sociodemográficos y de la vivienda, de forma que, en general, niveles dotacionales más elevados en el edificio se relacionan con pertenecer a una clase social media y superior, ocupar viviendas de más reciente construcción, con una superficie media elevada (> 84 m<sup>2</sup>) y, como consecuencia, tener un bajo índice de hacinamiento, así como no percibir reformas de adaptación o mantenimiento necesarias en la casa. Por su lado, residir en el municipio de Madrid agrupa sujetos clasificados en los niveles dotacionales extremos, es decir, estar por encima de la situación media en cuanto a nivel dotacional alto o nivel muy bajo; mientras que residir en el resto de los municipios se asocia con un nivel dotacional medio alto y medio bajo.

### **7.5. La accesibilidad en el entorno próximo: acceso hasta el edificio, desde el edificio a la casa e interior de la casa**

Tan importante como conocer el nivel de dotaciones de la vivienda es el acceso a la misma desde el entorno de la finca o edificio donde se ubica, como espacio de transición entre la calle y la casa propiamente dicha. Esta temática ha sido analizada en cuanto a la accesibilidad en ausencia de barreras o con presencia de dispositivos para evitarlas. Constituyen «barrera» todos aquellos factores ambientales en el entorno de una persona que condicionan el funcionamiento y crean limitación en la actividad. Pueden incluir aspectos como el ambiente físico inaccesible, y también la inexistencia de servicios, sistemas y políticas que favorezcan la participación (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales et al. 2004).

---

<sup>7</sup> Véase anexo 7.2.3 ([www.fbbva.es/TLFU/tlfu/esp/publicaciones/libros/fichalibro/index.jsp?codigo=603](http://www.fbbva.es/TLFU/tlfu/esp/publicaciones/libros/fichalibro/index.jsp?codigo=603)).



**CUADRO 7.4: Tipología de dotaciones en el edificio o finca donde se localiza la vivienda según factores sociodemográficos y características de la casa**

(porcentaje)

Variables	Categorías	Tipología de mayores según las dotaciones del edificio o finca donde se ubica la vivienda				Total
		Grupo 1: situación dotacional de alto nivel: necesarias y confort > 0	Grupo 2: situación dotacional elemental o muy baja: necesarias y confort = 0	Grupo 3: situación media alta: necesarias = 0, confort > 0	Grupo 4: situación media baja: necesarias > 0, confort = 0	
N.º de casos válido		258	93	67	72	490
Porcentaje		52,7	19,0	13,7	14,7	100,0
<b>Clase social</b>				(0,008)		
Baja		47,8	<b>28,4</b>	7,5	<b>16,4</b>	134
Media baja		51,3	17,9	<b>15,4</b>	<b>15,4</b>	234
Media		<b>63,4</b>	8,5	<b>14,6</b>	13,4	82
Media alta y alta		<b>55,0</b>	15,0	<b>22,5</b>	7,5	40
<b>Zona de residencia</b>				(0,000)		
Madrid		<b>59,2</b>	<b>20,8</b>	8,6	11,3	336
Resto municipios		38,3	14,9	<b>24,7</b>	<b>22,1</b>	154
<b>Antigüedad de la casa</b> en años (media: 41,3)				(0,015)		
Hasta 20		<b>69,4</b>	4,1	<b>14,3</b>	12,2	49
21-40		<b>54,6</b>	18,4	<b>15,5</b>	11,6	207
41-60		45,8	<b>20,3</b>	13,0	<b>20,9</b>	177
61 y más		46,7	<b>30,0</b>	<b>16,7</b>	6,7	30
<b>Superficie de la casa</b> en m <sup>2</sup> (media: 83,9)				(0,000)		
Hasta 60		31,4	<b>41,9</b>	11,6	<b>15,1</b>	86
61-70		47,3	18,8	7,1	<b>26,8</b>	112
71-80		<b>66,3</b>	13,9	5,9	13,9	101
81 y más		<b>58,7</b>	11,4	<b>22,8</b>	7,1	184
<b>Índice de hacinamiento</b> (m <sup>2</sup> por persona) (media: 51,6)				(0,014)		
Hasta 25,0		52,7	<b>29,1</b>	9,1	9,1	55
25,1 - 50,0		48,8	<b>20,4</b>	12,1	<b>18,8</b>	240
50,1 y más		<b>58,0</b>	14,4	<b>17,0</b>	10,6	188
<b>N.º de reformas necesarias en la casa</b> (media: 0,5)				(0,000)		
Ninguna		<b>57,5</b>	16,0	<b>14,5</b>	12,0	325
1 y más		40,5	<b>26,4</b>	11,5	<b>21,6</b>	148

Test de la  $\chi^2$ : entre paréntesis, *p-value*. En negrita, valor igual o superior a la situación media.

En el caso del barrio de residencia, o entorno público donde se desarrolla la vida del mayor, se consideran *barreras* las grandes vías difíciles de ser cruzadas (semáforos que duran poco tiempo, pocos semáforos, pocos pasos de cebra...), zanjas, obras, escalones, desperfectos en el pavimento, inadecuada localización del mobiliario urbano, escasez de dotación de servicios o inadecuada distribución espacial, inseguridad ciudadana, etc.

En lo que atañe al espacio próximo, formado por la vivienda y el edificio donde se localiza, las condiciones de accesibilidad influyen en las posibilidades de utilización así como en el confort; la baja accesibilidad puede deberse tanto a la deficiente dotación de equipamiento como a la dificultad para acceder, entrar y salir de la casa y del edificio, por la repercusión de la presencia de obstáculos arquitectónicos en la limitación a la movilidad. El análisis que se presenta en este epígrafe está en línea con lo mantenido por el I Plan Nacional de Accesibilidad 2004-2012 (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales et al. 2003) en cuanto a los elementos de los edificios de vivienda.

La encuesta CadeViMa demanda información sobre barreras en el interior y exterior del edificio que pudieran suponer un acceso incómodo a la vivienda; y como tales se han tenido en cuenta la existencia de escaleras y la presencia / ausencia de dispositivos mecánicos para salvarlas (ascensor, silla motorizada monta-escaleras, rampa de acceso...)<sup>8</sup>.

El 13% de las personas mayores residentes en vivienda familiar en la Comunidad de Madrid declara ocupar una vivienda en planta baja, sin escaleras, de manera que no tendrían barreras en el acceso a la casa. Viven en casas de este tipo los más mayores, son viviendas muy antiguas, localizadas especialmente en ámbitos rurales, con dos o menos dotaciones en la finca; se trata, por tanto, de morfologías edificatorias propias de otra época y ámbitos rurales. Por su lado, respecto del nivel de competencia relacionado con la salud y el funcionamiento, se observa asociación significativa con el índice de comorbilidad y con la escala de independencia fun-

---

<sup>8</sup> Una descripción pormenorizada de esta información y su forma de utilización en este capítulo se presenta en el anexo 7.3 ([www.fbbva.es/TLFU/tlfu/esp/publicaciones/libros/fichalibro/index.jsp?codigo=603](http://www.fbbva.es/TLFU/tlfu/esp/publicaciones/libros/fichalibro/index.jsp?codigo=603)).

cional, de modo que las personas que residen en este tipo de casas son quienes tienen peor salud y nivel funcional.

Con respecto al resto de las morfologías residenciales según la accesibilidad, se va a trabajar con las variables relativas a la presencia de obstáculos y a la ausencia de dispositivos para evitarlos a partir de los ítems siguientes:

1. Hay escaleras en el interior vivienda y ningún dispositivo mecánico para evitarlas.
2. Hay escaleras de la calle al portal y no hay rampa de acceso ni otros dispositivos para evitarlas.
3. Hay escaleras en el interior portal y no hay ascensor ni otros dispositivos mecánicos para evitarlas.

El valor de respuesta 0 (falso) está indicando bien que no tiene obstáculos, bien que los tiene pero a la vez también existen dispositivos mecánicos (ascensor, rampa de acceso, silla mecanizada) para evitar las barreras; por su lado, el valor 1 (verdadero) implica que las dos condiciones son verdaderas, es decir, la presencia de barreras/obstáculos y la ausencia de dispositivos para evitarlos. Con estas variables se ha procedido a la clasificación de personas mayores a partir de la técnica de AClus, que genera cinco grupos homogéneos.<sup>9</sup>

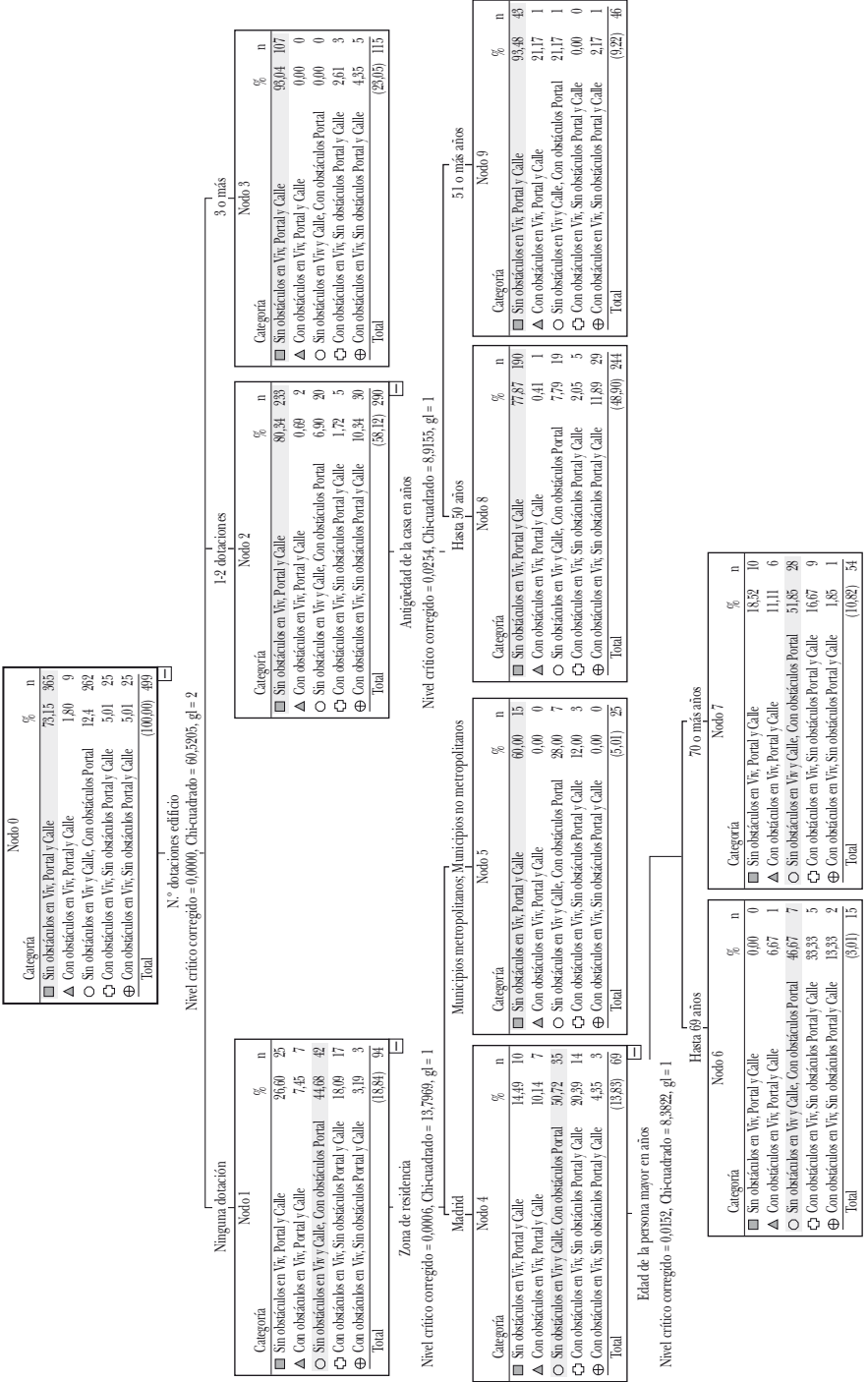
La aplicación de la técnica de clasificación Answer Tree ha permitido discriminar los factores explicativos de la accesibilidad en el entorno próximo de residencia (gráfico 7.2). Así, los predictores con mayor poder de clasificación de los sujetos de acuerdo con la presencia / ausencia de obstáculos y mecanismos para evitarlos son el *número de dotaciones en el edificio*, la *zona de residencia*, la *antigüedad de la vivienda*, y la *edad*, en todos los casos con un *p-value*  $\leq 0,05$ . El nodo 0 clasifica la población mayor en su conjunto, de donde se observa que casi tres cuartas partes habita en entornos sin obstáculos o con dispositivos para evitarlos. El primer factor predictor es el *número de dotaciones en la finca o edificio*, de modo que las personas que residen en los edificios mejor dotados

---

<sup>9</sup> Véase cuadro 7.4 del anexo 7.3 ([www.fbbva.es/TLFU/tlfu/esp/publicaciones/libros/fichalibro/index.jsp?codigo=603](http://www.fbbva.es/TLFU/tlfu/esp/publicaciones/libros/fichalibro/index.jsp?codigo=603)).

**GRÁFICO 7.2: Árbol de decisión sobre la clasificación de los mayores según los obstáculos en el acceso al espacio interior e inmediato: desde la calle al portal, accesibilidad en el interior del portal y desde el portal a la casa**

Clasificación de personas mayores según el nivel de obstáculos o barreras en el acceso a la vivienda y la línea o edificio donde se ubica



no tienen obstáculos o estos pueden ser evitados mediante los dispositivos adecuados (nodos 2 y 3).

Con casi el 20% de los sujetos agrupados, el nodo 1, y por comparación con la situación general del nodo raíz o nodo 0, es el de mayor presencia de obstáculos o ausencia de dispositivos; este nodo se asocia con la *zona de residencia*, siendo Madrid el municipio con menor proporción de mayores en el grupo clasificado como *sin obstáculos en vivienda, portal y calle*; este nodo se relaciona con la edad del mayor. Por su lado, la *antigüedad de la casa* discrimina en el grupo de las personas que residen en edificios con 1 o 2 dotaciones (media: 1,7) (nodo 2), de manera que las viviendas más antiguas (nodo 9) son las que presentan menos obstáculos a la accesibilidad, quizás por estar localizadas en ámbitos geográficos ruralizados con morfologías edificatorias que no imponen tantas restricciones a la movilidad en el entorno inmediato, al igual que ocurre con los sujetos del nodo 5.

## **7.6. La percepción de la necesidad de adaptación o mantenimiento de la vivienda**

Se ha comentado que los mayores en la Comunidad de Madrid tienen, mayoritariamente, la vivienda en propiedad a la que accedieron por compra cuando eran adultos o jóvenes, y llevan residiendo en la misma casa una media de 40 años. En el momento del acceso a la vivienda, esta estaba pensada y diseñada bajo unas circunstancias de desarrollo socioeconómico y tecnológico concretas, y con el paso del tiempo ha podido devenir en inadaptada para el estado presente de los mayores, sometidos a un decaimiento de las funciones vitales con la edad; de esta forma, las casas habrían de ser adaptadas a las necesidades de los ancianos (Anme et al. 1994). A estas dificultades se unen otras, como los cambios en la estructura familiar por disminución del número de miembros, lo que conllevaría la inadecuación de la vivienda según su tamaño, la pérdida del rol laboral por jubilación y la consecuente disminución de nivel de renta como para afrontar cambios en la vivienda.

En este contexto, las viviendas de los ancianos pueden presentar problemas derivados de la falta de adaptación a las necesidades de

sus moradores, que les dificulta para moverse dentro de ella o salir y entrar de la casa o de la finca debido a la presencia de barreras y ausencia de ascensor o rampas de acceso, para vivir con un cierto nivel de confort por problemas relativos a la ausencia de sistemas centralizados de adecuación de la temperatura y para cambiar a una vivienda adaptada por falta de recursos económicos (Gray 1988).

La encuesta CadeViMa demanda información para conocer la percepción de los mayores sobre las adaptaciones o reformas muy necesarias en la vivienda de residencia. Se trata de una pregunta de 8 ítems de carácter multirrespuesta, que indaga sobre reformas de fontanería, electricidad, albañilería, pintura, ebanistería, movilidad interior, adaptación a persona discapacitada, así como la percepción de no considerar necesaria ninguna reforma, declarada por casi 6 de cada 10 respuestas (cuadro 7.5), lo que atañe al 68% de los casos. En este contexto, el número medio de reformas declaradas es bajo (0,47) (rango: 0-7; desviación estándar: 0,84).

El resto de las respuestas se reparte entre casi una quinta parte que considera muy necesario realizar mantenimiento de pintura de la casa, seguido, a distancia, de la albañilería, obra no de carácter menor como la anterior, pues puede comportar reformas en profundidad como quitar o poner tabiques, cambiar suelos, alicatar, hacer o arreglar armarios, arreglar goteras, humedades, grietas, cerramiento, aislamiento, etc.; las reformas de fontanería y de ebanistería continúan en orden de importancia, y con valores muy bajos son mencionadas las reformas o reparaciones de carácter eléctrico y aquellas relativas a la adaptación de la vivienda a persona discapacitada para poder moverse por la casa libre de barreras.

Los resultados aquí expresados están por debajo de los hallados entre los mayores de Estados Unidos, donde un 53% de ellos había introducido alguna mejora en su casa, siendo así que solo se acomete la realización de alguna reforma cuando se tiene una imperiosa necesidad, como consecuencia de la pérdida de capacidad funcional y de una serie de factores relacionados con la disponibilidad de ayudas o mejoras técnicas y también con su conocimiento, grado de aceptación y asequibilidad; en este contexto, se señala que aumentará la utilización de mejoras técnicas de tipo menor y bajo coste, pero que no se debe esperar una introducción radical de ayudas técnicas y alta tecnología, pues dichas ayudas

estarán más bien asociadas con los nuevos complejos residenciales diseñados para ellos (Harootyan 1995). También en el caso francés se ha resaltado esta reticencia a la transformación de la casa y la introducción de dispositivos de alta tecnología (Le Borgne-Uguen et al. 2000), de modo que cuando existe una digresión entre las condiciones de habitabilidad de la casa y el nivel de competencia solo se produce un relativo proceso de adaptación para evitar u obviar dicha desavenencia.

**CUADRO 7.5: Adaptaciones o reformas muy necesarias en la casa**

Tipo de reformas	Recuento respuestas	% Respuestas (N = 554)	% Casos (N = 481) <sup>1</sup>
Pintura: pintar alguna habitación, pintar la casa completa	105	19,0	21,8
Albañilería: quitar o poner tabiques, cambiar suelos, alicatar cuarto de baño y/o cocina, hacer armarios empotrados, arreglar goteras, humedades, grietas, arreglar o renovar ventanas (cerramientos, aislamiento del frío/calor y de los ruidos)	35	6,3	7,3
Fontanería: instalar nueva conducción de agua, reformar la fontanería de la cocina, reformar baño y/o aseo completos	32	5,8	6,7
Ebanistería: cambiar las puertas, poner puerta blindada, poner o cambiar el parquet	22	4,0	4,6
Adaptación de la vivienda a persona discapacitada: alteración física del inmueble, adaptar las puertas para silla de ruedas, instalar barras-asideros en los cuartos de baño, etc.	13	2,3	2,7
Electricidad: reparaciones eléctricas para adaptar la intensidad lumínica, instalar nueva conducción eléctrica	12	2,2	2,5
Seguridad y movilidad interior para evitar barreras u obstáculos en el interior de la vivienda: instalar pasamanos para facilitar el desplazamiento, hacer rampas para evitar escalones o desniveles, evitar salientes (en los muros, en los muebles), etc.	5	0,9	1,0
No considera necesaria ninguna reforma	330	59,6	68,6

<sup>1</sup> Al ser una pregunta multirrespuesta, el porcentaje es superior a 100,0.

Considerando la importancia de las obras de mantenimiento en la vivienda de los mayores para adaptarla a sus circunstancias, interesa profundizar en la diferente percepción de la necesidad de las mismas en relación con las características de la vivienda propiamente dicha (antigüedad, nivel de dotaciones), con los rasgos personales de tipo sociodemográfico y el nivel de competencia relacionado con la salud y el funcionamiento. Así, se observa una relación inversa entre el número de reformas y la superficie de la casa ( $r$  de Pearson:  $-0,088$ ;  $p$ -value:  $\leq 0,05$ ) y las dotaciones del edificio ( $r$  de Pearson:  $-0,185$ ;  $p$ -value:  $\leq 0,05$ ), de manera que se percibe una mayor necesidad de reformas en las casas de menor tamaño y en las localizadas en edificios con un bajo nivel de dotaciones.

En relación con las variables personales, ser más viejo/a ( $r$  de Pearson:  $0,127$ ;  $p$ -value:  $\leq 0,01$ ), y tener peor salud, esto es, más enfermedades ( $r$  de Pearson:  $0,094$ ;  $p$ -value:  $\leq 0,05$ ), mayor nivel de depresión ( $r$  de Pearson:  $0,105$ ;  $p$ -value:  $\leq 0,05$ ), peor calidad de vida relacionada con la salud ( $r$  de Pearson:  $-0,093$ ;  $p$ -value:  $\leq 0,01$ ) y peor percepción de la salud ( $r$  de Pearson:  $-0,155$ ;  $p$ -value:  $\leq 0,01$ ) se asocian con una mayor necesidad de reformas en la vivienda. Asimismo, se ha observado asociación estadística significativa entre el número de reformas en la casa y la clase social, el tamaño de hábitat de residencia y el nivel de satisfacción con la casa, de forma que quienes más reformas perciben como necesarias en su vivienda son los de clase social baja y media baja y, en menor medida, los de clase alta, los que residen en municipios urbanos y quienes se posicionan en las categorías extremas del nivel de satisfacción con la casa (bastante y poco o nada satisfechos/as).

## **7.7. El barrio como entorno residencial público**

### **7.7.1. Caracterización general**

El área de residencia donde se ubica la vivienda, no considerada en términos administrativos sino en cuanto a espacio percibido y vivido, ese lugar de transición entre la casa, como ámbito íntimo e interior, y el espacio exterior, público y deter-



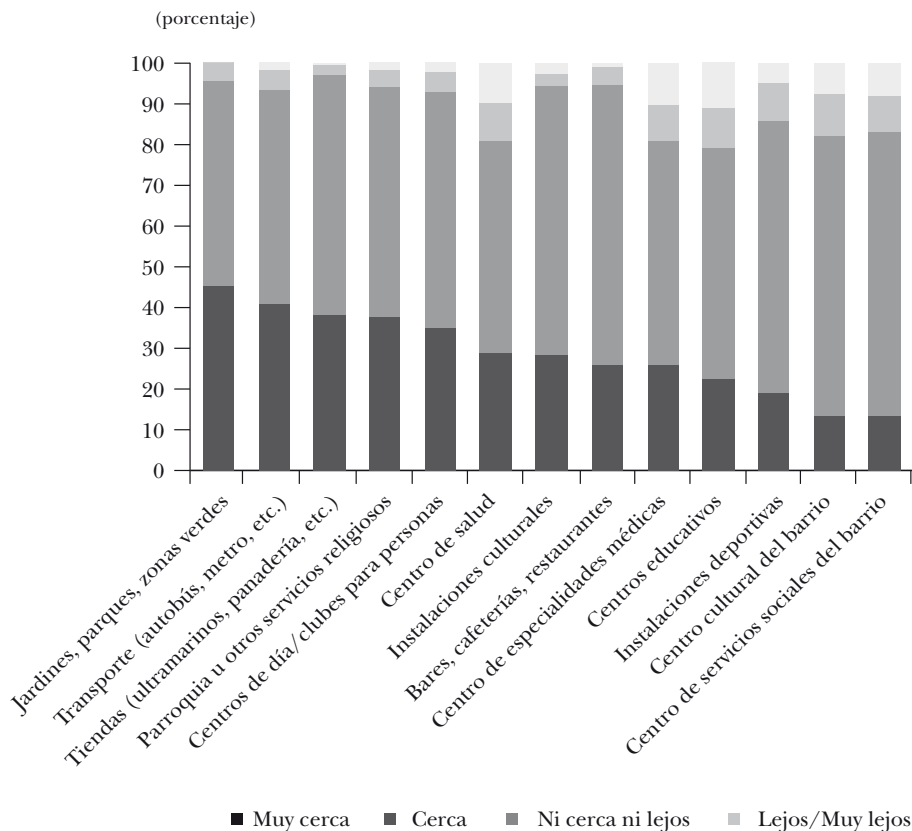
minado por límites geográfico-administrativos, que se conoce como *barrio*, puede ser tan importante en la satisfacción residencial como la casa misma, pues juega un papel esencial en el mantenimiento de la identidad a todas las edades y en especial a la edad anciana (Clément et al. 1996; Peace et al. 2006). Diversos estudios han comprobado que el barrio influye directamente en la calidad de vida de la población (Carp et al. 1982). Lawton conceptualiza esta área en términos de *recursos físicos del medio, recursos funcionales o equipamientos, percepción del medio de residencia realizada por los individuos, y recursos del medio altamente valorados* (Lawton 1977). Bajo estas premisas, en este estudio el entorno del barrio se va a contextualizar en la duración de la estancia, la accesibilidad a servicios, la percepción y naturaleza de problemas y la distancia al lugar de residencia de familiares y amigos.

Los mayores llevan una media de 38 años residiendo en el mismo barrio (desviación estándar: 16,0; mínimo: 1; máximo: 85), y se observa la existencia de asociación significativa ( $p\text{-value} \leq 0,05$ ) entre la duración de la estancia en el barrio y el número de problemas percibido en el mismo, la satisfacción con el barrio así como la satisfacción con los recursos económicos. De este modo, quienes llevan más tiempo residiendo en el mismo barrio declaran una más alta percepción de problemas u obstáculos para la vida en el mismo, y se posicionan en las categorías extremas del nivel de satisfacción con el barrio y con sus recursos económicos (muy o poco/nada satisfechos). De acuerdo con variables de carácter sociodemográfico se observa la existencia de asociación significativa ( $p\text{-value} \leq 0,05$ ) con la edad del mayor, la clase social y la zona de residencia, de forma que la estancia en el barrio es superior a 38 años entre los de clase social baja y media baja (quizás en relación con su incapacidad financiera para moverse) y quienes residen en municipios metropolitanos y rurales. También se observa una correlación positiva, elevada y significativa ( $r$  de Pearson: 0,548;  $p\text{-value} \leq 0,01$ ) entre la duración de la estancia en el barrio y en la misma casa, pues la movilidad, cuando ha existido, se ha realizado muchas veces dentro del mismo barrio (Puga González 2004).

### 7.7.2. Las dotaciones en el barrio: accesibilidad a los servicios

La accesibilidad a los recursos y servicios sociales en el área de residencia se va a analizar a partir de la percepción de la distancia a los mismos en función del nivel de competencia relacionado con la salud y el funcionamiento. En la encuesta CadeViMa se ha demandado información sobre el acceso a una amplia tipología de servicios: centros de salud de medicina general y especializada, educativos, deportivos, centros para mayores, culturales, tiendas de productos de uso habitual, transporte, zonas verdes, servicios religiosos, restauración. La percepción de la distancia a estos servicios está medida en una escala de tipo Likert de 5 puntos: 1: *muy lejos*; 2: *lejos*; 3: *ni cerca ni lejos*; 4: *cerca*; 5: *muy cerca*; se trata de una escala con sentido métrico que puntúa con mayor valor la percepción de la cercanía, al considerar una asociación entre la percepción de contigüidad y accesibilidad y el nivel de competencia. Bajo esta asunción se hallan resultados de otros estudios que han observado que el primer determinante del uso de servicios de un barrio es, precisamente, la proximidad (Carp et al. 1982), pero este aspecto estará en función del nivel de competencia relacionado con la salud y el funcionamiento.

¿Cuáles son los servicios que los mayores perciben como más cercanos y cuáles más alejados? En general, la población mayor percibe que los servicios, independientemente de las tipologías cuestionadas, están cerca. Según la descripción de frecuencias (gráfico 7.3) más de un tercio de los mayores percibe como «muy cercanos» los servicios relacionados con las zonas verdes, parques y jardines; los transportes públicos o privados (autobús, metro, taxi...); las tiendas de ultramarinos, panadería, supermercados; la parroquia u otros servicios religiosos; los centros de día y clubes para las personas mayores. Más de dos tercios de los mayores percibe como «cerca» los servicios sociales del barrio o localidad de residencia, los servicios de restauración (bares, cafeterías, restaurantes...), las instalaciones culturales (bibliotecas, cines, teatros, salas de exposición, etc.) y las instalaciones deportivas (polideportivos, pistas de baloncesto, tenis, fútbol, piscinas, etc.). En cambio, son percibidos como «lejos» los servicios relacionados con la salud, de forma que 10 de cada 100 mayores consideran que tanto el centro de salud de atención primaria como el centro de especialidades médicas están lejos o muy lejos de su lugar de residencia.

**GRÁFICO 7.3: Percepción de la distancia a servicios en el área de residencia**

Pero esta situación, expuesta de forma descriptiva, ha sido validada a partir de análisis multivariante, aplicando las técnicas de AF para la agrupación de variables y de AClus para la clasificación de sujetos.<sup>10</sup> Se han obtenido 4 grupos homogéneos, a saber: el grupo 1 percibe *estar lejos de todos los servicios* (10,6% de los casos agrupados); el grupo 2 (25,5% de los casos) *está cerca de los servicios de nivel barrio* (tiendas, transporte, restauración, centro de salud primaria, parroquia y servicios religiosos, servicios educativos) y de nivel municipio (centro de servicios sociales; centro cultural del

<sup>10</sup> Véase anexo 7.4 ([www.fbbva.es/TLFU/tlfu/esp/publicaciones/libros/fichalibro/index.jsp?codigo=603](http://www.fbbva.es/TLFU/tlfu/esp/publicaciones/libros/fichalibro/index.jsp?codigo=603)).

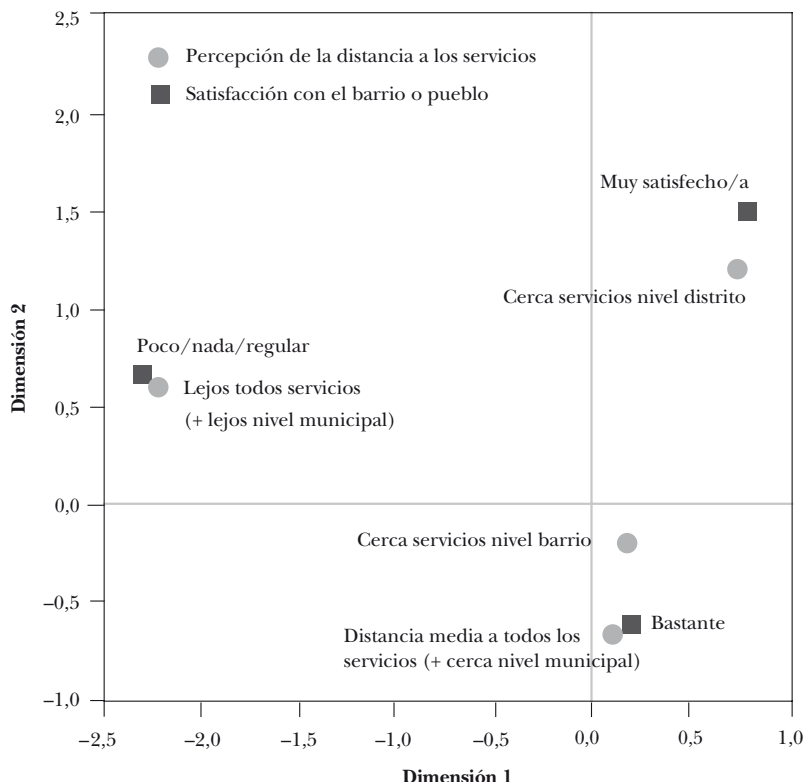
barrio; centro de día y clubes para personas mayores); el grupo 3 clasifica casi el 23% de los sujetos que declaran *estar cerca de los servicios de nivel distrito* (deportivos, centro de especialidades médicas, instalaciones culturales); con el 16,4% de los casos, el grupo 4 se caracteriza por la percepción de una *distancia en torno a la media a los servicios de nivel municipal y de distrito*.

Según dicha tipología de sujetos, no se observan diferencias estadísticamente significativas en relación con el sexo, la edad, la salud y el funcionamiento, como cabía esperar, pero existe asociación con la clase social y la zona de residencia, así como con varios elementos del barrio (tiempo de antigüedad, satisfacción, problemas percibidos...) y la sospecha de padecer depresión. También existe una relación directa entre la *percepción de la distancia a servicios* y el *número de problemas percibidos en el barrio*, de forma que percibir menos problemas se asociaría con la distancia media a todos los servicios o con *estar cerca de servicios de nivel barrio*, mientras que un mayor número de problemas se asociaría con la categoría *estar lejos de todos los servicios*. Por su lado, quienes declaran estar *menos satisfechos* con el barrio también perciben una mayor distancia a todos los servicios (gráfico 7.4), por oposición a *estar bastante o muy satisfechos* que se relaciona con una mayor cercanía o una distancia media a los servicios del área de residencia.

### **7.7.3. La percepción de la vida en comunidad: problemas, barreras u obstáculos a la movilidad en el barrio**

La valoración individual sobre el área de residencia se ha realizado a partir de la enumeración de problemas, entendidos como deficiencias o dificultades encontradas en el desarrollo de la vida (Durán Heras 1998). Pero también pueden ser valorados como deficiencias los comportamientos sociales y de convivencia, los problemas de morfología urbana y de deterioro medioambiental, y todo ello tendría un efecto más o menos negativo sobre las condiciones de vida (Fokkema et al. 1996). La evaluación de estas condiciones es indicativa del estado de bienestar y satisfacción de los mayores hacia su barrio. La percepción de estas dificultades puede deberse a diversas razones, unas relativas a la deficiente dotación de servicios de uso habitual, y otras a la percepción de accesibilidad en función de las circunstancias personales.

**GRÁFICO 7.4: Relación entre la clasificación de los mayores según la percepción de distancia a los servicios y la satisfacción con el barrio**



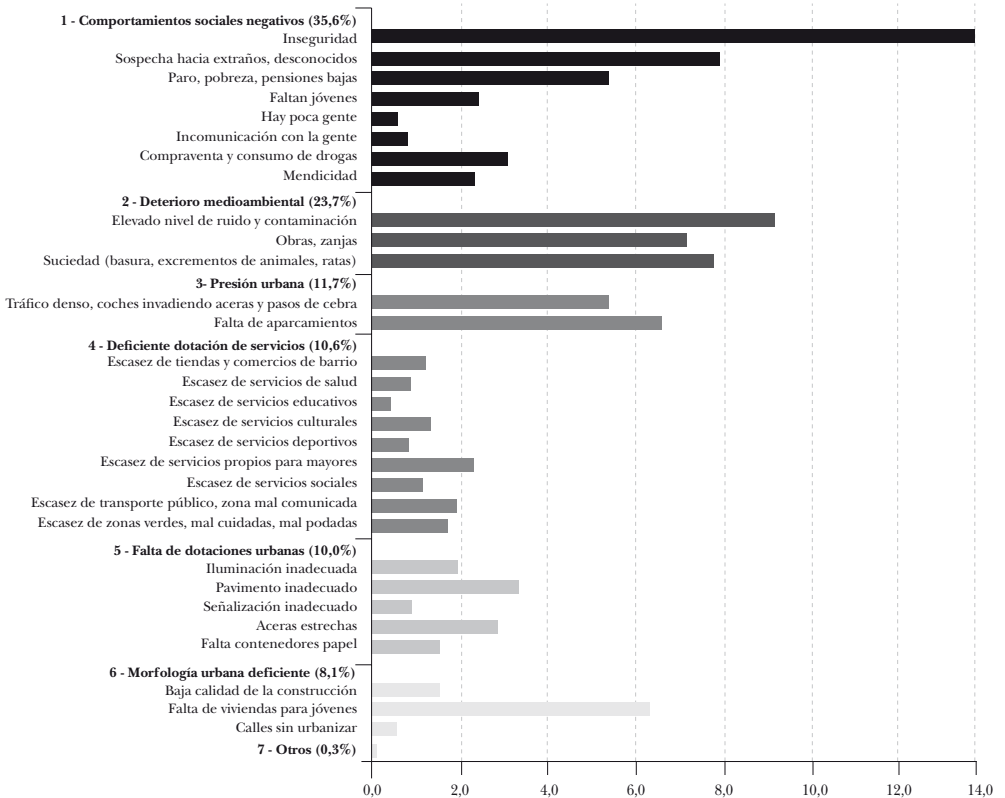
En el caso de los mayores de la Comunidad de Madrid, un 11% no percibe problemas en el barrio de residencia. Estos resultados difieren de los hallados en una investigación anterior sobre satisfacción residencial de los mayores en el municipio de Madrid (Rojo-Pérez et al. 2002), según la cual en el año 1997 una cuarta parte de los sujetos no percibía ningún problema, proporción que se reduce a la mitad al ampliar el espacio geográfico a toda la Comunidad de Madrid; consecuentemente, el número medio de problemas es ahora de 3,5, si se tienen en cuenta las personas que declaran no percibir ninguno, o de casi 4 excluyendo dicho grupo (media de 1,1 o 1,5 en 1997, respectivamente). La diferencia de resultados en dichas investigaciones podría deberse a la

formulación de la pregunta, pues, si bien ambas utilizan los mismos ítems de la escala, en la encuesta del año 2005 se recoge la información en una doble etapa, es decir, primera mención (respuesta simple) y resto de menciones (respuesta múltiple), con el propósito de explorar esta temática en toda su amplitud.

Y de entre los problemas mencionados es importante conocer de qué tipo de problemas se trata y cuáles son esas dificultades del entorno de residencia que más preocupan a los ancianos.

**GRÁFICO 7.5: Enumeración de los problemas más importantes percibidos por los mayores en su barrio de residencia<sup>1</sup>**

(porcentaje)



<sup>1</sup> Pregunta multirrespuesta: en porcentaje sobre el total de respuestas (1.578) de entre quienes declaran percibir problemas (399 casos).

El gráfico 7.5 muestra que la mayor proporción de respuestas tiene que ver con *problemas de comportamiento social y deterioro del ambiente de convivencia*; en este sentido, el inconveniente más frecuentemente citado es la *inseguridad en el entorno de residencia* (14% de las respuestas), en relación con los *atracos en la calle, robos en viviendas, pandillas por la calle, falta de vigilancia*; en orden de importancia sigue el elemento relativo a la *sospecha hacia extraños y desconocidos*, englobando bajo esta etiqueta a personas de diferente etnia y cultura. Este tema, el de la mejora de la seguridad ciudadana de las personas mayores, es uno de los objetivos del Plan de Acción para las Personas Mayores 2003-2007 para favorecer su integración y participación social (Instituto de Migraciones y Servicios Sociales 2003). Otras valoraciones bajo la misma tipología tienen que ver con el nivel socioeconómico marcado por la pobreza en el entorno, la incomunicación, la mendicidad y el consumo y compraventa de droga en la calle.

Las deficiencias relativas a la tipología sobre *deterioro medioambiental* como consecuencia de la *percepción de ruidos, contaminación, suciedad, obras y zanjas* en el entorno residencial constituyen un conjunto de problemas altamente percibido por los mayores, pues afecta a casi la cuarta parte de las respuestas. En proporciones cercanas son mencionados problemas también de tipo medioambiental, pero que han sido catalogados como de presión o estrés urbano por cuanto afectan a la densidad de tráfico y a la falta de aparcamiento.

Casi un 11% de las respuestas se refiere a problemas relativos a la *deficiente dotación de servicios* diversos (tiendas, centros de salud, servicios culturales, deportivos, sociales, zonas verdes, transporte, centros educativos, servicios propios para mayores...). El 10% de las respuestas informan sobre la *falta de infraestructura urbana* (inadecuación de iluminación, pavimento, calles, aceras, señalización viaria...), y con menores porcentajes se hallan problemas relacionados con la *morfología urbana* (calidad de la construcción, calles sin urbanizar, falta de vivienda para jóvenes...).

La aplicación de técnicas de estadística multivariante sobre la tipología de problemas reduce la información a 3 factores o variables latentes (obtenidos mediante la técnica de AF) y a 3 grupos homogéneos

de personas mayores (según la técnica AClus),<sup>11</sup> a saber: el 15% de los casos se clasifica en el grupo 1 caracterizado por la *percepción de muchos problemas*; el grupo 2 engloba casi tres cuartas partes de mayores que *perciben problemas en torno a la media*; y, finalmente, el grupo 3 se define por la *no percepción de problemas* o estos se sitúan *por debajo de la media*.

La relación de esta tipología de sujetos con diversas variables de tipo sociodemográfico, características del barrio y nivel de competencia relacionado con la salud y el funcionamiento evidencia asociación estadística significativa ( $p\text{-value} \leq 0,05$ ) con la clase social y el tamaño de hábitat, la antigüedad de residencia en el barrio, las enfermedades padecidas y, consecuentemente, el índice de comorbilidad, el funcionamiento y el estado de salud. En este sentido, quienes más problemas perciben, es decir, los que están clasificados en el clúster 1, suelen ser, en mayor proporción, de clase social media-alta y alta, llevan un tiempo de residencia en el mismo barrio o localidad inferior a la media (38 años), y declaran una salud relativamente mala (comorbilidad elevada, deficiente capacidad funcional, y valoración del estado de salud hoy y CVRS por debajo de la situación media). En el caso contrario, es decir, las personas que declaran no percibir problemas en el barrio (grupo homogéneo 3) son los de clase social media y baja, residentes en áreas rurales, con una antigüedad en el barrio por encima y por debajo de la media, y presentan una salud relativamente buena en relación con los sujetos del grupo anterior. El grupo caracterizado por la situación media en cuanto a la percepción de problemas (clúster 2) se caracteriza, fundamentalmente, por estar englobado en la clase social media baja, residir en Madrid municipio, llevar viviendo en el mismo barrio más de 40 años y presentar un buen estado de salud.

### **7.8. El medio humano en el área de residencia: los vecinos, relaciones y percepción**

La población que habita en el mismo entorno físico se ha considerado como el parámetro residencial de valor humano que

---

<sup>11</sup> Véase anexo 7.5 ([www.fbbva.es/TLFU/tlfu/esp/publicaciones/libros/fichalibro/index.jsp?codigo=603](http://www.fbbva.es/TLFU/tlfu/esp/publicaciones/libros/fichalibro/index.jsp?codigo=603)).



puede influir en la satisfacción con el ámbito de residencia en su conjunto. Este hecho ha sido demostrado en diversos estudios, entre los que cabe mencionar el realizado entre los mayores que viven en el municipio de Madrid (Rojo-Pérez et al. 2002).

La red vecinal, junto con la vivienda y el barrio, contribuye a explicar la satisfacción residencial de la población general en un barrio del municipio de Madrid en una proporción que alcanza el 66,2% de la varianza total (Amérigo Cuervo-Arango et al. 1988). En una investigación sobre la residencia de los mayores en el área central de la ciudad Tel Aviv (Ginsberg 1987) se sugiere que la interacción vecinal, a partir de la frecuencia de contactos con la red social próxima o vecinal y el intercambio de ayuda en relación con las necesidades de la vida diaria, es más fuerte en aquellos vecindarios más homogéneos, es decir, donde la población mayor está más arraigada por llevar más tiempo de residencia en el mismo lugar, y ello les hace sentirse más seguros, parámetro que desempeña un importante rol en la satisfacción residencial.

El parámetro *vecinos* como relación de amistad es uno de los seis que destaca Lawton (Lawton et al. 1975) para medir el bienestar de los residentes en casas planificadas (junto a satisfacción con la casa, estado de ánimo, movilidad, contactos familiares, participación activa), y afirma que las características personales de los residentes se relacionan con las del medio residencial.

En este contexto, la red vecinal es un componente del entorno residencial consustancial con la satisfacción hacia el mismo, de forma que la percepción que se tiene de los vecinos y la red de relaciones con ellos estarán relacionados con el grado de satisfacción residencial; de ahí la importancia de analizar estos elementos en el contexto de la vivienda y su entorno como dimensión de la calidad de vida.

Este aspecto del entorno residencial ha sido estudiado a partir de la percepción de los vecinos según el grado de acuerdo con una serie de frases que describen este colectivo:

- a) Son gente amable y educada.
- b) Son personas como Vd., o con los mismos intereses.
- c) Suelen prestar ayuda a los demás.
- d) Se meten mucho en la vida privada de la gente.
- e) Ocasionan muchas molestias (ruido, suciedad, etc.).

Los ítems están medidos en una escala de acuerdo en cinco niveles (*muy de acuerdo, bastante, regular, poco, nada*) con sentido métrico, de forma que en los tres primeros los valores de la escala van de 5 a 1, respectivamente, y en los dos últimos de 1 a 5.

Otra pregunta a partir de la cual se ha obtenido información es la satisfacción con las relaciones que se mantienen con los vecinos, en una escala tipo Likert de 5 niveles (5: *muy satisfecho*, 4: *bastante*, 3: *regular*, 2: *poco*, 1: *nada*) y contemplando la posibilidad de no mantener relaciones vecinales, que solo atañe al 1% de los casos, lo que ya denota la importancia de esta dimensión.

La imagen que los mayores tienen de los vecinos es muy positiva; de hecho, más del 60% de los casos consideran que los vecinos son amables, personas con los mismos intereses y que proporcionan ayuda en caso de necesidad; en el lado contrario, y abundando en la imagen de comportamiento, están los ítems relativos a aspectos negativos, siendo así que no parecen estar de acuerdo en que los vecinos sean personas entrometidas o molestas (cuadro 7.6).

**CUADRO 7.6: Percepción sobre la imagen y comportamiento de los vecinos en el área de residencia**

(porcentaje)

	Nada de acuerdo	Poco	Regular	Bastante	Muy de acuerdo	N (n.º de casos válido)
Grado de acuerdo sobre aspectos positivos de los vecinos						
En general, los vecinos son gente amable y educada	0,4	1,6	3,7	<b>68,3</b>	<b>26,0</b>	492
Son personas como Vd. o con los mismos intereses	1,0	3,7	6,4	<b>60,9</b>	<b>28,1</b>	488
Suelen prestar ayuda a los demás	1,8	7,2	9,8	<b>66,5</b>	<b>14,7</b>	489
Grado de acuerdo sobre aspectos negativos de los vecinos						
Se meten mucho en la vida privada de la gente	<b>41,0</b>	<b>47,3</b>	5,5	4,3	1,8	490
Ocasionan muchas molestias (ruido, suciedad, etc.)	<b>37,7</b>	<b>47,5</b>	8,2	5,7	0,8	488

La relación subyacente entre los ítems sobre la percepción de vecinos se ha analizado mediante la aplicación de las técnicas estadísticas AF y AClus.<sup>12</sup> Se han obtenido 4 grupos homogéneos de sujetos según la percepción o imagen que los mayores residentes en la Comunidad de Madrid tienen de sus vecinos. Así, el grupo 1 muestra opiniones muy favorables de sus vecinos mientras que los sujetos del grupo 2 las tiene completamente desfavorables; por su lado, el grupo 3 acoge a los mayores que no muestran acuerdo ni con los comportamientos y opiniones positivas de los vecinos ni con las negativas, y el grupo 4 considera que los vecinos son gente amable, educada y con los mismos intereses (elevado nivel de acuerdo con opiniones positivas), pero también que son cotillas y ocasionan muchas molestias (elevado nivel de acuerdo con opiniones negativas).

Esta percepción sobre el comportamiento de los vecinos muestra asociación estadística significativa ( $p\text{-value} \leq 0,005$ ) con varios aspectos de tipo sociodemográfico. Así, en general, tienen opiniones más favorables de los vecinos quienes tienen más edad, los que viven en el municipio de Madrid, perciben menos problemas en su barrio de residencia y están más satisfechos con ese entorno residencial.

## **7.9. La expresión de la satisfacción residencial y factores explicativos**

Tradicionalmente, para evaluar las condiciones de las viviendas se ponía el énfasis más o menos exclusivamente en factores físicos, y solo más recientemente se ha reconocido la importancia del impacto de estos aspectos residenciales de carácter físico sobre la percepción del residente y la evaluación que este hace de dichos factores (Lindberg et al. 1987). En este sentido, la importancia del doble enfoque objetivo-subjetivo en los estudios sobre calidad de vida a partir de la operacionalización de la satisfacción con cada dimensión de la misma está cada vez más aceptada (Mollenkopf et al. 2007). La complementariedad del doble enfoque

---

<sup>12</sup> Puede verse en el anexo 7.6 ([www.fbbva.es/TLFU/tlfu/esp/publicaciones/libros/fichalibro/index.jsp?codigo=603](http://www.fbbva.es/TLFU/tlfu/esp/publicaciones/libros/fichalibro/index.jsp?codigo=603)).

objetivo-subjetivo radica en la observada tendencia a considerar elevados niveles de satisfacción frente a unos aspectos normativos u objetivos no tan favorables (Golant 1984; Birren et al. 1991).

Bajo estas premisas, se considera que la satisfacción residencial expresa la evaluación de los individuos sobre los aspectos normativos del entorno residencial en relación con las expectativas o necesidades y el nivel de consecución o satisfacción de las mismas, y ello influido, consecuentemente, por el individuo y sus circunstancias de vida. Así, en este epígrafe se analiza la satisfacción con el entorno residencial, pero también se estudia la relación de esta expresión subjetiva con los rasgos personales y del espacio físico de vida al amparo de la multidimensionalidad del hecho residencial (Francescato 2002).

Se ha medido la satisfacción para cada uno de los elementos del entorno residencial (vivienda, barrio, vecinos) en tres variables categóricas de cinco niveles cada una (5: *muy satisfecho/a*, 4: *bastante satisfecho/a*, 3: *regular*, 2: *poco satisfecho/a* y 1: *nada satisfecho/a*), que tienen sentido métrico, de modo que pesa menos tener poca o nada satisfacción y más percibir una satisfacción muy elevada.

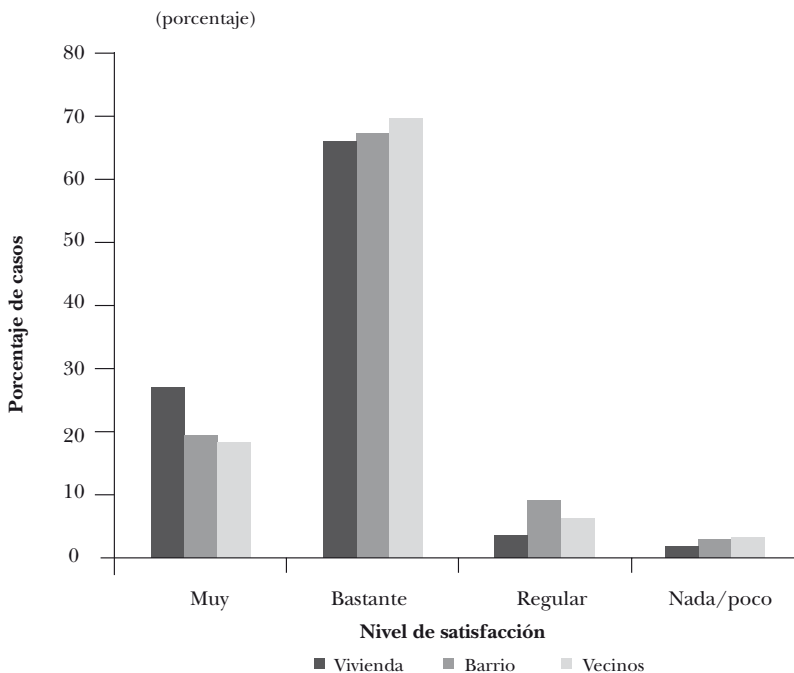
La satisfacción con la casa, el barrio o el vecindario es muy elevada (gráfico 7.6), y prácticamente es insignificante la proporción de mayores que declaran estar poco o nada satisfechos. Para el tamaño muestral estudiado no se ha observado asociación estadística significativa entre la satisfacción hacia cada uno de los ámbitos residenciales y la edad y el género del mayor, aunque se observa la tendencia a una menor satisfacción entre las mujeres y las personas de más edad.

Como medida de satisfacción residencial global se ha generado un indicador mediante la técnica ACor utilizando como información de base las variables de satisfacción residencial parcial (casa, barrio, vecinos).<sup>13</sup> Así, se han obtenido 3 grupos de sujetos; el primero es el formado por los mayores que declaran estar *muy satisfechos* con los tres elementos residenciales; el segundo se compone de quienes valoran su satisfacción parcial como *bastante satisfechos*, y el tercero aglutina a quienes están *regular, poco o nada satisfechos*.

---

<sup>13</sup> Todo ello expuesto en el anexo 7.7 (Véase [www.fbbva.es/TLFU/tlfu/esp/publicaciones/libros/fichalibro/index.jsp?codigo=603](http://www.fbbva.es/TLFU/tlfu/esp/publicaciones/libros/fichalibro/index.jsp?codigo=603)).

**GRÁFICO 7.6: Percepción de la satisfacción hacia cada uno de los elementos del entorno residencial**



De la aplicación de un test de medias entre el indicador de satisfacción residencial global y otras variables sociodemográficas se observa que la satisfacción es más alta, en general, entre los individuos de clase social media, y entre quienes viven en ámbitos geográficos de mayor tamaño. Asimismo, se muestra asociación estadística significativa ( $p\text{-value} \leq 0,05$ ) con los rasgos personales derivados del nivel de competencia relacionado con la salud ( $r$  de Pearson: n.º de enfermedades  $-0,113$ ; depresión:  $-0,169$ ; índice de capacidad funcional:  $0,111$ ; CVRS:  $0,152$ ; EQ-5D-12 o estado de salud hoy:  $0,130$ ) y el funcionamiento ( $r$  de Pearson: índice de capacidad funcional de Barthel:  $0,094$ ; escala de independencia funcional:  $0,111$ ), de modo que la satisfacción residencial es más alta cuando se tiene mejor salud y capacidad funcional.

Después de comprobar la asociación entre la satisfacción residencial global y las características personales de los mayores, interesa ahora conocer cuáles son los factores del entorno residencial determinantes de dicha satisfacción. Para ello se ha realizado un

ARLM, que dio resultados relevantes en investigaciones previas sobre el municipio de Madrid (Rojo-Pérez et al. 2001). La variable dependiente ha sido la satisfacción residencial global, que se corresponde con la dimensión 1 obtenida del ACor previo; como variables independientes han sido utilizadas bien variables originales, bien variables latentes (componentes principales) provenientes de los AF realizados para cada conjunto de información de los tres ámbitos residenciales considerados,<sup>14</sup> a saber:

- a) *Vivienda*: disponibilidad de espacio, antigüedad, dotaciones básicas vs. necesarias, dotaciones de confort, reformas necesarias.
- b) *Edificio*: dotaciones necesarias, dotaciones de confort; accesibilidad en el entorno próximo (calle a edificio o portal; interior del portal, interior de la vivienda).
- c) *Barrio*: años de residencia, percepción de la distancia a servicios de nivel distrito, de nivel barrio y de nivel municipio; percepción de problemas en el barrio (problemas de morfología urbana, deterioro del comportamiento social y de convivencia, dotación de servicios sociales; deterioro medioambiental como ruidos, contaminación, obras y zanjas; falta de infraestructuras urbanas y presión urbana).
- d) *Vecinos*: grado de acuerdo con opiniones positivas y desacuerdo con opiniones negativas sobre el comportamiento de los vecinos.

Como componentes principales que son, se trata de variables estandarizadas, con media 0 y varianza 1. Cuando de variables originales se trata, han sido estandarizadas.

De toda esta información utilizada, el modelo de regresión obtenido explica en torno a un 30% de la varianza de la satisfacción residencial global ( $R^2$ : 0,312 y  $R^2$  ajustado: 0,292) a partir de once predictores cuya significación global es  $< 0,0001$  (cuadro 7.7). Los predictores de mayor peso en la ecuación de regresión son los dos relativos a las opiniones sobre el comportamiento de los vecinos,

---

<sup>14</sup> Véase el anexo 7 ([www.fbbva.es/TLFU/tlfu/esp/publicaciones/libros/fichalibro/index.jsp?codigo=603](http://www.fbbva.es/TLFU/tlfu/esp/publicaciones/libros/fichalibro/index.jsp?codigo=603)).

**CUADRO 7.7: Factores explicativos de la satisfacción residencial global entre la población mayor no institucionalizada en la Comunidad de Madrid**

Variables predictoras	Variable criterio: Dimensión 1, resultante del ACOR realizado con las variables de satisfacción con la casa, el barrio y los vecinos								
	1-Coeficiente de correlación de la variable independiente con el criterio) ( <i>r</i> )	2-Coeficientes no Estandarizados <i>B</i>		3-Coeficientes Estandarizados Beta		4-Significación	5-Incremento de <i>R</i> <sup>2</sup>	6-Coeficiente de Contribución 6 = 1 * 3	7- Coeficiente de Contribución (en %)
		<i>B</i>	Error típ.	Beta					
		0,006	0,043						
	( <i>Constante</i> )								
Descuerdo con las opiniones negativas de los vecinos	0,305	0,254	0,045	0,250	0,000	0,093	0,076	24,43	
Acuerdo con las opiniones positivas de los vecinos	0,293	0,260	0,044	0,256	0,000	0,086	0,075	24,00	
N.º de reformas muy necesarias en la casa	-0,235	-0,158	0,044	-0,156	0,000	0,033	0,036	11,69	
Distancia a servicios de nivel municipal (servicios sociales, centro cultural del barrio, centros de día y clubes para mayores)	0,185	0,175	0,045	0,172	0,000	0,024	0,032	10,23	
Antigüedad de la vivienda	0,142	0,188	0,047	0,185	0,000	0,019	0,026	8,41	
Distancia a servicios de nivel distrito (instalaciones deportivas, otras instalaciones culturales, centro de especialidades médicas)	0,206	0,127	0,046	0,125	0,006	0,010	0,026	8,26	
Distancia a servicios de nivel barrio o comunitario (tiendas, transporte, bares, cafeterías, restaurantes, centro salud primaria, parroquia, centros educativos)	0,131	0,110	0,045	0,109	0,014	0,008	0,014	4,56	
N.º de dotaciones de confort en el edificio	0,081	0,136	0,050	0,133	0,007	0,013	0,011	3,44	
Dotaciones básicas vs necesarias en la vivienda	0,105	0,105	0,046	0,103	0,024	0,009	0,011	3,44	
N.º de dotaciones de confort en la vivienda	0,031	0,113	0,047	0,111	0,016	0,009	0,003	1,10	
N.º de dotaciones necesarias en el edificio	-0,014	-0,087	0,048	-0,085	0,069	0,010	0,001	0,39	
								0,312	

Coefficiente de correlación múltiple entre las variables independientes y la criterio (*R*) = 0,558;  
 Coeficiente de determinación (o de correlación múltiple al cuadrado) *R*<sup>2</sup> = 0,312; *R*<sup>2</sup> ajustado = 0,292; Sig. *F* < 0,0001

que conjuntamente explican casi la mitad de la variabilidad de la satisfacción residencial global (véase columna 7 del cuadro 7.8).

Así, esta será mayor al aumentar tanto el desacuerdo con las opiniones negativas sobre los vecinos (*los vecinos se meten mucho en la vida privada de la gente; ocasionan muchas molestias como ruido, suciedad, etc.*) como el de acuerdo con las opiniones positivas (*en general, los vecinos son gente amable y educada; son personas como Vd. y con los mismos intereses; suelen prestar ayuda a los demás, etc.*).

En cuarto, sexto y séptimo orden del modelo (según el porcentaje del coeficiente de contribución de la columna 7) aparece la distancia percibida a los servicios en el área de residencia, de modo que una mayor cercanía a los servicios de nivel *municipio*, seguidos de los de nivel *distrito* y los de nivel *barrio* determinarán una más elevada satisfacción residencial. Recuérdese que esta división de servicios según área administrativa ha sido validada por un AF, de modo que han sido considerados como servicios de nivel barrio aquellos de mayor demanda, mientras que los de distrito son servicios más específicos y sirven a áreas de mayor tamaño poblacional.

Así, según los resultados expuestos, más de un 70% de la variabilidad de la satisfacción residencial explicada por el modelo de regresión obtenido se basa en factores de tipo perceptual, como son las opiniones sobre los vecinos y la cercanía o lejanía a los servicios del entorno; es decir, de entre los predictores retenidos en el modelo, los cinco que explican la mayor parte de la satisfacción residencial son de carácter subjetivo, lo que vuelve a poner de manifiesto la importancia de este enfoque en la satisfacción residencial en la población mayor (Rojo-Pérez et al. 2001).

En cuanto a los determinantes de carácter objetivo, el factor de mayor fuerza explicativa en la satisfacción residencial (casi explica un 12% de la variabilidad total) es el constituido por las reformas percibidas como muy necesarias en la casa (con coeficiente beta de  $-0,156$ ), de modo que un menor número de reformas hará valorar de forma más positiva la satisfacción residencial. La antigüedad de la vivienda también explicaría una mayor satisfacción residencial; siendo así que se ha comprobado que las casas más antiguas son las peor dotadas, quizás la influencia de la antigüedad sobre la satisfacción residencial podría estar aludien-



do a un mayor apego con la casa o también a la incapacidad financiera de la población mayor para mudarse de domicilio.

Por su lado, el nivel de dotaciones, tanto en la casa como en el edificio o finca donde esta se localiza, se erigen también en factores explicativos de la satisfacción residencial global, si bien son los de menor peso en la ecuación de regresión. En cualquier caso, el hecho de tener más dotaciones de confort, bien en la vivienda (aire acondicionado, lavavajillas...), bien en el edificio (portería, jardín, piscina, garaje o aparcamiento...), es un elemento constitutivo de satisfacción con el entorno físico de vida. Por su lado, un menor nivel de dotaciones necesarias en la finca o edificio se opone a tener una satisfacción elevada; ello se explica porque la dotación necesaria del edificio considerada en la investigación es el ascensor, y, descontando un 13% de mayores que viven en edificios que no requieren ascensor porque se trata de planta baja sin escaleras, todavía una cuarta parte de los mayores de la Comunidad de Madrid residen en edificios que carecen de este dispositivo. Las dotaciones básicas y necesarias también aparecen entre los factores explicativos de la satisfacción residencial global a la edad anciana.

## 7.10. Conclusiones

La población mayor envejece en su entorno habitual, en su vivienda de casi toda la vida, escenario que es común tanto en la Comunidad de Madrid como en el resto de España. Y esta situación es la preferida por la población para vivir su etapa de envejecimiento (Rojo-Pérez et al. 2007a), lo que está siendo previsto por las políticas sociales que plantean el mantenimiento de la población anciana en su espacio de vida familiar el mayor tiempo posible. Frente a ello, una movilidad residencial no deseada podría conllevar una importante carga de insatisfacción y, como consecuencia, de empeoramiento en la calidad de vida.

Pero el mayor no solo vive en su entorno habitual sino que lo hace en una casa que suele ser de su propiedad, lo que está también ampliamente extendido en todo el país. Bajo estas premisas iniciales, los ancianos muestran un gran apego por el lugar en donde han vivido a lo largo de su vida y, especialmente, por la

casa, y mantienen tal identidad con este entorno que no cabe poner en cuestión la dimensión residencial como uno de los atributos importantes en su calidad de vida. De hecho, de entre las dimensiones de la calidad de vida analizadas en esta investigación, los tres elementos del entorno residencial, *vivienda*, *vecinos* y *barrio o localidad*, ocupan el segundo, tercer y cuarto puesto, respectivamente, detrás de las relaciones familiares, en cuanto a las categorías *bastante* y *muy satisfecho/a*.

En el estudio de la Comunidad de Madrid se ha confirmado la relación directa entre la edad de la población mayor (media: 75 años) y la antigüedad de la casa que ocupa (media: 41 años) (Cri-bier 1988; Bond et al. 1993; Hare 1993; Anderson et al. 1994; Pynos et al. 1996). Pero también se ha observado una relación inversamente proporcional entre el nivel de dotaciones de la casa y del edificio con la antigüedad; sin embargo, no se ha demandado información sobre el nivel de adaptación o mantenimiento de los elementos que constituyen el equipamiento de la casa (frigorífico, lavadora, infraestructura de calefacción, u otros enseres móviles), si bien, muchas veces, están en mal estado (Bond et al. 1993). Aunque algunas dotaciones están ampliamente generalizadas en las viviendas de los mayores (si se exceptúa las de confort, como aire acondicionado y lavavajillas), todavía, una cuarta parte de ellos no tiene ducha o bañera en su casa, una proporción similar carece de ascensor en su edificio, y también es reseñable que existan viviendas ocupadas por mayores que carecen de sistema centralizado de calefacción o de otros dispositivos para elevar la temperatura.

En oposición a esta situación dotacional, las viviendas de los mayores son de relativo tamaño (84 m<sup>2</sup> de superficie media) para un tamaño (media: 1,9 personas) y estructura del hogar dominados por la convivencia en pareja, una vez que los hijos se han independizado, o por la soledad debida a la viudedad, de modo que no cabe hablar de hacinamiento en las viviendas ocupadas por sus propietarios de edad.

Esta situación de las viviendas de los mayores puede ser problemática, especialmente para aquellos cuyas condiciones económicas no les permiten acometer reformas de adaptación a las circunstancias personales en relación con las necesidades derivadas de la salud y el funcionamiento. Sin embargo, en este contexto de

modificación de la casa, solo 4 de cada 10 mayores considera necesario algún tipo de obra, y generalmente no se trata de reformas de envergadura sino de mantenimiento, como es el hecho de pintar la casa o alguna habitación. Ser más mayor así como tener peor nivel de salud y funcionamiento se asocia con una más alta necesidad de reformar la casa.

La movilidad residencial de los mayores durante su ciclo de vida ha sido baja; pero cuando ha existido se ha llevado a cabo, generalmente, dentro del mismo entorno o barrio, de modo que la duración media de la estancia en la casa y en el barrio está muy próxima (en torno a 40 años); la no movilidad residencial, o la mayor duración de la estancia en el mismo entorno físico, se asocia con los más mayores y con aquellos de clase social media-baja e inferior, quizás debido a su incapacidad financiera para moverse (Gonyea et al. 1990).

En cuanto al entorno exterior de residencia o barrio se ha observado una relación estrecha entre la accesibilidad a los servicios y su nivel de dotación en el espacio geográfico y administrativo, de modo que son más accesibles los servicios de nivel barrio por su mayor frecuencia de dotación. No existe una accesibilidad más alta en función de la edad del mayor y de su nivel de salud y funcionamiento, como cabía esperar; pero la percepción de la distancia a los servicios del área de residencia se asocia con la satisfacción con el barrio así como con los problemas u obstáculos que sobre dicho espacio declaran los mayores.

La percepción de problemas es elevada y de entre los más mencionados es relevante señalar que los agrupados bajo la categoría de *comportamientos sociales negativos* son los de mayor trascendencia; bajo este epígrafe se señalan problemas relativos a la inseguridad ciudadana y la sospecha hacia extraños y desconocidos, la incomunicación con la gente, la mendicidad y la pobreza. A estos problemas se añaden los de *deterioro medioambiental y morfología urbana*, como la contaminación por ruido y suciedad, el tráfico denso y la falta de aparcamiento, deficiente urbanización de las calles y baja calidad de la construcción. Pero los mayores son también conscientes de algunas deficiencias que no les afectan a ellos directamente sino a otros grupos demográficos, de forma que relatan problemas de falta de jóvenes e insuficiente dotación

de vivienda, o incluso la percepción del problema del paro. Los elementos mencionados en menor proporción son los relativos a la *dotación de servicios*.

Las relaciones con los vecinos constituyen otro de los atributos del entorno residencial altamente explicativo de la satisfacción residencial global como dimensión de calidad de vida. Se ha observado que casi 9 de cada 10 mayores tiene una idea muy positiva de sus vecinos; y esta percepción es independiente del género, pero se asocia directamente con la edad y la satisfacción del barrio, y negativamente con la percepción de problemas en el entorno, de modo que la integración en el barrio y con los vecinos son elementos relevantes en la calidad de vida de los mayores de la Comunidad de Madrid.

El espacio residencial próximo que constituye la casa, ocupada generalmente cuando sus habitantes eran más jóvenes, y el barrio donde se localiza han podido devenir en más o menos adaptados para las circunstancias personales actuales de los mayores, estrechamente relacionadas con la reducción del tamaño del hogar, de los recursos económicos, de las redes familiar y social, y también con la inseguridad sentida en el barrio, que hace que los mayores lo perciban como uno de los principales obstáculos o problemas del medio residencial. Sin embargo, el apego con el lugar físico de vida y con sus vecinos influye en que los mayores estén altamente identificados con el entorno donde residen, lo que se constituye en elementos latentes que ayudan a comprender el grado de satisfacción con este espacio de vida.

## Bibliografía

- ABELLÁN GARCÍA, A. y F. ROJO-PÉREZ. «Migración y movilidad residencial de las personas de edad en Madrid». *Anales de Geografía de la Universidad Complutense* n.º 17 (1997): 175-193.
- ABELLÁN GARCÍA, A. y M. D. PUGA GONZÁLEZ. «Patrones de entrada en discapacidad». *Revista Multidisciplinar de Gerontología* 14 n.º 2 (2004): 105-107.
- AMÉRIGO CUERVO-ARANGO, M. y J. I. ARAGONÉS. «Satisfacción residencial en un barrio remodelado: Predictores físicos y sociales». *Revista de Psicología Social* 3 n.º 1 (1988): 61-70.
- . «A theoretical and methodological approach to the study of residential satisfaction». *Journal of Environmental Psychology* 17 n.º 1 (1997): 47-57.

- ANDERSON, R. T. y C. F. LONGINO. «Concepts and measurement of the housing quality of older adults: developing a public-health approach». En E. W. FOLTS y D. E. YEATTS, eds. *Housing and the aging population: options for the new century*. Nueva York: Garland Publishing, Garland Reference Library of Social Sciences, Vol. 803, Issues in Aging, Vol. 2, 1994: 285-310.
- ANME, J. y T. TAKAYAMA. «Housing services related to the residential care for handicapped in Japan». *5th International Conference on Systems Science in Health. Social Services for the Elderly and the Disabled*. Ginebra: Swiss Institute for Public Health Press, 1994: 583-586.
- AURIA, A. y M. D. PÉREZ. «Los mayores y la vivienda». *Documentación Social* n.º 85 (1991): 187-198.
- BIRREN, J. E. y L. DIECKMANN. «Concepts and content of quality of life in the later years: an overview». En J. E. BIRREN, J. E. LUBBEN, J. C. ROWE y D. E. DEUTCHMAN, eds. *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly*. San Diego, CA: Academic Press, 1991: 344-360.
- BOND, J. «Living arrangements of elderly people». En J. BOND, P. COLEMAN y S. PEACE, eds. *Ageing in society. An introduction to social gerontology*. Londres: Sage, 1993: 200-225.
- BOND, J., P. COLEMAN y S. PEACE. *Ageing in society. An introduction to social gerontology*. Londres: Sage, 1993.
- BROMLEY, D. B. *Human ageing. An introduction to gerontology*. Harmondsworth: Penguin Books, 1988.
- CALLAHAN, J. J. «Introduction: aging in place». En J. J. CALLAHAN, ed. *Aging in place*. Amityville/Nueva York: Baywood Publishing Company, 1993: 1-4.
- CARP, F. M. «Housing and living arrangements of older people». En R. BINSTOCK, E. SHANAS, V. L. BENGTON, G. L. MADDOX y D. WEDDERBURN, eds. *Handbook of aging and the social sciences*. Nueva York: Van Nostrand Reinhold Company, 1976: 244-271.
- CARP, F. M. y A. CARP. «The Ideal Residential Area». *Research on Aging* 4 n.º 4 (1982): 411-439.
- CLÉMENT, S., J. MANTOVANI y M. MEMBRADO. «Vivre la ville à la vieillesse: se ménager et se risquer». *Les Annales de la Recherche Urbaine* 73 (1996): 90-98.
- CRIBIER, F. «Le Logement à l'heure de la Retraite: l'exemple des Parisiens». En C. BONVALET y P. MERLIN, eds. *Transformation de la Famille et Habitat*. París: INED, Travaux et Documents, Cahier n.º 120, 1988: 107-124.
- DURÁN HERAS, M. A. *La ciudad compartida. Conocimiento, afecto y uso*. Madrid: Consejo Superior de Colegios de Arquitectos de España, 1998.
- EVANDROU, M. y C. R. VICTOR. «Differentiation in later life: Social class and housing tenure cleavages». En B. BYTHEWAY, T. KEIL, P. ALLATT y A. BRYMAN, eds. *Becoming and being old. Sociological approaches to later life*. Londres: Sage, 1989: 104-120.
- FERNÁNDEZ-MAYORALAS, G., F. ROJO-PÉREZ y E. POZO-RIVERA. «El entorno residencial de los mayores en Madrid». *Revista Estudios Geográficos* LXIII n.º 248-249 (2002): 619-653.
- FOKKEMA, T., J. DE JONG GIERVELD y P. NIJKAMP. «Big Cities, Big Problems: Reason for the Elderly to Move?». *Urban Studies* 33 n.º 2 (1996): 353-377.
- FRANCESCATO, G. «Residential satisfaction research: The case for and against». En J. I. ARAGONÉS, G. FRANCESCATO y T. GÄRLING, eds. *Residential Environments: Choice, Satisfaction and Behavior*. Westport, Connecticut, Londres: Bergin and Garvey, 2002: 15-34.

- GINSBERG, Y. «The elderly in Central Tel Aviv». En W. VAN VLIET, H. CHOLDIN, W. MICHELSON y D. POPEONE, eds. *Housing and Neighborhoods. Theoretical and Empirical Contributions*. Londres: Greenwood Press, 1987: 291-301.
- GOLANT, S. M. «The effects of residential and activity behaviors on old people's environmental experiences». En I. ALTMAN, M. P. LAWTON y J. F. WOHLWILL, eds. *Elderly people and the environment. Serie: Human Behavior and Environment. Advances in Theory and Research*, vol. 7. Nueva York: Plenum Press, 1984: 239-278.
- GONYEA, J. G., R. B. HUDSON y G. B. SELTZER. «Housing Preferences of Vulnerable Elders in Suburbia». En L. A. PASTALAN, ed. *Optimizing housing for the elderly: homes not houses*. Nueva York: The Haworth Press, 1990: 79-95.
- GRAY, M. «Living environments for the elderly. 1: living at home». En N. WELLS y C. FREER, eds. *The ageing population. Burden or challenge?* Londres: MacMillan Press, 1988: 203-216.
- GRUNDY, M. «Living arrangements and social support in later life». En A. M. WARNES, ed. *Human Ageing and later life. Multidisciplinary perspectives*. Londres: Edward Arnold, 1989: 96-106.
- HARE, P. H. «Frail elders and the suburbs». En J. J. CALLAHAN, ed. *Aging in place*. Amityville/Nueva York: Baywood Publishing Company, 1993: 61-71.
- HAROOTYAN, R. A. «Las casas en que viviremos. Accesibilidad y Adaptabilidad». *Revista de Gerontología* 5 n.º 2 (1995): 118-125.
- HIGGINS, D. «Home equity as an income source for older adults». En E. W. FOLTS y D. E. YEATTS, eds. *Housing and the aging population: options for the new century*. Nueva York: Garland Publishing, Garland Reference Library of Social Sciences, Vol. 803, Issues in Aging, Vol. 2, 1994: 311-337.
- INSTITUTO DE MIGRACIONES Y SERVICIOS SOCIALES. *Plan de Acción para las Personas Mayores 2003-2007*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría General de Asuntos Sociales, Instituto de Migraciones y Servicios Sociales, 2003. Disponible en internet en [www.imersomayores.csic.es/documentos/programas/basededatos/imsero-plan20032007-01.pdf](http://www.imersomayores.csic.es/documentos/programas/basededatos/imsero-plan20032007-01.pdf).
- KELLAHER, L., S. M. PEACE y C. HOLLAND. «Environment, identity and old age: Quality of life or a life of quality?». En A. WALKER y C. HAGAN HENNESSY, eds. *Growing older. Quality of Life in old age*. Londres: Open University Press, 2004: 60-80.
- LAWTON, M. P. «The impact of the environment on aging and behavior». En J. E. BIRREN, W. K. SCHAE, J. BOTWINICK, S. CHOWN y C. EISDORFER, eds. *Handbook of the Psychology of aging*. New York: Van Nostrand Reinhold, 1977.
- LAWTON, M. P., L. NAHEMOW y J. TEAFF. «Housing characteristics and the well-being of elderly tenants in federally assisted housing». *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 30B n.º 5 (1975): 601-607.
- LE BORGNE-UGUEN, F., S. PENNEC y F. DOUGUET. *L'adaptation de l'habitat chez des personnes de plus de 60 ans souffrant de handicaps et/ou de maladies et vivant à domicile. Les usages et interactions entre les personnes, les proches et les professionnels*. París: MIRE, Université de Bretagne Occidentale, Atelier de recherche sociologique, 2000: 211.
- LINDBERG, E., T. GARLING, H. MONTGOMERY y R. WAARA. «People's evaluation of housing attributes. A study of underlying beliefs and values». *Scandinavian Housing and Planning Research* n.º 4 (1987): 81-103.
- MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES, SECRETARÍA GENERAL DE ASUNTOS SOCIALES e INSTITUTO DE MAYORES Y SERVICIOS SOCIALES. *I Plan Nacional de Accesibilidad, 2004-2012. Por un nuevo paradigma, el Diseño para Todos, hacia la plena igualdad*

- de oportunidades*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría General de Asuntos Sociales, Instituto de Mayores y Servicios Sociales 2003: 207.
- MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES, SECRETARÍA DE ESTADO DE SERVICIOS SOCIALES FAMILIAS Y DISCAPACIDAD e INSTITUTO DE MAYORES Y SERVICIOS SOCIALES. eds., *Atención a las personas mayores en situación de dependencia en España. Libro blanco*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad; Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2004: 1022.
- MOLLENKOPF, H. y A. WALKER, eds. *Quality of Life in Old Age. International and Multidisciplinary Perspectives*. Dordrecht: Springer, Social Indicators Research Series, Volume 31, 2007: 248.
- PASTALAN, L. A., ed. *Aging in place: the role of housing and social supports*. Nueva York: The Haworth Press, 1990a: 130.
- . *Optimizing housing for the elderly: homes not houses*. Nueva York: The Haworth Press, 1990b.
- PEACE, S., C. HOLLAND y L. KELLAHER. *Environment and identity in late life*. Maidenhead: Open University Press, 2006.
- PUGA GONZÁLEZ, M. D. *Estrategias residenciales de las personas de edad. Movilidad y curso de vida*. Barcelona: Fundación La Caixa, 2004.
- PUGA GONZÁLEZ, M. D. y A. ABELLÁN GARCÍA. *El proceso de discapacidad. Un análisis de la Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud*. Madrid: Pfizer, 2004.
- PYNOOS, J., E. COHEN, L. DAVIS y S. BERNHARDT. «Home modifications improvements that extend independence». En V. REGNIER y J. PYNOOS, eds. *Housing the aged: design objectives and policy considerations*. Nueva York: Elsevier, 1987: 277-303.
- PYNOOS, J. y V. REGNIER. «Improving residential environments for frail elderly: bridging the gap between theory and application». En J. E. BIRREN, J. E. LUBBEN, J. C. ROWE y D. E. DEUTCHMAN, eds. *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly*. San Diego, CA: Academic Press, 1991: 91-119.
- PYNOOS, J. y S. GOLANT. «Housing and living arrangements for the elderly». En R. H. BINSTOCK, L. K. GEORGE, V. W. MARSHALL, G. C. MYERS y J. H. SCHULZ, eds. *Handbook of aging and the social sciences*. San Diego: Academic Press, 1996: 303-324.
- ROJO-PÉREZ, F., G. FERNÁNDEZ-MAYORALAS, E. POZO-RIVERA y J. M. ROJO-ABUÍN. «Ageing in place: predictors of residential satisfaction of elderly». *Social Indicators Research* 54 n.º 2 (2001): 173-208.
- . *Envejecer en casa: la satisfacción residencial de los mayores en Madrid como indicador de su calidad de vida*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Col. Monografías, n.º 23, 2002.
- ROJO-PÉREZ, F. y G. FERNÁNDEZ-MAYORALAS. «El entorno residencial». En A. ABELLÁN GARCÍA, E. DEL BARRIO TRUCHADO, P. CASTEJÓN VILLAREJO, C. ESPARZA CATALÁN, G. FERNÁNDEZ-MAYORALAS, G. PÉREZ ORTIZ, M. D. PUGA GONZÁLEZ, F. ROJO-PÉREZ y M. SANCHO CASTIELLO, eds. *A propósito de las condiciones de vida de las personas mayores. Encuesta 2006*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales, Colección Estudios, Serie Documentos Estadísticos, n.º 22.009, 2007a: 41-63.
- ROJO-PÉREZ, F., G. FERNÁNDEZ-MAYORALAS, V. RODRÍGUEZ-RODRÍGUEZ, M. E. PRIETO-FLORES y J. M. ROJO-ABUÍN. «Entorno residencial de los mayores en España. Hacia una clasificación municipal». *Boletín de la Asociación de Geógrafos Españoles* n.º 43 (2007b): 51-72.

- ROJO-PÉREZ, F., G. FERNÁNDEZ-MAYORALAS, V. RODRÍGUEZ-RODRÍGUEZ y J. M. ROJO-ABUÍN. «The Environments of Ageing in the Context of the Global Quality of Life among Older People Living in Family Housing». En H. MOLLENKOPF y A. WALKER, eds. *Quality of Life in Old Age. International and Multidisciplinary Perspectives*. Dordrecht: Springer, Social Indicators Research Series, Volume 31, 2007c: 123-150.
- SUBDIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN SOCIAL. *Plan de Mayores*. Madrid: Comunidad de Madrid, Consejería de Familia y Asuntos Sociales, Dirección General del Mayor, interactivo. Madrid: s.a. Disponible en internet en [www.madrid.org/cservicios\\_sociales/index\\_mayor.htm](http://www.madrid.org/cservicios_sociales/index_mayor.htm)
- WHITTEN, P. y E. KAILIS. «Conditions de logement des personnes âgées dans l'UE. Thème 3 «Population et conditions sociales». *Statistiques en Bref (Population et Conditions Sociales)* n°. 14 Septembre (1999): 1-7. Disponible en internet en [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY\\_OFFPUB/CA-NK-99-014/FR/CA-NK-99-014-FR.PDF](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/CA-NK-99-014/FR/CA-NK-99-014-FR.PDF) (Fecha de acceso: 12-02-2007).





## 8. Estado emocional, recursos personales para afrontar la vida y espiritualidad

*María Eugenia Prieto-Flores*

Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III

### 8.1. Introducción

Una de las definiciones más completas de *calidad de vida* es la propuesta por Lawton como «la evaluación multidimensional, de acuerdo con criterios intrapersonales y sionormativos, del sistema persona-entorno de un individuo en tiempo pasado, presente y anticipado» (Lawton 1991). Este capítulo está dedicado especialmente a aquellos aspectos intrapersonales relacionados con el estado emocional en términos de sentimientos y actitudes, como también de recursos personales para afrontar la vida. De este modo se hace referencia a sentimientos de felicidad, ilusión, intranquilidad, tristeza, seguridad en sí mismo y soledad, entre otros. Se consideran también valores relacionados con la dignidad de las personas mayores como la posición y el reconocimiento por parte de la sociedad, el respeto y el trato recibidos, la satisfacción con la apariencia física, la capacidad para tomar decisiones y la libertad para expresar los propios pensamientos. Finalmente, se aborda el papel de la espiritualidad y la religiosidad en la vida de este grupo poblacional, como elementos particulares para el afrontamiento (Park, 2005) y cuyo estudio atrae cada vez más la atención de los investigadores en calidad de vida (Peterson et al. 2006).

La personalidad es un importante factor en la evaluación de la calidad de vida en la vejez, habiéndose comprobado que la confianza en las propias habilidades y la estabilidad emocional contribuyen a experimentar una mejor calidad de vida (Hagberg et

al. 2002). También se ha demostrado que el estado emocional es un determinante clave en la valoración de la calidad de vida global que interviene en la asociación entre otros predictores con la calidad de vida (Heinonen et al. 2004).

Entre los distintos dominios de la calidad de vida global, las dimensiones emocional y espiritual tienen un vínculo estrecho con el dominio de salud. Por un lado, la salud constituye un factor que influye sobre el bienestar emocional de las personas mayores (Smith et al. 2002) y sobre la espiritualidad como un recurso para afrontar problemas de salud (Rippentrop et al. 2005), pero existe también evidencia del efecto protector de las emociones positivas en la salud (Ostir et al. 2004) y de la influencia de actitudes positivas en la aceptación de limitaciones de la salud mediante estrategias de afrontamiento (Bowling et al. 2007). De forma similar, se ha observado la importancia de la religión y la espiritualidad de las personas en su bienestar y en su estado de salud (Moreira-Almeida et al. 2006; Peterson et al. 2006). De este modo, la dimensión emocional y la dimensión espiritual mantendrían una relación mutua de causa y efecto con el dominio de salud.

La interacción de estos dominios, emocional y espiritual, con la salud ha sido también considerada y discutida en el seno de la Organización Mundial de la Salud. Así, con respecto al concepto de *salud*, incluido en el Preámbulo de su Constitución, como «un estado de completo bienestar físico, mental y social», la comisión ejecutiva, en su reunión de enero de 1998, revisó y enmendó ese texto, añadiendo el término *espiritual*; sin embargo, la propuesta no fue aprobada y se decidió mantenerla en revisión (Sein 2002). Una definición aún más holística de la *salud* proviene de la propuesta por comunidades indígenas australianas: «La salud no solo significa bienestar físico del individuo, sino también bienestar social, emocional, espiritual y cultural de toda la comunidad» (National Health and Medical Research Council 1996). Por su parte, la *American Journal of Health Promotion* basa su filosofía en una definición multidimensional de la promoción de la salud conformada por la salud física, emocional, social, espiritual e intelectual.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Véase [www.healthpromotionjournal.com](http://www.healthpromotionjournal.com).

## 8.2. Medición de los dominios emocional y espiritual

Con el propósito de recoger información útil para el conocimiento de la dimensión emocional, en términos de sentimientos positivos y negativos, y de recursos personales para afrontar la vida, se incorpora la variable subjetiva extensamente utilizada de *percepción sobre la propia edad* (Cleaver et al. 2002) en tres categorías (*me siento mayor, más joven, de la edad que tengo*). Asimismo se emplean dos conjuntos de preguntas que responden a objetivos específicos; el primero, relativo a *estados de ánimo*, mide la frecuencia en cinco niveles (*siempre, a menudo, algunas veces, rara vez, nunca*) con que los encuestados experimentaban sentimientos de felicidad, intranquilidad o nerviosismo, aburrimiento o apatía, depresión o tristeza, ilusión o ganas de hacer cosas, seguridad en sí mismos, soledad, o utilidad. El segundo grupo de interrogantes se centra en la *satisfacción* (*muy satisfecho, bastante, regular, poco, nada*) de los individuos con sus propias capacidades y con las actitudes de la sociedad para con ellos, que conforman aspectos esenciales de la dignidad y que, a su vez, constituyen recursos que pueden contribuir a un mejor afrontamiento de la vida en la vejez: capacidad para tomar decisiones, libertad para expresar los pensamientos, apariencia física, posición en la sociedad y reconocimiento por parte de la misma, respeto y trato recibido. Tanto el primero como el segundo conjunto de variables se consideran en este trabajo bajo el epígrafe de *bienestar emocional*. En todos los casos, se trata de variables cualitativas cuyas categorías tienen sentido ordinal, dando mayor valor a la categoría más positiva. Esta información ha sido tratada mediante técnicas de estadística multivariante (AF y ACor) tal y como se explica detalladamente en el anexo metodológico.<sup>2</sup>

Con respecto al dominio de espiritualidad y religiosidad, el punto de partida consiste en indagar acerca del grado de acuerdo con algunas afirmaciones para conocer el significado de esta dimensión en la vida de los mayores encuestados: me considero una persona espiritual y ello da significado, sentido y utilidad a mi

---

<sup>2</sup> Véase anexo 8.1 ([www.fbbva.es/TLFU/tlfu/esp/publicaciones/libros/fichalibro/index.jsp?codigo=603](http://www.fbbva.es/TLFU/tlfu/esp/publicaciones/libros/fichalibro/index.jsp?codigo=603)).

vida; Dios juega un papel importante en mi vida; mis creencias religiosas me ayudan a entender o enfrentarme con situaciones difíciles de la vida. Asimismo, se pregunta en qué situaciones encuentra fuerza y consuelo en su religión o espiritualidad.<sup>3</sup> Finalmente, se consulta sobre la afiliación religiosa y se examina la frecuencia de asistencia a misa u otros oficios religiosos, como también a otras actividades no formales organizadas en la iglesia o comunidad religiosa.

### 8.3. El bienestar emocional en la calidad de vida de las personas mayores

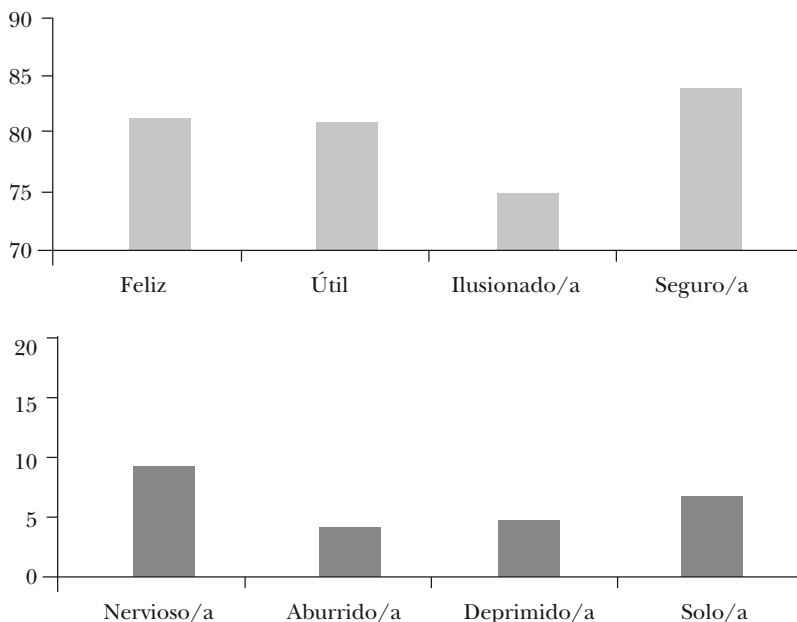
Distintos recursos individuales (físicos, materiales, sociales y psicológicos) han sido identificados por su importancia para facilitar la consecución de objetivos y también para compensar las pérdidas que acompañan el proceso de envejecimiento (Steverink et al. 2001). Entre los recursos psicológicos de afrontamiento, se destacan los sentimientos de autoestima, la percepción de control sobre las situaciones que se producen en la vida y la habilidad para manejarlas, y la percepción sobre la eficacia o respuesta hacia situaciones imprevistas o estresantes (Penninx et al. 1997; Bisschop et al. 2004). Para el presente estudio se ha seleccionado un conjunto de variables enfocadas en las capacidades personales y sociales que favorecerían un mejor afrontamiento de la vida.

El estado emocional percibido indica que, en general, los sentimientos positivos tienen un peso mayor en la población estudiada que los negativos. Así, la proporción de personas que declaran sentirse felices, útiles, ilusionadas o seguras de sí mismas, a menudo o siempre, oscila de un 77,1% (*ilusionado*) a un 85,5% (*seguro*), en contraposición a las emociones negativas, en las que el porcentaje de mayores que a menudo o siempre admiten sentirse *nerviosos*, *aburridos*, *deprimidos* o *solos*, varía entre un 11,3% (*nervioso*) a un 5,9% (*aburrido*) (gráfico 8.1).

---

<sup>3</sup> El tratamiento estadístico de esta información relativa al significado de la espiritualidad y la religiosidad en la vida de las personas puede verse en el anexo 8.2 ([www.fbbva.es/TLFU/tlfu/esp/publicaciones/libros/fichalibro/index.jsp?codigo=603](http://www.fbbva.es/TLFU/tlfu/esp/publicaciones/libros/fichalibro/index.jsp?codigo=603)).

**GRÁFICO 8.1: Estado emocional percibido: sentimientos positivos y negativos**  
(porcentaje)



De forma similar a los sentimientos, la *satisfacción con la capacidad para tomar decisiones*, la *libertad para expresar los pensamientos*, la *apariencia física*, la *posición en la sociedad* y el *reconocimiento de esta hacia los mayores*, y el *respeto y trato recibido*, reflejan una alta valoración por parte de las personas encuestadas, especialmente con relación al *respeto y al trato que obtienen de los demás*: se alcanza un 95% de personas que se encuentran bastante o muy satisfechas. Los valores más bajos corresponden a la *satisfacción con la apariencia física* (86,9%).

A partir de un AF<sup>4</sup> pudo demostrarse la asociación entre los sentimientos positivos como factor opuesto a la asociación entre los sentimientos negativos, así como una cierta independencia del sentimiento de soledad, quizás asociado con la depresión y el aburrimiento.

<sup>4</sup> Véase anexo 8.1 ([www.fbbva.es/TLFU/tfu/esp/publicaciones/libros/fichalibro/index.jsp?codigo=603](http://www.fbbva.es/TLFU/tfu/esp/publicaciones/libros/fichalibro/index.jsp?codigo=603)).

Por lo que respecta a la estructura subyacente de las variables de satisfacción con capacidades personales y sociales, se observan dos componentes bien diferentes:<sup>5</sup> uno relativo a la satisfacción de los mayores con el *reconocimiento externo y con su imagen física* (posición y reconocimiento en la sociedad, el respeto y trato de los demás, y apariencia física), y otro relacionado con las *propias capacidades*, la satisfacción con el *poder de decisión y expresión*, incluyendo la *toma de decisiones* y la *libertad para expresar sus pensamientos*.

Si bien la mayor parte de la población entrevistada ha valorado positivamente su *estado emocional*, por un lado, y su *satisfacción con los recursos personales y sociales para afrontar la vida*, por otro, no es mayoritario, sin embargo, el número de personas que evalúa positivamente ambos conjuntos de variables. Asimismo, existen diferencias de acuerdo con características sociodemográficas y de salud que merecen ser analizadas, como se verá más adelante.

De acuerdo con ello, se ha obtenido una variable única<sup>6</sup> que relaciona las valoraciones positivas y negativas respecto al estado emocional y a los recursos personales y sociales de afrontamiento. Esta variable se ha denominado *bienestar emocional* y contiene cuatro grupos de personas mayores: en primer lugar, un tercio que evalúa su bienestar emocional como *positivo*, tanto en términos de su estado emocional como de sus recursos de afrontamiento. En contraposición, casi un 36% que valoran *negativamente* su bienestar emocional general (ambas subdimensiones). En otro 23% de los casos se produce una cierta *divergencia* entre la *percepción del estado emocional* y la *valoración de los recursos de afrontamiento*, ya que se trata de personas que evalúan de forma positiva sus sentimientos pero de forma negativa sus recursos personales y sociales para afrontar la vida. Finalmente, el grupo menos numeroso lo constituyen quienes a pesar de mostrarse *satisfechos con sus recursos personales y sociales* para afrontar la vida, valoran *negativamente su estado emocional*.

El bienestar emocional varía de acuerdo con determinadas características de las personas mayores en la Comunidad de Madrid, tal y como puede apreciarse en el cuadro 8.1.

---

<sup>5</sup> Véase anexo 8.2 ([www.fbbva.es/TLFU/tlfu/esp/publicaciones/libros/fichalibro/index.jsp?codigo=603](http://www.fbbva.es/TLFU/tlfu/esp/publicaciones/libros/fichalibro/index.jsp?codigo=603)).

<sup>6</sup> Véase anexo 8.3 ([www.fbbva.es/TLFU/tlfu/esp/publicaciones/libros/fichalibro/index.jsp?codigo=603](http://www.fbbva.es/TLFU/tlfu/esp/publicaciones/libros/fichalibro/index.jsp?codigo=603)).

**CUADRO 8.1: Diferencias en el bienestar emocional de las personas mayores**

(porcentaje)

		Bienestar emocional				Total
		Valoración del estado emocional y recursos de afrontamiento				
Variables	Categorías	Emocional (+)	Emocional (-)	Emocional (+)	Emocional (-)	
		Afrontamiento (+)	Afrontamiento (-)	Afrontamiento (-)	Afrontamiento (+)	
N (n.º de casos válido)		158	171	110	40	479
Porcentaje		33,0	35,7	23,0	8,4	100,0
<b>Edad</b>		(0,005)				
65-74 años		<b>38,1</b>	28,0	<b>25,8</b>	8,1	236
75-84		30,8	<b>39,5</b>	22,1	7,6	172
85 y más		21,1	<b>52,1</b>	15,5	<b>11,3</b>	71
<b>Percepción de su edad</b>		(0,000)				
Más joven		<b>38,9</b>	25,5	<b>30,2</b>	5,4	149
La edad que tengo		31,5	<b>38,0</b>	20,0	<b>10,5</b>	305
Mayor		15,8	<b>79,0</b>	5,3	0,0	19
<b>Clase social</b>		(0,000)				
Baja		22,0	<b>54,5</b>	17,4	6,1	132
Media Baja		31,4	31,0	<b>27,5</b>	<b>10,0</b>	229
Media		<b>49,4</b>	21,0	22,2	7,4	81
Media Alta/Alta		<b>45,9</b>	29,7	16,2	8,1	37
<b>Índice de comorbilidad</b>		(0,000)				
≤ 5		<b>44,4</b>	19,6	<b>27,8</b>	8,3	133
6-10		<b>34,9</b>	32,0	<b>24,0</b>	<b>9,1</b>	175
11-15		24,7	<b>51,9</b>	16,1	7,4	81
16 +		20,0	<b>52,2</b>	20,0	7,8	90
<b>Estado general de salud hoy comparado con últimos 12 meses</b>		(0,000)				
Mejor		<b>59,7</b>	15,8	15,8	<b>8,8</b>	57
Igual		<b>33,1</b>	32,8	<b>26,4</b>	7,8	348
Peor		12,3	<b>64,4</b>	12,3	<b>11,0</b>	73
<b>Satisfacción con el estado de salud en general</b>		(0,000)				
Poco/ Nada		3,9	<b>69,2</b>	19,2	7,7	26
Regular		5,7	<b>71,7</b>	20,8	1,9	53
Bastante		25,5	<b>37,2</b>	<b>28,3</b>	<b>9,0</b>	290
Muy satisfecho/a		<b>74,1</b>	5,6	10,2	<b>10,2</b>	108
<b>Nivel de depresión (subescala HADS-D)</b>		(0,000)				
≤ 4,00		<b>44,2</b>	22,1	<b>26,4</b>	7,3	303
4,01-10,00		14,4	<b>55,5</b>	19,9	<b>10,3</b>	146
11,00 +		4,2	<b>83,3</b>	0,0	<b>12,5</b>	24

Test de la  $\chi^2$ : entre paréntesis, *p-value*; NS: *p-value* no significativo. En negrita, valor igual o superior a la situación media.

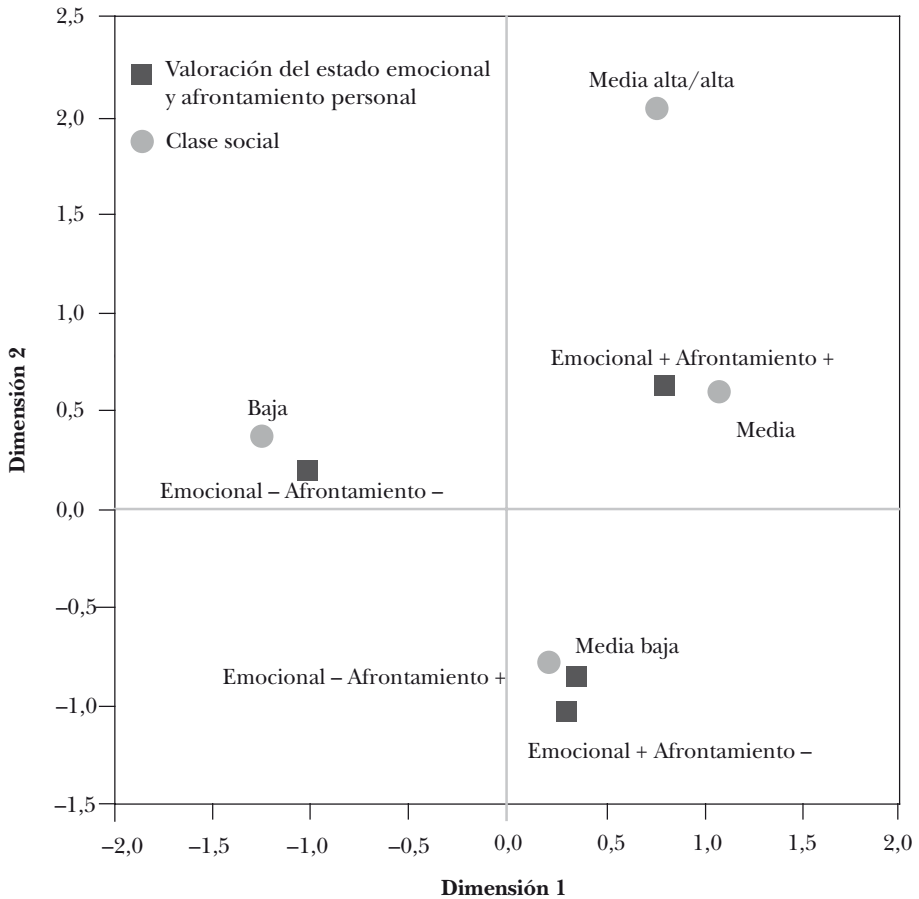


Así, la edad aparece como una variable que influye en la valoración del estado emocional y los recursos de afrontamiento, y se va produciendo una desmejora a medida que se envejece. Del mismo modo, la edad percibida parece estar asociada a esta dimensión: quienes se sienten mayores de lo que son presentan claramente valores negativos en su bienestar emocional, e inversamente, entre quienes se sienten más jóvenes se clasifican en proporciones por encima de la media en el bienestar emocional más positivo.

A medida que las personas mayores se adentran en edades más avanzadas podrían percibir un menor control sobre los distintos aspectos de su vida (Schieman 2001) lo que impactaría sobre su bienestar emocional y su calidad de vida. Sin embargo, debe destacarse que la edad subjetiva parece estar más estrechamente asociada al bienestar emocional que la edad cronológica. Así, son más quienes presentan valores negativos entre aquellas personas que se sienten mayores de lo que son (79%) que entre quienes efectivamente se encuentran en edades avanzadas (52%). En la misma línea, estudios previos han demostrado que la salud percibida constituye un importante predictor de la distancia entre la edad objetiva y la edad subjetiva; quienes evalúan su salud con valores altos tienden a sentirse más jóvenes de lo que son (Cleaver et al. 2002).

El bienestar emocional estaría también relacionado con la clase social (gráfico 8.2 y cuadro 8.1), y se diferencian claramente tres grupos: en sujetos con una *clase social baja* se asociarían *autovaloraciones negativas* tanto del estado emocional como de los recursos de afrontamiento, la *clase social media baja* se relacionaría con las categorías *disonantes del bienestar emocional* (estado emocional positivo y afrontamiento negativo y viceversa), mientras que los *valores óptimos de bienestar emocional* corresponderían a las personas de *clase media y superiores*.

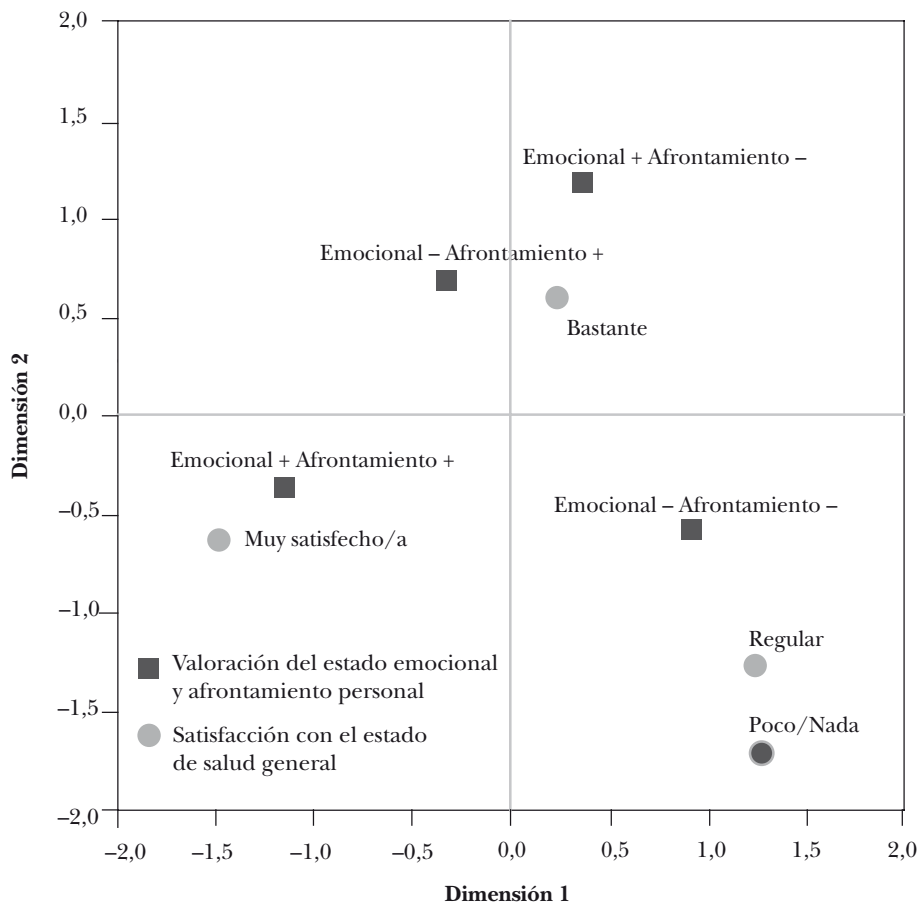
Entre las distintas dimensiones que conforman la calidad de vida de las personas, se ha comprobado que la salud constituye un factor de gran influencia sobre el estado emocional, de manera que una mayor severidad de problemas de salud percibidos parece influir negativamente en el bienestar emocional (Efklides et al. 2003). En el cuadro 8.1 se han incluido algunas de las variables más ilustrativas de la asociación entre estos dos dominios de la calidad de vida.

**GRÁFICO 8.2: Relación entre el bienestar emocional y la clase social**

En primer lugar, se observa que la proporción de personas con un bajo bienestar emocional aumenta entre quienes tienen un alto índice de comorbilidad, mientras que un menor índice se corresponde con una percepción más positiva de la dimensión emocional.

Por su lado, la variable *estado general de salud hoy comparado con los últimos 12 meses*, medido con el instrumento EQ-5D, presenta también una clara asociación con el dominio emocional: los mayores que perciben su salud mejor que antes reflejan valores positivos en su bienestar emocional y, de forma contraria, los que tienen un peor estado de salud se encuentran con un bajo bienestar emocional.

**GRÁFICO 8.3: Relación entre el bienestar emocional y la satisfacción con el estado de salud general**



La variable de *satisfacción con el estado de salud general* confirma asimismo esta tendencia, de forma que las categorías representadas en un plano cartesiano bidimensional (gráfico 8.3) presentan una clara asociación con el bienestar emocional, y destaca la estrecha relación existente entre sentirse muy satisfecho con el estado de salud y evaluar óptimamente el propio estado emocional y los recursos de afrontamiento.

Finalmente, las puntuaciones en la escala de depresión Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D) se vinculan estrechamente con las del dominio emocional, de modo que los valores altos de depresión se corresponden con una percepción negativa

del estado emocional, en tanto que los valores más bajos de depresión se asocian a un mejor bienestar emocional (cuadro 8.1).

#### 8.4. Religión y espiritualidad en la calidad de vida de los mayores

Un recurso de afrontamiento de gran importancia en este grupo poblacional es el constituido por la religión y la espiritualidad. Para este estudio se han seleccionado las definiciones de estos términos utilizadas en el trabajo de Moreira-Almeida y Koenig (Moreira-Almeida et al. 2006), en el que se entiende por *religión* un «sistema organizado de creencias, prácticas, rituales y símbolos diseñados para facilitar el acercamiento a lo sagrado o trascendente»; y por *espiritualidad* «la búsqueda personal para la comprensión de respuestas a preguntas fundamentales sobre la vida, su significado, y sobre la relación con lo sagrado y lo trascendente, que puede (o no) conducir al desarrollo de rituales religiosos y a la formación de comunidades».

Tal y como se ha expuesto, la dimensión *religión y espiritualidad* ha sido abordada, en primer lugar, valorando el grado de acuerdo respecto a las siguientes afirmaciones: «Me considero una persona espiritual y ello da significado, sentido y utilidad a mi vida»; «Dios juega un papel importante en mi vida»; «mis creencias religiosas me ayudan a entender o enfrentarme con situaciones difíciles de la vida». Las personas mayores que informan estar bastante o muy de acuerdo con estos tres enunciados representan porcentajes similares en cada uno de ellos (60,7%, 60,3% y 58,6%, respectivamente). Los encuestados que, por el contrario, están poco o nada de acuerdo descienden a un 29,6%, 26,7% y 26,5% en cada caso. Cabe destacar que una menor proporción de personas se encuentra en una situación intermedia, al mostrarse medianamente de acuerdo con dichas afirmaciones.

Un AF<sup>7</sup> sobre estas tres variables resultó en un único factor con un elevado poder explicativo, que podría definirse como *autoposicionamiento religioso y espiritual*, y que puede ser categorizado en cuatro tipos según la menor o mayor importancia otorgada a este dominio. Estos resultados están en la línea de los hallados por

---

<sup>7</sup> Véase anexo 8.4 ([www.fbbva.es/TLFU/tfu/esp/publicaciones/libros/fichalibro/index.jsp?codigo=603](http://www.fbbva.es/TLFU/tfu/esp/publicaciones/libros/fichalibro/index.jsp?codigo=603)).

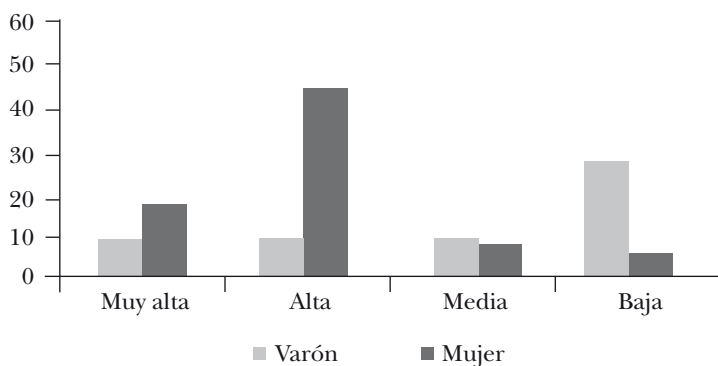
Hyman y Handal en un estudio basado en las definiciones y evaluaciones, por profesionales religiosos, de distintos aspectos de la religión y la espiritualidad (Hyman et al. 2006). En dicho trabajo, y mediante un análisis de componentes múltiples, se obtuvo también un solo factor definido como *religión/espiritualidad*, concluyendo que los límites entre ambos aspectos siguen siendo poco nítidos.

El lugar que ocupa la dimensión religiosa y espiritual varía con relación a distintas características de las personas mayores, entre las que se destaca el sexo ( $p\text{-value} < 0,001$ ), como principal rasgo diferenciador entre las variables sociodemográficas con respecto a esta dimensión (gráfico 8.4); las mujeres otorgan un alto valor a este dominio en su vida, mientras que los varones le dan una menor importancia.

**GRÁFICO 8.4: Autoposicionamiento religioso y espiritual por sexo.**

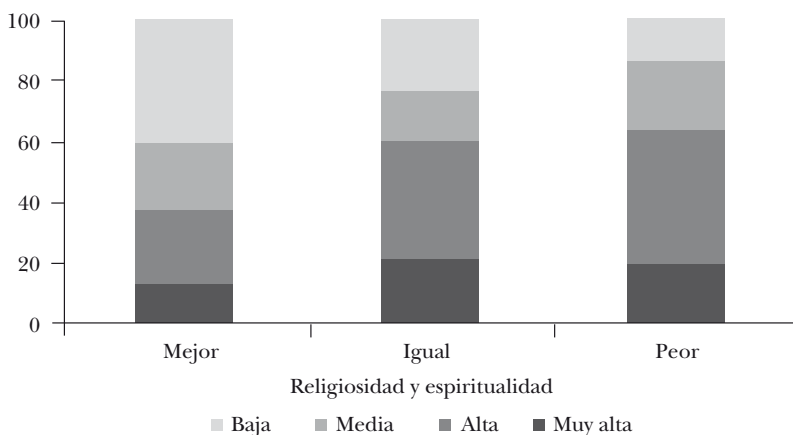
**Importancia dada a la religión y espiritualidad**

(porcentaje)



La salud, observada en diversos rasgos, bien objetivos (número de enfermedades, subescala de depresión HADS-D, escala de independencia funcional EIF) o subjetivos (valoración del estado de salud, satisfacción con la salud) muestra una asociación estadística significativa ( $p\text{-value} \leq 0,05$ ) con la dimensión religiosa y espiritual. Y bajo este contexto, como síntesis de dicha asociación, el gráfico 8.5 muestra que un empeoramiento del estado general de salud hoy comparado con los últimos 12 meses (a partir del instrumento EQ-5D) llevaría a las personas a cobijarse más en su religión y espiritualidad.

**GRÁFICO 8.5: Autoposicionamiento religioso y espiritual según estado de salud comparado con los últimos 12 meses**  
(porcentaje)

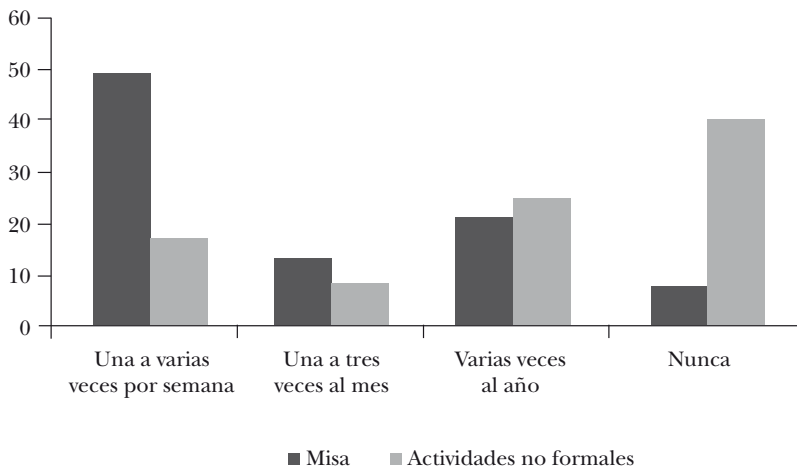


En este sentido, a la pregunta acerca de aquellas situaciones en las que las personas encuentran fuerza y consuelo en su religión o espiritualidad, la mayoría respondió que lo buscaba frente a problemas de salud, enfermedades, dolor, depresión, sufrimiento y ante la muerte. De hecho, el cuidado espiritual ha sido extensamente reconocido como un elemento fundamental en el sistema total de cuidado provisto por los servicios de cuidado paliativo, y la percepción del significado de la vida al final de esta merece ser considerada en los estudios de calidad de vida de los mayores (Coleman 2001).

En cuanto a la afiliación religiosa, el 88,2% de los encuestados son católicos y la mayoría acude a misa con una frecuencia de al menos una vez por semana, como se muestra en el gráfico 8.6, siguiendo una pauta formal.

Con relación a la participación en actividades no formales organizadas en la iglesia, sin embargo, el porcentaje desciende a 18%, mientras que un 44% informa no participar nunca. Nuevamente, se encuentran diferencias significativas de acuerdo con el sexo, y son las mujeres quienes acuden más tanto a misa como a las otras actividades no formales. Estas diferencias se corresponden con los datos nacionales del Informe de Mayores (Pérez Ortiz 2005). A lo largo del tiempo, en las culturas occidentales, el nú-

**GRÁFICO 8.6: Frecuencia de asistencia a misa y de participación en actividades no formales organizadas en la iglesia o en la comunidad religiosa<sup>1</sup>**  
(porcentaje)



<sup>1</sup> En la frecuencia de asistencia a misa se incluyen también otros oficios religiosos de carácter formal, exceptuando ceremonias de tipo social, como bodas, comuniones o funerales. En actividades no formales se incluyen rezar, meditar, participar en el coro, atender o visitar enfermos, etc.

mero de mujeres que practica la religión ha excedido al de varones, y también es mayor entre ellas la probabilidad de buscar en la religión una forma de enfrentar las dificultades de la vida (Coleman 2005).

## 8.5. Conclusiones

El proceso de envejecimiento supone importantes cambios en la vida de las personas que repercuten en su estado emocional y en su satisfacción con la vida. La forma en que los mayores experimentan distintas situaciones dependerá en gran medida de diversos recursos individuales. En este capítulo se han analizado las dimensiones de bienestar emocional y de espiritualidad con sus respectivos subdominios y su correlación. También se ha estudiado la estrecha relación existente entre estas dos

dimensiones con determinadas variables sociodemográficas y de salud.

Uno de los principales aportes de este trabajo consiste en la generación de variables integradoras de diversos aspectos pertenecientes a cada una de las dos dimensiones analizadas. De este modo, la variable sobre el *bienestar emocional* de las personas mayores ha permitido combinar características relacionadas con el *estado emocional* (sentimientos positivos y negativos) y con *recursos personales para afrontar la vida* (capacidades personales y reconocimiento externo). En cuanto a la dimensión *espiritual*, una única variable integra el autoposicionamiento tanto religioso como espiritual.

El análisis de los dominios *emocional* y *espiritual* en relación con la dimensión de *salud* apoya los resultados obtenidos en investigaciones previas que demuestran asociaciones directas entre distintas condiciones de salud y el bienestar emocional, y entre la salud y la religiosidad. Sin embargo, no por ello debe olvidarse la importancia de aquellos casos en los que puede observarse, por ejemplo, un alto bienestar emocional frente a malas condiciones de salud, situaciones conocidas como «paradojas» en la calidad de vida.

Direcciones futuras sobre esta temática deberían estar encaminadas hacia la compleja tarea de búsqueda de relaciones de causalidad de las dimensiones de *bienestar emocional* y *religiosidad* respecto a la dimensión de *salud*. Asimismo, se prevé evaluar la contribución de tales dimensiones a la calidad de vida global, teniendo presente que el estado emocional interviene en el efecto de distintos factores sobre la satisfacción con la vida.

## Bibliografía

- BISSCHOP, M. I., D. M. W. KRIEGSMAN, A. T. F. BEEKMAN y D. J. H. DEEG. «Chronic diseases and depression: the modifying role of psychosocial resources». *Social Science & Medicine* 59 n.º 4 (2004): 721-733.
- BOWLING, A., S. SEETAJ, R. MORRIS y S. EBRAHIM. «Quality of life among older people with poor functioning. The influence of perceived control over life». *Age and Ageing* 36 n.º 3 (2007): 310-315.
- CLEAVER, M. y T. E. MULLER. «I want to pretend I'm eleven years younger: subjective age and senior's motives for vacation travel». *Social Indicators Research* 60 n.º 1-3 (2002): 227-241.



- COLEMAN, P. «Spiritual beliefs and existential meaning in later life». *Newsletter of the Growing Older Programme* n.º 2 (2001): 4.
- . «Spirituality and ageing: the health implications of religious belief and practice». *Age and Ageing* 34 n.º 4 (2005): 318-319.
- EFKLIDES, A., M. KALAITZIDOU y G. CHANKIN. «Subjective Quality of Life in Old Age in Greece. The Effect of Demographic Factors, Emotional State, and Adaptation to Aging». *European Psychologist* 8 n.º 3 (2003): 178-191.
- HAGBERG, M., B. HAGBERG y B. I. SAVEMAN. «The significance of personality factors for various dimensions of life quality among older people». *Ageing & Mental Health* 6 n.º 2 (2002): 178-185.
- HEINONEN, H., A. R. ARO, A.-M. AALTO y A. UUTELA. «Is the Evaluation of the Global Quality of Life Determined by Emotional Status?». *Quality of Life Research* 13 n.º 8 (2004): 1.347-1.356.
- HYMAN, C. y P. J. HANDAL. «Definitions and Evaluation of Religion and Spirituality Items by Religious Professionals: A Pilot Study». *Journal of Religion and Health* 45 n.º 2 (2006): 264-282.
- LAWTON, M. P. «A multidimensional view of quality of life in frail elders». En J. E. BIRREN, J. E. LUBBEN, J. C. ROWE y D. E. DEUTCHMAN, eds. *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly*. San Diego, CA: Academic Press, 1991: 3-27.
- MOREIRA-ALMEIDA, A. y H. G. KOENIG. «Retaining the meaning of the words religiosity and spirituality: A commentary on the WHOQOL SRPB group's "A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life" (62: 6, 2005, 1486-1497)». *Social Science and Medicine* 63 n.º 4 (2006): 843-845.
- NATIONAL HEALTH AND MEDICAL RESEARCH COUNCIL. *Promoting the health of Indigenous Australians. A review of infrastructure support for Aboriginal and Torres Strait Islander health advancement*. Canberra: NHMRC, 1996: 55.
- OSTIR, G. V., K. J. OTTENBACHER y K. S. MARKIDES. «Onset of Frailty in Older Adults and the Protective Role of Positive Affect». *Psychology and Aging* 19 n.º 3 (2004): 402-408.
- PARK, C. L. «Religion as a Meaning-Making Framework in Coping with Life Stress». *Journal of Social Issues* 61 n.º 4 (2005): 707-729.
- PENNINX, B. W. J. H., T. VAN TILBURG, D. M. W. KRIEGSMAN, D. J. H. DEEG, J. P. BOEKE y J. T. M. VAN EIJK. «Effects of Social Support and Personal Coping Resources on Mortality in Older Age: The Longitudinal Aging Study Amsterdam». *American Journal of Epidemiology* 146 n.º 6 (1997): 510-519.
- PÉREZ ORTIZ, L. «Actividades, actitudes y valores». En M. T. SANCHO CASTIELLO, ed. *Informe 2004. Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por Comunidades Autónomas*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales, Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2005: 549-641.
- PETERSON, M. y D. WEBB. «Religion and Spirituality in Quality of Life Studies». *Applied Research in Quality of Life* 1 n.º 1 (2006): 107-116.
- RIPPENTROP, A. E., E. M. ALTMAIER, J. J. CHEN, E. M. FOUND y V. J. KEFFALA. «The relationship between religion/spirituality and physical health, mental health, and pain in a chronic pain population». *Pain* 116 n.º 3 (2005): 311-321.
- SCHIEMAN, S. «Age, Education, and the Sense of Control: A Test of the Cumulative Advantage Hypothesis». *Research on Aging* 23 n.º 2 (2001): 153-178.

- SEIN, U. T. «Constitution of the World Health Organization and Its Evolution». *Regional Health Forum* 6 n.º 1 (2002): 47-64.
- SMITH, J., M. BORCHELT, H. MAIER y D. JOPP. «Health and Well-Being in the Young Old and Oldest Old». *Journal of Social Issues* 58 n.º 4 (2002): 715-732.
- STEVERINK, N., G. J. WESTERHOF, C. BODE y F. DITTMANN-KOHLI. «The Personal Experience of Aging, Individual Resources, and Subjective Well-Being». *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 56B n.º 6 (2001): 364-373.



## 9. Los determinantes subjetivos en la calidad de vida en la vejez y factores explicativos

*Fermina Rojo-Pérez*

*Gloria Fernández-Mayoralas*

Instituto de Economía, Geografía y Demografía

Centro de Ciencias Humanas y Sociales (CSIC)

### 9.1. Introducción y marco de estudio

Qué es *calidad de vida* es una pregunta muy común en la literatura científica sobre este tema, y puede haber tantas respuestas como tendencias en investigación, objetivos o enfoques disciplinares. En este sentido, no existe una definición única y, por tanto, la pregunta no se puede responder de forma sencilla, aunque parece emerger un acuerdo generalizado en considerar que la calidad de vida es un constructo multifacético y amorfo, al que ha de aproximarse de forma multidimensional, multidisciplinar y bajo el enfoque de indicadores objetivos y subjetivos. No obstante esta indeterminación desde el punto de vista científico, esta investigación se ha aproximado a la definición global y clásica del Grupo de Calidad de Vida de la OMS, según el cual la *calidad de vida* se refiere a la «percepción que el individuo tiene de su posición en la vida en el contexto cultural y de valores en el que vive y en relación a sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones» (The Whoqol Group 1995). Esta tesis pone el acento en los aspectos siguientes:

1. La idea de *calidad de vida individual* (Joyce et al. 1999), junto a otras concepciones complementarias que añaden los contextos familiar, comunitario y nacional (Sirgy 2001), concepción que proviene de la valoración que hacen los propios individuos sobre su entorno de vida.

2. El *enfoque dicotómico subjetivo-objetivo*, por cuanto son los individuos quienes se pronuncian sobre los aspectos normativos en relación con sus experiencias y expectativas.
3. La *influencia de diversos factores*, dominios o dimensiones que se han de considerar.
4. A este planteamiento se puede añadir el hecho de que la calidad de vida es dinámica y temporal, pues la importancia de cada dimensión puede variar si cambian las circunstancias de la vida (Hickey et al. 1999; Martínez-Martín 2006).

En los capítulos precedentes se han estudiado los diversos dominios sobre los que los mayores en la Comunidad de Madrid han apoyado y entendido su calidad de vida. Han sido hasta diecinueve los dominios o áreas importantes en la vida, en sentido amplio, en que la población mayor entiende comprendida su calidad de vida, siendo así que este colectivo distingue, como se ha expuesto en el capítulo 2, entre diversos aspectos de la red familiar, del ocio y del entorno residencial; de este modo, agrupando esos dominios por grandes temas la clasificación quedaría como sigue:

- Salud y funcionamiento.
- Situación laboral.
- Situación económica.
- Entorno residencial (vivienda y edificio o finca, barrio o pueblo o ciudad, vecinos).
- Ocio y tiempo libre (físico, viajes-turismo, pasivo, cultural, ocio y tiempo libre en genérico).
- Red social.
- Red familiar (matrimonio o pareja, red paterno-filial, red familiar en genérico).
- Apoyo social.
- Estado emocional.
- Valores y actitudes.
- Religiosidad y espiritualidad.

En la literatura científica relativa a población anciana no existe una tipología única de dominios (Lassey et al. 2001; Gabriel et al. 2004; Mollenkopf et al. 2007), si bien los referentes a las redes

familiar y social, la salud y el funcionamiento, el entorno residencial, las actividades de ocio, los recursos económicos y los recursos de apoyo estarían entre los factores comunes, además de que cada dominio es susceptible, a su vez, de contener diversos aspectos o subdominios, y estos han de ser aproximados a partir de respuestas de interés que reflejen niveles o estados (i. e.: nivel de salud o de funcionamiento), información sobre condiciones del entorno de vida, uso discrecional de servicios, etc., pero también incorporando otra información sobre preferencias o valores de los individuos y no solo sobre nivel o estado de comportamiento, sentimiento o situación (Stewart et al. 1994).

En este libro, los dominios de vida han sido analizados de forma específica o intradominio, pero también de forma amplia en relación con otras dimensiones o factores de la calidad de vida. En cualquier caso, el estudio se aborda de acuerdo con los presupuestos de partida de que la calidad de vida es un constructo que ha de ser analizado bajo el doble enfoque objetivo subjetivo, como es bien expuesto y mantenido en la literatura científica (Sirgy 2001), superado el debate de las posiciones unifocales (bien perspectiva objetiva, bien perspectiva subjetiva) de las etapas iniciales en los estudios de indicadores sociales (Noll 2002b), en la necesidad de proveer de información de ambos tipos para afrontar los retos de la planificación de políticas sociales (Veenhoven 2002) para la población objeto de estudio.

Los *aspectos objetivos* son aquellos que no requieren de la mediación perceptual del individuo y que son más fácilmente contables u observables; así, por ejemplo, en relación con las redes familiar o social, los indicadores objetivos podrían ser el tamaño de la red o la frecuencia de visitas; en cuanto a la dimensión salud, un aspecto objetivo relevante es el número de enfermedades diagnosticadas y el tipo; el número de actividades practicadas y el tipo entrarían dentro de la clasificación de medidas objetivas en cuanto al dominio del ocio y tiempo libre; por su lado, el nivel de ingresos en el dominio recursos económicos también pertenece a lo que se puede contar o medir; la tipología de vivienda, las dotaciones de la misma o el tipo de servicios en el entorno residencial son, asimismo, aspectos cuantificables.

Los indicadores de tipo subjetivo van más allá de las puras medidas objetivas (Diener 2006). Cómo cada individuo percibe o valora que esos aspectos objetivos pueden influir en su vida, ya sea tomada en sentido global o dominio-específica, es lo que se engloba bajo la terminología de *aspectos subjetivos*; estos indicadores se basan en el modelo de *bienestar subjetivo*, constructo que puede ser aproximado por medidas de satisfacción, felicidad, afectos positivos, afectos negativos (Michalos 1986; Diener 2006; Sirgy et al. 2006) lo que implica a dimensiones cognitivas y afectivas de este constructo.

A lo largo de los diversos capítulos de este libro ha quedado bien expresado el doble enfoque objetivo-subjetivo de cada dimensión de la vida, y se ha visto que los indicadores objetivos han sido diversos en cada dominio. Por su lado, la vertiente subjetiva ha sido medida en términos de satisfacción con cada uno de sus dominios. Como ha quedado expuesto, la calidad de vida se ha examinado en varios dominios de carácter específico: salud, funcionamiento y recursos de apoyo, redes familiar y social, recursos económicos, actividades de ocio y tiempo libre, entorno residencial y recursos personales de afrontamiento de vida. En el capítulo presente se profundiza en el dominio de rango superior, es decir, en la calidad de vida global, con el propósito de examinar las relaciones entre la calidad de vida y las dimensiones que componen dicho constructo, considerando la multidimensionalidad del mismo según los planteamientos teórico-conceptuales que han guiado la investigación.

El objetivo concreto de este capítulo es conocer qué atributos subjetivos de los dominios de la vida predicen la calidad de vida global, valorada por los individuos mayores, y cuál es la fuerza de explicación de los atributos predictores en este constructo global. Esta forma de proceder, es decir, el intento de obtención de un modelo de calidad de vida global basado en determinantes subjetivos, no invalida la concepción mantenida sobre la complementariedad del doble enfoque objetivo-subjetivo, por cuanto a lo largo del libro se ha visto la importancia de los factores objetivos y la valoración que de los mismos hacen los sujetos mayores en el análisis dominio-específico de la calidad de vida. El motivo de este abordaje se halla en que otras investigaciones ya han dejado constancia de la menor intensidad de los factores objetivos en la

varianza de la variable criterio en estudios de calidad de vida (Inglehart et al. 1986; Cummins 1998b; Bowling et al. 2001; Cummins et al. 2003; Rojo-Pérez et al. 2007); no obstante esta menor explicación de los determinantes objetivos, los subjetivos tampoco son perfectos aunque pueden ser usados como una potencial fuerza de conocimiento que ayude en la generación y establecimiento de políticas sociales (Diener 2006).

Bajo el contexto previo, la asunción que subyace al propósito de este análisis es que serán los atributos subjetivos de las dimensiones de calidad de vida más nominados por los ancianos los que aporten una mayor fuerza explicativa en un modelo de calidad de vida global. Recuérdese, según ya ha sido expuesto en el capítulo 2, que las cinco áreas más importantes en la vida de la población anciana obtenidas a partir del instrumento SEIQoL-DW fueron la *salud*, la *red familiar*, la *situación económica*, la *red social* y el *ocio-tiempo libre* (nominadas por el 96%, 82%, 76%, 57% y 38% de los mayores, respectivamente).

## 9.2. La medición y análisis de la aproximación subjetiva en la calidad de vida

Para afrontar el objetivo de este capítulo se hace uso de las variables de satisfacción con la vida, en general, y de satisfacción parcial, es decir, el nivel de satisfacción hacia cada uno de los atributos o dominios de la vida. Estas variables están medidas en una escala ordinal tipo *likert* de 5 ítems desde 1 (5: *muy satisfecho*; 4: *bastante*; 3: *regular*; 2: *poco*; 1: *nada*).

Como variable dependiente ha sido utilizada la satisfacción con la vida en general, formulada en el cuestionario CadeViMa-2005 de la siguiente manera: «¿En qué medida está Vd. satisfecho/a con su situación actual, con su vida en general? ¿Diría que está muy satisfecho/a, bastante, regular, poco o nada satisfecho/a?».

Como variables explicativas han sido usadas las relativas al nivel de satisfacción con las dimensiones y subdimensiones consideradas en el estudio, omitiendo aquellas que no atañen a la mayoría de la población, como son la satisfacción con la ayuda recibida, bien de familiares o amigos o vecinos, bien de las insti-



tuciones (ayudas utilizadas por el 33% y el 6,6% de los sujetos, respectivamente), la prestación de ayuda a algún familiar, amigo, etc. (que atañe al 20,2% de los casos), y aquellos servicios de salud no usados por la mayoría de la población anciana: enfermería, médico especialista, consulta al dentista, servicio de urgencia, servicio de hospitalización (utilizados por el 64,8% de los casos, 74,5%, 37,0%, 6,6% y 11,9%, respectivamente). La razón de esta decisión estriba en que los casos sin respuesta, o bien son eliminados automáticamente por los procedimientos estadísticos multivariantes utilizados, o bien a priori no se introducen en el análisis, como ha sido la forma de proceder en este capítulo con el propósito de controlar el proceso analítico.

Para examinar la influencia de las variables explicativas (esto es, el nivel de satisfacción con las dimensiones de la calidad de vida) en la satisfacción con la vida como indicador de calidad de vida global (variable criterio), se ha utilizado la técnica de CatReg, debido a la naturaleza ordinal de las variables y a su posible relación no lineal. En las variables con nivel de medida ordinal el código asignado a los ítems o categorías es arbitrario lo que podría conllevar la obtención de diferentes coeficientes, y ello dificultaría las comparaciones de análisis realizados con las mismas variables.

Hasta ahora, este tipo de análisis se había realizado mediante la técnica de ARLM (Amérigo Cuervo-Arango et al. 1997; Rojo-Pérez et al. 2001; Rojo-Pérez et al. 2007), previa reducción de la dimensionalidad del tema tratado (Mesbah et al. 2002) y estandarización de las variables con otras técnicas estadísticas (como, por ejemplo, el AF). Pero para analizar variables categóricas ya existen técnicas estadísticas convenientemente programadas en los programas de ordenador más usuales; por todas estas razones, y para afrontar el objetivo de este capítulo, se hará uso de la técnica estadística CatReg. Una explicación más amplia de esta técnica puede verse en el epígrafe «Fuente de datos y métodos de análisis» del capítulo introductorio de este libro.

Antes de analizar cuáles son las variables del bienestar subjetivo que actúan como predictoras de la calidad de vida global se presenta un análisis descriptivo de las mismas, y ello se realiza mediante análisis de frecuencias así como análisis bivariados a partir de tablas de contingencia y del test de la  $\chi^2$ .

### 9.3. El nivel de satisfacción con la vida y factores asociados

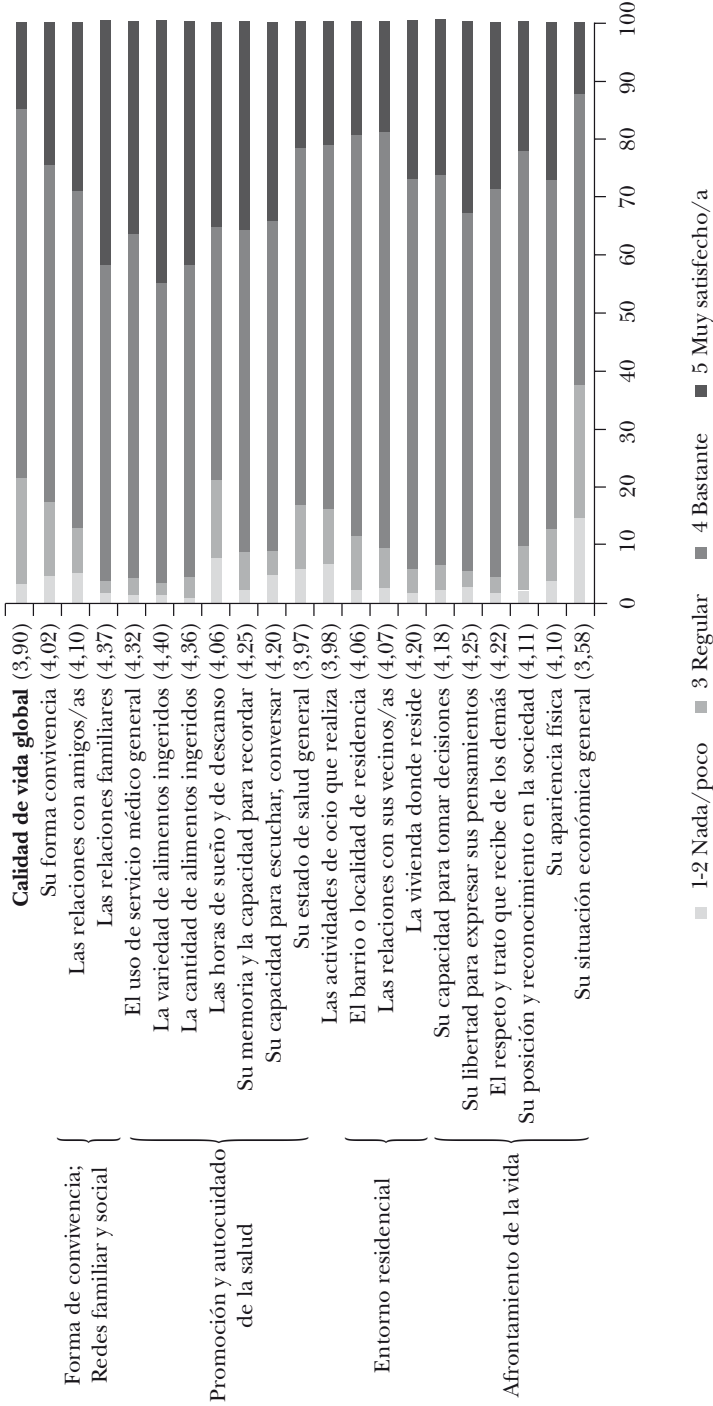
Los mayores reportan un nivel de satisfacción relativamente elevado (gráfico 9.1) de modo que en la mayoría de los dominios el valor medio está por encima de 4. Sin embargo, la satisfacción con la vida en su conjunto alcanza uno de los promedios más bajos (3,9) tan solo por delante de la satisfacción con la situación económica personal, lo que indica que los mayores están entre regular y bastante satisfechos/as con su vida en general, siendo así que casi 2 de cada 10 se posicionan en el centro de la escala o categoría *regular*, mientras que el 63,3% lo hacen en la categoría de *bastante satisfecho/a*.

Los valores que toma la media estadística señalan que la situación económica personal, seguida del estado de salud y las actividades de ocio y tiempo libre alcanzan los niveles más bajos de satisfacción entre los dominios de la calidad de vida, de forma que en las categorías de regular a nada satisfecho/a se sitúa el 37%, 16,8% y 16,0% de la población de edad, respectivamente. El resto de las dimensiones toma valores medios por encima de 4, y son las relativas a la red familiar, los hábitos alimenticios (la variedad y la cantidad de alimentos ingeridos) y el uso de servicio de médico general, mostrando las proporciones de mayores más satisfechos. Mención especial merecen también las variables sobre afrontamiento de vida (la libertad para expresar sus pensamientos; el respeto y trato de los demás; la capacidad para escuchar y/o conversar; la capacidad para tomar decisiones; la posición y reconocimiento en la sociedad; y la edad subjetiva) así como las relacionadas con las subdimensiones de vivienda y redes de vecinos y de amigos, que alcanzan valores de insatisfacción muy bajos.

En relación con el indicador de calidad de vida global, esto es la satisfacción con la vida en su conjunto, un análisis bivariado a partir de tablas de contingencia entre esta variable y las características personales relativas a rasgos sociodemográficos y de salud y funcionamiento muestra que no existen diferencias estadísticas en el nivel de satisfacción según sexo si bien la tendencia es a una mayor satisfacción entre los hombres (cuadro 9.1).

**GRÁFICO 9.1: Nivel de satisfacción con la vida en general y con las dimensiones de vida**

(porcentaje; entre paréntesis: media estadística)



**CUADRO 9.1: Calidad de vida según características personales**

Variables	Categorías	Nivel de satisfacción con la vida en general (en % sobre categoría o fila)			Total
		Nada / Poco / Regular satisfecho/a	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a	
<b>N.º de casos válido</b>		108	313	75	496
Porcentaje		21,6	62,7	15,0	99,4
<b>Sexo</b>			NS		
Hombre		18,2	<b>65,5</b>	<b>16,3</b>	203
Mujer		<b>24,2</b>	61,4	14,3	293
<b>Edad</b>			NS		
(valor mínimo: 64; valor máximo: 97)					
65-74 años		18,0	<b>66,8</b>	<b>15,2</b>	244
75-84		22,3	<b>63,1</b>	14,5	179
85 o más		<b>32,9</b>	50,7	<b>16,4</b>	73
Edad media (75 años)		<b>76,7</b>	74,4	<b>75,2</b>	496
<b>Clase social</b>			(0,000)		
Baja		<b>37,7</b>	55,1	7,2	138
Media baja		17,4	<b>66,8</b>	<b>15,7</b>	235
Media		13,3	60,2	<b>26,5</b>	83
Media alta y alta		10,0	<b>75,0</b>	<b>15,0</b>	40
<b>Zona de residencia</b>			(0,000)		
Madrid municipio		17,9	62,2	<b>19,9</b>	341
Municipios metropolitanos		<b>29,1</b>	<b>65,4</b>	5,5	127
Municipios no metropolitanos		<b>35,7</b>	<b>64,3</b>	0,0	28
<b>N.º de personas en el hogar</b>			NS		
(valor mínimo: 1; valor máximo: 6)					
1		<b>27,0</b>	58,5	14,5	159
2		20,2	62,3	<b>17,5</b>	257
3 o más		16,3	<b>75,0</b>	8,8	80
N.º medio de personas en el hogar (1,9)		1,8	<b>2,0</b>	1,8	496
<b>N.º de enfermedades (media 2,92)</b>			(0,000)		
(valor mínimo: 1; valor máximo: 19)					
1		6,5	61,8	<b>31,7</b>	123
2		16,9	<b>68,5</b>	14,5	124
3		<b>27,3</b>	62,6	10,1	99
4 o más		<b>34,7</b>	60,0	5,3	150
N.º medio de enfermedades (2,9)		<b>4,0</b>	2,8	1,9	496
<b>Escala de Independencia Funcional</b>			(0,013)		
(valor mínimo: 24; valor máximo: 69)					
Hasta 55: Dependencia grave o total		<b>28,6</b>	53,6	<b>17,9</b>	56
56-68: Dependencia leve o moderada		<b>29,1</b>	55,9	15,0	127
69: Independencia total		16,1	<b>69,6</b>	14,3	280
Valor medio de independencia funcional (65,2)		63,9	65,6	65,5	496

Test de la  $\chi^2$ : entre paréntesis, *p-value*; NS: *p-value* no significativo. En negrita, valor igual o superior a la situación media.

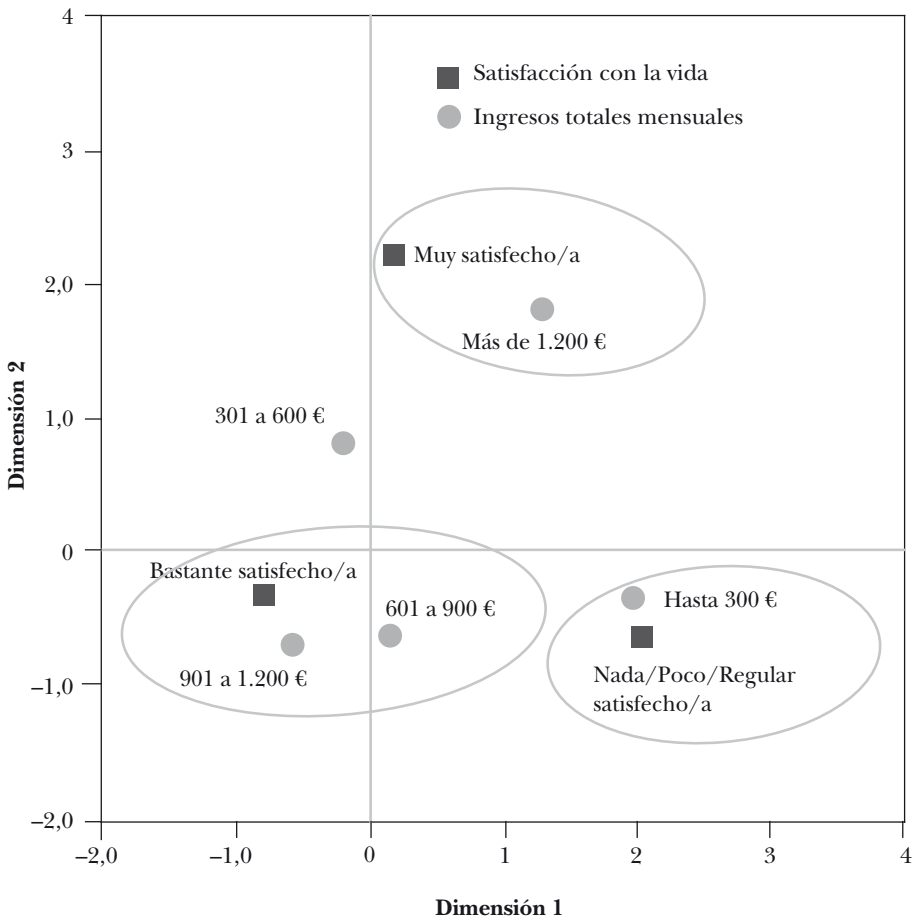
Tampoco hay asociación significativa por edad ni por tamaño del hogar de residencia si bien se observa un mayor nivel de satisfacción entre quienes tienen menos edad y los que residen en hogares de tamaño en torno a la media o superior, esto es, de 2 o más miembros. El hábitat de residencia indica que los muy satisfechos con la vida en general se localizan en el municipio de Madrid, en oposición a quienes habitan en otras áreas metropolitanas y rurales, aunque una elevada proporción de quienes viven en áreas metropolitanas y no metropolitanas declaran estar bastante satisfechos.

La salud, medida por el número de enfermedades declaradas, muestra una relación inversa, de modo que están más satisfechos quienes padecen menos enfermedades o estas se sitúan en torno al valor medio (2,9 enfermedades), siendo así que los que tienen 3 o más están nada, poco o regular satisfechos con la vida. Por su lado, el nivel de funcionamiento, basado en la Escala de Independencia Funcional (que incluye tareas domésticas) (Martínez-Martín et al. 2009) señala que quienes tienen algún grado de dependencia (bien sea moderada o total) se posicionan en los grupos de los que están nada, poco o regular satisfechos/as, mientras que niveles más altos de satisfacción se observan entre los no dependientes.

En relación con aspectos de tipo socioeconómico, se muestra asociación estadística significativa entre los ingresos totales mensuales y el indicador de calidad de vida global o satisfacción con la vida ( $p\text{-value} \leq 0,05$ ); de este modo, y mediante la aplicación de la técnica ACor (gráfico 9.2), se observa la existencia de asociación entre las categorías *estar muy satisfecho/a* y recibir ingresos mensuales por encima de 1.200 euros, *bastante satisfecho/a* y percibir ingresos entre 601 a 900 euros y 901 a 1.200 euros, mientras que quienes están *menos satisfechos/as* declaran ingresos mensuales por debajo de 300 euros. De este comportamiento general se apartan quienes tienen ingresos entre 301 y 600 euros, que equidistan de los que están muy y bastante satisfechos/as, quizás explicado por esa adaptación entre las condiciones objetivas (bajo nivel de ingresos) y las subjetivas (alta percepción), como ya se explicaba al estudiar el dominio de *recursos económicos* en el capítulo 5, grupo de individuos que fueron catalogados como *optimis-*

tas sin base económica.<sup>1</sup> Por su lado, la *clase social de pertenencia* (como indicador del nivel educativo y de la condición socioeconómica) señala la existencia de diferencias estadísticas significativas en su relación directa con la satisfacción con la vida (cuadro 9.1), siendo así que están más satisfechos quienes pertenecen a clases sociales más altas, mientras que los menos satisfechos se agrupan en la clase social etiquetada como baja.

**GRÁFICO 9.2: Relación entre el nivel de satisfacción con la vida y los ingresos totales mensuales**



<sup>1</sup> Al respecto véase anexo 5.1 en [www.fbbva.es/TLFU/tlfu/esp/publicaciones/libros/fichalibro/index.jsp?codigo=603](http://www.fbbva.es/TLFU/tlfu/esp/publicaciones/libros/fichalibro/index.jsp?codigo=603).

#### 9.4. La contribución de los dominios subjetivos en la calidad de vida global en la vejez: modelo ajustado

El análisis de la influencia de las condiciones subjetivas de vida en la calidad de vida global entre la población mayor se presenta en este epígrafe realizado con el apoyo de la técnica estadística CatReg (Regresión Categórica con Escalamiento Óptimo), ampliamente explicada en el epígrafe «Fuente de datos y métodos de análisis» del capítulo introductorio de este libro, razón por la que dicha explicación se omite aquí. Como variable dependiente o criterio se ha utilizado el nivel de *satisfacción con la vida*, como indicador de calidad de vida global, y como variables independientes o predictoras la *satisfacción con los dominios de vida*. En ambos casos se trata de variables de tipo ordinal. El empleo de la técnica CatReg permite ignorar las diferencias entre las categorías de las respuestas, y las cuantificaciones transformadas reflejan los valores originales.

Con esta técnica se han realizado varios modelos de predicción para conseguir el que mejor se ajusta a la situación de la población mayor de la Comunidad de Madrid. De este modo, y partiendo del uso de todas las variables de satisfacción con los dominios y subdominios de vida, se obtuvo un primer modelo de regresión (denominado *modelo amplio*) donde casi un 64% de la varianza de la calidad de vida global transformada era explicada por la regresión sobre los predictores óptimamente transformados ( $R^2$  de 0,637).<sup>2</sup> De los resultados del modelo amplio, esto es, el valor de los coeficientes de regresión y su significación, así como de otros parámetros de regresión (correlación, tolerancia e importancia), se determina la realización de un modelo final, o *modelo ajustado*, en el que fueron solamente utilizadas variables independientes significativas en el modelo amplio, o bien variables independientes cuyo efecto no estuviera ya recogido en otras.<sup>3</sup>

---

<sup>2</sup> Un análisis más detallado de este primer modelo amplio, como base para la realización y obtención de un modelo ajustado, es presentado en el anexo 9.1 ([www.fbbva.es/TLFU/tlfu/esp/publicaciones/libros/fichalibro/index.jsp?codigo=603](http://www.fbbva.es/TLFU/tlfu/esp/publicaciones/libros/fichalibro/index.jsp?codigo=603)).

<sup>3</sup> [www.fbbva.es/TLFU/tlfu/esp/publicaciones/libros/fichalibro/index.jsp?codigo=603](http://www.fbbva.es/TLFU/tlfu/esp/publicaciones/libros/fichalibro/index.jsp?codigo=603).

De este modo, teniendo en cuenta las consideraciones previas, se ha elaborado y retenido un modelo que, utilizando un menor número de variables explicativas (11 frente a un total de 20), alcanza una  $R^2$  de 0,594, lo que indica que el 59% de la varianza de la satisfacción con la vida en su conjunto es explicada por siete variables independientes significativas ( $p\text{-value} \leq 0,05$ ) (cuadro 9.2).

El procedimiento CatReg estandariza las variables de modo que solamente informa de los coeficientes tipificados o estandarizados como reflejo de la importancia de cada predictor. Los coeficientes de mayor peso en el modelo (es decir, los coeficientes que van a producir un mayor cambio en la satisfacción con la vida o la calidad de vida global pronosticada) son los relacionados con la satisfacción con la situación económica general del individuo, seguido a larga distancia por la satisfacción con la red de relaciones con vecinos y con familiares y el estado de salud general. Otros predictores significativos, pero de relativo menor peso en la ecuación de regresión, son los relacionados con la satisfacción con la vivienda de residencia, la apariencia física y la forma de convivencia. Así, considerando el coeficiente de mayor valor, la satisfacción con los recursos económicos personales, el aumento de una desviación estándar en este predictor produce un incremento de desviación estándar de 0,472 en el rango de la calidad de vida pronosticada; o, si se tiene en cuenta la satisfacción con el estado de salud general, el aumento de una desviación estándar en esta variable explicativa produce un aumento de desviación estándar de 0,144 en el rango de calidad de vida pronosticada; y de igual manera se procede con el resto de las variables explicativas.

Es relevante indicar que hay una serie de variables que no son significativas en el modelo, es decir, que el nivel de satisfacción con la vida en su conjunto no está asociado con ellas, y son la satisfacción con el uso de servicio de medicina general, el barrio o localidad de residencia, las actividades de ocio y la red social.

Los coeficientes tipificados son, generalmente, interpretados como reflejo de la importancia de cada predictor en el modelo de regresión. Sin embargo, los coeficientes no indican completamente el impacto de un predictor o las relaciones entre predictores (SPSS 2008). Por ello, y junto con los coeficientes tipificados, es preciso utilizar otros estadísticos para explorar completamente los



efectos de los predictores. Así, si se considera la correlación de orden cero (cuadro 9.2), esto es, la correlación entre la variable criterio y la variable independiente transformadas, se observa que las variables no significativas tienen individualmente una relación directa con el criterio; de este modo, de entre estas cuatro variables independientes, la correlación más alta se observa para la satisfacción con las actividades de ocio (0,441), seguida de la red social (0,274), el barrio o localidad de residencia (0,197) y el uso de servicio de medicina general (0,193). Otra parámetro de interés en esta técnica estadística es la medida denominada *importancia* que ayuda a interpretar las contribuciones de los predictores a la regresión, de forma que valores de importancia individual elevados corresponden a predictores que son fundamentales en la regresión, mientras que valores bajos o negativos son menos útiles.

**CUADRO 9.2: Los predictores subjetivos de satisfacción con la vida como indicador de calidad de vida global**

Variables predictoras sobre satisfacción con...	Coeficientes de la regresión categórica					Medidas de correlación e importancia	
	Coeficientes típicados		gl	F	Significación	Correlación de orden cero	Importancia
	Beta	Error típ.					
Situación económica general	0,472	0,035	4	178,088	0,000	0,677	0,537
Relaciones con sus vecinos/as	0,166	0,036	2	21,623	0,000	0,502	0,140
Estado de salud general	0,144	0,039	3	13,763	0,000	0,512	0,124
Relaciones familiares	0,128	0,034	2	13,807	0,000	0,382	0,082
Vivienda donde reside	0,087	0,034	2	6,700	0,001	0,393	0,058
Apariencia física	0,076	0,031	3	5,871	0,001	0,188	0,024
Forma de convivencia	0,065	0,033	2	3,899	0,021	0,326	0,036
Uso del servicio de médico general	0,019	0,031	1	0,348	0,555	0,193	0,006
Barrio o localidad de residencia	0,010	0,031	1	0,102	0,750	0,197	0,003
Actividades de ocio que realiza	0,010	0,039	1	0,064	0,800	0,441	0,007
Relaciones con amigos/as	-0,036	0,033	4	1,187	0,316	0,274	-0,017

Variable dependiente o criterio: Satisfacción con la vida en general.

Resumen del modelo:  $R^2$ : 0,594;  $R^2$  corregida: 0,573;  $F$ : 27,787; significación: 0,000.

En sombreado, predictores no significativos en el modelo ( $p$ -value > 0,05).

Estos resultados no indican que estas variables sin significación no sean importantes en la calidad de vida global sino que mantienen relación de forma individualizada y, dentro del modelo global, su influencia podría estar asumida a partir de otras variables significativas.

La ecuación de regresión del modelo ajustado se detalla ampliamente en el anexo 9.2,<sup>4</sup> y permite conocer la aportación de las categorías de las variables explicativas óptimamente transformadas en el modelo de calidad de vida global.

### **9.5. Conclusiones: aspectos relevantes del modelo de calidad de vida global basado en el bienestar subjetivo con los dominios de vida**

El procedimiento CatReg se ha utilizado para ver cómo y en qué medida la satisfacción con la vida depende del bienestar subjetivo con los dominios de vida, y ello medido a partir de la satisfacción con dichos dominios. Se han realizado dos modelos de CatReg hasta conseguir el que mejor se ajusta a los datos, evitando la multicolinealidad, o correlaciones elevadas entre los predictores, que produciría estimaciones inestables de los parámetros.

Ambos modelos tienen en común el hecho de que los predictores de mayor peso son los mismos, a saber, satisfacción con la situación económica personal, las relaciones con vecinos/as, el estado de salud general, las relaciones familiares y la vivienda de residencia, siendo así que los dos primeros y el quinto mantienen el mismo orden en ambos modelos mientras que los dos restantes varían. Sin embargo, con el uso de un menor número de variables independientes en el modelo ajustado (11 frente a 20 variables del modelo amplio), se consigue una explicación de la varianza de la variable criterio similar (59% y 63%, respectivamente), de manera que la diferencia en la varianza explicada entre uno y otro modelo solo afecta al 4% de la misma.

La hipótesis planteada al inicio de este capítulo consideraba que los predictores de bienestar subjetivo de mayor peso en la

---

<sup>4</sup> Véase [www.fbbva.es/TLFU/tfu/esp/publicaciones/libros/fichalibro/index.jsp?codigo=603](http://www.fbbva.es/TLFU/tfu/esp/publicaciones/libros/fichalibro/index.jsp?codigo=603)

explicación de la calidad de vida global serían aquellos relacionados con las cinco áreas de vida más nominadas por los individuos mayores a través del instrumento de calidad de vida individual, el SEIQoL-DW (como se ha expuesto en el capítulo 2 de este libro), a saber, la salud, la red familiar, los recursos económicos, la red social y el ocio y tiempo libre.

Bajo estas asunciones y de acuerdo con los resultados obtenidos para el modelo ajustado, la hipótesis inicial ha de ser solo parcialmente asumida porque, de entre las cinco áreas más importantes de calidad de vida, los dominios de red social y actividades de ocio no tienen significación ( $p\text{-value} > 0,05$ ), si bien los predictores basados en los recursos económicos (satisfacción con la situación económica personal), en la salud (satisfacción con el estado de salud general), y en la red familiar (satisfacción con las relaciones familiares), están entre los de mayor peso en los dos modelos CatReg realizados, el amplio y el ajustado.

La satisfacción con la situación económica personal, considerando aquí no solo la pensión sino también otro tipo de rentas y activos, es, con diferencia, el factor explicativo de mayor peso en el modelo de calidad de vida a la edad anciana. En España la fuente de renta común a casi todos los mayores lo constituye la pensión de jubilación, que reciben todos aquellos retirados del sistema laboral (un 66% de las respuestas de la encuesta CadeViMa para los mayores en la Comunidad de Madrid), además de un colectivo muy numeroso de personas que no han participado del sistema laboral y que reciben pensiones de viudedad (26% de las respuestas de la encuesta CadeViMa), especialmente mujeres, y esta situación para ellas implica que, al decaimiento de los ingresos económicos que acontece tras la jubilación, se añade la reducción de la prestación económica por viudedad.

En este contexto, y como se ha expuesto en el capítulo 5, más de 4 de cada 10 mayores declaran percibir ingresos mensuales entre 300 euros y 600 euros, mientras que más de 3 de cada 10 se sitúan en el tramo superior, 600 euros a 900 euros, siendo así que solo menos de 3% estaría en el tramo más elevado (más de 1.200 euros mensuales). Esta situación encuentra su relación en una enorme base de mayores que declaran no estar satisfechos con la situación económica individual, lo que tiene su influencia, asimis-

mo, en la determinación de la calidad de vida global en el sentido de que esta será más elevada cuanto mayor sea la satisfacción con la situación económica, de manera que la calidad de vida a la edad anciana está influida por esta situación grandemente dependiente de la política social de prestaciones económicas, pero también de otros bienes y activos económicos que los mayores hayan podido acumular durante su vida; en cualquier caso, y como se ha visto, la situación financiera no parece satisfacer a todos los mayores.

Como este es el determinante de mayor peso en el modelo de regresión, ha de interpretarse con ayuda de las cuantificaciones de las categorías de la variable «satisfacción con la situación económica personal» y de los coeficientes de regresión, medida que ha sido denominada en este trabajo como  $\gamma$  (gamma), como resultado del producto de la cuantificación de la categoría y el coeficiente de regresión;<sup>5</sup> así, todos los individuos que sitúen su nivel de satisfacción en las categorías *nada*, *poco* o *regular satisfecho/a* implicará que su satisfacción con la vida en general decrecerá (valor  $\gamma$  entre  $-0,523$  y  $-0,279$ ), y esto supone un mayor decremento que quienes refieren estar bastante satisfechos/as, que multiplican su aportación por un valor relativamente bajo (valor  $\gamma = -0,058$ ); por el contrario, quienes están muy satisfechos aumentan su aportación a la satisfacción con la vida en un valor de  $1,182$ . Al ser este el predictor de mayor fuerza en el modelo de regresión, se observa que, en general, los valores  $\gamma$  de las categorías de esta variable son los más altos de entre todas las variables explicativas.

La *salud* se constituye también en un determinante de la calidad de vida, aunque con menor fuerza explicativa que la satisfacción con la situación económica personal y con la red de vecinos. En cualquier caso, la posición relativamente buena de la salud y el funcionamiento de la población estudiada podrían estar en la base de la elevada satisfacción con este dominio de vida y su influencia en la calidad de vida global. Y, como a la edad anciana no se está libre de padecer algún tipo de enfermedad o síntoma que afecte a la salud, la explicación subyacente de este predictor en la calidad de vida global más podría deberse a la promoción y auto-

---

<sup>5</sup> Una explicación más detallada puede verse en el anexo 9.2 ([www.fbbva.es/TLFU/tlfu/esp/publicaciones/libros/fichalibro/index.jsp?codigo=603](http://www.fbbva.es/TLFU/tlfu/esp/publicaciones/libros/fichalibro/index.jsp?codigo=603)).

cuidado de la salud a partir del seguimiento de hábitos o comportamientos saludables y al mantenimiento de las capacidades cognitivas, como ya se expuso en el capítulo 3. Las intervenciones de la familia y la extensión del sistema de salud podrían mitigar los efectos de la enfermedad y la discapacidad, y ello incidir en el bienestar y la calidad de vida global (Rowe et al. 1998).

Junto a estas variables explicativas (*recursos económicos y salud*), dos elementos del entorno residencial, como son la satisfacción con la *vivienda donde reside* el individuo mayor y la satisfacción con las *relaciones que mantiene con los vecinos* (en segundo y quinto lugar, respectivamente, del modelo ajustado), se constituyen también en predictores de la calidad de vida de la población que envejece en casa. Recuérdese que estos dominios de calidad de vida no fueron considerados entre las cinco áreas más importantes de la vida medidas a partir del instrumento SEIQoL-DW (capítulo 2 de este libro), si bien la contribución de estas dos dimensiones al índice SEIQoL o de calidad de vida global supera la contribución individualizada de las cinco áreas más importantes, de manera que se sitúan en un valor medio de 73 (vivienda) y 82 (vecinos). Estos resultados vienen a confirmar el efecto de estas dos subdimensiones del entorno residencial en la calidad de vida de los mayores.

La calidad del entorno residencial inmediato, como es la vivienda y el espacio donde se ubica, es crucial en el bienestar y satisfacción de los individuos mayores, como bien ha sido puesto de manifiesto en este libro (véase capítulo 7) y en otras investigaciones que mantienen que la calidad de la vivienda y la accesibilidad a los servicios en el área de residencia, pero también la larga duración de la estancia en la misma vivienda y la tenencia en propiedad, conllevan la expresión de una alta satisfacción residencial y su influencia en la calidad de vida (Lassey et al. 2001). A la edad anciana, no solo la satisfacción con la casa sino también las condiciones de la misma son fundamentales para una vida saludable en el entorno inmediato; así, entre la población mayor estudiada, con un nivel de competencia relacionado con la salud y el funcionamiento relativamente aceptable o bueno (como se ha expuesto en el capítulo 3), la inadecuación de la casa o de su entorno puede no ser muy problemática, o no llega a ser tan problemática como lo sería para otros grupos de mayores con limitaciones severas en su sistema de salud

y funcionamiento; para estos casos, se están desarrollando servicios de ayuda que permitan al mayor envejecer en casa o, en situaciones de extrema necesidad, en institución, de acuerdo con los planes gerontológicos de rango nacional o regional, o con la actual Ley de Dependencia (Jefatura del Estado 15/12/2006).

Familia, amigos y entorno residencial constituyen un sistema de apoyo en la calidad de vida de los individuos mayores (Lassey et al. 2001). Pero a la edad anciana no solo la casa, sus condiciones y el acceso a servicios en el área de residencia son la única fuente de apoyo; también es importante el apoyo del entorno humano inmediato constituido por las amistades en el vecindario, lo que se conoce como *red de vecinos*; es tal la fuerza de la expresión de este predictor que podría absorber la de la red de amistad, que no es significativa en el modelo de regresión retenido. Así pues, parece que familia y vecinos conforman un sistema que crea fuertes lazos, y no solo de carácter emocional sino también de apoyo en casos de necesidad (Davidson et al. 2005), y mientras la red de relaciones con la familia tiende a ser tradicional, la red de amistades en el vecindario es de libre elección y, a conveniencia, la relación puede ser cortada más fácilmente, de manera que este dominio ayuda en el mantenimiento de la autonomía personal (Binstock et al. 1990).

Más de 9 de cada 10 mayores en la Comunidad de Madrid residen en su propia casa, en hogares constituidos únicamente por parejas o bien por parejas con otros miembros (5 de cada 10 casos), mientras que menos de un tercio de este colectivo de ancianos reside en hogares unipersonales. Bajo este contexto, la forma de convivencia está muy bien valorada por los ancianos, y este parámetro tiene su expresión entre los determinantes significativos del modelo de calidad de vida global. Otro elemento que podría apoyar este determinante subjetivo en la calidad de vida a la edad anciana es la vinculación entre la forma de convivencia y la red familiar, parámetro este último que también es significativo en el modelo de calidad de vida. La familia juega un papel importante a todas las edades, y especialmente a la edad anciana, ya se trate de miembros familiares residentes en el mismo hogar o en otro. Como se vio en el capítulo 4, la satisfacción con la red familiar tiene una relación directa con la distancia al lugar de residen-

cia de los familiares, pero incluso entre quienes perciben una mayor lejanía no se observa una desvinculación familiar al tener una frecuencia de relaciones relativamente elevada, al menos semanal. Y esta situación tiene su corolario en la expresión de calidad de vida global y en el rol jugado por estos parámetros relativos a satisfacción con la red familiar y con la forma de convivencia en su determinación.

El hecho de que el ocio no sea significativo en el modelo de regresión, dominio que fue altamente mencionado como integrante de las cinco áreas más importantes de vida, no implica que no tenga relevancia a la edad anciana, pues esta población, separada de la actividad laboral, puede sentirse libre para afrontar y desarrollar sus habilidades frente a las actividades de ocio; pero el decaimiento de la salud, y el debilitamiento de la red social y de los recursos económicos impelen a esta población a verse mayoritariamente involucrada en actividades de ocio poco activo, especialmente relacionadas con ver la TV, oír la radio, y también leer revistas o periódicos, y la mayoría de las veces realizadas en su entorno físico más inmediato, su casa y su barrio, de ahí que tanto familia como vecinos puedan verse involucrados en esta dimensión de la vida del mayor.

Envejecer no significa decaer en el nivel de calidad de vida, sino poder conjugar todas las facetas de la vida para afrontar esta etapa con unas relativas condiciones que permitan al mayor ser y vivir independiente en su entorno habitual de residencia.

## Bibliografía

- AMÉRIGO CUERVO-ARANGO, M. y J. I. ARAGONÉS. «A theoretical and methodological approach to the study of residential satisfaction». *Journal of Environmental Psychology* 17 n.º 1 (1997): 47-57.
- BINSTOCK, R. H., L. K. GEORGE, V. W. MARSHALL, G. C. MYERS y J. H. SCHULZ. eds., *Handbook of aging and the social sciences*. Nueva York: Academic Press, 1990: 489.
- BOWLING, A. y J. WINDSOR. «Towards the Good Life: A Population Survey of Dimensions of Quality of Life». *Journal of Happiness Studies* 2 n.º 1 (2001): 55-81.
- CUMMINS, R. A. «The second approximation to an international standard of life satisfaction». *Social Indicators Research* 43 n.º 3 (1998): 307-334.
- CUMMINS, R. A., R. ECKERSLEY, J. PALLANT, J. V. VUGT y R. MISAJON. «Developing a National Index of Subjective Wellbeing: The Australian Unity Wellbeing Index». *Social Indicators Research* 64 n.º 2 (2003): 159-190.

- DAVIDSON, K., L. WARREN y M. MAYNARD. «Social involvement. Aspects of gender and ethnicity». En A. WALKER, ed. *Understanding Quality of Life in old age*. Maidenhead: Open University Press, 2005: 84-99.
- DIENER, E. «Guidelines for National Indicators of Subjective Well-Being and Ill-Being». *Journal of Happiness Studies* 7 n.º 4 (2006): 397-404.
- GABRIEL, Z. y A. BOWLING. «Quality of Life in Old Age from the Perspectives of Older People». En A. WALKER y C. HAGAN HENNESSY, eds. *Growing Older: Quality of Life in Old Age*. Londres: Open University Press, 2004: 14-33.
- HICKEY, A., C. A. O'BOYLE, H. M. MCGEE y C. R. B. JOYCE. «The Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life». En C. R. B. JOYCE, C. A. O'BOYLE y H. M. MCGEE, eds. *Individual Quality of Life: Approaches to Conceptualisation and Assessment*. Ámsterdam: Harwood Academic Publishers, 1999: 119-133.
- INGLEHART, R. y J.-R. RABIER. «Aspirations adapt to situations. But why are the Belgians so much happier than the French? A cross-cultural analysis of the subjective Quality of Life». En F. M. ANDREWS, ed. *Research on the Quality of Life*. Michigan: Survey Research Center, Institute for Social Research, University of Michigan, 1986: 1-56.
- JEFATURA DEL ESTADO. LEY 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Boletín Oficial del Estado n.º 299 (15-12-2006): 44.142-44.156.
- JOYCE, C. R. B., C. A. O'BOYLE y H. M. MCGEE. eds., *Individual Quality of Life: Approaches to Conceptualisation and Assessment*. Amsterdam: Harwood Academic Publishers, 1999: 234.
- LASSEY, W. R. y M. L. LASSEY. *Quality of life for older people: an international perspective*. Upper Saddle River, Nueva Jersey: Prentice Hall, 2001.
- MARTÍNEZ-MARTÍN, P. ed., *Calidad de vida en neurología*. Barcelona: Ars Medica, 2006: 280.
- MARTÍNEZ-MARTÍN, P., G. FERNÁNDEZ-MAYORALAS, B. FRADES-PAYO, F. ROJO-PÉREZ, R. PETIDIER, V. RODRÍGUEZ-RODRÍGUEZ, M. J. FORJAZ, M. E. PRIETO-FLORES y J. DE PEDRO CUESTA. «Validación de la Escala de Independencia Funcional». *Gaceta Sanitaria* 23 n.º 1 (2009): 49-54.
- MESBAH, M., B. F. COLE y M.-L. TING LEE. eds., *Statistical methods for quality of life studies: design, measurements and analysis*. Boston, MA: Kluwer Academic Publishers, 2002: 384.
- MICHALOS, A. C. *Integrated development planning using socio-economic and Quality of Life indicators*. París, UNESCO, Division of Study and Planning of Development Bureau of Studies, Action and Co-ordination of Development, 1986: 148. Disponible en internet en <http://unesdoc.unesco.org/images/0007/000713/071392eb.pdf> (fecha de acceso: 19/08/2009).
- MOLLENKOPF, H. y A. WALKER. eds., *Quality of Life in Old Age. International and Multidisciplinary Perspectives*. Dordrecht: Springer, Social Indicators Research Series Vol. 31, 2007: 248.
- NOLL, H.-H. «Towards a European System of Social Indicators: Theoretical Framework and System Architecture». En M. R. HAGERTY, J. VOGEK y V. MØLLER, eds. *Assessing quality of life and living conditions to guide national policy: the state of the art*. Dordrecht; Boston: Kluwer Academic Publishers, Serie: Social Indicators Research Vol. 11, 2002: 47-87.



- ROJO-PÉREZ, F., G. FERNÁNDEZ-MAYORALAS, E. POZO-RIVERA y J. M. ROJO-ABUÍN. «Ageing in place: predictors of residential satisfaction of elderly». *Social Indicators Research* 54 n.º 2 (2001): 173-208.
- ROJO-PÉREZ, F., G. FERNÁNDEZ-MAYORALAS, V. RODRÍGUEZ-RODRÍGUEZ y J. M. ROJO-ABUÍN. «The Environments of Ageing in the Context of the Global Quality of Life among Older People Living in Family Housing». En H. MOLLENKOPF y A. WALKER, eds. *Quality of Life in Old Age. International and Multidisciplinary Perspectives*. Dordrecht: Springer, Social Indicators Research Series 31, 2007: 123-150.
- ROWE, J. W. y R. L. KAHN. *Successful Aging*. New Cork: Pantheon Books, 1998.
- SIRGY, M. J. ed., *Handbook of quality-of-life research: an ethical marketing perspective*. Dordrecht, Boston: Kluwer Academic Publishers, 2001: 458.
- SIRGY, M. J., A. C. MICHALOS, A. L. FERRISS, R. A. EASTERLIN, D. PATRICK y W. PAVOT. «The Quality-of-Life (QOL) Research Movement: Past, Present, and Future». *Social Indicators Research* 76 n.º 3 (2006): 343-466.
- SPSS INC. *SPSS Categories 17.0*. Chicago: SPSS, 2008.
- STEWART, A. L. y A. C. KING. «Conceptualizing and measuring Quality of Life in Older Populations». En R. P. ABELES, H. C. GIFT y M. G. ORY, eds. *Ageing and Quality of Life*. Nueva York: Springer Publishing Company, 1994: 27-54.
- THE WHOQOL GROUP. «The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization». *Social Science & Medicine* 41 n.º 10 (1995): 1.403-1.409.
- VEENHOVEN, R. «Why Social Policy Needs Subjective Indicators». *Social Indicators Research* 58 n.º 1-3 (2002): 33-46

## 10. Aspectos destacados de la calidad de vida en la vejez: a modo de conclusiones

*Gloria Fernández-Mayoralas*

*Fermina Rojo-Pérez*

Instituto de Economía, Geografía y Demografía

Centro de Ciencias Humanas y Sociales (CSIC)

EL hecho de envejecer atañe al ser humano y su inserción en un estadio de desarrollo de la sociedad que influye en una alta longevidad y, consecuentemente, en el aumento de población mayor en cifras absolutas. Este hecho tiene importantes repercusiones en diferentes ámbitos de la vida, y es objeto de atención prioritaria de diversas disciplinas científicas, que van desde las ciencias biológicas, médicas, tecnológicas o geronto-ingenierías, hasta las ciencias sociales, económicas, jurídicas o psicológicas, así como otras disciplinas relativas a humanidades que ponen su acento en lo que se denomina *estudios de envejecimiento* (como traducción libre del término anglosajón *ageing studies*) donde el mayor es objeto de análisis a través de diversas expresiones artísticas. En este contexto, y siguiendo los modos de conocimiento de Bruner (1986), se podría distinguir entre estudios gerontológicos que fundamentan su conocimiento en los paradigmas científicos, o *gerontología científica*, y otros basados en las manifestaciones artísticas en el campo de las humanidades y las artes, o *gerontología narrativa*. Todo ello no hace sino poner de manifiesto, una vez más, la multidimensionalidad del envejecimiento, así resaltada por muchos investigadores de este proceso (Rubinstein et al. 2000).

La investigación recogida en este libro corresponde al amplio marco de las Ciencias Sociales, desde cuyas disciplinas el envejecimiento es estudiado en sus facetas demográfica, económica, social, geronto-geográfica, de salud y salud psicosocial. Y en este

epígrafe final de conclusiones se van a recoger los aspectos más relevantes de esta investigación sobre calidad de vida de la población mayor que envejece en casa, por cuanto cada capítulo del libro contiene información más detallada al respecto de resultados destacados en su epígrafe final de conclusiones.

El primer elemento que se ha de resaltar es que un estudio como el aquí presentado se justifica no solo por el incremento del grupo de mayores, que ya viene produciéndose en España desde el siglo pasado (Rodríguez-Rodríguez et al. 1989), sino por el hecho de que este colectivo se ha convertido, en el contexto del Estado del Bienestar, en uno de los que más atención se le presta desde las instituciones sociales, políticas y financieras. El aumento de población mayor continúa su ritmo, y las previsiones indican que así proseguirá (INE 2004), sobre la base del descenso de la natalidad, que hace elevar la proporción de mayores en términos relativos, así como del descenso de mortalidad, que contribuye al incremento de la esperanza de vida y, por tanto, al de mayores en términos absolutos (Del Barrio Truchado et al. 2009); y esto es en sí mismo muy positivo, por cuanto la población vive más años, pero el descenso de mortalidad tiene también consecuencias negativas en tanto que con la longevidad la prevalencia de enfermedad crónica aumenta (Fernández-Mayoralas et al. 1993; Ory et al. 1994), y, con ello, todas las consecuencias sobre la demanda de atención y cuidado de las personas mayores que se van haciendo más vulnerables, y llegan en muchos casos a la situación de dependencia (Puga González et al. 2001). La respuesta a estas condiciones de vulnerabilidad y fragilidad ha de basarse, como no puede ser de otra manera, en el análisis de las necesidades y sus determinantes subyacentes así como en la satisfacción de las mismas. Y un estudio de este tipo bajo el enfoque metodológico de las investigaciones en calidad de vida, tomando en consideración el punto de vista de los propios mayores, es lo que se ha presentado en este libro que ahora concluye.

Hoy en día el enfoque de calidad de vida es probablemente el más destacado y ampliamente utilizado como marco para evaluar las condiciones de vida de la sociedad, y enriquece la perspectiva de desarrollo social considerando no solo aspectos

económicos sino también sociales y otros de diverso tipo (Berger-Schmitt 2002).

Debido a la relativa juventud de la calidad de vida en la investigación científica, no existe unanimidad en la definición del término; se pueden encontrar definiciones diversas, y la mayoría de las veces estas se relacionan con las ópticas disciplinares y los objetivos de análisis de los investigadores. A falta de una definición única y ampliamente aceptada sobre calidad de vida, esta investigación se ha basado en la del Grupo de Calidad de Vida de la OMS como «la percepción que el individuo tiene de su posición en la vida en el contexto cultural y de valores en el que vive y en relación a sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones» (The Whoqol Group 1995), sin olvidar la aproximación del sistema persona-entorno de un individuo (Lawton 1991). A pesar de esta falta de unanimidad en la definición del concepto de *calidad de vida*, en las sociedades occidentales la mayoría de las personas está familiarizada con el término y tiene una comprensión intuitiva del mismo (Fayers et al. 2000) por lo que sus opiniones y valoraciones han de ser también tomadas en cuenta como referentes para la definición de su calidad de vida (Bowling 1999).

Muchas áreas disciplinares han desarrollado aproximaciones específicas a su especialidad, de las cuales una de las más prolíficas es la de Medicina; y hay que decir que tradicionalmente, junto al concepto de *bienestar económico* como calidad de vida, la salud era considerada como la principal responsable de la calidad de vida (Fernández-Mayoralas et al. 2005). Actualmente se está de acuerdo en que la calidad de vida atañe a diversos dominios de la vida, y no solamente al de la salud; y, si bien esto es así, todavía la producción científica en salud como dimensión de la calidad de vida, y también en calidad de vida relacionada con la salud (desde la perspectiva del paciente y su bienestar individual con respecto a su salud), es muy elevada (Martínez-Martín et al. 2006).

Un elemento reseñable de la investigación que recoge este libro es su actualidad en el contexto de la literatura científica sobre calidad de vida en el área de las Ciencias Sociales y, en particular, bajo el enfoque de la calidad de vida de los modelos medioambientalistas (Brown et al. 2004); aborda el estudio del envejecimiento desde la perspectiva de los individuos mayores

que envejecen en casa, en el marco de la geografía gerontológica (Andrews et al. 2007), como forma más habitual de vivir la etapa de envejecimiento (Rojo-Pérez et al. 2002) y como continuidad del hecho de alojarse en vivienda familiar y, normalmente, en la que se ha vivido a lo largo de buena parte de la vida, por cuanto la movilidad residencial a la edad anciana es relativamente baja (Abellán García et al. 1997).

La calidad de vida se aproxima bajo el análisis de la multidimensionalidad y el doble enfoque objetivo y subjetivo, y se estudia para un momento determinado de la vida de la población mayor, es decir, se trata de un estudio transversal; no obstante, y como línea de trabajo futuro, es de interés anotar aquí que, a la concepción temporal de la calidad de vida, habría que añadir el dinamismo del hecho vital de envejecer y su influencia en la calidad de vida como variable de resultado, pues la importancia de cada dimensión puede variar si cambian las circunstancias de la vida (Hickey et al. 1999; Martínez-Martín 2006). La mayor parte de la literatura científica sobre calidad de vida está basada en estudios transversales y no en análisis realizados sobre el curso de vida, o en el seguimiento de los individuos a lo largo del tiempo (Easterlin 2004). En este contexto, serían de enorme utilidad estudios de carácter longitudinal, no solo para hacer comparaciones entre cohortes sino también para analizar los efectos de los eventos vitales y las condiciones de vida sobre la calidad de vida dominio-específica y, asimismo, sobre la calidad de vida global de la población según envejece.

Es igualmente reseñable la actualidad del enfoque bajo el que se ha abordado esta investigación sobre calidad de vida en la vejez, siendo así, además, que cada capítulo no es meramente descriptivo sino también explicativo, de acuerdo con el doble significado del concepto *calidad de vida*, en tanto en cuanto es tan importante ser capaz de describir la existencia humana como evaluarla (Sirgy et al. 2006), y ello sobre la base de la dualidad del análisis realizado a partir de indicadores objetivos y subjetivos, pues ambos tipos de indicadores han de ser utilizados para capturar el significado global de la calidad de vida (Sirgy 2001); las políticas sociales han de basarse no solo en resultados normativos u objetivos sino también en las valoraciones realizadas por los individuos y la satisfacción de sus necesidades (Diener 2006).

El análisis de los objetivos planteados en este estudio, basado en el diseño y realización de una encuesta a la población mayor, ha facilitado la obtención de información objetiva y subjetiva que ha sido analizada bajo el doble prisma descriptivo y explicativo, para lo cual han sido utilizadas técnicas estadísticas univariantes y multivariantes adecuadas a los datos y a los propósitos perseguidos.

La población de 65 o más años de edad no institucionalizada en la Comunidad de Madrid ha sido el objeto de estudio. Esta población muestra características comunes con la población mayor del conjunto nacional (edad media, sexo, hogar y forma de convivencia, situación residencial), si bien se observan diferencias en cuanto al nivel de instrucción y, consecuentemente, situación socioeconómica, por cuanto los mayores madrileños se sitúan en un nivel ligeramente más elevado. No obstante estas diferencias, el estudio aquí presentado puede considerarse como representativo de la población mayor residente en vivienda familiar en el conjunto de España.

Evitando las posiciones predeterminadas por el investigador, con esta investigación se ha puesto de manifiesto cómo definen los mayores su calidad de vida, es decir, sobre qué áreas o dimensiones, y de entre estas cuáles son las que más satisfacción les aportan; de acuerdo con los resultados, las cinco primeras, a partir de la relación establecida por los propios mayores, son: la salud, la familia, la situación económica, la red social y el ocio. Esta visión de los mayores ha sido posible gracias a la utilización de un instrumento de medida, el SEIQoL-DW, que ha permitido un acercamiento a la expresión del individuo sobre su calidad de vida en vez de basarse en criterios establecidos por el investigador de forma apriorística.

Ahora bien, el modelo de calidad de vida global entre los mayores basado en el bienestar subjetivo o el nivel de satisfacción, por ser este el de mayor explicación de la variabilidad de la calidad de vida como variable dependiente según otras investigaciones con otros grupos demográficos (Bowling et al. 2001; Cummins et al. 2003), señala que los dominios de mayor peso son la satisfacción con los recursos económicos personales, la red de vecinos, el estado de salud general, la red familiar, la vivienda de residencia, la apariencia física o la edad subjetiva y la forma de convivencia. Todos estos parámetros muestran una relación directa con la calidad de vida global, es decir, a mayor nivel de satisfacción dominio-

específica también será mayor la satisfacción con la vida en general. Y en este contexto es como se explica que la satisfacción con los recursos económicos personales, que es la menor fuente de satisfacción de entre los dominios de vida en población mayor, como ha quedado puesto de manifiesto, constituya el determinante más relevante, indicando que la calidad de vida global estará fuertemente influida por la relativamente baja satisfacción con los recursos económicos personales, y ello en relación con esa elevada proporción de mayores que dependen de una única fuente de renta proveniente del sistema de prestaciones públicas y que está en torno a un valor medio de 600 euros mensuales.

No obstante la situación económica referida, se ha observado una cierta predisposición a sobrevalorar subjetivamente los recursos económicos personales, de modo que las personas más mayores y quienes declaran un menor nivel de ingresos son más proclives a manifestar un relativo nivel de satisfacción con los recursos económicos disponibles; y, por el contrario, también se ha observado que una relativa proporción de mayores con más nivel de renta muestran peor satisfacción. Estas situaciones se podrían explicar por un comportamiento de acomodación o falta de ella, respectivamente, entre necesidades e ingresos, y quizás en ambos casos la situación se ha ido gestando durante el curso de vida. Esta digresión ha sido puesta de manifiesto en la clasificación de personas mayores en cuatro tipos económicos, optimistas con o sin base económica y pesimistas con o sin base económica, y ello en consonancia con la tipología de sujetos según la concordancia entre las condiciones objetivas y subjetivas de vida en *bienestar* como opuesto de *privación*, y de *adaptación* como opuesto de *disonancia* (Noll 2002). En este contexto económico, las mayores preocupaciones de la población anciana se centran en el deseo de que la sociedad haga un mayor esfuerzo en invertir más dinero en pensiones, sanidad y vivienda, seguido de otros dominios como educación, empleo, seguridad ciudadana, infraestructuras, etc., mostrando su interés no solo por el propio colectivo de mayores sino también por otros grupos demográficos.

Los resultados han demostrado que una buena parte de la población que envejece en su casa ha alcanzado o superado los 65 años y ha llegado a esta edad con un relativo buen estado de salud y funcionamiento, si bien es característico de la población de

edad el padecimiento de comorbilidad, aunque la mitad de estos mayores declaran padecer hasta dos enfermedades, valor por debajo de la media, mientras que una quinta parte del colectivo se sitúa en torno al promedio. El nivel de funcionamiento indica que menos del 1% de los mayores que viven en casa se encuentran en situación de dependencia grave o total necesitando ayuda para la realización de las actividades de la vida diaria. Este nivel de competencia relacionado con la salud y el funcionamiento produce, congruentemente, una elevada satisfacción con el estado general de salud, lo que, a su vez, incide en la calidad de vida global de acuerdo con el modelo de regresión categórica obtenido. Sin embargo, dentro de este diagnóstico de salud y funcionamiento, se observan diferencias dentro del colectivo, de modo que son los viejos-jóvenes y también los hombres, así como las personas mejor posicionadas socialmente, quienes mejores condiciones de salud muestran. Por su lado, el nivel de capacidad funcional difiere por sexo según se consideren o no las actividades domésticas, siendo así que son los hombres los que presentan peor capacidad funcional solo cuando se tienen en cuenta dichas actividades, y ello no por incapacidad para realizarlas sino por el rol de género y sociocultural asignado a la mujer en la realización de dichas tareas y, por tanto, debido al desconocimiento o falta de costumbre por parte de los hombres para llevarlas a cabo (Fernández-Mayoralas et al. 1995; Rojo-Pérez et al. 2009).

En este contexto de salud y funcionamiento, los mayores no institucionalizados reciben ayuda de las redes sociales informales, prioritariamente, y dentro de estas es la familia, representada principalmente por el cónyuge y/o la hija, quien soporta la mayor carga; en consonancia con ello, los mayores que necesitan y reciben cuidado de sus familiares expresan una elevada satisfacción hacia dicha ayuda frente a una menor satisfacción hacia la ayuda institucional.

La forma de convivencia en familia, aunque en hogares de tamaño reducido, y la red de relaciones tejida en torno a esta institución hacen de este dominio de la calidad de vida en la vejez una fuente de gran satisfacción en la vida. Si bien es cierto que los mayores disfrutan de una elevada independencia residencial, en cuanto bajo un mismo hogar y vivienda no suele convivir más de una generación, ello no es obstáculo a una red de relaciones fami-



liares con carácter frecuente, relaciones que no se cortan cuando la distancia geográfica entre el lugar de residencia del mayor y de los familiares se hace más grande. Bajo esta estructura subyace lo que en esta investigación se ha denominado como *intimidad a distancia*, en la idea de una alta valoración expresada por los sujetos mayores en cuanto a su independencia residencial y la cercanía afectiva a su familia, valorada no solo bajo el carácter sentimental hacia y de sus familiares sino como red de mutuo apoyo en situación de necesidad; de hecho, la familia es la primera fuente de apoyo y cuidado al mayor, como previamente se ha resaltado.

Otro elemento de la red de relaciones del mayor lo constituyen las relaciones con sus vecinos; los mayores han otorgado mucha importancia a esta red, que viene a sustituir a la de amistad en el modelo global de calidad de vida en la vejez, tal y como se ha expuesto en este libro. Los mayores suelen considerar que la red de amistad es la de toda la vida y declaran una red amplia y de calidad, y ello independientemente de los rasgos sociodemográficos. No obstante estos resultados, en investigaciones sucesivas habría de explorarse si la red de amistad se mantiene en el entorno de residencia, de modo y manera que redes vecinal y social confluyan en una misma red.

El ocio en tiempo libre conforma otro aspecto importante entre las dimensiones de vida del mayor, como bien es destacado en el capítulo séptimo de este libro. Siendo así que este dominio de calidad de vida ha sido citado entre los cinco primeros según el instrumento SEIQoL-DW, se ha comprobado, no obstante, que esta dimensión no es significativa en el modelo global de calidad de vida desde el enfoque del bienestar subjetivo, y ello podría deberse a esa elevada participación de los mayores en actividades de ocio pasivo, como ver la TV, oír la radio, escuchar música o leer, si bien no se ha distinguido el tipo de lectura. La participación en actividades de ocio según tipología (ocio activo, pasivo, viajes y turismo, participación social) estaría influida por el nivel educativo y, como consecuencia, la clase social y los recursos económicos, pero también el nivel de competencia relacionado con la salud y el funcionamiento determinaría la intensidad de la práctica. Esta manifestación de las características personales en la práctica de ocio hay que verla en el contexto de una población mayor que ha vivido en un estadio económico y social marcado por una vida la-

boral muy intensa y con pocos recursos para formarse en el ocio más activo, lo que tiene su reflejo, como no podía ser de otra manera, en el nivel de participación a la edad anciana.

Este libro también dedica un interesante capítulo al estudio del estado emocional y los recursos personales para afrontar la vida, subdimensiones de la calidad de vida que han manifestado un interés creciente a partir de diversas investigaciones que desvelan la contribución de tales componentes en la satisfacción con la vida, como también su interrelación con otros dominios de gran relevancia en la calidad de vida de las personas mayores como es la salud. Como se ha puesto de manifiesto en otras dimensiones de la calidad de vida, el bienestar emocional muestra digresiones entre los indicadores objetivos y subjetivos, de forma que en torno a un tercio de los mayores no expresan coincidencia entre los indicadores de estado emocional (sentimientos de felicidad, ilusión y ganas de vivir, utilidad para sí mismo y para la sociedad, seguridad en sí mismo/a, intranquilidad, aburrimiento, depresión, soledad) y los de afrontamiento de vida (posición y reconocimiento en la sociedad, respeto y trato de los demás, edad subjetiva o apariencia física, capacidad para tomar decisiones, libertad para expresar pensamientos). El bienestar emocional ha mostrado asociación significativa y directa con la edad cronológica y la edad percibida, así como con la clase social de pertenencia y con el estado de salud a la edad anciana, pero también con la participación en actividades de ocio.

Tras estas consideraciones habría que resaltar que las políticas relativas a la permanencia del mayor en su entorno de toda la vida, como criterio ya establecido en los planes gerontológicos regionales o nacional, habrían de tener presente los hechos diferenciales del envejecimiento en casa previamente expresados y que pueden sintetizarse en siete aspectos:

- Los mayores forman hogares de tamaño reducido, y si bien mantienen independencia residencial con respecto a su familia, tienen en la red familiar la principal fuente de apoyo sentimental y de apoyo instrumental o de cuidado.
- Para poder conservar su independencia y autonomía sería preciso reforzar la red de cuidado informal mediante la

implementación de más ayudas directas al mayor, pero también dirigidas al cuidador o cuidadores principales dentro del seno familiar, para permitirles aliviar la carga que supone el hecho de mantener al mayor dependiente en el entorno residencial familiar.

- El reforzamiento de las políticas institucionales de apoyo a la permanencia del mayor en su entorno habría de considerar, asimismo, la diferente incidencia de la salud y el funcionamiento en el proceso de envejecimiento, así como aplicar los métodos y medidas necesarios para coordinar las políticas sociales y sanitarias.
- La casa de toda la vida, como ámbito residencial más cercano al individuo, constituye un elemento importante en la vida del mayor; desde una perspectiva objetiva, la casa, adquirida normalmente a edades jóvenes y bajo un estadio de vida diferente, ha devenido en inadaptada para las circunstancias actuales de los mayores, aunque ellos manifiesten una satisfacción elevada hacia este elemento residencial. En este sentido, serían necesarias políticas de actuación para mitigar esa inadaptación en tanto en cuanto una movilidad residencial no es deseada por los mayores, y quizás tampoco pueda ser afrontada a la luz de los recursos económicos si no se contempla por los propietarios bien el cambio de la actual inadaptada por otra, acorde con las circunstancias personales, bien la reforma o adaptación de la misma.
- Siendo así que 7 de cada 10 personas de edad considera que su círculo de amistades es el de toda la vida, en el entorno residencial exterior la red de vecinos se erige en una de las principales redes sociales, de modo que este es un factor determinante en el modelo de calidad de vida global; incluso, la red vecinal puede actuar no solo como red de amistad sino también como apoyo en caso de necesitar ayuda.
- El grado de participación del mayor en actividades de ocio es reflejo de la educación y del nivel socioeconómico en que vivió durante la edad joven y adulta, de modo que las políticas de actuación han de observar estos hechos e intentar diseñar programas para incrementar la participación en actividades de ocio no meramente pasivas, por las conse-

cuencias positivas que ello podría tener, asimismo, en la salud física y emocional de los mayores.

- Si bien es cierto que a la edad anciana muchas de las necesidades económicas más propias de edades jóvenes y adultas ya están cubiertas, como por ejemplo, la compra y pago de una vivienda, o la crianza y educación de los hijos, los mayores no están muy satisfechos con sus recursos económicos, al margen de las digresiones observadas entre los indicadores objetivos y subjetivos; de este modo habría de considerarse el establecimiento de actuaciones encaminadas a evitar que un no desdeñable colectivo de mayores permanezca en riesgo de exclusión social mediante la adecuación del binomio necesidades y recursos.

En este libro se estudia la población mayor como un todo, sin explorar la posible existencia de diferencias, según cohortes, en la expresión de las áreas más importantes de la vida en el constructo calidad de vida en la vejez, de acuerdo con esa heterogeneidad existente dentro del grupo de población mayor que, lejos de presentar homogeneidad en los aspectos que lo definen y conforman, se caracteriza por la diversidad (Daatland et al. 2007), diversidad que atañe incluso al lugar de residencia, por cuanto unas peores condiciones de vida estarían en la base de la institucionalización del mayor. Bajo estas asunciones también es posible plantear desigualdades en los factores subyacentes de las condiciones de vida diferenciales según segmentos de población mayor y ámbitos de residencia. En suma, el análisis de las diferencias dentro del propio colectivo de mayores en su proceso de envejecimiento se vería claramente enriquecido por la individualización de las investigaciones y por su realización bajo una perspectiva que tome en cuenta el carácter longitudinal del hecho de envejecer en casa o en institución según cohortes de población.

## Bibliografía

- ABELLÁN GARCÍA, A. y F. ROJO-PÉREZ. «Migración y movilidad residencial de las personas de edad en Madrid». *Anales de Geografía de la Universidad Complutense* n.º 17 (1997): 175-193.

- ANDREWS, G. J., M. CUTCHIN, K. MCCrackEN, D. R. PHILLIPS y J. WILES. «Geographical Gerontology: The constitution of a discipline». *Social Science & Medicine* 65 n.º 1 (2007): 151-168.
- BERGER-SCHMITT, R. «Considering social cohesion in Quality of Life assessments: concept and measurement». En M. R. HAGERTY, J. VOGEK y V. MØLLER, eds. *Assessing Quality of Life and Living Conditions to Guide National Policy*. Dordrecht, Boston: Kluwer Academic Publishers, Serie: Social Indicators Research Vol. 11, 2002: 403-428.
- BOWLING, A. «Individual Quality of Life and Population Studies». En C. R. B. JOYCE, C. A. O'BOYLE y H. M. MCGEE, eds. *Individual Quality of Life: Approaches to Conceptualisation and Assessment*. Ámsterdam: Harwood Academic Publishers, 1999: 175-184.
- BOWLING, A. y J. WINDSOR. «Towards the Good Life: A Population Survey of Dimensions of Quality of Life». *Journal of Happiness Studies* 2 n.º 1 (2001): 55-81.
- BROWN, J., A. BOWLING y T. FLYNN. *Models of Quality of Life: A Taxonomy, Overview and Systematic Review of the Literature*. European Forum on Population Ageing Research, 2004: 113. Disponible en internet en [www.ageingresearch.group.shef.ac.uk/pdf/qoL\\_review\\_no\\_tables.pdf](http://www.ageingresearch.group.shef.ac.uk/pdf/qoL_review_no_tables.pdf) (Fecha de acceso: 11-09-2005).
- BRUNER, J. *Actual minds, possible worlds*. Cambridge: Harvard University Press, 1986.
- CUMMINS, R. A., R. ECKERSLEY, J. PALLANT, J. V. VUGT y R. MISAJON. «Developing a National Index of Subjective Wellbeing: The Australian Unity Wellbeing Index». *Social Indicators Research* 64 n.º 2 (2003): 159-190.
- DAATLAND, S. O. y T. HANSEN. «Well-being, Control, and Ageing: An Empirical Assessment». En H. MOLLENKOPF y A. WALKER, eds. *Quality of Life in Old Age. International and Multidisciplinary Perspectives*. Dordrecht: Springer, Social Indicators Research Series Vol. 31, 2007: 33-48.
- DEL BARRIO TRUCHADO, E. y A. ABELLÁN GARCÍA. «Indicadores demográficos». En R. DÍAZ MARTÍN, ed. *Informe 2008. Las Personas Mayores en España. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, Secretaría General de Política Social, Instituto de Mayores y Servicios Sociales, Col. Documentos, Serie Documentos Estadísticos n.º 22.019, 2009: 31-66.
- DIENER, E. «Guidelines for National Indicators of Subjective Well-Being and Ill-Being». *Journal of Happiness Studies* 7 n.º 4 (2006): 397-404.
- EASTERLIN, R. «Life Satisfaction. Can we produce it?». En W. GLATZER, S. VON BELOW y M. STOFFREGEN, eds. *Challenges for Quality of Life in the Contemporary World. Advances in quality-of-life studies, theory and research*. Dordrecht, Boston, Londres: Kluwer Academic Publishers, Serie: Social Indicators Research Series, Vol. 24, 2004: 347-357.
- FAYERS, P. M. y D. MACHIN. *Quality of Life: Assessment, Analysis, and Interpretation*. Chichester, Nueva York: John Wiley & Sons, 2000.
- FERNÁNDEZ-MAYORALAS, G., A. ABELLÁN, V. RODRÍGUEZ y F. ROJO. «Desigualdades en salud y envejecimiento demográfico». *Anales de Geografía de la Universidad Complutense* n.º 13 (1993): 139-154.
- FERNÁNDEZ-MAYORALAS, G. y V. RODRÍGUEZ. «La capacidad funcional de los ancianos españoles». *Revista de Gerontología* n.º 1 (1995): 16-22.
- FERNÁNDEZ-MAYORALAS, G. y F. ROJO-PÉREZ. «Calidad de vida y salud: planteamientos conceptuales y métodos de investigación». *Territoris (Monográfico sobre Geografía de la Salud)* n.º 5 (2005): 117-135.
- HICKEY, A., C. A. O'BOYLE, H. M. MCGEE y C. R. B. JOYCE. «The Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life». En C. R. B. JOYCE, C. A. O'BOYLE y

- H. M. MCGEE, eds. *Individual Quality of Life: Approaches to Conceptualisation and Assessment*. Amsterdam: Harwood Academic Publishers, 1999: 119-133.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. *Proyecciones de la Población de España calculadas a partir del Censo de Población de 2001*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística, 2004. Disponible en internet en [www.ine.es/prodyser/catalogo/cat\\_poblacion.htm#1](http://www.ine.es/prodyser/catalogo/cat_poblacion.htm#1).
- LAWTON, M. P. «A multidimensional view of quality of life in frail elders». En J. E. BIRREN, J. E. LUBBEN, J. C. ROWE y D. E. DEUTCHMAN, eds. *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly*. San Diego, CA: Academic Press, 1991: 3-27.
- MARTÍNEZ-MARTÍN, P. ed., *Calidad de vida en neurología*. Barcelona: Ars Medica, 2006: 280.
- MARTÍNEZ-MARTÍN, P. y B. FRADES-PAYO. «Desarrollo de un instrumento de valoración de calidad de vida relacionada con la salud». En P. MARTÍNEZ MARTÍN, ed. *Calidad de vida en neurología*. Barcelona: Ars Medica, 2006: 33-48.
- NOLL, H.-H. «Towards a European System of Social Indicators: Theoretical Framework and System Architecture». En M. R. HAGERTY, J. VOGEL y V. MØLLER, eds. *Assessing quality of life and living conditions to guide national policy: the state of the art*. Dordrecht, Boston: Kluwer Academic Publishers, Serie: Social Indicators Research Vol. 11, 2002: 47-87.
- ORY, M. G., D. M. COX, H. C. GIFT y R. P. ABELES. «Introduction: Aging and Quality of Life. Celebrating New Discoveries». En R. P. ABELES, H. C. GIFT y M. G. ORY, eds. *Aging and Quality of Life*. Nueva York: Springer Publishing Company, 1994: 1-16.
- PUGA GONZÁLEZ, M. D. y A. ABELLÁN GARCÍA. «Nuevos riesgos y demandas del envejecimiento en España: las situaciones de dependencia». En M. FRAGA, ed. *Las claves demográficas del futuro de España*. Madrid: Fundación Cánovas del Castillo, 2001: 247-276.
- RODRÍGUEZ-RODRÍGUEZ, V. y F. ROJO-PÉREZ. «Tipología del envejecimiento de la población española (1900-1986)». Consejo Superior de Investigaciones Científicas, *Documentos de Trabajo del Departamento de Geografía Humana y Regional* n.º 2, 1989: 20 + anexo.
- ROJO-PÉREZ, F., G. FERNÁNDEZ-MAYORALAS, E. POZO-RIVERA y J. M. ROJO-ABUÍN. *Envejecer en casa: la satisfacción residencial de los mayores en Madrid como indicador de su calidad de vida*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Col. Monografías n.º 23, 2002.
- ROJO-PÉREZ, F., G. FERNÁNDEZ-MAYORALAS, M. J. FORJAZ, C. DELGADO-SANZ, K. AHMED MOHAMED, P. MARTÍNEZ-MARTÍN, M. E. PRIETO-FLORES y J. M. ROJO-ABUÍN. *Población mayor, Calidad de Vida y redes de apoyo: demanda y prestación de cuidados en el seno familiar*. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Ciencia e Innovación, 2009. Disponible en internet en [www.isciii.es/ht-docs/publicaciones/documentos/Poblacion\\_mayor.pdf](http://www.isciii.es/ht-docs/publicaciones/documentos/Poblacion_mayor.pdf).
- RUBINSTEIN, R. L., M. MOSS y M. H. KLEBAN, eds. *The many dimensions of aging*. Nueva York: Springer Publishing Company, 2000: 289.
- SIRGY, M. J. ed., *Handbook of quality-of-life research: an ethical marketing perspective*. Dordrecht, Boston: Kluwer Academic Publishers, 2001: 458.
- SIRGY, M. J., A. C. MICHALOS, A. L. FERRISS, R. A. EASTERLIN, D. PATRICK y W. PAVOT. «The Quality-of-Life (QOL) Research Movement: Past, Present, and Future». *Social Indicators Research* 76 n.º 3 (2006): 343-466.
- THE WHOQOL GROUP. «The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization». *Social Science & Medicine* 41 n.º 10 (1995): 1.403-1.409.



## Listado de abreviaturas

AVD	Actividades de la Vida Diaria
CadeViMa	Encuesta de Calidad de Vida de los Mayores en Madrid
CVRS	Calidad de Vida Relacionada con la Salud
EIF	Escala de Independencia Funcional
EQ-5D	Instrumento EuroQoL 5D
EQ-5D-EVA	Estado de salud hoy medido en una Escala Visual Analógica (instrumento EQ-5D)
EQ-5D-TT	Sistema descriptivo en cinco dimensiones para medir estados de salud (instrumento EQ-5D)
EQ-5D-12	Estado de salud actual comparado con el de los últimos 12 meses (instrumento EQ-5D)
HADS-D	Subescala de depresión de la Hospital Anxiety and Depression Scale
IB	Índice de Capacidad Funcional de Barthel
ICM	Índice de Comorbilidad
INE	Instituto Nacional de Estadística
SEIQoL-DW	Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life, Direct Weighting

### **Técnicas estadísticas**

Answer Tree	Análisis de Árboles Jerárquicos
ARLM	Análisis de Regresión Lineal Múltiple
AF	Análisis Factorial
AClus	Análisis Clúster
ACor	Análisis de Correspondencias Múltiple
ADis	Análisis Discriminante
CatReg	Análisis de Regresión Categórica con Escalamiento Óptimo
CorCan	Análisis de Correlación Canónica
$r$ de Pearson	Correlación de Pearson





# Índice de cuadros

CUADRO 1:	Distribución de la población de 65 o más años de edad en la Comunidad de Madrid para calcular una muestra representativa de esa población.....	25
CUADRO 2:	Rasgos sociodemográficos de la población mayor residente en vivienda familiar en la Comunidad de Madrid.....	36
CUADRO 1.1:	Evolución de algunos índices demográficos relacionados con la estructura por edad en la Comunidad de Madrid, 1900-2006.....	51
CUADRO 1.2:	Nivel de instrucción según grupo de edad entre los mayores de la Comunidad de Madrid, 2001.....	57
CUADRO 1.3:	Distribución geográfica de la población de 65 y más años en la Comunidad de Madrid, 2006.....	60
CUADRO 1.4:	El entorno residencial: características de la vivienda, y percepción de problemas en el barrio donde reside la población de 65 y más años en la Comunidad de Madrid, 2001.....	68
CUADRO 2.1:	Resultados obtenidos a partir del procedimiento estándar SEIQoL-DW y del procedimiento para el índice SEIQoL adaptado.....	90
CUADRO 2.2:	Correlación entre el índice SEIQoL y el número de actividades de ocio practicadas habitualmente.....	108
CUADRO 3.1:	Información solicitada en el cuestionario CadeViMa sobre indicadores de salud y calidad de vida.....	118
CUADRO 3.2:	Comorbilidad según sexo, edad y clase social de la población analizada.....	127
CUADRO 3.3:	Capacidad e independencia funcional según características sociodemográficas de las personas mayores.....	129
CUADRO 3.4:	Salud hoy, salud comparativa y CVRS, según características sociodemográficas y residenciales.....	136
CUADRO 3.5:	Nivel de competencia relacionado con la salud y el funcionamiento.....	138

CUADRO 3.6:	Promoción y autocuidado de la salud según características sociodemográficas de la población mayor	143
CUADRO 3.7:	Utilización de servicios sanitarios	145
CUADRO 3.8:	Uso de servicios sanitarios y características sociodemográficas y residenciales de la población analizada	148
CUADRO 3.9:	Tipología de utilización y satisfacción de servicios sanitarios según características sociodemográficas y residenciales	151
CUADRO 3.10:	Quién es la persona que más ayuda le presta (en primer y segundo lugar)	155
CUADRO 4.1:	Indicadores sobre la forma de convivencia y estructura del hogar, y las redes familiar y de amistad	175
CUADRO 4.2:	Diferencias en la tipología y bienestar del hogar según rasgos sociodemográficos de los mayores	179
CUADRO 4.3:	Opiniones y actitudes de los mayores hacia la red de amistad	189
CUADRO 5.1:	Indicadores para el estudio de los recursos económicos incluidos en la encuesta CadeViMa	203
CUADRO 5.2:	Relación entre los ingresos totales mensuales y el autopercepción económica del hogar, su satisfacción económica y la seguridad en su futuro económico	207
CUADRO 5.3:	Aspectos en los que la sociedad debería realizar mayor esfuerzo, invertir más dinero	213
CUADRO 5.4:	Relación entre la tipología de sujetos según recursos económicos y el estado de salud	216
CUADRO 6.1:	Indicadores para el estudio del ocio y tiempo libre incluidos en la encuesta CadeViMa	244
CUADRO 6.2:	Grupos de mayores (por tipología de ocio e intensidad de práctica) según características sociodemográficas	248
CUADRO 6.3:	Grupos de mayores (por tipología de ocio e intensidad de práctica) según características de salud y funcionamiento	258
CUADRO 6.4:	Grupos de mayores (por tipología de ocio e intensidad de práctica) según bienestar emocional	260
CUADRO 6.5:	Grupos de mayores (por tipología de ocio e intensidad de práctica) según redes familiar y social y características del hogar y lugar de residencia	263
CUADRO 7.1:	Información del cuestionario CadeViMa para el estudio del entorno residencial de los mayores	275

CUADRO 7.2: Características generales de la vivienda según factores sociodemográficos.....	280
CUADRO 7.3: Presencia de equipamiento en la casa y en el edificio.....	283
CUADRO 7.4: Tipología de dotaciones en el edificio o finca donde se localiza la vivienda según factores sociodemográficos y características de la casa.....	288
CUADRO 7.5: Adaptaciones o reformas muy necesarias en la casa.....	294
CUADRO 7.6: Percepción sobre la imagen y comportamiento de los vecinos en el área de residencia.....	305
CUADRO 7.7: Factores explicativos de la satisfacción residencial global entre la población mayor no institucionalizada en la Comunidad de Madrid.....	310
CUADRO 8.1: Diferencias en el bienestar emocional de las personas mayores.....	327
CUADRO 9.1: Calidad de vida según características personales.....	347
CUADRO 9.2: Los predictores subjetivos de satisfacción con la vida como indicador de calidad de vida global.....	352



# Índice de gráficos

GRÁFICO 1.1: Población de 65 y más años por CC. AA., 2006.....	49
GRÁFICO 1.2: Evolución de la composición por edad de los mayores de 65 años en la Comunidad de Madrid, 1986-2006.....	54
GRÁFICO 1.3: Composición por sexo de los mayores de 65 años en la Comunidad de Madrid, según grupos de edad, 2006.....	54
GRÁFICO 1.4: Tamaño del municipio de residencia de la población de 65 y más años en la Comunidad de Madrid, 2001.....	63
GRÁFICO 1.5: Tamaño del hogar de residencia de los mayores de 65 años en la Comunidad de Madrid, 2001.....	64
GRÁFICO 1.6: Tenencia de segunda residencia por parte de los mayores del municipio de Madrid, 2001.....	76
GRÁFICO 2.1: Índice SEIQoL por sexo y edad.....	97
GRÁFICO 2.2: Índice SEIQoL por edad percibida.....	97
GRÁFICO 2.3: Índice SEIQoL y sentimiento de utilidad.....	98
GRÁFICO 2.4: Índice SEIQoL de calidad de vida global y estado de salud.....	102
GRÁFICO 2.5: Índice SEIQoL y estructura del hogar.....	104
GRÁFICO 2.6: Índice SEIQoL e ingresos económicos.....	105
GRÁFICO 2.7: Índice SEIQoL y red social.....	107
GRÁFICO 3.1: Necesidad de ayuda en actividades de la vida diaria, según la EIF.....	131
GRÁFICO 3.2: Tipología de salud subjetiva: percepción <i>versus</i> satisfacción.....	134
GRÁFICO 3.3: Proporción de mayores que reciben y/o han solicitado alguna ayuda formal, por tipo.....	154
GRÁFICO 3.4: Comparativa de los modelos explicativos del estado de salud percibido y de la satisfacción con la salud, a partir del incremento del coeficiente de determinación en ambos modelos.....	157
GRÁFICO 4.1: Lugar de residencia habitual, forma de convivencia y satisfacción con la forma de convivencia.....	177

GRÁFICO 4.2: Red familiar básica (según parentesco del mayor con los miembros del hogar) y red familiar extensa (mayores con familiares que viven cerca), según forma de convivencia.....	182
GRÁFICO 4.3: Distancia al lugar de residencia de familiares según la frecuencia de relaciones con la red familiar.....	184
GRÁFICO 4.4: Distancia al lugar de residencia de familiares según la satisfacción hacia las relaciones con la red familiar.....	185
GRÁFICO 4.5: Percepción de la distancia al lugar de residencia de los amigos/as, y frecuencia y satisfacción con la red social.....	187
GRÁFICO 4.6: Clasificación de sujetos según sus opiniones y actitudes hacia la red de amistad y su relación con la frecuencia de contacto y la satisfacción con la red.....	191
GRÁFICO 5.1: Satisfacción con los recursos económicos y seguridad en su futuro económico según ingresos mensuales.....	210
GRÁFICO 5.2: Nivel de estudios y clase social como factores asociados con la satisfacción con los recursos económicos y la seguridad en su futuro económico.....	211
GRÁFICO 5.3: Relación entre la tipología de mayores según los recursos económicos y las redes de apoyo.....	219
GRÁFICO 5.4: Relación entre la tipología de mayores según los recursos económicos y la forma de vida.....	220
GRÁFICO 5.5: Relación entre la tipología de mayores según los recursos económicos y las actividades de ocio.....	223
GRÁFICO 5.6: Relación entre la tipología de mayores según los recursos económicos y el entorno residencial.....	225
GRÁFICO 6.1: Frecuencia de realización de actividades de ocio.....	246
GRÁFICO 6.2: Número de actividades realizadas, según edad.....	249
GRÁFICO 6.3: Relación entre la tipología de ocio y el nivel de estudios...	252
GRÁFICO 6.4: Relación entre la tipología de ocio y la satisfacción con su situación económica general.....	255
GRÁFICO 7.1: Árbol de decisión sobre la clasificación de los mayores según el nivel de dotaciones en la vivienda.....	286
GRÁFICO 7.2: Árbol de decisión sobre la clasificación de los mayores según los obstáculos en el acceso al espacio interior e inmediato: desde la calle al portal, accesibilidad en el interior del portal y desde el portal a la casa.....	291
GRÁFICO 7.3: Percepción de la distancia a servicios en el área de residencia.....	298

GRÁFICO 7.4: Relación entre la clasificación de los mayores según la percepción de distancia a los servicios y la satisfacción con el barrio .....	300
GRÁFICO 7.5: Enumeración de los problemas más importantes percibidos por los mayores en su barrio de residencia.....	301
GRÁFICO 7.6: Percepción de la satisfacción hacia cada uno de los elementos del entorno residencial.....	308
GRÁFICO 8.1: Estado emocional percibido: sentimientos positivos y negativos.....	325
GRÁFICO 8.2: Relación entre el bienestar emocional y la clase social ....	329
GRÁFICO 8.3: Relación entre el bienestar emocional y la satisfacción con el estado de salud general .....	330
GRÁFICO 8.4: Autoposicionamiento religioso y espiritual por sexo.....	332
GRÁFICO 8.5: Autoposicionamiento religioso y espiritual según estado de salud .....	333
GRÁFICO 8.6: Frecuencia de asistencia a misa y de participación en actividades no formales organizadas en la iglesia o en la comunidad religiosa .....	334
GRÁFICO 9.1: Nivel de satisfacción con la vida en general y con las dimensiones de vida .....	346
GRÁFICO 9.2: Relación entre el nivel de satisfacción con la vida y los ingresos totales mensuales.....	349





# Índice de mapas

MAPA 1.1:	Distribución de la población de 65 y más años en los municipios de la Comunidad de Madrid, 2006 .....	59
MAPA 1.2:	Distribución de la población de 65 y más años en los distritos del municipio de Madrid, 2006 .....	61
MAPA 2.1:	Distribución geográfica de las puntuaciones medias del índice SEIQoL .....	99



# Índice alfabético

- ABELLÁN GARCÍA, 46-48, 58, 64, 74, 76, 78,  
163, 176, 184, 194, 271-272, 315, 318, 364,  
371-373
- ACHAT, 217, 231
- ADAMS, 186-187, 195
- ADELMANN, 238, 266
- AGAHI, 236, 266
- AHMED MOHAMED, 16, 43, 104, 109, 166, 169, 373
- ALFONZO, 123, 162
- ALLEN, 242, 256, 266, 269
- ALONSO, 109, 116, 162
- AMÉRIGO CUERVO-ARANGO, 273, 304, 315,  
344, 358
- ANDERSON, 42, 164, 274, 276, 285, 313, 316
- ANDRESEN, 216, 231
- ANDREWS, 359, 364, 372
- ANME, 275, 292, 316
- AURIA, 284, 316
- AVRAMOV, 241, 247, 250, 254, 261, 266
- BADÍA, 122, 135
- BADÍA LLACH, 85, 109, 116, 158, 162
- BASS, 123, 162
- BATH, 256, 266
- BAUMAN, 171, 195
- BAXTER, 218, 231
- BAZO, 177, 195
- BAZTÁN CORTÉS, 102, 109, 121, 162
- BECK, 170, 195
- BECKETT, 236, 266
- BERGER, 123, 162
- BERGER-SCHMITT, 363, 372
- BERICAT ALASTUEY, 170, 186, 195
- BERKMAN, 164, 238, 266-267, 270
- BERTERO, 186, 195
- BINSTOCK, 316, 318, 357-358
- BIRREN, 110, 231, 307, 316-317, 318, 336, 373
- BISSCHOP, 324, 335
- BJELLAND, 118, 162
- BOND, 110, 163, 271, 274, 277, 285, 313, 316
- BOWLING, 19, 41, 84, 86, 109, 115, 121, 124,  
162, 174, 195, 209, 224, 231, 322, 335, 343,  
358-359, 363, 365, 372
- BOYLE, 123, 162
- BRACH, 123, 162
- BROMLEY, 67, 78, 281, 316
- BROWN, 18, 21, 41, 123, 163, 171, 195, 205,  
231, 266, 363, 372
- BROWNE, 42, 95, 109, 111, 196
- BRUNER, 361, 372
- BRYANT, 201, 231
- BULLINGER, 114, 163
- BYGREN, 237, 267
- BYLES, 123, 163
- calidad de vida
- aproximaciones o perspectivas de estudio,  
15, 83-84, 86
  - constructo de calidad de vida, 22, 83, 339,  
371
  - contextos, 339
  - definición, 18, 19-20, 321-322, 339, 363
  - dimensiones, dominios, atributos o áreas,  
16, 19-23, 29, 83-85, 87, 89, 91, 93, 96,  
103, 322, 328, 340, 343, 345, 354
  - entorno residencial, 30, 271, 368, 370
    - barrio o localidad de residencia,  
295, 297-299, 302, 307, 314
    - años de residencia, 309
    - conceptualización, 309
    - dotaciones y accesibilidad, 309,  
312
      - tipología de sujetos según, 299
    - percepción y barreras, 299-303
    - satisfacción con, 306-312
  - medición de los elementos del  
entorno residencial, 273
  - red social vecinal, 304-307, 315
    - percepción de los vecinos, 277,  
304

- tipología de sujetos según, 304
- satisfacción con, 306-308
- satisfacción residencial global, 273, 278, 306-312, 315
  - factores, 308
  - medición e indicadores, 308
- vivienda (y edificio o finca)
  - accesibilidad en el entorno
    - inmediato, 275c, 276, 287-290
    - tipología de sujetos según, 287, 288c, 299
  - condiciones de habitabilidad, 224, 274, 282-287, 294
  - adaptación o mantenimiento, 287, 292-295
  - antigüedad, 279-282, 284-286c
  - dotaciones y tipología, 282-287
    - tipología de sujetos según, 286c, 287
  - hacinamiento, 275c, 280c-281, 287-288c
  - régimen de tenencia, 274-275c, 276, 279
  - tamaño o superficie, 279-282, 313
  - satisfacción con, 306-312
  - tipología de sujetos por tamaño y edad de la vivienda, 281-282
- forma de convivencia y redes, 30, 169, 367-368
- apoyo, 172-174, 176, 193
  - emocional, 104, 172
  - instrumental, 172, 369
  - social, 173-174, 176
- hogar y estructura
  - autoposicionamiento
    - económico, *v. también* recursos económicos, 180, 193, 203c, 207, 207c, 227-228
  - características, 175-180
  - edad de los miembros del hogar, 175c
  - living apart together*, 181, 196
  - nido vacío, 176
  - satisfacción con, 174-175c, 176-177, 177g
  - soledad residencial, 177-179
  - tamaño del hogar, 64-65, 69g, 178
  - tipología de sujetos, 177-178
- medición de las redes, 173-174, 186
  - capital social, 174
  - deseabilidad social, 194, 202
  - relaciones personales, 172, 188
- red familiar
  - básica, 182c
  - calidad (frecuencia de relaciones), 184, 184g
  - definición, 190
  - distancia
    - afectiva, 183-184
    - afectiva *vs.* geográfica, 183-186
    - cercanía afectiva, 193, 368
    - geográfica, 172, 182, 184, 187, 193, 368
    - intimidad a, 184-185, 193-194, 368
    - percepción, 30, 96, 175c, 183-184
    - tipología de sujetos, 183
  - extensa, 181, 182g, 183
  - satisfacción con, 177g, 177-178, 180, 185g, 185-186
- red social
  - calidad (frecuencia de relaciones), 174
  - definición, 187
  - opiniones y actitudes hacia la red social, 175c, 189c, 189, 191g
    - tipología de sujetos, 189-190
  - percepción de la distancia, 175c, 187g
  - satisfacción con, 174-175c, 187g-188, 191g-193
  - teoría de la continuidad, 191
- residencia habitual, 176
- transformaciones en la familia
  - modernidad líquida, 171
  - sociología relacional, 171
  - teoría del *disengagement*, 171, 190, 193-194
- ocio y tiempo libre, 30, 235, 368
  - actividades practicadas, 16, 238, 240, 250, 341
- beneficios, 236
- estudios sobre, 235, 247

- factores condicionantes de la práctica, 250
- frecuencia de realización de actividades, 240
- importancia en la vejez, 240-241
- medición de las actividades de ocio y tiempo libre en la vejez, 241-244
  - indicadores, 242, 244c
  - tipología de actividades, 243, 244c, 246g
- número de actividades realizadas, 247
- satisfacción con las actividades de ocio, 240, 256
- tipología de sujetos según la práctica de ocio, 245
- uso del tiempo, 235
- recursos de afrontamiento de vida, 30, 321, 369
  - bienestar emocional, 321-323, 326-327, 335
    - definición, 321
    - factores, 324
    - medición, 323
    - tipología de sujetos según, 324-325g
  - espiritualidad y religiosidad, 323, 331-332
    - definición, 331-332
    - factores, 331-332
    - medición, 323-324
    - tipología de sujetos según, 331-332
- recursos económicos, 30, 199, 366
  - autoposicionamiento económico, *v. también* forma de convivencia y redes, 30, 105, 180, 204, 207, 227-228
  - definición, 199-200
  - factores de las condiciones económicas, 204, 215
  - medición de los hechos económicos, 202-203
    - deseabilidad social,
  - nivel de ingresos, 203, 206-207, 227, 230, 254, 348
  - nivel de ingresos y evaluación subjetiva, 106, 212, 214-215, 217, 222, 349
  - tipología de sujetos, 212-213
    - optimistas con base económica (bienestar), 212, 215c-216c, 217-218, 219g-220g, 223g, 225g
    - optimistas sin base económica (adaptación), 212, 214-215, 216c, 219g-220g, 223g, 225g
    - pesimistas con base económica (disonancia), 212, 216c, 219g-220g, 222, 223g, 225g
    - pesimistas sin base económica (privación), 212, 215-216c, 217-218, 219g-220g, 223g, 225g
  - pensiones, 40, 47, 52, 144, 199, 205, 208-210, 214, 354, 366
  - satisfacción con su situación económica general, 30, 96, 105-106, 201, 208-210, 227, 296, 326, 351, 366
  - seguridad en su futuro económico, 207
- salud y funcionamiento, 30, 113, 243, 366
  - actividades de la vida diaria
    - apoyo formal e informal, 152-153
    - demanda de apoyo, 16, 119c, 124, 153, 159
    - dependencia, 159, 172, 347c-348, 362, 367
  - calidad de vida relacionada con la salud, 30, 114, 134-135
    - factores asociados,
  - condiciones objetivas y subjetivas de salud, 116, 122, 132
  - constructo de salud, 115, 159
  - continuo salud-enfermedad, 115, 117, 125, 132
  - definición, 113-114, 116
    - Organización Mundial de la Salud, 113
  - discapacidad, 128-129
    - factores asociados, 128-129
  - dolor, 131
    - factores asociados, 131
  - enfermedad, 124-126, 128
    - tipologías de comorbilidad, 126

- factores asociados, 126-128
- medición de la salud, 116-118, 120-122, 132, 135
  - escalas, indicadores e instrumentos de medida, 116-122, 126, 128-129c
  - medidas de valoración subjetiva, 132-134
- nivel de competencia relacionado con la salud y el funcionamiento, 116, 124, 137, 159
- tipología de sujetos, 137, 138c-139
  - factores asociados, 139
- promoción y autocuidado, 117, 122, 124, 139-142
  - actividad física y mental, y capacidades cognitivas, 140-141
  - consumos tóxicos, dieta y sueño, 140
  - tipología de sujetos según sus comportamientos relacionados con la salud, 141-142
    - factores asociados, 144
- salud subjetiva, 115, 122, 125, 132, 133, 137, 156, 157, 158
  - factores explicativos de la salud percibida y de la satisfacción con la salud, 156-158
  - percepción de la salud, 30, 114, 132, 208, 228, 294
  - satisfacción con la salud, 122, 132-133, 156-158, 161-162, 332
  - tipología sintética de salud subjetiva, 125
- servicios de salud, 122, 124-125, 144, 146
  - accesibilidad percibida, 144-152
  - satisfacción con la atención sanitaria recibida, 119c, 124
  - tipologías de sujetos según su utilización y satisfacción con los servicios sanitarios, 146-147
  - utilización de servicios, 145c, 148c-149, 151c, 159-160
- dominio específica, 114
- enfoque dicotómico, *v. también* enfoque objetivo y enfoque subjetivo, 17, 19, 84, 306, 340-342, 364
  - enfoque global u holístico, 20, 83, 108, 134, 156, 200, 342, 353, 364-365, 370
  - enfoque objetivo, 19, 23, 341
  - enfoque subjetivo, 17, 19, 23, 342
  - evaluación individual, 29
    - The Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life (SEIQoL), 17, 21, 29, 84-85
    - forma de administración, 86-87
    - procedimiento Direct Weighting (SEIQoL-DW), 86
- factores, 16, 18, 20, 23, 339, 342, 345, 361, 377
- índice SEIQoL de calidad de vida global, 86-88, 93
  - contribución de cada dimensión, 93
  - factores asociados, 95-96, 99, 101, 103-104, 106-107
  - modelo sintético, 88
  - nivel de satisfacción o funcionamiento, 86, 91
  - nominationes, 88-89, 91-93
  - ponderación, 92
  - procedimiento adaptado, 88, 94
- multidimensionalidad, 17, 83-84, 89, 108, 114, 321, 339, 364
- nivel de, 15, 101, 358
- predictores subjetivos de calidad de vida global, 351-352
- satisfacción (nivel de), 19, 93, 343, 345
- satisfacción con
  - actividades de ocio, 345
  - aparición física, 345
  - ayuda prestada a algún familiar, amigo, 344
  - ayuda recibida de familiares, amigos, empleados, vecinos, conocidos, 343
  - ayuda recibida de las instituciones, 344
  - barrio o su pueblo, 345
  - cantidad de alimentos, 345
  - capacidad para escuchar conversar, 345
  - capacidad para tomar decisiones, 345
  - estado de salud general, 345
  - forma de convivencia, 351
  - horas de sueño y descanso, 345
  - libertad para expresar sus pensamientos, 345
  - memoria, su capacidad para recordar, 345

- posición y reconocimiento en la sociedad, 345
  - relaciones con amigos/as, 345
  - relaciones familiares, 345
  - relaciones que mantiene con sus vecinos, 345
  - respeto y trato que recibe de los demás, 345
  - situación económica personal general, 345
  - uso del servicio de dentista, 344
  - uso del servicio de enfermería, 344
  - uso del servicio de hospitalización, 344
  - uso del servicio de médico especialista, 344
  - uso del servicio de médico general, 345
  - uso del servicio de urgencias, 344
  - variedad de alimentos, 345
  - vida en general, 345, 351
  - vivienda donde reside, 345
- CALLAHAN, 272, 316, 317
- CALNAN, 124, 163
- CAMPO LADERO, 171, 195
- caracterización sociodemográfica
- ámbitos geográficos
    - Comunidad de Madrid, 24, 45, 46, 58, 365
    - corona metropolitana de Madrid, 58, 62
    - distritos del municipio de Madrid, 58
    - España, 46, 48-49, 75, 365
    - tamaño del hábitat de residencia, 24, 45, 62, 67, 77
  - envejecimiento, 45, 47
    - causas, 15, 20, 47, 51
    - consecuencias, 15, 52
    - desigualdad territorial, 58, 62
    - índice de, 51
    - sobreenvejecimiento, 51, 53
  - índice de dependencia demográfica, 52
  - población
    - características
      - estructura del hogar, 65
      - forma de convivencia, 63, 65, 315
    - composición
      - edad, 53
      - estado civil, 55
      - nivel de instrucción, 56
      - sexo, 53
    - condiciones residenciales, 66
      - el entorno residencial próximo, 71-73
      - percepción y problemas, 71-74
    - entorno residencial como recurso de ocio
      - disponibilidad de vehículo, 74-75
      - vivienda secundaria, 75
    - vivienda, 66-67, 69-70
      - antigüedad, 69, 96, 100-101, 279-282
      - dotaciones, 69, 71, 96, 100-101, 274-276
      - estado de conservación, 69
      - tamaño, 67, 69
- CARLSON, 95, 109
- CARP, 71, 78, 273, 277, 296-297, 316
- CASTRO MARTÍN, 52, 78
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 115, 163
- CENTRO DE INVESTIGACIONES SOCIOLOGICAS, 170, 195, 196
- CLARK, 237
- CLARKE, 110, 175, 195
- CLEAVER, 259, 267, 323, 328, 335
- CLÉMENT, 296, 316
- COHN, 212, 231
- COLEMAN, 110, 316, 333-334, 336
- CORNER, 123, 163
- CRIBIER, 285, 313, 316
- CROMBIE, 123, 163
- CUMMING, 190, 195
- CUMMINS, 17, 41, 66, 78, 84, 110, 173, 343, 358, 365, 372
- DAATLAND, 371-372
- DAVIDSON, 357, 359
- DE GROOT, 123, 163, 164
- DEL BARRIO TRUCHADO, 77-78, 194, 236, 238-239, 267, 318, 362, 372
- DE LEEUW, 33, 41
- DIENER, 110, 200-201, 231, 342-343, 359, 364, 372
- DÍEZ NICOLÁS, 49, 79
- DIEZ ROUX, 66, 79
- DIJKSTRA, 186, 195, 202, 231
- DONATI, 171, 195
- DONINI, 123, 163
- DURÁN HERAS, 161, 163, 236, 267, 299, 316



- EFKLIDES, 328, 336  
 EGGERS, 256, 267  
 EQUIPO COORDINADOR DE LA ENCUESTA,  
 121, 163  
 EVANDROU, 195, 279, 281, 316  
  
 FAGERSTRÖM, 194-195  
 FAYERS, 19, 41, 83, 110, 363, 372  
 FERNÁNDEZ BALLESTEROS, 83, 110  
 FERNÁNDEZ-MAYORALAS, 15-16, 20, 22,  
 31, 41-43, 46, 66, 78-81, 83, 85, 95,  
 100, 109-111, 113, 120-121, 124, 158-159,  
 161, 163-166, 171, 194-195, 197, 232, 282,  
 316, 318-319, 339, 359-363, 367, 372-373  
 FERRARA, 186, 196  
 FICKER, 123, 164  
 FINCHUM, 191, 196  
 FOGELHOLM, 123, 164  
 FOKKEMA, 299, 316  
 FRANCESCATO, 274, 307, 316  
 FRIEDMAN, 83, 110, 201, 231  
 FRISCH, 84, 110  
  
 GABRIEL, 209, 231, 340, 359  
 GARCÍA BALLESTEROS, 48, 79  
 GARCÍA-MARTÍN, 243, 267  
 GARLAND, 83, 110  
 GAUTHIER, 254, 261, 266-267  
 gerontología  
   geografía gerontológica, 272, 364  
   envejecer en casa, 272, 312  
   estrategia residencial, 271  
   identidad residencial, 271, 296, 313  
   movilidad residencial, 271, 312, 314  
   gerontología científica, 361  
   gerontología narrativa, 361  
   perspectivas de investigación  
     longitudinal, 364, 371  
     transversal, 364  
   socio-gerontología, 190  
 GERSTL, 241, 267  
 GILHOOLY, 19, 41  
 GINSBERG, 304, 317  
 GITLIN, 66, 79  
 GLASS, 237, 267  
 GOLANT, 239, 267, 307, 317-318  
 GOLINI, 52, 79  
 GONYEA, 314, 317  
 GONZALO, 160, 164  
  
 GRANZIN, 83, 110  
 GRAY, 293, 317  
 GRUNDY, 216, 231, 271, 317  
  
 HAGBERG, 321, 336  
 HAIR, 34, 42  
 HALVORSRUD, 236, 267  
 HARE, 285, 313, 317  
 HAROOTYAN, 294, 317  
 HAVEMAN-NIES, 123, 164  
 HAVIGHURST, 236, 267  
 HAWKINS, 208, 231  
 HAWTHORNE, 174, 196  
 HEINONEN, 164, 322, 336  
 HERRANZ GONZÁLEZ, 67, 79  
 HERZOG, 237, 249, 267  
 HEYL, 257, 267  
 HICKEY, 17, 19, 42, 86, 88, 110-111, 196, 270,  
 340, 359, 364, 372  
 HIGGINS, 276, 317  
 HIGGS, 216, 231  
 HOLMES, 256, 267  
 HOOYMAN, 237, 267  
 HOUSE, 256, 267  
 HOVBRANDT, 237, 268  
 HUMPEL, 72, 79  
 HYMAN, 332, 336  
  
 IGLESIAS DE USSEL, 238, 268  
 INGLEHART, 343, 359  
 INSTITUTO DE ESTADÍSTICA DE LA  
   COMUNIDAD DE MADRID, 24-25c, 29, 42,  
   78, 80, 111, 196  
 ISO-AHOLA, 238, 268  
 IWASAKI, 239, 268  
  
 JACKSON, 79, 239, 267, 268  
 JAKOBSSON, 123, 164  
 JANG, 217, 232  
 JEFATURA DEL ESTADO, 357, 359  
 JENKINS, 238, 250, 256, 268  
 JITAPUNKUL, 121, 164  
 JONES, 247, 268  
 JOYCE, 17, 29, 42, 86, 109-111, 163, 196, 339,  
 359, 372  
  
 KAPLAN, 123, 164  
 KAWACHI, 66, 79, 122, 164-165, 231-232  
 KAWAMOTO, 123, 164

KELLAHER, 271, 274, 317-318  
 KERNAN, 242, 268  
 KIND, 122, 164  
 KING, 237, 268, 360  
 KNAPP, 237, 268  
 KNÄUPER, 117, 164  
 KRENICHYN, 72, 79  
 KUBECK, 254, 268  
  
 LAAKSONEN, 123, 164  
 LAMURA, 200-201, 207-209, 232  
 LAN, 237, 268  
 LARDIÉS-BOSQUE, 16, 45, 48, 79, 109, 235  
 LARRIEU, 123, 164  
 LARSON, 74, 80, 236, 268  
 LASSEY, 18, 20, 42, 172, 196, 199, 232, 239,  
 253-254, 268, 340, 356-357, 359  
 LAWTON, 66, 80, 83, 110, 212, 232, 277, 296,  
 304, 317, 321, 336, 363, 373  
 LEAL MALDONADO, 50, 53, 67, 69-70, 75,  
 80  
 LE BORGNE-UGUEN, 294, 317  
 LEFRANÇOIS, 265, 268  
 LEUNG, 236, 245, 268  
 LEVIN, 181, 196  
 LHUSSIER, 95, 110  
 LI, 221, 232  
 LINDBERG, 306, 317  
 LLOYD, 111, 236, 241-242, 268  
 LÓPEZ DE HEREDIA, 176, 196  
 LÓPEZ DOBLAS, 177, 183, 196  
 LÓPEZ JIMÉNEZ, 46-48, 80  
 LOZARES, 170, 196  
 LU, 241, 269  
  
 MAIER, 261, 269, 337  
 MALMBERG, 237, 269  
 MANNION, 95, 111  
 MARTÍN, 123, 165  
 MARTÍNEZ, 29, 42  
 MARTÍNEZ-MARTÍN, 19, 21, 41-43, 83, 87, 89,  
 95, 110-111, 121, 162, 164-166, 195, 340,  
 348, 359, 363-364, 373  
 MATE SANZ NOGALES, 186, 196  
 MAXWELL, 123, 165  
 MAYNARD, 123, 165, 359  
 MCGLONE, 123, 165  
 MEER, 216, 232  
 MEIL LANDWERLIN, 170, 183-184, 196  
  
 MENEC, 237, 269  
 MERCER, 240, 269  
 MESBAH, 344, 359  
 MICHAEL, 72, 80, 123, 165, 217, 232  
 MICHALOS, 113-114, 122, 132, 161-162, 165,  
 200, 232, 342, 359-360, 373  
 MILLER, 102, 111, 120, 165, 231-232  
 MILLIGAN, 221, 232  
 MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS  
 SOCIALES, 43, 110, 166, 232, 270, 272, 287,  
 289, 317-318, 336  
 MISHRA, 238, 269  
 MIURA, 123, 165  
 MODY, 123, 165  
 MOLLENKOPF, 43, 81, 197, 232, 267, 306, 340,  
 359, 360, 372  
 MOLLER, 242, 269  
 MOORE, 123, 165  
 MORAGAS MORAGAS, 56, 74, 80, 235, 251,  
 261, 265, 269  
 MOREIRA-ALMEIDA, 322, 331, 336  
 MORENO JIMÉNEZ, 73, 80, 99, 111  
 MORGAN, 237, 256, 267, 269  
 MULSANT, 111, 118, 165  
  
 NATIONAL HEALTH AND MEDICAL RESEARCH  
 COUNCIL, 322, 336  
 NEAL, 74, 80, 237, 242, 269  
 NETUVELI, 172, 196  
 NILSSON, 259, 269  
 NIMROD, 235, 269  
 NOLL, 84, 105-106, 111, 114, 133-134, 159,  
 166, 209-210, 212-213, 228, 232, 341, 359,  
 366, 373  
 NORMAN, 240, 269  
  
 O'BOYLE, 17, 23, 29, 42, 86, 109-112, 163,  
 186, 196, 359, 372  
 ONISHI, 259, 269  
 ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-  
 OPERATION AND DEVELOPMENT, 265, 269  
 ORY, 360, 362, 373  
 OSTBYE, 123, 166  
 OSTIR, 322, 336  
 OSWALD, 206, 232  
  
 PARK, 321, 336  
 PASTALAN, 272, 274, 317, 318  
 PATTERSON, 75, 80, 237, 269

PEACE, 110, 296, 316-318  
 PEACOCK, 245, 269  
 PEEL, 123, 166  
 PENNINX, 324, 336  
 PÉREZ DÍAZ, 161, 166  
 PÉREZ ORTIZ, 161, 166, 194, 238, 245-247,  
     252, 270, 318, 334, 336  
 PETERSON, 266, 321-322, 336  
 PFEIFFER, 29, 42, 117, 166  
 PINQUART, 217, 232  
 POLVERINI, 200, 232  
 POZO-RIVERA, 46, 48, 53, 55-56, 62, 79-81,  
     111, 166, 197, 316, 318, 360, 373  
 PRIETO-FLORES, 17, 41-43, 81, 109-111, 164-  
     166, 195, 318, 321, 359, 373  
 PUGA GONZÁLEZ, 76, 78, 80, 194, 271-272,  
     296, 315, 318, 362, 373  
 PURCELL, 238, 270  
 PUTNAM, 174, 196  
 PYNOS, 272, 282, 285, 313, 318  
  
 RAGHEB, 242, 270  
 RAHTZ, 110, 124, 166  
 RAKOWSKI, 237, 270  
 REITZES, 256, 270  
 REJESKI, 123, 166  
 REQUENA Y DÍEZ DE REVENGA, 181, 196  
 RIPPEMONT, 322, 336  
 RODRÍGUEZ-RODRÍGUEZ, 16, 42, 78, 81, 109-  
     111, 121, 163, 165-166, 197, 199, 318-319,  
     359-360, 362, 373  
 ROGERO-GARCÍA, 161, 166  
 ROJO-PÉREZ, 15-17, 22, 24, 31, 35, 39-43, 46,  
     66-67, 71, 74, 78-81, 83, 100, 105, 109-111,  
     124, 153, 160, 163-166, 169, 176, 183, 187,  
     192, 195, 197, 224, 232, 271, 273, 276-  
     277, 285, 300, 303, 309, 311-312, 315-316,  
     318-319, 339, 343-344, 359-361, 364, 367,  
     371-373  
 ROSENTHAL, 184, 197  
 ROWE, 110, 231, 235, 239, 270, 316, 318, 336,  
     356, 360, 373  
 RUBINSTEIN, 361, 373  
  
 SANCHO CASTIELLO, 40, 43, 78, 194-195, 206-  
     208, 232, 252, 270, 318, 336  
 SCHARF, 200, 232  
 SCHIEMAN, 328, 336  
 SCHOOLEY, 236-237, 270  
  
 SCHYNS, 200, 233  
 SEED, 83, 111  
 SEEMAN, 233, 237, 270  
 SEIN, 322, 337  
 SETIÉN SANTAMARÍA, 83, 111, 173, 197  
 SEYMOUR, 95, 111  
 SILVERSTEIN, 172, 197, 237, 239, 243, 256,  
     270  
 SIRGY, 80, 85, 111, 114-115, 166, 173, 197,  
     200, 202, 233, 269, 339, 341-342, 360, 364,  
     373  
 SMITH, 115, 163, 166, 200-201, 216, 233, 322,  
     337  
 SPITZER, 101, 111, 115, 132, 159, 166  
 STEVERINK, 324, 337  
 STEWART, 341, 360  
 STONE, 121, 167  
 STRINE, 123, 167  
 SUBDIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN  
     SOCIAL, 272, 319  
 SULLIVAN, 102, 111, 118, 167  
  
 TAYLOR, 166, 216, 233, 268  
 THANG, 236, 238, 270  
 TOMLINSON, 247, 270  
  
 UCHINO, 238, 270  
 UNITED NATIONS, 46, 48-49, 81  
 UNITED NATIONS POPULATION FUND, 45, 81  
  
 VEENHOVEN, 341, 360  
 VOGEL, 261, 270  
  
 WADE, 121, 167  
 WALDRON, 95, 111, 112  
 WALKER, 17, 20, 43, 81, 175, 195, 197, 200-  
     202, 208, 233, 372  
 WANG, 237, 270  
 WARR, 195, 221, 233  
 WENDEL-VOS, 123, 167  
 WHITTEN, 279, 319  
 WORLD HEALTH ORGANIZATION, 113, 122,  
     158-159, 167  
  
 YANGUAS LEZAUN, 161, 167  
  
 ZIGMOND, 102, 112, 118, 167  
 ZIMMER, 237, 270

# Nota sobre los autores

## EQUIPO INVESTIGADOR

### *Directoras*

**Fermina Rojo-Pérez**  
(Instituto de Economía, Geografía y Demografía, Centro de Ciencias Humanas y Sociales, CSIC)

**Gloria Fernández-Mayoralas**  
(Instituto de Economía, Geografía y Demografía, Centro de Ciencias Humanas y Sociales, CSIC)

### *Investigadores*

**Karim Ahmed-Mohamed**  
(Instituto de Economía, Geografía y Demografía, Centro de Ciencias Humanas y Sociales, CSIC)

**Maria João Forjaz**  
(Escuela Nacional de Sanidad y CIBERNED Instituto de Salud Carlos III)

**María Belén Frades-Payo**  
(Unidad de Investigación, Centro Alzheimer Fundación Reina Sofía, y CIBERNED, Instituto de Salud Carlos III)

**Raúl Lardiés-Bosque**  
(Departamento de Geografía y Ordenación del Territorio, Facultad de Filosofía y Letras Universidad de Zaragoza)

**Pablo Martínez-Martín**  
(Unidad de Investigación, Centro Alzheimer Fundación Reina Sofía, y CIBERNED, Instituto de Salud Carlos III)

**María Eugenia Prieto-Flores**  
(Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III)

**Vicente Rodríguez-Rodríguez**  
(Instituto de Economía, Geografía y Demografía, Centro de Ciencias Humanas y Sociales, CSIC)

### *Asesor estadístico*

**José Manuel Rojo-Abuín**  
(Unidad de Análisis Estadístico, Centro de Ciencias Humanas y Sociales, CSIC)

**KARIM AHMED-MOHAMED**, diplomado en Trabajo Social y Servicios Sociales (2004) y licenciado en Ciencias Políticas (2002), Antropología (2005) y Sociología (2007), actualmente disfruta de una beca de Formación de Personal Investigador en el Centro de Ciencias Humanas y Sociales del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC). Ha realizado estancias de formación e investigación en Puerto Rico, Chile, Canadá y Reino Unido sobre temas relacionados con políticas sociales sobre envejecimiento, calidad de vida y asociacionismo, y publicado en revistas como *Journal of Social Work Practice* o *Portularia*.

**GLORIA FERNÁNDEZ-MAYORALAS** es doctora en Geografía por la Universidad Complutense de Madrid e investigadora científica en el Centro de Ciencias Humanas y Sociales (CCHS-CSIC). Sus intereses se centran en la calidad de vida en la vejez, particularmente en las condiciones de salud y del entorno físico y social que promueven el envejecimiento en casa con autonomía e independencia. En esta línea ha liderado o participado en numerosos proyectos de investigación. Desde 1989 integra el Grupo de Investigación en Envejecimiento (GIE-CSIC) y, en la actualidad, forma parte del Grupo Español de Estudios en Calidad de Vida y Envejecimiento (CSIC-ISCIII) y de la Unidad Asociada Proceso de Envejecimiento (INGEMA-CSIC). Desde esta última colabora en el desarrollo del Estudio Longitudinal del Envejecimiento en España (ELES). Además, es autora o coautora de diversas publicaciones en libros o revistas como *Social Science & Medicine*, *Social Indicators Research*, *Qualitative Health Research* o *Revista Española de Salud Pública*.

**MARIA JOÃO FORJAZ**, licenciada en Psicología por la Universidad de Lisboa, doctora en Psicología por la University of North Texas y especialista en Psicología Clínica, trabaja actualmente en la Escuela Nacional de Sanidad del Instituto de Salud Carlos III y es investigadora principal de varios proyectos sobre calidad de vida en mayores. Su labor científica ha sido premiada en varias ocasiones, habiendo obtenido, entre otros, el segundo Premio de Investigación Social 2008 de la Obra Social Caja Madrid. Ha realizado estancias en Bélgica, Italia y Estados Unidos. Ha publicado numerosos artículos en revistas científicas sobre temas de validación de cuestionarios de salud, enfermedad de Parkinson, y discapacidad y salud en mayores, y es además autora de varios capítulos de libros.

**MARÍA BELÉN FRADES-PAYO**, licenciada en Psicología por la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), máster en Gerontología Social (Universidad Autónoma de Madrid) y Máster en Neuropsicología (Universidad Complutense de Madrid), actualmente trabaja como neuropsicóloga en la Unidad de Investigación del Proyecto Alzheimer, Fundación Reina Sofía-Fundación CIEN. Ha recibido el segundo Premio de Investigación Social de la Obra Social Caja Madrid (2008) y el Premio de Investigación Sociosanitaria Francisco Garcés Roca (2009). Posee una amplia experiencia clínica en neurología y psiquiatría (España y Suiza) y es coinvestigadora en numerosos proyectos de investigación de epidemiología y enfermedades neurodegenerativas.

rativas. Cuenta con numerosas publicaciones en revistas científicas sobre validación de cuestionarios, enfermedad de Parkinson, demencias, discapacidad y salud en mayores, y es asimismo coautora de varios capítulos de libros.

**RAÚL LARDIÉS-BOSQUE**, doctor en Geografía por la Universidad de Zaragoza y profesor ayudante-doctor en el Departamento de Geografía y Ordenación del Territorio de dicha universidad, ha sido becario predoctoral en el King's College London (Universidad de Londres), investigador posdoctoral I3P en el Instituto de Economía, Geografía y Demografía del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC), y profesor titular interino de Geografía en la Universidad de Extremadura. Su interés científico se ha desarrollado en el campo de la geografía del turismo, de las migraciones o movilidad residencial, y de la calidad de vida en la población mayor. Ha publicado en revistas como *Cuadernos Geográficos*, *Scripta Nova*, *Ería*, *International Journal of Population Geography* y *Forum: Qualitative Social Research*.

**PABLO MARTÍNEZ-MARTÍN**, licenciado y doctor en Medicina, neurólogo e investigador titular de los OPI (Ministerio de Ciencia e Innovación), es director científico en la Unidad de Investigación del Proyecto Alzheimer, Fundación Reina Sofía-Fundación CIEN (desde 2006) y miembro del Consorcio para Investigación Biomédica en Red sobre Enfermedades Neurodegenerativas (CIBERNED), Instituto de Salud Carlos III (MCINN). Miembro de diversos grupos de estudio de la Sociedad Española de Neurología y de la Movement Disorder Society, ha recibido doce premios por actividades científicas y ha sido profesor invitado en diversas instituciones de enseñanza. Sus investigaciones versan sobre *Patient-reported Outcomes* y calidad de vida, evaluación clínica, enfermedades neurodegenerativas y demencia. Asimismo, ha publicado numerosos artículos en revistas científicas, así como libros o monografías, de los que ha sido colaborador, autor o editor.

**MARÍA EUGENIA PRIETO-FLORES**, doctora en Geografía por la Universidad Autónoma de Madrid, es investigadora posdoctoral por el programa Juan de la Cierva en la Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III. Su actividad investigadora se enmarca en la geografía de la salud y la calidad de vida en la vejez, con una aproximación cuantitativa y cualitativa. Ha realizado estancias de investigación en esta línea en la Queen's University (Canadá). Ha publicado en diversas revistas como *Journal of Aging and Health*, *Qualitative Health Research*, *Revista Española de Salud Pública y Ageing & Society*.

**VICENTE RODRÍGUEZ-RODRÍGUEZ** es doctor en Geografía e Historia por la Universidad Complutense de Madrid y profesor de investigación del Centro de Ciencias Humanas y Sociales del CSIC. Ha sido profesor de doctorado en universidades españolas y visitante en universidades de Reino Unido y Alemania. Como miembro del Grupo de Investigación en Envejecimiento (GIE-CSIC), sus investigaciones se centran en diversos aspectos del envejecimiento de la población española y sus consecuencias sociales (estrategias residenciales de la población mayor, salud y dependencia, calidad de vida, análisis longitudinal). Actualmente, y dentro de un equipo de investigación interdisciplinar, está desarrollando el proyecto Estudio Longitudinal Envejecer en España (ELES), que tiene por objetivo el diagnóstico del proceso de envejecimiento de la población española en los próximos años. Ha desarrollado proyectos de investigación en España y Europa y publicado libros, artículos y otros materiales sobre envejecimiento de la población.

**JOSÉ MANUEL ROJO-ABUÍN**, diplomado en Estadística y licenciado en Ciencias y Técnicas Estadísticas por la Universidad Complutense de Madrid, es responsable de la Unidad de Análisis Estadístico en el Centro de Ciencias Humanas y Sociales del CSIC, desde donde participa en el diseño y análisis estadísticos de los proyectos de investigación. En este contexto, ha contribuido en varios libros y artículos científicos en revistas como *Social Indicators Research*, *Journal of Housing for the Elderly*, *Movements Disorders*, entre otras. Es miembro de la Sociedad Española de Estadística e Investigación Operativa.

**FERMINA ROJO-PÉREZ**, doctora en Geografía por la Universidad Complutense de Madrid, es investigadora científica en el Centro de Ciencias Humanas y Sociales (CCHS-CSIC). Ha recibido los premios Antonio Maura, Consejo Económico y Social, y Caja Madrid. Dentro del Grupo de Investigación en Envejecimiento (GIE-CSIC), su interés se centra en el conocimiento de las condiciones de vida de la población mayor bajo los métodos de análisis de la calidad de vida. Ha dirigido y participado en diversos proyectos de investigación. Actualmente, y en el seno de la Unidad Asociada INGEMA-CSIC, participa en el Estudio Longitudinal sobre el Envejecimiento en España (ELES). Forma parte de redes y sociedades científicas relacionadas con su tema de investigación, y ha publicado diversos libros así como artículos en el *Boletín AGE*, la *Revista Española de Salud Pública*, *Social Indicators Research* y *Social Science & Medicine*, entre otras.





