

**PROGRAMA DE DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD**  
**DEPARTAMENTO DE DERECHO PENAL, FILOSOFÍA DEL**  
**DERECHO, FILOSOFÍA MORAL Y FILOSOFÍA**  
**UNIVERSIDAD DE JAÉN**



**Amigabilidad, bienestar subjetivo y ciudadanía  
activa. Análisis de las condiciones de vida de las  
personas de 55 y más años en Euskadi**

**Elena del Barrio**

**TESIS DOCTORAL**

Director y tutor

**Prof. Dr. D. Francisco Garrido Peña**

Co-directora

**Dra. D<sup>a</sup>. Sandra Arlette Pinzón Pulido**

Jaén, 19 de Mayo de 2021

## PROGRAMA DE DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD



### **“Amigabilidad, bienestar subjetivo y ciudadanía activa. Análisis de las condiciones de vida de las personas de 55 y más años en Euskadi”**

Tesis presentada para aspirar al grado de doctor por D<sup>a</sup>. Elena del Barrio, dirigida y tutorizada por el Doctor Profesor D. Francisco Garrido Peña y co-dirigida por la Doctora D<sup>a</sup>. Sandra Arlette Pinzón Pulido.

Jaén, 19 de Mayo de 2021

El director y tutor,

Fdo:

La doctoranda,

Fdo:

El co-director,

Fdo:

**PROGRAMA DE DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD**  
**DEPARTAMENTO DE DERECHO PENAL, FILOSOFÍA DEL**  
**DERECHO, FILOSOFÍA MORAL Y FILOSOFÍA**  
**UNIVERSIDAD DE JAÉN**



**Dr. D. Francisco Garrido Peña**, profesor del Departamento de Derecho Penal, Filosofía del Derecho, Filosofía Moral y Filosofía de la Universidad de Jaén y del Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud de la Universidad de Jaén.

**HAGO CONSTAR:**

Que D<sup>a</sup>. Elena del Barrio ha realizado, bajo mi dirección y tutorización, este Trabajo Original de Investigación titulado: **“Amigabilidad, bienestar subjetivo y ciudadanía activa. Análisis de las condiciones de vida de las personas de 55 y más años en Euskadi”**, para optar al grado de Doctor por las Universidades de Jaén y Sevilla y que dicho trabajo reúne las condiciones necesarias para ser sometido a lectura y discusión ante el tribunal.

Jaén, 19 de mayo de 2021

El Director y tutor,

Fdo:

**PROGRAMA DE DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD**  
**DEPARTAMENTO DE DERECHO PENAL, FILOSOFÍA DEL**  
**DERECHO, FILOSOFÍA MORAL Y FILOSOFÍA**  
**UNIVERSIDAD DE JAÉN**



**Dra. D<sup>a</sup>. Sandra Arlette Pinzón Pulido**, profesora del Área de Salud Pública y Ciudadanía de la Escuela Andaluza de Salud Pública.

**HAGO CONSTAR:**

Que D<sup>a</sup>. Elena del Barrio ha realizado, bajo mi co-dirección, este Trabajo Original de Investigación titulado: **“Amigabilidad, bienestar subjetivo y ciudadanía activa. Análisis de las condiciones de vida de las personas de 55 y más años en Euskadi”**, para optar al grado de Doctor por las Universidades de Jaén y Sevilla y que dicho trabajo reúne las condiciones necesarias para ser sometido a lectura y discusión ante el tribunal.

Jaén, 19 de mayo de 2021

La Co-directora,

Fdo:

## **AGRADECIMIENTOS**

Empiezo estos agradecimientos nombrando a la persona que ha sido mi referente a lo largo de toda mi vida profesional, Mayte Sancho. Esta tesis y todos los trabajos que he ido desarrollando durante toda mi carrera tienen parte de Mayte y han sido generados gracias a todo lo que he aprendido a su lado, y espero seguir aprendiendo. Mayte, gracias por toda la paciencia, apoyo y generosidad a la hora de compartir tus conocimientos. Gracias también por tu terquedad para que terminase al fin este documento.

Gracias también a mi director y directora de tesis. Gracias Sandra por haberme ayudado tanto en conseguir plasmar todo el trabajo generado a lo largo de los años, por darle forma y formato, por coger mis inquietudes e ideas y ayudarme a volcarlas y estructurarlas. Por acogerme en Granada y hacerme un lugar en EASP, por dedicarme tanto tiempo y hacer de esta experiencia un momento también de disfrute. Gracias también a Francisco, que después de una larga conversación sobre ciudadanía y envejecimiento, decidió a apostar también por este trabajo. Por esas conversaciones de filosofía e historia que me ayudaron a comprender los cómo y los por qué. Gracias a ambos por animarme hasta la saciedad para sacar este trabajo adelante. Gracias también a Granada, ciudad maravillosa que me acogió en mis estancias y me hizo mucho más fácil las largas horas de trabajo en la EASP.

A mis compañeras y compañeros de trabajo por su apoyo continuo. A Sara, por su ayuda en la metodología y su siempre eterna disposición a echar una mano. A Pura, por ser otro faro, junto a Mayte, en mi aprendizaje, por su apoyo e inspiración. A Alvaro, por tantas conversaciones compartidas en el despacho sobre el reto que suponía y sus ánimos para conseguirlo. A las chicas Lagunkoia (Ainara y Nerea), con las que vengo compartiendo el trabajo en amigabilidad, ellas son el alma y las manos de este proyecto. A Erku, una de las últimas colegas en empujarme y animarme para sacar adelante esta tesis. A Gerardo, que me adelantó por la derecha y me hizo ver que es posible sacar una tesis mientras se trabaja a tiempo completo. Y gracias también, al resto de mis compañeras y compañeros en Matia Instituto.

Gracias a la Escuela Andaluza de Salud Pública por permitirme hacer las estancias y dejarme utilizar todos sus recursos. Al Gobierno Vasco, por apostar por la recogida de datos de la Encuesta de Condiciones de Vida y poner en marcha el proyecto Euskadi Lagunkoia, que son el grueso de este trabajo. A Matia Instituto y todos mis jefas y jefes que me ha permitido utilizar tiempo para esta tesis.

Y en lo personal, gracias a mi familia. A mis padres por la ilusión y siempre estar orgullos. Gracias por confiar en mí, incluso en mi etapa de mal estudiante. Por enseñarme desde la dedicación, el trabajo y la humildad. A mis hermanos que adoro, a mi sobrinada maravillosa que ha veces he tenido que dejar de ver por tener que exprimir los fines de semana, a mis abuelos y abuelas que ya no están, a las bigosmall (Ire e Inés),... A toda mi familia numerosa, os quiero.

Gracias a mis amigas, que siempre me han hacen más divertidos los caminos, que han venido a visitarme a Granada para darme ánimos y tomarse unas tapas, y que están deseando que termine para ir a celebrarlo.

A Pedro, Peter, Pedrito, que ha aguntado vacaciones y fines de semana conmigo al ordenador y siempre dándome ánimos. Que se ha acordado de mis tesis cuando yo quería olvidarla, que me ha apoyado y creído en mi cuando ya no tenía fuerzas. Gracias por estar a mi lado.

## **DEDICATORIA**

A Mayte

## INDICE

RESUMEN	18
INTRODUCCIÓN	22
1. MARCO CONCEPTUAL	27
1.1. ENVEJECIMIENTO Y ENTORNO	29
1.1.1. Envejecimiento demográfico	29
1.1.2. Envejecimiento y proceso de urbanización	37
1.1.3. Gerontología ambiental	39
1.2. ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y AMIGABILIDAD	42
1.2.1. Envejecimiento activo	42
1.2.2. Concepto de amigabilidad	44
1.2.3. Modelos de amigabilidad	48
1.2.4. Instrumentos de medida de la amigabilidad	51
1.2.5. Evolución histórica del movimiento de amigabilidad	56
1.2.6. Red Global de Ciudades y Comunidades Amigables	64
1.2.7. Ciudades amigables en España	67
1.2.8. Euskadi Lagunkoia	71
1.3. PARTICIPACIÓN Y CIUDADANÍA	77
1.3.1. Participación y amigabilidad	77
1.3.2. Concepto de participación	79
1.3.3. Participación social	81
1.3.4. Participación comunitaria	81
1.3.5. Concepto de ciudadanía activa	82
1.3.6. Participación ciudadana	85
1.3.7. Participación urbana	86
1.3.8. Participación y envejecimiento activo	88
1.4. BIENESTAR Y ENVEJECIMIENTO	90
1.4.1. Bienestar y amigabilidad	90
1.4.2. Concepto de bienestar	91
1.4.3. Instrumentos de medida del bienestar	93
1.4.4. Bienestar y participación	95



2.	OBJETIVOS	97
2.1.	Objetivo General	98
2.2.	Objetivos Específicos	98
3.	SUJETOS Y MÉTODOS	99
3.1.	MÉTODO DE INVESTIGACIÓN	100
3.1.1.	Marco geográfico, poblacional y temporal	100
3.1.2.	Diseño muestral	100
3.1.2.1.	Tipo de muestreo	100
3.1.2.2.	Estratificación y afijación muestral	100
3.1.2.3.	Error muestral	101
3.1.2.4.	Selección de las unidades muestrales	101
3.1.2.5.	Distribución de la muestra por grupo de edad	102
3.1.3.	Recogida de información	103
3.2.	VARIABLES	103
3.2.1.	Características de la muestra	103
3.2.1.1.	Perfil socio-demográfico	103
3.2.1.2.	Modelos de convivencia y tejido social	104
3.2.1.3.	Percepción de salud y dependencia	105
3.2.1.4.	Apoyo a las familias	106
3.2.1.5.	Percepción sobre la jubilación	106
3.2.2.	Bienestar	106
3.2.2.1.	Bienestar subjetivo	107
3.2.2.2.	Factores predictores del bienestar	109
3.2.3.	Amigabilidad del entorno	111
3.2.3.1.	Percepción de amigabilidad	112
3.2.3.2.	Componentes de la amigabilidad	112
3.2.4.	Amigabilidad y bienestar	114
3.3.	ANÁLISIS	115
3.3.1.	Características de la población	115
3.3.2.	Bienestar subjetivo	115
3.3.3.	Amigabilidad	115
3.3.4.	Efecto de la amigabilidad sobre el bienestar	116

4.	RESULTADOS	118
4.1.	CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN	119
4.1.1.	Perfil socio-demográfico	119
4.1.2.	Modelos de convivencia y tejido social	122
4.1.3.	Percepción de salud y dependencia	127
4.1.4.	Apoyo a las familias	129
4.1.5.	Percepción de la jubilación	133
4.1.6.	Satisfacción y percepciones sobre el envejecimiento	137
4.2.	BIENESTAR	141
4.3.1	Bienestar subjetivo	141
4.3.2	Factores asociados al bienestar por sexo	144
4.2.	AMIGABILIDAD	146
4.2.1.	Percepción de amigabilidad	146
4.2.2.	Componentes de amigabilidad	151
4.2.3.1	Área 1. Espacios y edificios al aire libre	151
4.2.3.2	Área 2. Vivienda	154
4.2.3.3	Área 3. Transporte	158
4.2.3.4	Área 4. Participación social	159
4.2.3.5	Área 5. Respeto e inclusión social	164
4.2.3.6	Área 6. Participación cívica y empleo	165
4.2.3.7	Área 7. Información y comunicación	171
4.2.3.8	Área 8. Servicios de salud	174
4.3.	BIENESTAR SUBJETIVO Y AMIGABILIDAD	175
4.3.1.	Bienestar y espacios al aire libre	175
4.3.2.	Bienestar y vivienda	176
4.3.3.	Bienestar y transporte	178
4.3.4.	Bienestar y participación social	179
4.3.5.	Bienestar, respeto e inclusión social.	180
4.3.6.	Bienestar, participación cívica y empleo	181
4.3.7.	Bienestar, información y comunicación	184
4.3.8.	Bienestar y acceso al centro de salud.	185
4.4	EFEECTO DE LA AMIGABILIDAD EN EL BIENESTAR SUBJETIVO	187

4.4.1	Predictores del bienestar subjetivo en hombres.	187
4.4.2	Predictores del bienestar subjetivo en mujeres.	191
5.	DISCUSIÓN	194
5.1.	FORTALEZAS Y LIMITACIONES DEL ESTUDIO	195
5.2.	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	197
5.2.1.	Perfil Sociodemográfico	197
5.2.2.	Modelos de convivencia y tejido social	201
5.2.3.	Composición del hogar	202
5.2.4.	Proximidad y contacto	208
5.2.5.	Percepción de salud y dependencia	211
5.2.6.	Apoyo a las familias	214
5.2.7.	Percepción de la jubilación	218
5.2.8.	Satisfacción	221
5.3.	BIENESTAR	223
5.3.1.	Factores del Bienestar	223
5.3.1.1.	Factores Socio-demográficos	224
5.3.1.2.	Apoyo social	224
5.3.1.3.	Salud	226
5.3.1.4.	Factores psicológicos	226
5.4.	AMIGABILIDAD	227
5.4.1.	Componentes de la amigabilidad	229
5.4.1.1.	Espacios al aire libre y edificios	231
5.4.1.2.	Vivienda	235
5.4.1.3.	Transporte	239
5.4.1.4.	Participación social	242
5.4.1.5.	Respecto e Inclusión	248
5.4.1.6.	Participación cívica y empleo	250
5.4.1.7.	Comunicación e Información	253
5.4.1.8.	Servicios Sanitarios	256
5.5.	BIENESTAR Y AMIGABILIDAD	257
5.5.1.	Bienestar y componentes de la amigabilidad	258
5.5.1.1.	Espacios al aire libre	259

5.5.1.2.	Vivienda	261
5.5.1.3.	Transporte	262
5.5.1.4.	Participación social	263
5.5.1.5.	Inclusión social	266
5.5.1.6.	Participación cívica y empleo	269
5.5.1.7.	Comunicación e información	271
5.5.1.8.	Servicios sanitarios	272
5.5.2.	Factores predictivos de la amigabilidad en el bienestar subjetivo	273
6.	CONCLUSIONES	291
7.	BIBLIOGRAFÍA	297
8.	ANEXO	365



## LISTA DE TABLAS

<b>TABLA 1. DISTRIBUCIÓN FINAL DE LA MUESTRA SEGÚN HÁBITAT Y TERRITORIO</b>	101
<b>TABLA 2. DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN SEXO, GRUPO DE EDAD Y TERRITORIO</b>	102
<b>TABLA 3. ESCALA DE BIENESTAR SUBJETIVO. OMS</b>	107
<b>TABLA 4. PERFIL SOCIO-DEMOGRÁFICO DE LA MUESTRA POR SEXO</b>	120
<b>TABLA 5. PERFIL SOCIO-DEMOGRÁFICO DE LA MUESTRA POR GRUPOS DE EDAD</b>	122
<b>TABLA 6. COMPOSICIÓN DEL HOGAR SEGÚN SEXO</b>	123
<b>TABLA 7. COMPOSICIÓN DEL HOGAR POR GRUPOS DE EDAD</b>	124
<b>TABLA 8. AYUDA PRESTADA POR SEXO</b>	130
<b>TABLA 9. AYUDA PRESTADA POR GRUPOS DE EDAD</b>	131
<b>TABLA 10. AYUDA RECIBIDA POR SEXO</b>	132
<b>TABLA 11. AYUDA RECIBIDA POR EDAD</b>	133
<b>TABLA 12. EDAD MEDIA DE JUBILACIÓN Y EDAD DESEADA SEGÚN EDAD</b>	134
<b>TABLA 13. PREFERENCIAS SOBRE LA JUBILACIÓN SEGÚN EDAD</b>	135
<b>TABLA 14. PREFERENCIAS SOBRE LA JUBILACIÓN SEGÚN SEXO</b>	135
<b>TABLA 15. DEDICACIÓN DURANTE EL TIEMPO DE JUBILACIÓN SEGÚN EDAD</b>	136
<b>TABLA 16. DEDICACIÓN DURANTE EL TIEMPO DE JUBILACIÓN SEGÚN SEXO</b>	136
<b>TABLA 17. SATISFACCIÓN</b>	137
<b>TABLA 18. SATISFACCIÓN SEGÚN EDAD</b>	138
<b>TABLA 19. SATISFACCIÓN SEGÚN SEXO</b>	138
<b>TABLA 20. PREOCUPACIÓN POR SU ENVEJECIMIENTO Y MOTIVOS SEGÚN EDAD</b>	139
<b>TABLA 21. PREOCUPACIÓN POR SU ENVEJECIMIENTO Y MOTIVOS SEGÚN SEXO</b>	140
<b>TABLA 22. BIENESTAR SUBJETIVO SEGÚN FACTORES ASOCIADOS</b>	143
<b>TABLA 22 (CONT.). BIENESTAR SUBJETIVO SEGÚN FACTORES ASOCIADOS</b>	144
<b>TABLA 23. BIENESTAR SUBJETIVO SEGÚN FACTORES DETERMINANTES POR SEXO</b>	145
<b>TABLA 23 (CONT.). BIENESTAR SUBJETIVO SEGÚN FACTORES DETERMINANTES POR SEXO</b>	146
<b>TABLA 24. PERCEPCIÓN DE AMIGABILIDAD DE EUSKADI, EL MUNICIPIO Y EL BARRIO POR SEXO</b>	147
<b>TABLA 25. PERCEPCIÓN DE AMIGABILIDAD DEL BARRIO SEGÚN FACTORES ASOCIADOS CON EL BIENESTAR</b>	147
<b>TABLA 25 (CONT.). PERCEPCIÓN DE AMIGABILIDAD DEL BARRIO SEGÚN FACTORES ASOCIADOS CON EL BIENESTAR</b>	148
<b>TABLA 26. PERCEPCIÓN DE AMIGABILIDAD DEL BARRIO SEGÚN FACTORES ASOCIADOS CON EL BIENESTAR Y SEXO</b>	149
<b>TABLA 26 (CONT.). PERCEPCIÓN DE AMIGABILIDAD DEL BARRIO SEGÚN FACTORES ASOCIADOS CON EL BIENESTAR Y SEXO</b>	150
<b>TABLA 27. PERCEPCIÓN DE AMIGABILIDAD DEL BARRIO SEGÚN BIENESTAR</b>	151

<b>TABLA 28. PERCEPCIÓN DE AMIGABILIDAD DEL BARRIO SEGÚN BIENESTAR Y SEXO</b>	151
<b>TABLA 29. PERCEPCIÓN DEL ENTORNO SEGÚN EDAD.</b>	152
<b>TABLA 30. PERCEPCIÓN DEL ENTORNO SEGÚN SEXO</b>	153
<b>TABLA 31. PERCEPCIÓN DE AMIGABILIDAD SEGÚN PERCEPCIÓN DEL ENTORNO</b>	154
<b>TABLA 32. VARIABLES RELACIONADAS CON LA VIVIENDA SEGÚN EDAD</b>	156
<b>TABLA 33. VARIABLES RELACIONADAS CON LA VIVIENDA SEGÚN SEXO</b>	157
<b>TABLA 34. PERCEPCIÓN DE AMIGABILIDAD SEGÚN VIVIENDA</b>	157
<b>TABLA 35. ACCESIBILIDAD DEL TRANSPORTE SEGÚN SEXO Y EDAD</b>	158
<b>TABLA 36. ACCESIBILIDAD DEL TRANSPORTE SEGÚN SEXO</b>	159
<b>TABLA 37. PERCEPCIÓN DE AMIGABILIDAD SEGÚN ACCESIBILIDAD DEL TRANSPORTE</b>	159
<b>TABLA 38. REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES DE TIEMPO LIBRE POR GRUPOS DE EDAD</b>	160
<b>TABLA 39. PARTICIPACIÓN SOCIAL SEGÚN SEXO</b>	162
<b>TABLA 40. PERCEPCIÓN DE AMIGABILIDAD SEGÚN PARTICIPACIÓN SOCIAL</b>	163
<b>TABLA 41. SENTIMIENTO DE PERTENENCIA SEGÚN SEXO</b>	164
<b>TABLA 42. SENTIMIENTO DE PERTENENCIA SEGÚN EDAD</b>	164
<b>TABLA 43. SENTIMIENTO DE PERTENENCIA SEGÚN AMIGABILIDAD</b>	165
<b>TABLA 44. PERSONAS QUE REALIZAN TRABAJOS VOLUNTARIOS NO REMUNERADOS POR EDAD</b>	166
<b>TABLA 45. PARTICIPACIÓN POLÍTICA SEGÚN EDAD</b>	167
<b>TABLA 46. PERSONAS QUE REALIZAN TRABAJOS VOLUNTARIOS NO REMUNERADOS POR SEXO</b>	167
<b>TABLA 46 (CONT.). PERSONAS QUE REALIZAN TRABAJOS VOLUNTARIOS NO REMUNERADOS POR SEXO</b>	168
<b>TABLA 47. PARTICIPACIÓN POLÍTICA SEGÚN SEXO</b>	168
<b>TABLA 48. PERCEPCIÓN DE AMIGABILIDAD SEGÚN PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA Y POLÍTICA</b>	169
<b>TABLA 49. RELACIÓN CON LA ACTIVIDAD SEGÚN EDAD</b>	170
<b>TABLA 50. RELACIÓN CON LA ACTIVIDAD SEGÚN SEXO</b>	170
<b>TABLA 51. RELACIÓN CON LA ACTIVIDAD SEGÚN PERCEPCIÓN DE AMIGABILIDAD</b>	171
<b>TABLA 52. DISPONIBILIDAD DE EQUIPAMIENTOS DE COMUNICACIÓN EN EL HOGAR Y USO DE INTERNET POR GRUPOS DE EDAD</b>	172
<b>TABLA 53. ÁREA 7 INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN SEGÚN SEXO</b>	173
<b>TABLA 54. PERCEPCIÓN DE AMIGABILIDAD SEGÚN INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN</b>	173
<b>TABLA 55. ACCESO AL CENTRO DE SALUD SEGÚN EDAD</b>	174
<b>TABLA 56. ACCESO AL CENTRO DE SALUD SEGÚN SEXO.</b>	174
<b>TABLA 57. PERCEPCIÓN DE AMIGABILIDAD SEGÚN ACCESO AL CENTRO DE SALUD</b>	175
<b>TABLA 58. BIENESTAR SUBJETIVO SEGÚN ENTORNO</b>	175
<b>TABLA 59. BIENESTAR SUBJETIVO SEGÚN ENTORNO POR SEXO</b>	176
<b>TABLA 60. BIENESTAR SUBJETIVO SEGÚN VIVIENDA</b>	177
<b>TABLA 61. BIENESTAR SUBJETIVO SEGÚN VIVIENDA POR SEXO</b>	177
<b>TABLA 62. BIENESTAR SUBJETIVO SEGÚN TRANSPORTE</b>	178

<b>TABLA 63. BIENESTAR SUBJETIVO SEGÚN TRANSPORTE POR SEXO</b>	178
<b>TABLA 64. BIENESTAR SUBJETIVO SEGÚN ACTIVIDADES DE TIEMPO LIBRE</b>	179
<b>TABLA 65. BIENESTAR SUBJETIVO SEGÚN ACTIVIDADES DE TIEMPO LIBRE POR SEXO</b>	180
<b>TABLA 66. BIENESTAR SUBJETIVO SEGÚN SENTIDO DE PERTENENCIA</b>	180
<b>TABLA 67. BIENESTAR SUBJETIVO SEGÚN SENTIDO DE PERTENENCIA POR SEXO</b>	181
<b>TABLA 68. BIENESTAR SUBJETIVO SEGÚN PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA</b>	181
<b>TABLA 68 (CONT.). BIENESTAR SUBJETIVO SEGÚN PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA</b>	182
<b>TABLA 69. BIENESTAR SUBJETIVO SEGÚN PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA Y SEXO</b>	182
<b>TABLA 70. BIENESTAR SUBJETIVO SEGÚN PARTICIPACIÓN POLÍTICA</b>	183
<b>TABLA 71. BIENESTAR SUBJETIVO SEGÚN PARTICIPACIÓN POLÍTICA POR SEXO</b>	183
<b>TABLA 72. BIENESTAR SUBJETIVO SEGÚN ACTIVIDAD LABORAL</b>	184
<b>TABLA 73. BIENESTAR SUBJETIVO SEGÚN INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN</b>	184
<b>TABLA 74. BIENESTAR SUBJETIVO SEGÚN INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN POR SEXO</b>	185
<b>TABLA 75. BIENESTAR SUBJETIVO SEGÚN ACCESO AL CENTRO DE SALUD</b>	185
<b>TABLA 76. BIENESTAR SUBJETIVO SEGÚN ACCESO AL CENTRO DE SALUD POR SEXO</b>	186
<b>TABLA 77. MODELO DE PESOS DE CADA PREDICTOR Y SU SIGNIFICATIVIDAD EN LA VARIABLE DEPENDIENTE PARA HOMBRES.</b>	189
<b>TABLA 78. MODELO DE PESOS DE CADA PREDICTOR Y SU SIGNIFICATIVIDAD EN LA VARIABLE DEPENDIENTE PARA MUJERES.</b>	192



## LISTA DE FIGURAS

<b>IMAGEN 1. PIRÁMIDES DE POBLACIÓN. ESPAÑA 2014 Y 2050.</b> .....	31
<b>IMAGEN 2. PROYECCIONES DE POBLACIÓN SEGÚN GRUPOS DE EDAD.</b> <b>ESPAÑA 2015-2060</b> .....	32
<b>IMAGEN 3. POBLACIÓN POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO. COMUNIDAD</b> <b>AUTÓNOMA DE EUSKADI. 2016 Y 2031</b> .....	33
<b>IMAGEN 4. PIRÁMIDE DE POBLACIÓN. COMUNIDAD AUTÓNOMA DE EUSKADI.</b> <b>1996, 2016 Y 2031</b> .....	34
<b>IMAGEN 5. DIFERENCIA DE POBLACIÓN EN HOMBRES Y MUJERES SEGÚN</b> <b>EDAD. COMUNIDAD AUTÓNOMA DE EUSKADI. 2016.</b> .....	35
<b>IMAGEN 6. POBLACIÓN POR ÁMBITOS TERRITORIALES, EDAD Y SEXO.</b> <b>COMUNIDAD AUTÓNOMA DE EUSKADI, 2016</b> .....	36
<b>IMAGEN 7. PORCENTAJE DE POBLACIÓN MAYOR SEGÚN COMARCA.</b> <b>COMUNIDAD AUTÓNOMA DE EUSKADI, 2016</b> .....	36
<b>IMAGEN 8. ÁREAS DE AMIGABILIDAD</b> .....	46
<b>IMAGEN 9. DIMENSIONES DE UNA COMUNIDAD AMIGABLE</b> .....	50
<b>IMAGEN 10. RED DE CIUDADES AMIGABLES EN ESPAÑA</b> .....	70
<b>IMAGEN 11. RED DE MUNICIPIOS AMIGABLES EN EL PAÍS VASCO</b> .....	76
<b>IMAGEN 12. COMPOSICIÓN DEL HOGAR POR GRUPOS DE EDAD</b> .....	124
<b>IMAGEN 13. PROXIMIDAD DE HIJO/A SEGÚN SEXO</b> .....	125
<b>IMAGEN 14. PROXIMIDAD DE HIJO/A SEGÚN GRUPOS DE EDAD</b> .....	125
<b>IMAGEN 15. CONTACTOS PRESENCIALES DIARIO POR SEXO</b> .....	126
<b>IMAGEN 16. CONTACTOS PRESENCIALES DIARIO POR GRUPOS DE EDAD</b> .....	127
<b>IMAGEN 17. PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD POR GRUPOS DE EDAD</b> .....	127
<b>IMAGEN 18. PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD POR SEXO</b> .....	128
<b>IMAGEN 19. NECESIDAD DE AYUDA EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA</b> <b>POR GRUPO DE EDAD</b> .....	129
<b>IMAGEN 20. NECESIDAD DE AYUDA EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA</b> <b>POR SEXO</b> .....	129
<b>IMAGEN 21. EDAD MEDIA DE JUBILACIÓN Y EDAD DESEADA SEGÚN SEXO</b> ...	134
<b>IMAGEN 22. RÉGIMEN DE TENENCIA POR GRUPOS DE EDAD</b> .....	155

# **RESUMEN**

## **ANTECEDENTES**

El concepto envejecimiento activo apareció por primera vez en 1999 recogiendo la tradición científica del paradigma positivo del envejecimiento. Este unifica las nociones de participación, salud, independencia y buen envejecer, siendo la participación el componente central. Este paradigma fue asumido como la respuesta política al envejecimiento demográfico tratando de cambiar el concepto tradicional de vejez, dotando a las personas mayores de nuevos roles. La iniciativa “Age-Friendly Cities and Communities” lanzada por la OMS en 2005 se planteó con el objetivo de llevar a la práctica en lo local este paradigma y se ha extendido a más de mil ciudades y comunidades de todo el mundo. Su finalidad última es promover un movimiento de participación ciudadana protagonizado por las personas mayores como generadoras de bienestar, traspasando las barreras del envejecimiento activo hacia un concepto más amplio de ciudadanía, e incluyendo en la reflexión la importancia del entorno tanto físico como social para el bienestar de las personas.

El País Vasco es uno de los territorios adherido al movimiento de amigabilidad y cuenta en la actualidad con más de 60 municipios trabajando con ese objetivo.

## **OBJETIVO**

El objetivo general de esta tesis es analizar la interacción entre amigabilidad, participación y bienestar subjetivo, en concreto explorar la relación entre la percepción de amigabilidad y sus componentes, tanto del entorno físico como del entorno social, sobre el bienestar subjetivo en hombres y mujeres de 55 años y más en el País Vasco. Describiendo, en un primer momento, las características de la población de esa edad y analizando su nivel de bienestar e identificando los factores asociados. Para más adelante, describir la percepción de amigabilidad y sus componentes, determinando,

finalmente, el efecto de los componentes del entorno físico y social sobre el bienestar subjetivo en las personas de 55 y más años en Euskadi desde la perspectiva de género, haciendo incapié en la incidencia de la participación social y ciudadana.

## **MÉTODO**

Para ello se ha utilizado la Encuesta de Condiciones de Vida de las personas de 55 y más años en Euskadi realizada en 2014 por el Departamento de Empleo y Políticas Sociales del Gobierno Vasco. Esta encuesta cuenta con una muestra representativa de personas de 55 y más años de este territorio de 2.469 personas, con un error muestral de +/- 2,0 % y un intervalo de confianza del 95%.

## **RESULTADOS**

Los resultados obtenidos han demostrado la relación entre la percepción de amigabilidad y sus componentes con el bienestar subjetivo y su efecto diferenciado en hombres y mujeres. De tal manera que se han establecido dos modelos predictores de bienestar, uno para hombres y otro para mujeres, donde se destaca la importancia de los componentes de la amigabilidad relacionados con el entorno social como son la participación social, la participación ciudadana y la inclusión. Además de otros factores de tipo sociodemográfico, de apoyo social o psicológicos.

## **CONCLUSIONES**

En conclusión, los resultados de este estudio suponen un avance en el conocimiento de la interrelación entre amigabilidad, participación y bienestar subjetivo. Y revela la importancia del entorno social en general, y la participación ciudadana en particular, para el bienestar de las personas, tanto en hombres como en mujeres. Proponiendo el

marco de la amigabilidad como herramienta para el avance del concepto de envejecimiento activo a uno más amplio de ciudadanía activa.

# **INTRODUCCIÓN**

La investigación sobre las personas mayores y sus condiciones de vida en España, se remonta a los primeros años de la década de los 70 con la difusión del estudio “La situación del anciano en España”, conocido como Informe Gaur (Confederación Española de Cajas de Ahorros, 1975). En los años 80, desde el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS), se realizaron varias encuestas dirigidas a personas mayores, “Residencias y clubes de Ancianos” (1980) y “Ancianos” (1982). En 1988 y con motivo de la elaboración del Plan Gerontológico, se realizó la denominada “Encuesta de necesidades sociales y familiares de la tercera edad” (INSERSO, 1990). Un año después el CIS realizó una encuesta dirigida a personas mayores (“Tercera edad”) con una muestra de casi 8.000 personas que contaba con una submuestra en todas las comunidades autónomas (CIS, 1989). Durante los 90, el CIS en colaboración con el Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO), realizó varias encuestas a la población mayor, una con el objetivo de analizar el apoyo informal (CIS-INSERSO, 1993) y otra sobre soledad (CIS-IMSERSO, 1998).

En 2004, el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO, antiguo INSERSO) inició una serie de estudios sobre las condiciones de vida de las personas mayores en España. El primero de ellos dio lugar a la publicación “La estructura social de la vejez en España. Nuevas y viejas formas de envejecer” (Pérez-Ortiz, 2006). El segundo realizado en 2006, en colaboración con el CIS, dio como resultado el informe “A propósito de las condiciones de vida de las personas mayores. Encuesta 2006” (Abellán et al. 2007). El último estudio de esa serie se realizó en 2009, con la denominada “Encuesta Mayores” (IMSERSO, 2010).

Los estudios cuantitativos sobre el envejecimiento de la población del País Vasco tienen su origen en la Encuesta de Tercera Edad de 1993, realizada en el marco del Plan

Gerontológico de 1994 por el Departamento de Trabajo y Seguridad Social del Gobierno Vasco. En el año 2010 se retomó esta forma de conocer la realidad social de las personas mayores a partir de una encuesta de condiciones de vida, que dio como resultado el “Estudio sobre las condiciones de vida de las personas mayores de 60 años en la comunidad autónoma del País Vasco” (del Barrio, Sancho y Yanguas, 2011) y que permitió el desarrollo del documento “Cien propuestas para avanzar en el bienestar y el buen trato a las personas que envejecen: Bases para la acción” (Gobierno Vasco, 2011).

El estudio que aquí se presenta utiliza los datos recogidos en la segunda encuesta realizada por el Departamento de Empleo y Políticas Sociales del Gobierno Vasco, la Encuesta de Condiciones de Vida de las personas de 55 y más años en Euskadi (2014), que abordó los comportamientos y perspectivas de futuro de esa población residente en esta Comunidad Autónoma (del Barrio, Mayoral y Sancho, 2015).

La ampliación de la población encuestada incluyendo la cohorte de edad de 55 y más años, tuvo como propósito conocer las actitudes y comportamientos de generaciones adultas como una forma de analizar las tendencias del envejecimiento en el futuro y obtener el Índice de Envejecimiento Activo (Zaidi et al., 2013) que se calcula a partir de esa edad. Esta encuesta tenía un triple objetivo: ofrecer una foto actualizada sobre múltiples aspectos que forman parte de la vida cotidiana de las personas mayores (condiciones materiales, estado de salud, nivel de instrucción, tiempo libre, participación, relaciones sociales, entorno); identificar las necesidades de las personas mayores en la Comunidad Autónoma Vasca; e identificar las tendencias de futuro en torno al envejecimiento a través de la detección de actitudes y necesidades de generaciones adultas.

Los resultados de la Encuesta de Condiciones de Vida de 2014 fueron utilizados por el Gobierno Vasco, a través de su Departamento de Empleo y Políticas Sociales, como



base para el diseño de la Estrategia Vasca de Envejecimiento Activo 2015-2020 y para identificar las claves y directrices encaminadas a mantener el derecho de autodeterminación de las personas mayores en el ámbito comunitario e institucional.

El estudio que se presenta a continuación utiliza como base de análisis los datos del Estudio sobre las Condiciones de Vida de las Personas de 55 y más años en Euskadi (ECV +55 Euskadi, 2014) y identificar los factores que influyen en la mejora del bienestar de mujeres y hombres a medida que envejecen y aportar evidencia acerca de la relación de la percepción de la amigabilidad de los entornos y de la participación a este propósito.

Este documento se estructura en seis capítulos. El primero de ellos se dedica al marco conceptual describiendo las tendencias globales, nacionales y autonómicas de envejecimiento de la población, desarrolla el concepto de envejecimiento activo y analiza la relación entre el envejecimiento y el entorno, desde el proceso de urbanización hasta la gerontología ambiental. A continuación se aborda el concepto de amigabilidad, los modelos, los instrumentos de medidas y su desarrollo histórico a nivel internacional, estatal y en el País vasco. También se analiza los diferentes conceptos de participación y ciudadanía activa en relación con la amigabilidad. Finalmente, se desarrolla el concepto de bienestar, desde dos perspectivas: el bienestar subjetivo y el bienestar objetivo, así como su relación con las políticas de envejecimiento activo, amigabilidad y participación.

El segundo capítulo determina el objetivo general y los objetivos específicos que se desarrollan en el trabajo.

En el tercer capítulo se describe la metodología utilizada a lo largo del estudio, detallando la población y el ámbito geográfico y temporal, las variables dependientes e

independientes para cada uno de los objetivos del estudio, las fuentes de información y el análisis estadístico realizado.

El cuarto capítulo recoge los principales resultados para cada uno de los objetivos. En primer lugar, se describe la población de 55 años y más que participó en la Encuesta de Condiciones de Vida de la Comunidad Autónoma de Euskadi en 2014. En segundo lugar, se describe el bienestar subjetivo de las personas que participaron en el estudio y se identifican los factores que lo determinan. En tercer lugar, se describe la percepción de amigabilidad a nivel de Comunidad Autónoma, municipio y barrio, así como la asociación de las variables agrupadas en ocho bloques que corresponden a los ámbitos que aborda este programa, denominados como componentes. Y finalmente, se estima el efecto de la amigabilidad en el bienestar subjetivo, a través de la construcción de modelos de regresión lineal, separados por sexo.

El quinto capítulo se dedica a la discusión de los resultados. Aborda en primer lugar las fortalezas y limitaciones del estudio. A continuación, compara los resultados obtenidos con los hallazgos de estudios previos. Y por último, recoge las reflexiones acerca de las implicaciones sobre las políticas públicas de promoción de la participación ciudadana y de la amigabilidad de los entornos y su impacto en el bienestar de hombres y mujeres mayores, y se formulan preguntas de investigación que deberán ser resueltas en trabajos posteriores.

El sexto capítulo recoge las principales conclusiones que dan respuesta a cada uno de los objetivos específicos planteados.

# **1. MARCO CONCEPTUAL**



## **1.1. ENVEJECIMIENTO Y ENTORNO**

### **1.1.1. Envejecimiento demográfico**

Según Vinuesa (2004), desde una perspectiva demográfica, el envejecimiento de la población puede definirse como un proceso mediante el cual se producen transformaciones en la composición por edad y sexo de una población. Dicho proceso de cambios tiene una doble dimensión, diferenciada por sus causas y por sus consecuencias. Por un lado, el descenso de la natalidad tiene como consecuencia el aumento del peso de la población de más edad, lo que se conoce como “envejecimiento por la base de la pirámide” (Vinuesa, 2004). Esta situación es resultado del control sobre la fertilidad y que da lugar a un progresivo descenso en las tasas de fecundidad hasta niveles próximos o inferiores a los de las tasas de reemplazo. La segunda dimensión, es la relacionada con el aumento de la esperanza de vida en todas las edades, lo que provoca que el número de personas mayores aumente en términos absolutos, es lo que se denomina “envejecimiento por la cúspide de la pirámide” (Vinuesa, 2004). Según este mismo autor, esto sucede como resultado del control de la mortalidad, que tras la desaparición de la denominada mortalidad catastrófica se consigue mediante mejoras en las condiciones de vida y en la sanidad.

Como resultado de este envejecimiento demográfico, las personas mayores son el grupo de población de más rápido crecimiento en el mundo. En términos absolutos, el número de personas mayores de 60 años casi se ha duplicado entre 1994 y 2014, y las personas de ese grupo de edad superan ahora en número al de los menores de 5 años (Naciones Unidas, 2014).

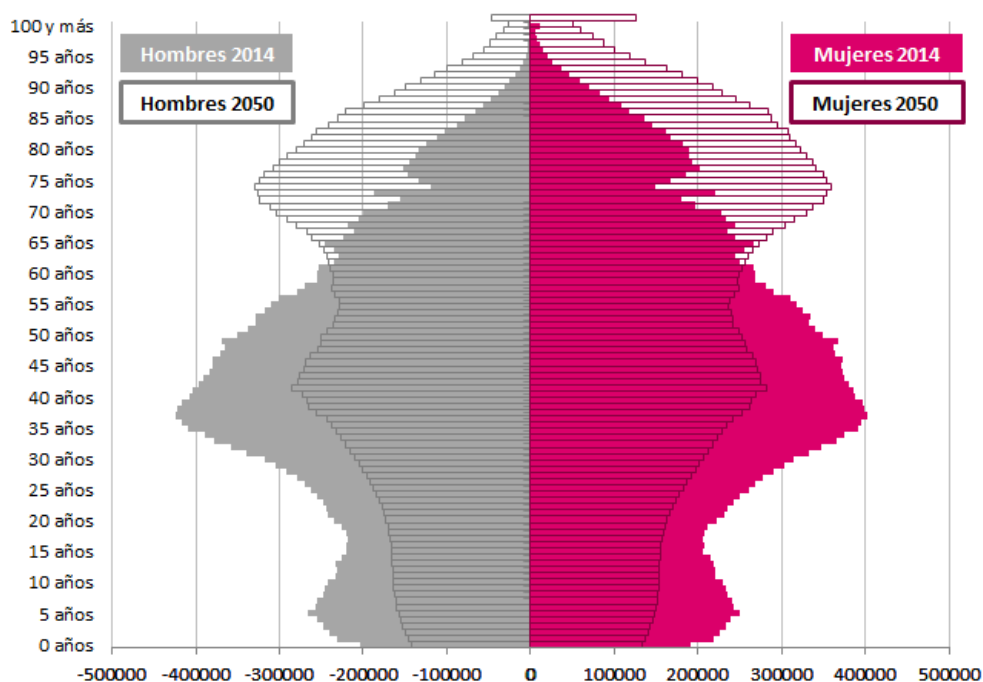
Según la revisión del *World Population Prospects* (United Nation, 2017), se calcula que en 2017 había 962 millones de personas de 60 años o más en el mundo, que representaban el 13% de la población mundial. Este grupo de población ha estado creciendo alrededor del 3 por ciento anualmente. En 2017, Europa tiene el mayor porcentaje de personas mayores de 60 años en relación con la población total (25%). El envejecimiento acelerado también está ocurriendo también en otras partes del mundo, de modo que para 2050 todas las regiones, excepto África, tendrán casi una cuarta parte o más de su población mayor de 60 años de edad. De esta forma, se calcula que el número de personas mayores en el mundo será de 1.400 millones en 2030 y de 2.100 millones en 2050 y que podría ascender a 3.100 millones en 2100. En las próximas décadas es casi inevitable un nuevo aumento de la población de personas mayores, dado el tamaño de las cohortes nacidas en los últimos años (United Nation, 2017).

Además, la población de personas mayores propiamente dicha está envejeciendo, lo que se ha denominado como sobre-envejecimiento de la población. Según las proyecciones demográficas, el porcentaje de personas mayores de 80 años que suponía el 14 % de la población mundial en 2014 ascenderá al 19 % en 2050. Por tanto, en 2050 habría 392 millones de personas mayores de 80 años, es decir, más de tres veces que en la actualidad (Naciones Unidas, 2014). La llegada de nuevas generaciones con alta proporción de supervivientes y el notable aumento de su esperanza de vida están teniendo un efecto inusitado sobre las edades más avanzadas; muy minoritarias hasta hace poco, sin embargo son las que hoy aumentan más rápidamente en volumen y también en proporción (Pérez y Abellán, 2018).

En España, los datos del Padrón Municipal de Habitantes contabilizaron en 2014 un total de 8.438.497 personas de 65 años o más, el 18.1% de la población total (Instituto Nacional de Estadística, 2015a). En 2017, esta proporción llegó al 19,1% (8.905.738

personas) y, según las proyecciones de población realizadas, para 2050 se prevé que esta cifra aumentará a 16.448.452, lo que supondrá que las personas de más de 65 años serán el 37.6% de la población total (Imagen 1). Es decir, casi 4 de cada 10 personas en España serán personas mayores. Los datos de personas octogenarias pasaran de significar el 5.7% de la población en 2014 al 16.0% en 2050. Otro dato relevante es que el número de personas que habrán superado los 100 años será de 172.459 personas, frente a las 13.312 en 2014 (Instituto Nacional de Estadística, 2015b).

**Imagen 1. Pirámides de población. España 2014 y 2050.**



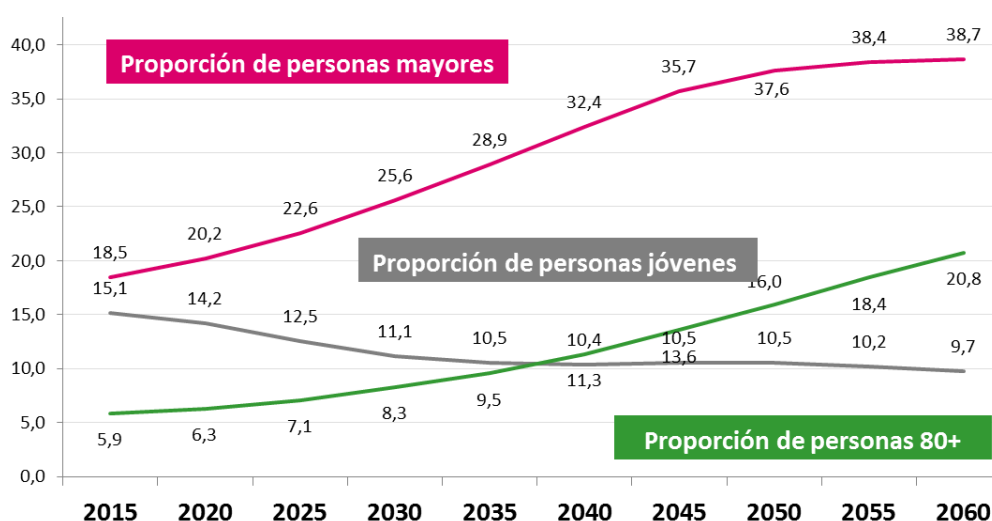
*Fuente: INE - Instituto Nacional de Estadística. Padrón Municipal de Habitantes, 2014 y Proyecciones de población 2014-2064. Disponible en: <http://www.ine.es>*

Según el pronóstico de esperanza de vida y el análisis de la mortalidad por causa específica para 195 países y territorios realizado por Foreman et al. (2018), España tendrá en 2040 una de las expectativas de vida más larga del mundo.

Además del aumento de las cohortes de edad más envejecidas, se prevé un descenso de la población de menos edad. El grupo de personas en edades infantiles (menores de 15

años) sigue una tendencia descendente que supondrá que entre 2035 y 2040 se invierta las curvas de las cohortes y el peso de la población octogenaria superará al de la población menor de edad. Para 2060 se estima que el porcentaje de población de 80 y más años duplicará al de población menor de 15 años. Esta inversión de la tendencia demográfica es la segunda sufrida en un periodo menor de 50 años. La primera inversión de esta tendencia se dio en 1999; año en el que la cifra de personas de 65 y más años superó a la de población en edad infantil. A partir de ahí la distancia entre estas dos cifras ha ido aumentando hasta multiplicarse por cuatro a favor de las personas mayores según las proyecciones a 2060 (Imagen 2).

**Imagen 2. Proyecciones de población según grupos de edad. España 2015-2060**



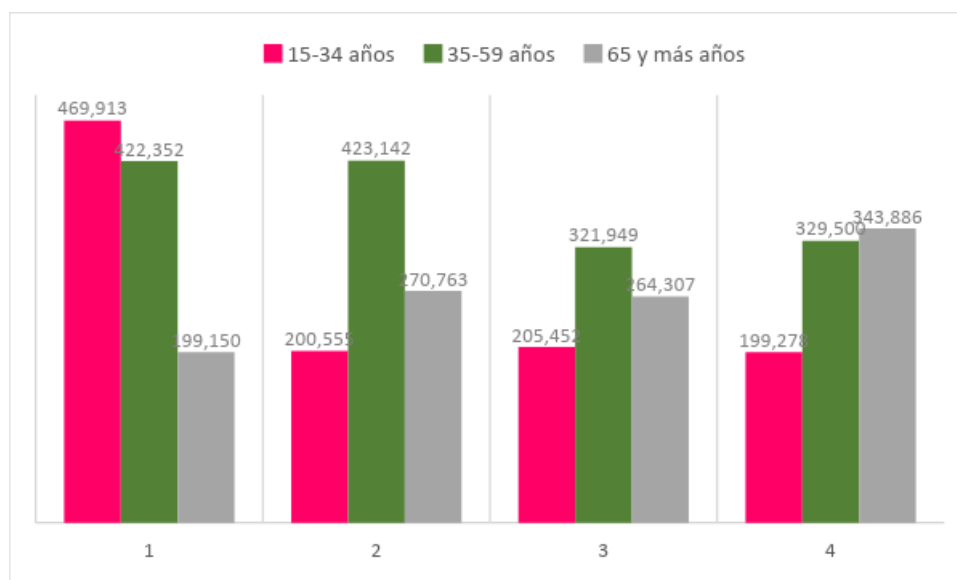
Fuente: Instituto Nacional de Estadística - INE. Proyecciones de población 2014-2064.  
 Disponible en: <http://www.ine.es>

Los datos relativos al País Vasco muestran que en 2016 la cifra de habitantes era de 2.164.144 personas (Instituto Nacional de Estadística, 2017), de las cuales 469.913 habían superado los 65 años de edad. Esta población correspondía al 21,7% del total, mientras que un 18,7% eran personas jóvenes de entre 16 y 34 años. En 2031, se estima que el porcentaje de personas de 65 y más años rondará el 30% de la población total en



esta Comunidad Autónoma. Para entonces serán unas 608.193 personas, sobrepasando a la población joven, de entre 16 a 34 años en más de 200.000 personas (Imagen 3).

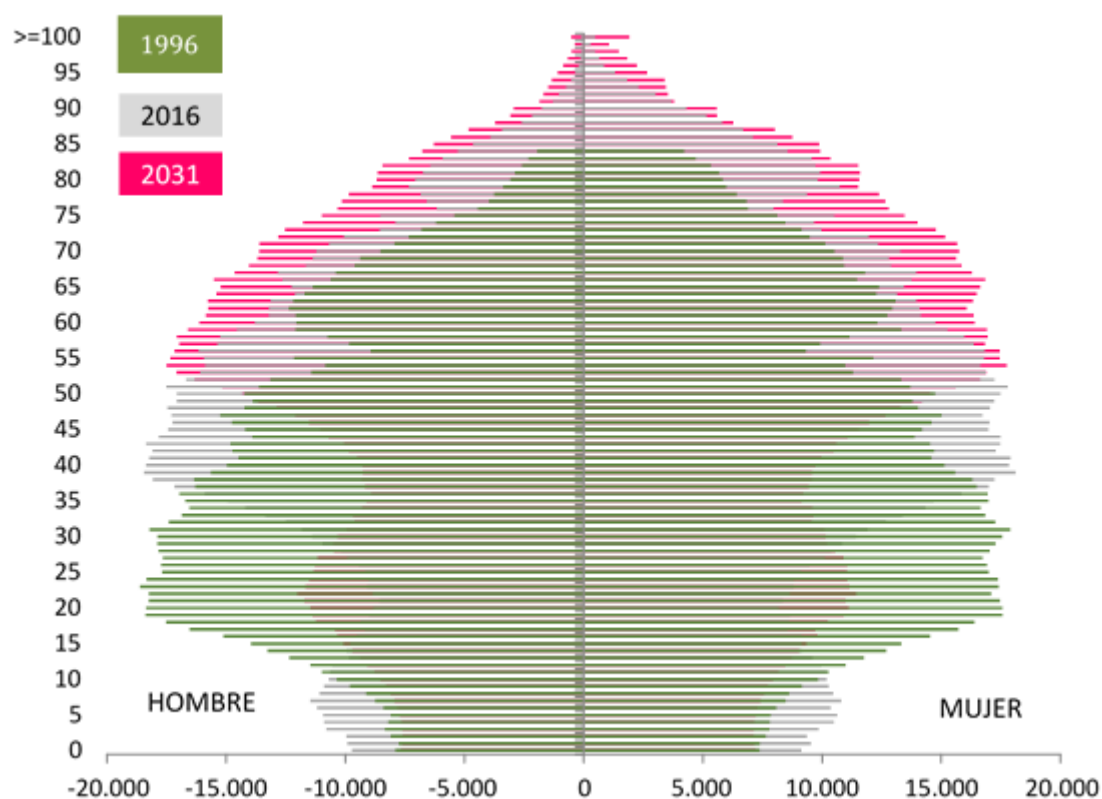
**Imagen 3. Población por grupos de edad y sexo. Comunidad Autónoma de Euskadi. 2016 y 2031**



Fuente: Instituto Nacional de Estadística - INE. Estadísticas del Padrón Continuo de Población y Proyecciones de población 2016-2031. Comunidad Autónoma de Euskadi.  
 Disponible en: <http://www.ine.es>

Las pirámides de población evidencian en una imagen el futuro demográfico de la Comunidad Autónoma de Euskadi (Instituto Nacional de Estadística, 2017) Las cohortes que contienen más población se elevan en la pirámide y en 2031 se posicionan por encima de los 55 años, mostrando que en esas franjas de edades se concentra un elevado número de personas de ambos sexos. Por el contrario, se visualiza un descenso importante de personas entre los 25 a los 45 años. Y otra generación que se eleva considerablemente es la de las personas centenarias, que para el 2031 está previsto que se contabilicen en la Comunidad Autónoma de Euskadi más de 2.400 personas de 100 y más años. Las mujeres de esas edades serán casi 4 veces más que los hombres (Imagen 4).

**Imagen 4. Pirámide de población. Comunidad Autónoma de Euskadi. 1996, 2016 y 2031**



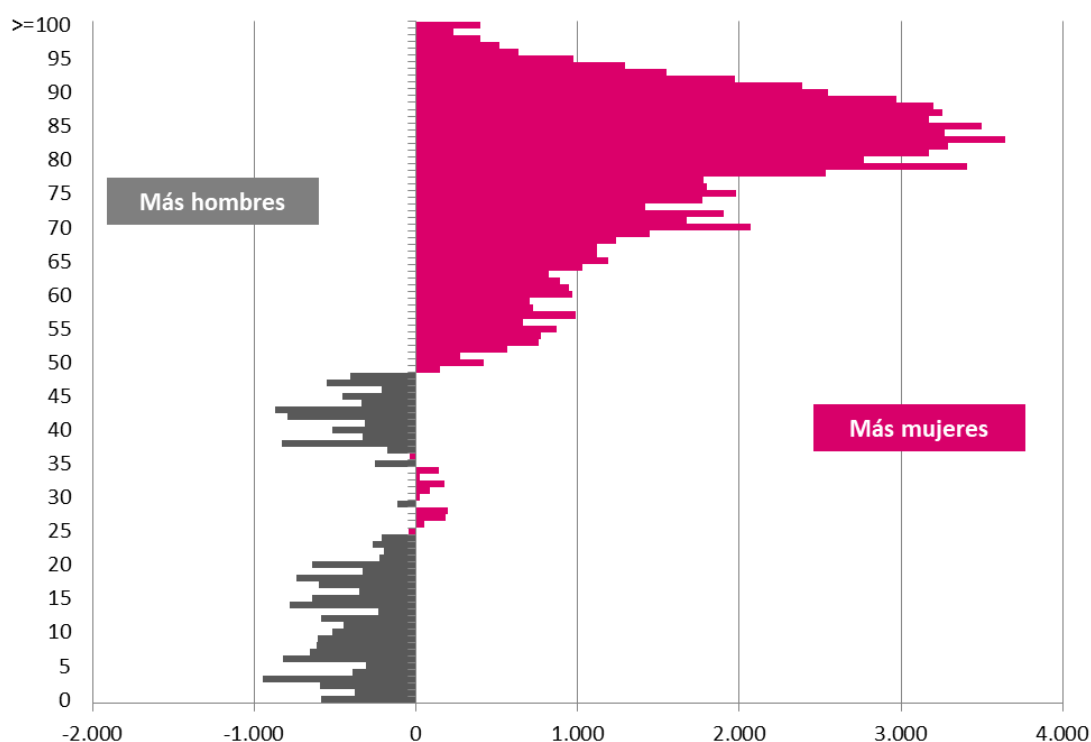
*Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Instituto Nacional de Estadística - INE. Proyecciones de población. Comunidad Autónoma de Euskadi. Disponible en: <http://www.ine.es>*

El género es una de las características sociodemográficas más relevantes en la vejez. Es conocido que la esperanza de vida es mayor para las mujeres que para los hombres. En el País Vasco, por ejemplo, la esperanza de vida de las mujeres en 2016 era de 86.2 años y la de los hombres de 80.3 (Instituto Vasco de Estadística, 2018). Esto supone que en edades avanzadas predomine el número de mujeres frente al de hombres, por lo que la vejez es una cuestión eminentemente femenina (Perez-Ortiz, 2006).

Esta realidad tan característica del envejecimiento se refleja con claridad en la pirámide que muestra la diferencia de población entre hombres y mujeres según edad, donde se observa cómo nacen más niños que niñas, pero a partir de los 40 años el

número de varones empieza a reducirse drásticamente y el de mujeres va en aumento. Algunas de las causas son la elevada mortalidad masculina y el aumento en la esperanza de vida con mayor incidencia entre las mujeres (Imagen 7).

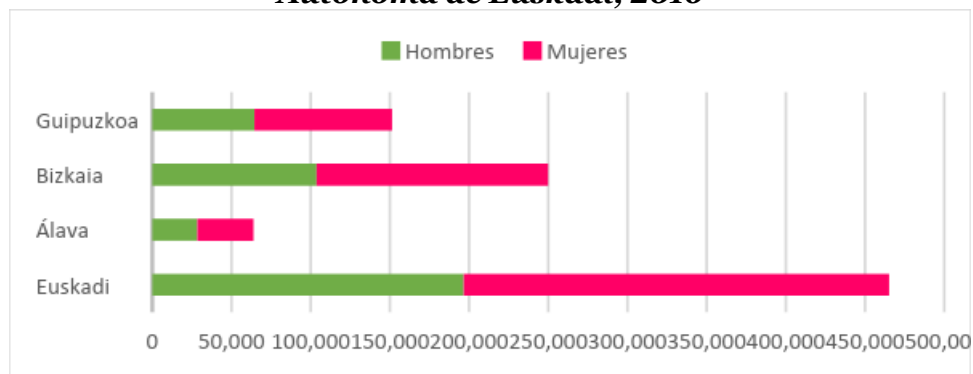
**Imagen 5. Diferencia de población en hombres y mujeres según edad. Comunidad Autónoma de Euskadi. 2016.**



*Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Eustat: Estadística Municipal de Habitantes (EMH) a fecha 1 de enero de año de referencia. Disponible en: <http://www.eustat.eus>*

Pero esta realidad demográfica también es diferente en cada territorio, comarca o municipio. Así, según los datos territoriales, Bizkaia es el territorio con mayor proporción de personas que han superado los 65 años (21,95%), seguido de Gipuzkoa (20,30%) y por último Álava (19,82%). Las diferencias porcentuales entre los territorios no son muy elevadas, superando levemente el 2% (Imagen 5) (Instituto Vasco de Estadística, 2018).

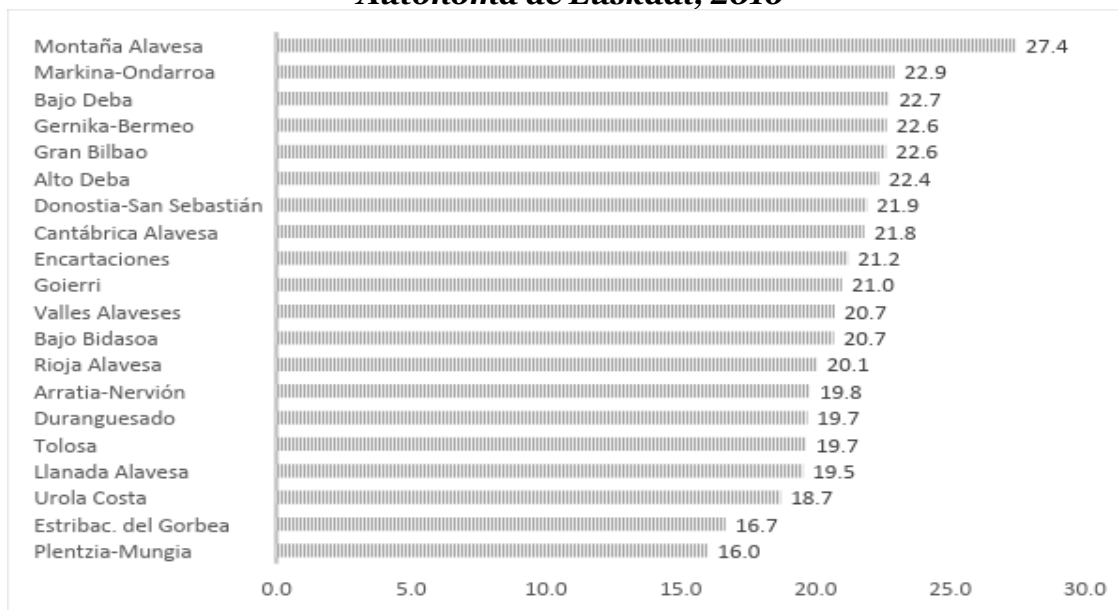
**Imagen 6. Población por ámbitos territoriales, edad y sexo. Comunidad Autónoma de Euskadi, 2016**



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Eustat: Estadística Municipal de Habitantes (EMH) a fecha 1 de enero de año de referencia. Disponible en: <http://www.eustat.eus>

Al analizar los datos según comarca se observa que la más envejecida pertenece al territorio Alavés (Montaña Alavesa, 27,4 %) y tiene algo más de 11 puntos porcentuales de diferencia con la más joven (Plentzia-Mungia, 16%). Las comarcas con mayor índice de envejecimiento son: Montaña Alavesa (27,4%), Markina-Ondarroa (22,9%) y Bajo Deba (22,7%). Por su parte, las más jóvenes son: Plentzia-Mungia (16%), Estribaciones del Gorbera (16,7%) y Urola Costa (18,7%) (Imagen 6).

**Imagen 7. Porcentaje de población mayor según comarca. Comunidad Autónoma de Euskadi, 2016**



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Eustat: Estadística Municipal de Habitantes (EMH) a fecha 1 de enero de año de referencia. Disponible en: <http://www.eustat.eus>

Del total de 251 municipios que pertenecen a la Comunidad Autónoma de Euskadi, 127 superan el 20% de población mayor. Es decir, 1 de cada 2 municipios vascos poseen una población de personas mayores que supera el 20%. Por otro lado, 24 municipios del total superan la cifra del 25%, donde 1 de cada 4 personas son personas que han superado los 64 años (Instituto Vasco de Estadística, 2018).

### **1.1.2. Envejecimiento y proceso de urbanización**

En envejecimiento demográfico y el proceso de urbanización son dos tendencias características a nivel mundial. Una y otra confluyen de manera que se incrementa la cifra de personas mayores que residen en zonas urbanas en todo el mundo. Según Pérez y Abellán (2018) este proceso de urbanización muestra etapas diferenciadas en función de la propia historia económica o política de cada país. En toda Europa se vio muy acelerado a finales del siglo XIX por la conjunción de una crisis agraria general, muy ligada a la llegada masiva de productos obtenidos en grandes y modernas explotaciones y con bajo coste de transporte. Pero en España se aceleró nuevamente de manera dramática en los años sesenta, cuando el empleo agrario se desplomó, a la vez que crecía rápidamente el empleo industrial en algunas ciudades, o en otros países europeos (Pérez y Abellán, 2018).

La población de personas mayores de 65 años que viven en ciudades de los países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) creció un 23,8%, en el breve período de 2001 a 2011 (Organisation for Economic Co-operation and Development, 2015). Las personas mayores constituyen una importante y creciente proporción de la población urbana mundial. En 2005, uno de cada cinco habitantes de ciudades de países desarrollados tenía 60 y más años (United Nations, 2011). La proporción de personas residentes en entornos urbanos de esa misma edad en países

menos desarrollados también está creciendo, desde el 7,7% de 2005 (30) al 21% de 2050 (World Health Organization and UN-HABITAT, 2016).

En España uno de los cambios más evidentes en la vejez española de estas últimas décadas consiste en que se ha vuelto abrumadoramente urbana, y aún lo será más, por el mero transcurrir del tiempo sobre las sucesivas generaciones (Pérez y Abellán, 2018). Mientras las personas mayores que permanecieron en los pequeños municipios han ido cumpliendo edad y viéndose mermados por la mortalidad, las personas jóvenes y adultas que emigraron en su día para rejuvenecer aún más las grandes ciudades han ido alcanzando la vejez en sus nuevos hábitats urbanos, y la emigración de retorno ha sido mucho menor de lo que podía haberse especulado en las etapas previas (Pérez y Abellán, 2018).

Existen varios puntos en común entre las tendencias mundiales de la urbanización y el envejecimiento de la población en términos de desafíos y oportunidades presentes en las políticas (National Institute on Aging and World Health Organization, 2011; WHO 2015a; WHO y UN-HABITAT 2010, 2016). Ambas tendencias crean presiones sobre los sistemas de salud, el mercado laboral y los presupuestos generales de un territorio. Sin embargo, tanto el proceso de urbanización como el envejecimiento demográfico son indicadores del desarrollo económico y social de un país. El alargamiento de la vida y los centros urbanos son valiosos recursos para la sociedad, ya que pueden aprovecharse para mejorar la salud general de la población y lograr el desarrollo sostenible (Kano, Rosenberg y Dalton, 2018).

Se han identificado múltiples puntos de entrada para optimizar la salud en las comunidades urbanas y en el envejecimiento de las poblaciones, respectivamente (OMS 2015a, OMS y UN-HABITAT 2016). Una característica común es la importancia de cambios ambientales más amplios que involucran a múltiples sectores más allá del

de la salud, como el diseño urbano, la vivienda y el transporte. Sin embargo, las implicaciones de la convergencia de la urbanización y el envejecimiento de la población de manera global no han sido abordadas. Por lo tanto, se necesita una mayor comprensión sobre la relación entre el entorno urbano, y el entorno en general, y la salud y el bienestar de una población envejecida (Kano et al., 2018).

La localización residencial de las personas mayores es una cuestión importante para la organización y administración de las políticas sociales. En el medio urbano, la concentración es una ventaja de escala para la planificación de actividades, servicios y programas de atención. En el medio rural, la dispersión en núcleos pequeños y distantes dificulta la organización de actividades y la prestación de servicios, pues éstos no son almacenables y, además, exigen la proximidad entre el productor (prestador del servicio) y el consumidor (persona mayor que necesita atención) (Barrio et al., 2015).

### **1.1.3. Gerontología ambiental**

El origen de la gerontología ambiental se basa en la importancia de la relación entre el individuo y el entorno, y cómo este influye y está asociado al bienestar en la vejez (Kendig, 2003; Phillipson, 2004; Scheidt y Windley, 2006; Schwarz y Scheidt, 2012; Wahl y Weisman, 2003).

Teóricamente, la gerontología ambiental se basa en las ideas fundamentales de la "teoría de campo" de Kurt Lewin (1951) y se ha orientado históricamente en torno a una ecuación conceptual simple en la que el comportamiento es igual a relación entre la persona y su entorno. Durante las décadas de 1980, 1990 y la primera década del siglo XXI, una nueva generación de gerontólogos/as ambientales ha incorporado una reinterpretación de la ecuación mediante una mayor integración del componente social del entorno (Rowles y Bernard 2013), incluyendo variables como la actividad (Iwarsson, 2004), el tiempo (Cutchin, 2003, 2004), la identidad (Peace y Holland,

2001; Peace, Holland, y Kellaher, 2005) o el bienestar social y de la experiencia de la comunidad (Evans, 2009).

Paralelamente a estos desarrollos, el lema del “envejecimiento en el hogar” o “ageing in place” ha surgido para convertirse en un elemento omnipresente de la política pública (OECD, 1994, p.3; Rowles y Bernard, 2013) y se han generado múltiples investigaciones en torno a este tema (Bookman, 2008; Rowles, 1993; Tilson, 1990).

Durante los últimos 40 años, la gerontología ambiental ha abordado la descripción, explicación y modificación u optimización de la relación entre la persona mayor y su entorno (Lawton, 1977; Scheidt y Windley, 1985; Wahl, 2001; Wahl y Weisman, 2003). El contexto ambiental del envejecimiento ha llegado a desempeñar un papel importante en la teoría, la investigación y en la práctica gerontológica (Wahl y Weisman, 2003). De tal forma que la gerontología ambiental ha contribuido en gran medida a la disciplina de la gerontología, así como a la mejora de las vidas de las personas mayores (Wahl y Weisman, 2003). Estas contribuciones no sólo han servido para el ámbito la gerontología social y del comportamiento, sino también en otras áreas como la geriatría, la geropsiquiatría y la enfermería (Wahl y Weisman, 2003). Las teorías de la gerontología ambiental también se han aplicado en múltiples escalas, que van desde el nivel micro del hogar, como las viviendas o instituciones residenciales, hasta el nivel macro como son las recomendaciones para las comunidades "amigables" o incluso a nivel de políticas de países (Wahl y Weisman, 2003).

Siguiendon con Wahl y Weisman (2003), la gerontología ambiental se ocupa de diversas cuestiones como las formas de convivencia en el hogar, el régimen de tenencia, los equipamientos, el tiempo de residencia en ese hogar y la satisfacción residencial. Pero también se ocupa de la naturaleza y el impacto de las modificaciones



en el hogar (por ejemplo, Gitlin, 1998), y del envejecimiento en entornos residenciales e institucionales, como el diseño de las unidades de demencia y otros entornos de atención especializada (por ejemplo, Cohen y Weisman, 1991; Day, Carreon y Stump, 2000). Además, se ocupa de estudiar el papel de los vecindarios en la medida en que presentan tanto oportunidades como limitaciones para sus residentes (por ejemplo, Scheidt y Windley, 1985 en Wahl y Weisman, 2003), y el entorno comunitario dentro de una perspectiva de política social más amplia (por ejemplo, Lawton, 1977; Schaie, Wahl, Mollenkopf y Oswald, 2003 en Wahl y Weisman, 2003). También trabaja en explorar el papel de los contextos sociofísicos en macroescala, de los cuales el límite rural-urbano es uno de los más prominentes (por ejemplo, Coward y Krout, 1998 en Wahl y Weisman, 2003). La característica más esencial de la gerontología ambiental es la pluralidad en términos de teoría, investigación y temas (Wahl y Weisman, 2003).

## **1.2. ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y AMIGABILIDAD**

### **1.2.1. Envejecimiento activo**

Aunque el "envejecimiento activo" marca los debates gerontológicos contemporáneos, sus raíces se remontan a las décadas de 1940 y 1950, cuando los sociogerontólogos destacaban la importancia de un estilo de vida activo en la vejez para la satisfacción personal, un punto de vista que posteriormente se denominó "teoría de la actividad" (Boudiny, 2013).

El paradigma del envejecimiento activo ha ido ganando cada vez mayor relevancia en las discusiones gerontológicas, políticas y sociales contemporáneas, tanto en Europa como en el mundo (Clarke y Warren, 2007; Foster y Walker, 2013; Hasmanová, 2011). Y es considerado como la respuesta política de más importancia al envejecimiento demográfico (European Commission [EC], 1999, 2005a, b; Walker y Maltby, 2012).

El concepto de envejecimiento activo que desarrolló inicialmente la Organización Mundial de la Salud (OMS) ponía especial énfasis en el vínculo entre actividad y salud. Este concepto fue propuesto en la década de los 90, en contraposición con la concepción tradicional del curso de la vida, que equiparaba la vejez a la inactividad (Boudiny y Mortelmans, 2011). Y evolucionó posteriormente hacia el fomento de la participación en la sociedad y el reconocimiento de las competencias de las personas mayores (Daatland, 2005 en Boudiny y Mortelmans, 2011). En 2002, la OMS definió el envejecimiento activo como "el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad para mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen". Esta definición interpretó la "actividad" como "participación continua en la vida social y económica, y en los asuntos culturales, espirituales y cívicos, no solo la capacidad de ser físicamente activo o de participar en la fuerza de trabajo" (World

Health Organization, 2002). De esta forma, el envejecimiento activo desafía los estereotipos asociados a la vejez y se sitúa cada vez más cerca de los roles que realmente ocupan las personas mayores en la sociedad. Enfatizando la autonomía y la participación, y refutando el paradigma de la pasividad y la dependencia asociadas tradicionalmente a la edad (Townsend, 2007 en Walter y Foster, 2013). En planteamiento de la OMS “sustituye la planificación estratégica desde un planteamiento basado en las necesidades (que contempla a las personas mayores como objetivos pasivos) a otro basado en los derechos, que reconoce los derechos de las personas mayores a la igualdad de oportunidades y de trato en todos los aspectos de la vida a medida que envejecen. Y respalda su responsabilidad para ejercer su participación en el proceso político y en otros aspectos de la vida comunitaria” (World Health Organization, 2002, p. 79).

En ese mismo documento la OMS identificó seis factores determinantes del envejecimiento activo (sociales, económicos, personales, comportamentales, de entorno físico y de servicios sociales y sanitarios), a los que sumó la cultura y el género como factores transversales (World Health Organization, 2002). Entre estos determinantes se encuentran los relacionados con el entorno tanto físico (seguridad, accesibilidad, proximidad, etc.) como social (aislamiento, soledad, maltrato, etc.) en los que se hace hincapié desde los proyectos de ciudades y comunidades amigables con la edad.

A pesar de la amplitud teórica del concepto de envejecimiento activo que lo diferenciaba de otros conceptos, como el envejecimiento exitoso (Por ejemplo: Mendes, 2013; Ranzijn, 2010; van Dyk, 2014; Marsillas, 2016; del Barrio et al. 2018); algunos autores afirman cómo en la práctica, se está haciendo más estrecho y opresivo (Boudiny, 2013; Foster y Walker, 2015) y es necesario incluir nuevas formas

alternativas de envejecer activamente (Foster y Walker, 2015; Holstein y Minkler, 2007; Marsillas, 2016). Para que el paradigma del envejecimiento activo sea una herramienta política eficaz, debería representar un concepto dinámico, basado en el curso de la vida, que aproveche las percepciones de las personas y les permita crear sus propias formas de actividad (Bowling, 2005; Walker, 2010; Boudiny y Mortelmans 2011).

### **1.2.2. Concepto de amigabilidad**

El concepto de amigabilidad presentado por la OMS (2007) se basa en su marco para envejecimiento activo (World Health Organization, 2002). “El envejecimiento activo depende de una variedad de factores influyentes o determinantes que rodean a los individuos, las familias y las naciones. Estos incluyen condiciones materiales así como también factores sociales (...) Muchos de los aspectos de los entornos y servicios urbanos reflejan a estos factores determinantes y han sido incluidos en las características de una ciudad amigable con los mayores” (World Health Organization, 2007a, p. 10).

La Organización Mundial de la Salud definió las ciudades amigables (*Age-Friendly City*) como ciudades inclusivas y accesibles, que optimizan las oportunidades de salud, participación y seguridad, a fin de garantizar la calidad de vida y la dignidad de las personas a medida que envejecen (World Health Organization, 2007a). En una ciudad amigable, las políticas, los servicios, los escenarios y las estructuras apoyan y capacitan a las personas para envejecer bien, reconociendo la amplia gama de capacidades y recursos entre las personas mayores; anticipando y respondiendo con flexibilidad a las necesidades y preferencias relacionadas con el envejecimiento; respetando las decisiones de las personas mayores y las opciones de estilos de vida; protegiendo a las

más vulnerables; y promoviendo la inclusión y la contribución de las personas mayores en todos los ámbitos de la vida comunitaria (World Health Organization, 2007a).

La revisión de la literatura realizada por Steels (2015) identificó diferentes terminologías que se usan para describir y definir el entorno amigable con las personas mayores. Entre ellas se incluyen "ciudad amigable" (en inglés: *age-friendly city*), "comunidad amigable" (*age-friendly community*), "ciudad habitable" (*liveable city*) y "envejecimiento activo" (*active ageing*). Estas diferencias terminológicas ilustran la amplia gama de políticas e iniciativas puestas en marcha en las que hacen hincapié los/as responsables políticos, los/as investigadores/as y los programas de las comunidades locales.

Para identificar las características básicas de la amigabilidad, la Organización Mundial de la Salud llevó a cabo un estudio cualitativo en 33 ciudades de todo el mundo, cuyos resultados publicó en el documento "*Ciudades Amigables con los mayores: Una Guía*" (World Health Organization, 2007a). Las características de amigabilidad fueron identificadas desde la perspectiva de las personas mayores, las personas cuidadoras y los/as proveedores de servicios municipales. Estas características abarcan ocho ámbitos de la vida urbana que recorren todos los sectores gubernamentales: espacios y edificios al aire libre, vivienda, transporte, servicios comunitarios y de salud, participación cívica, respeto e inclusión social, participación social y comunicación e información (Imagen 8) (World Health Organization, 2007a).

### ***Imagen 8. Áreas de amigabilidad***



*Fuente: Gobierno Vasco. Euskadi Lagunkoia. Disponible en:*  
<http://www.euskadilagunkoia.net/es/municipios/23-euskadi-lagunkoia>

Para Alley, Liebig, Pynoos, Banerjee y Choi (2007, p.4), una ciudad amigable con las personas mayores “ofrece un ambiente de apoyo que permite a los residentes envejecer activamente dentro de sus familias, vecindarios y sociedad civil y ofrece amplias oportunidades para su participación en la comunidad”. Una comunidad amigable con la edad se define como "un lugar donde las personas mayores participan activamente, son valoradas y respaldadas con infraestructura y servicios que se adaptan efectivamente a sus necesidades" (Fitzgerald y Caro, 2014).

Las iniciativas de amigabilidad tienen, además, varias características definitorias como: trabajar para lograr cambios a nivel de sistemas en múltiples ámbitos de la vida comunitaria, las iniciativas no se refieren únicamente a la vivienda, el transporte, el desarrollo económico, los servicios comunitarios, etc., sino que buscan lograr cambios en múltiples ámbitos; se desarrollan normalmente a lo largo de varios años, a menudo con un período de planificación formal seguido de un período de implementación; hacen hincapié en el desarrollo de asociaciones para trabajar hacia sus objetivos, estas asociaciones se extienden normalmente a través de los sectores público, privado y

social; y consideran a las personas mayores como contribuyentes donde se alienta a pensar en las personas mayores no sólo como consumidoras pasivas de servicios, sino como participantes activos en la toma de decisiones dentro de sus comunidades (Greenfield, 2018).

En el análisis realizado por Greenfield, Oberlink, Scharlach, Neal, y Stafford (2015), se afirma que las iniciativas de amigabilidad han cambiado el enfoque de trabajo, desde los individuos a las comunidades en su conjunto. Esto implica un enfoque más "ascendente", en el que el objetivo es cambiar el entorno físico y social de las personas mayores para mejorar su envejecimiento de manera óptima en sus propios hogares y comunidades (Boufford, 2014 en Greenfield et al. 2015). Este enfoque es congruente con las perspectivas ecológicas, que abordan las transacciones dinámicas entre las personas y sus entornos (Bronfenbrenner y Morris, 2006; Lawton, 1989 en Greenfield et al. 2015). También encaja con un enfoque del envejecimiento desde la salud pública, que incluye la importancia de los beneficios dirigidos no sólo a aquellas personas que están en proceso de envejecimiento, sino también de los esfuerzos a nivel de poblacional para prevenir que los problemas asociados a este proceso (Hunter et al., 2013 en Greenfield et al. 2015). Muchas iniciativas también reflejan un énfasis creciente en los enfoques participativos para promover la salud, lo que implica que las personas comparten el poder de tomar decisiones con otras partes interesadas (Rifkin, Lewando-Hundt y Draper, 2000 en Greenfield et al. 2015).

Pero, una ciudad verdaderamente amigable con las personas mayores no se centra en una sola generación, sino que incluye y abarca todas las generaciones (World Health Organization, 2007a), lo que también se refleja en los principios de diseño, incluido el concepto de diseño universal (van Hoof, Kazak, Perek-Białas y Peek 2018). Lo ideal sería que una ciudad amigable con la edad fuera inclusiva y que ofreciera

oportunidades a todas las personas que viven en la ciudad, y no sólo a las personas mayores (van Hoof et al., 2018).

Algunos investigadores/as como Menec, Means, Keating, Parkhurst y Eales (2011) se basan en el marco de la OMS mediante la aplicación de la teoría ecológica para proporcionar un marco general desde el que comprender las interrelaciones entre el entorno y la persona (Steels, 2015). El concepto en sí mismo está enraizado en el modelo ecológico de Lawton y Nahemow (1973). Este modelo articula la interacción dinámica entre la adaptación individual y la alteración del medio ambiente con el fin de mantener un funcionamiento óptimo en la vejez (van Hoof et al. 2018).

### **1.2.3. Modelos de amigabilidad**

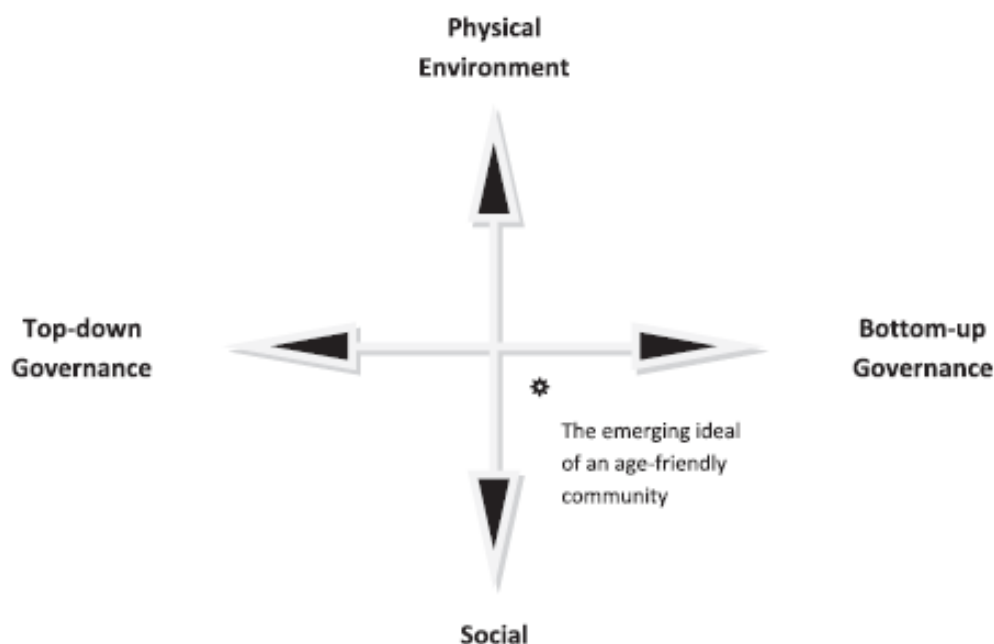
Greenfield et al. (2015) integrando todo el trabajo conceptual previo (Alley et al., 2007; Bookman, 2008; Lehning, Scharlach, y Wolf, 2012; Scharlach, 2012), concluyeron que las iniciativas de amigabilidad comparten criterios en cinco dimensiones: (1) incluyen la participación activa de los principales sistemas y agentes que influyen en las vidas de las personas mayores (gobiernos municipales, los proveedores de servicios locales, las autoridades de transporte, los proveedores de vivienda, la ciudadanía en general, etc.) ; (2) se enfocan en un área geográfica específica (ya sea un barrio, un municipio, una región, etc. ); (3) se centran en influir en los entornos sociales (como las relaciones entre los miembros de la comunidad y las instituciones sociales), así como en los entornos físicos (incluidos los entornos construidos y naturales); (4) utilizan una variedad de métodos (evaluaciones de necesidades, campañas de promoción, participación de voluntarios/as, etc. ); y (5) la meta de estas iniciativas es mejorar la salud y el bienestar de las personas mayores; fortalecer su capacidad para vivir en sus propios hogares o comunidades de manera segura y cómoda; y facilitar su participación en roles comunitarios significativos.



Pero aunque existen estos criterios compartidos, estos autores también identifican diferencias significativas entre los enfoques utilizados en las diversas iniciativas de amigabilidad (Greenfield et al. 2015) que clasifican en 3: (1) enfoques de planificación comunitaria, que se basan en un modelo descendente (de arriba abajo) y están a veces liderados por un gobierno local, una universidad u otro tipo de entidad; (2) enfoques centrados en el apoyo, que se basan en un modelo que está entre medias del enfoque de arriba abajo y de abajo a arriba, incluyen la colaboración entre personas y organizaciones para hacer que los entornos apoyen más a las personas mayores, tanto a nivel comunitario como individual, prestando especial atención a la colaboración entre el tejido social formal e informal de la comunidad; y (3) enfoques de asociación intersectorial, que priorizan la colaboración entre organizaciones e individuos que se reúnen para desarrollar e implementar planes de acción locales en relación con el envejecimiento.

Además, según la revisión previa de Lui, Everingham, Warburton, Cuthill y Bartlett (2009) las dimensiones encontradas en las iniciativas y estudios realizados sobre amigabilidad se dividían en dos claros ejes. El eje vertical representa un continuo entre los que ponen el énfasis en la infraestructura física/servicios, frente los que ponen el énfasis en la calidad del entorno social. Y en el eje horizontal, las iniciativas que trabajan desde una gobernanza de arriba abajo, con liderazgo de las autoridades locales, hasta las que trabajan de abajo a arriba, que se centran en facilitar la participación de las personas mayores, empoderarlas y promover su capacidad propia para mejorar su entorno y su comunidad (Imagen 9).

### **Imagen 9. Dimensiones de una comunidad amigable**



*Fuente: Lui, C. W., Everingham, J. A., Warburton, J., Cuthill, M., y Bartlett, H. (2009). What makes a community age-friendly: A review of international literature. Australasian journal on ageing, 28(3), 116-121.*

Otra característica clave de estos marcos y modelos, es la consideración de la colaboración, incluida la participación comunitaria y la participación de diversos agentes interesados (Steel, 2015). Algunos estudios han señalado que se requiere el compromiso con otros agentes en una participación de múltiples niveles y sectores (Buffel, Phillipson y Scharf, 2012; Plouffe y Kalache, 2011; Smith, Lehning y Dunkle, 2013), incluidas las personas mayores (Beard y Petitot, 2010).

Desde que la Organización Mundial de la Salud desarrolló el concepto de amigabilidad (World Health Organization, 2007a), se han propuesto diversos modelos que no se limitan solo a los entornos urbanos (Menec y Nowicki, 2014). La amigabilidad se caracteriza fundamentalmente por la habilitación de entornos sociales y físicos que se refuerzan mutuamente, por un modelo participativo de gobernanza colaborativa y, sobre todo, por la inclusión (Lui et al., 2009). Esto pone de relieve un supuesto subyacente que ahora es ampliamente compartido por los responsables de la

formulación de políticas y los planificadores: un entorno social propicio es tan importante como las condiciones materiales para determinar el bienestar en la vida de las personas mayores (Kano, Rosenberg y Dalton, 2018). Esto está respaldado por hallazgos de la investigación que muestra que el desarrollo comunitario con y por las personas mayores en el vecindario, puede dar lugar a entornos comunitarios más hospitalarios y de apoyo, aumentando el compromiso cívico y el capital social (Buffle et al., 2012; Kano, Rosenberg y Dalton, 2018). Siguiendo con el análisis de estos autores (Kano, Rosenberg y Dalton, 2018), estudios de casos recientes de comunidades amigables, así como una evaluación de las ciudades saludables europeas han aportado información clave sobre la importancia de factores de política y de gobernanza para favorecer el desarrollo de las comunidades amigables con las personas mayores.

Sin embargo, existe aún una insuficiente comprensión acerca de cuáles los efectos holísticos reales de las intervenciones sobre el medio físico y social y de las diversas dimensiones de inequidad y exclusión que afectan a las personas mayores (Kano, Rosenberg y Dalton, 2018). Hace falta generar una mayor evidencia acerca de cómo las mejoras en el ambiente físico y social afectan a la salud y el bienestar de las personas mayores, para evitar que sean sistemáticamente excluidas de la sociedad (Lui et al., 2009).

#### **1.2.4. Instrumentos de medida de la amigabilidad**

Uno de los principales desafíos a los que enfrentan todas las iniciativas comunitarias - tanto las que se refieren al envejecimiento como a las que no lo son- es cómo evaluar su impacto en los individuos y las comunidades (Greenfield et al., 2015). Según estos autores, existen muchas dificultades para evaluar las iniciativas de amigabilidad. Estas dificultades son inherentes al diseño de las de las mismas ya que son de naturaleza multifacética, lo que puede impedir si los resultados se atribuyen a la iniciativa en su

conjunto o a alguno de sus componentes; existen diversas formas por las que los individuos pueden beneficiarse, sus resultados son complejos, su diseño es flexible y hay una falta generalizada de financiación, lo que limita una evaluación rigurosa y longitudinal.

A pesar de estos desafíos, se han realizado múltiples intentos de evaluar y medir las diferentes iniciativas y programas puestos en marcha en torno a la amigabilidad. El primer intento en la construcción de medidas de la amigabilidad lo realizó la propia OMS en 2007, que junto con la publicación del documento “Ciudades Globales Amigables con los Mayores: Una Guía”, lanzó una lista de control (*checklist*) con los aspectos esenciales de las ciudades amigables con las personas mayores (World Health Organization, 2007b). Esta lista estaba basada en los resultados de la consulta realizada en 33 ciudades de 22 países con el objetivo de constituir una herramienta para la autoevaluación de una ciudad y un mapa para registrar los avances alcanzados. Esta lista o checklist consta de 61 afirmaciones (ítems) sobre las 8 áreas o dimensiones de la amigabilidad y ha sido la base para el desarrollo de diversos instrumentos y encuestas con el objetivo de medir la amigabilidad de un territorio concreto.

Desde su lanzamiento, tanto esta lista como la Guía han recibido críticas por representar una ciudad ideal (Buffel et al., 2012). Otros investigadores muestran la variedad de usos que puede tener (Plouffe, Kalache y Voelcker, 2016) teniendo en cuenta que la producción de espacio es una negociación continua entre la práctica espacial y sus representaciones. Es decir, desde las medidas objetivas del propio espacio, hasta la percepción subjetiva de las personas.

Pero la necesidad de medir con indicadores la efectividad del programa y evaluar las iniciativas en torno a la amigabilidad ha sido discutida en diversas investigaciones (Beard y Petitot, 2010; Lui et al., 2009; Plouffe y Kalache, 2011; Steels 2015). Steel en

su revisión de 2015, concluía que se carecía de documentación sobre la eficacia de las iniciativas de la amigabilidad, así como de la evaluación específica de las políticas e intervenciones que tienen en cuenta las necesidades de las personas mayores y corroboraba que sin una evaluación rigurosa, es imposible evaluar el impacto de estos programas.

En los últimos años diferentes investigaciones han desarrollado una serie de herramientas para medir y evaluar dichas iniciativas (por ejemplo, Menec y Nowicki, 2014; Handler, 2014; Neal y Wernher, 2014; Orpana et al. 2016; Public Health Agency of Canada, 2015; Pinheiro, Diogo, Sousa y Paúl 2015; Lee y Kim, 2019). Menec y Nowicki (2014) construyeron una encuesta de amigabilidad con 54 ítems sobre 7 dominios y crearon un índice general con la suma de indicadores para medir la amigabilidad del entorno. Opana (2016) generó una lista inicial de 241 indicadores potenciales, que se redujeron a 39 indicadores pertenecientes de los ocho ámbitos y cuatro indicadores de resultados sanitarios y sociales. Por otro lado, Pinheiro et al (2015) validaron un conjunto de 38 indicadores de los cuales 17 fueron considerados críticos, 19 complementarios y 2 inadecuados e irrelevantes, siendo excluidos del sistema.

Algunas iniciativas han utilizado indicadores disponibles de fuentes secundarias para medir los resultados relacionados con el envejecimiento (Steels, 2015). En Canadá, por ejemplo, se desarrolló un conjunto de indicadores para medir los efectos del entorno construido en la independencia, salud, calidad de vida y bienestar de las personas mayores (CMHC, 2008 en Steels, 2015). En otros lugares, como Nueva Zelanda, se recogieron indicadores utilizando una amplia gama de fuentes de datos fácilmente disponibles, como los datos censales (NZMoSD, 2007 en Steels, 2015). Kendig et al. (2012) utilizaron datos de las encuestas de población y los datos administrativos a nivel

local para monitorear las intervenciones, actividades y servicios relacionados con el envejecimiento.

En este sentido, reconociendo la necesidad de ayudar a las ciudades a medir la adecuación del programa de amigabilidad y de promover nuevas investigaciones en este ámbito, la OMS inició en 2012 un proyecto para elaborar un instrumento que sirviera de orientación sobre el uso de indicadores de evaluación (Kano, Rosenberg y Dalton, 2018). Inicialmente, la OMS llevó a cabo una revisión de la literatura y un estudio del entorno para identificar una lista completa de posibles indicadores. La lista de indicadores se redujo y perfeccionó sobre la base de varios criterios, entre ellos su pertinencia, viabilidad de medición y capacidad de acción, mediante un proceso iterativo que incluyó dos rondas de consultas internacionales de expertos y una encuesta a una muestra intencional de autoridades de gobiernos locales y representantes de comunidades de todo el mundo. Los indicadores se perfeccionaron sobre la base de un estudio piloto y se concluyó con una lista final de indicadores básicos y que fueron publicados en el documento "Measuring the Age-friendliness of Cities: A Guide to Using Core Indicators" (World Health Organization, 2015b).

Por su parte la AARP (anteriormente American Association of Retired Persons) desarrolló una herramienta denominada "Livability Index" (Índice de habitabilidad) con el objetivo de conocer cómo de habitables son las comunidades para las personas de todas las edades. Esta herramienta, lanzada por primera vez en 2015, utiliza más de 50 fuentes de datos nacionales y 60 indicadores repartidos en siete categorías. Según su propia definición, una comunidad habitable es "es aquella que es segura, tiene opciones de vivienda y transporte asequibles y apropiadas, y ofrece servicios comunitarios de apoyo (Lynott, Harrell, Guzman y Gudzinis, 2018). La "AARP Network of Age-Friendly States and Communities" de Estados Unidos utiliza este índice como una herramienta

para identificar las fortalezas y debilidades, y como un medio para medir el progreso de la iniciativa.

Otra medida diseñada recientemente en este contexto es el Active Ageing Index o Índice de Envejecimiento Activo (Zaidi et al., 2013). Este índice surgió en el marco del *Año Europeo del Envejecimiento Activo y la Solidaridad Intergeneracional 2012* como resultado de la colaboración entre el Centro Europeo sobre Políticas de Bienestar Social e Investigación, la Comisión Económica de Naciones Unidas para Europa (United Nations Economic Commission for Europe - UNECE) y la Comisión Europea de Empleo, Asuntos Sociales e Inclusión. Para su desarrollo, se conformó una comisión de expertos y un grupo de trabajo, los cuales definieron los indicadores con los que se construiría un índice para facilitar la creación de estrategias y políticas públicas que incorporasen los retos asociados al envejecimiento de la población (Zaidi, 2014). Este índice se trata de una herramienta que contempla cuatro dimensiones que se calculan en un total de 22 indicadores en la medición del envejecimiento activo. El objetivo era crear un índice numérico con el que poder evaluar y monitorizar el progreso y la eficacia de las distintas iniciativas en términos de envejecimiento activo, así como identificar las áreas que necesitan un mayor impulso para asegurar la calidad de vida de la población mayor (Zaidi et al., 2013).

Uno de los últimos intentos de desarrollo de medición de la amigabilidad es el cuestionario diseñado por Dikken et. al (2020). Este trabajo concluye con el diseño y validación de una herramienta que se compone de 23 ítems que puede utilizarse para medir las experiencias de las personas mayores en relación con los ocho dominios del modelo de Ciudades Amigables con las Personas Mayores de la OMS y un dominio financiero adicional (Dikken, van den Hoven, van Staalduinen, et al. 2020).

### 1.2.5. Evolución histórica del movimiento de amigabilidad

Ciudades amigables con la edad es probablemente, en este momento, el punto de encuentro internacional para la discusión sobre políticas públicas innovadoras de envejecimiento, intentando adaptarse a los cambios demográficos globales y a la urbanización mundial (Moulaert y Garon, 2016).

Una serie de factores han influido en el desarrollo de las ciudades amigables con las personas mayores, entre los que se incluyen: en primer lugar, el impacto global del cambio demográfico; en segundo lugar, el objetivo político de apoyar a las personas en mantenerse en sus hogares durante el mayor tiempo posible; y tercero, la conciencia del impacto del cambio urbano del entorno en las vidas de las personas mayores (Buffel y Phillipson, 2016).

El concepto “Envejecer en el hogar” (*Ageing in place*) que ha influenciado las políticas de envejecimiento desde la década de 1990, hoy en día viene de la mano de la noción de amigabilidad (*age-friendliness*). Para promover el envejecimiento en el hogar, los espacios deben diseñarse de forma amigable, teniendo en cuenta las necesidades de las personas que envejecen (Moulaert, Wanka y Drilling, 2018).

El desarrollo de ciudades y comunidades adaptadas a las necesidades de las personas mayores se ha convertido en un importante ámbito de trabajo en los campos de la salud, el envejecimiento y las políticas públicas. Esta evolución refleja varias tendencias más amplias, entre ellas la complejidad del cambio demográfico, con la aparición de un amplio espectro de necesidades entre las diferentes cohortes del grupo de edad de 50 años o más; el reconocimiento del papel del entorno físico y social para mantener la calidad de vida de las personas mayores y un envejecimiento saludable (Noordzij, Beenackers, Rouxb y van Lenthea, 2019; Buffel y Handler, 2018); y el



énfasis en la atención comunitaria y el apoyo al vecindario como objetivos principales de la atención sanitaria y social (Buffel y Handler, 2018).

El punto de partida del estudio y discusión sobre el fenómeno del envejecimiento de la población a nivel político puede situarse en 1969, cuando Naciones Unidas decide desarrollar su actividad a favor de los derechos y el bienestar de las personas mayores. A partir de este año, se dictaron una serie de Resoluciones hasta que la Asamblea General tomó la decisión de organizar una Asamblea Mundial que culminase en 1982 en un Plan de Acción sobre Envejecimiento. Este Plan fue el primer instrumento internacional que fijó las bases para la formulación de políticas y programas sobre el envejecimiento (Naciones Unidas, 2003).

Según Foster y Walker (2015), en Europa el envejecimiento surge como una cuestión política a principios de la década de 1990, cuando la Comisión Europea estableció un "*observatorio*" para estudiar el impacto de las políticas nacionales en este ámbito. La primera proclamación de un discurso activo y participativo sobre el envejecimiento se encontró en el Año Europeo de las Personas Mayores en 1993 (Walker y Maltby, 1997 en Foster y Walker, 2015). Estos autores declaran que fue en ese momento, donde se puso especial énfasis en los discursos de reconocimiento e inclusión de las personas trabajadoras de más edad, a través de medidas que favorecían la igualdad de oportunidades y que el siguiente paso en la consolidación de una agenda europea de envejecimiento activo, fue el Año de las Personas Mayores propuesto por las Naciones Unidas en 1999 (Foster y Walker, 2015). En ese momento, el énfasis se puso en el importante desafío que enfrentaba Europa para revertir su cultura de jubilación a edades tempranas (EC, 2001; Kohli, Rein, Guillemard y van Gunsteren, 1991 en Foster y Walker, 2015). La estrategia de envejecimiento activo y la estrategia de empleo se justificaron por la necesidad de elevar los niveles de empleo, especialmente teniendo

en cuenta el envejecimiento de la población y los aumentos proyectados del coste de las pensiones (Carmel, Hamblin y Papadopoulos, 2007 en Foster y Walker, 2015).

En paralelo a este desarrollo de las políticas, surge el programa de las Ciudades Saludables (*Healthy Cities*) como iniciativa de la Red Europea de la Organización Mundial de la Salud, a partir de los avances conceptuales en el ámbito de la salud pública, en relación con los factores determinantes de la salud, la promoción de salud y la prevención de enfermedades (Llorca, Amor, Merino, Márquez, Gómez y Ramírez, 2010). A partir de la Carta de Ottawa (1986), emerge la dimensión local de la promoción de la salud con dos ejes, el social y el colectivo, por un lado, y el individual por otro. En el primer caso, las acciones se orientan a favorecer los entornos y las mejores condiciones para el desarrollo de las personas y en el segundo, se dirigen a las creencias y actitudes individuales respecto a hábitos y estilos de vida. En este contexto, se establecen las bases para la creación del proyecto de Ciudades Saludables en los países occidentales, en los que la degradación del medio urbano es más intensa y claramente influye en la salud de sus comunidades (Kalache, 2016). La Red Internacional de Ciudades Saludables se inicia, teniendo como objetivos básicos la promoción de la salud y el bienestar de la ciudadanía, poniendo el énfasis en los entornos urbanos y sus diferentes componentes. En la Declaración de Atenas para las Ciudades Saludables, se afianzaron las líneas de trabajo que desarrollan los seis principios básicos ya definidos en la estrategia “Salud para Todos” (1998): Equidad, promoción de la salud, participación comunitaria, atención primaria, colaboración intersectorial y cooperación internacional (Llorca et al., 2010).

El programa de Ciudades Saludables se ha seguido desarrollando por fases, en cada una de las cuales se ha ampliado el número de ciudades adheridas a la Red y se han generado subgrupos que han ido profundizando y produciendo documentación técnica

a través de encuentros sobre temas específicos (World Health Organization, 2013). Uno de los nuevos principios de acción identificados por la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud se orienta a la “mejora de las condiciones de vida diaria: las circunstancias en las que la gente nace, crece, vive, trabaja y envejece”. Estos principios, incluidos en la Declaración de Zagreb de 2008, se concretaron en torno a tres temas principales entre los que destaca la creación de entornos amigables. En este tema se incluyeron las ciudades adaptadas a las personas mayores, donde implementar las políticas y los planes de acción para responder a sus necesidades y se centren en la participación, autonomía, entornos físicos, sociales solidarios y servicios de apoyo accesibles. Apareció entonces el concepto de “ciudadanía activa” y la necesidad de proporcionar infraestructuras efectivas y adecuadas para la participación comunitaria, a través de técnicas de desarrollo comunitario que actuaran como catalizadores y fomentaran la oportunidad de trabajar en red (Llorca et al., 2010).

En 2002, tuvo lugar en Madrid la Segunda Asamblea Mundial de Naciones Unidas sobre Envejecimiento. En esta Asamblea se redactó el Plan Internacional sobre Envejecimiento que, entre los elementos clave y prioritarios, recomendó el fomento de los entornos amigables, señalando la necesidad de “creación de entornos propicios y favorables para las personas mayores”. En esa misma Asamblea se definió la teoría que subyace bajo el paradigma del envejecimiento activo, *“Envejecimiento activo: un marco político”*, donde se puso de manifiesto cómo *“unos entornos físicos que tengan en cuenta a las personas mayores pueden establecer la diferencia entre independencia y dependencia”* aludiendo a la idea de la importancia del entorno en la calidad de vida de las personas (World Health Organization, 2002, p.87).

Poco después del lanzamiento de este documento, en la Resolución 44/1 *“Modalidades del primer examen y evaluación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el*

*Envejecimiento*” de la Comisión de Desarrollo Social de las Naciones Unidas del 17 febrero de 2006, se evidenció la necesidad de trasladar la teoría a la práctica y se recomendó el uso de metodologías *bottom-up* (de abajo a arriba) para la implementación del modelo de intervención y no *top-down* (de arriba abajo).

El primer paso hacia el origen del proyecto de Ciudades Amigables (*Age-Friendly Cities*), se produce en 2003 en el marco del Proyecto de Atención Primaria Amigable (*Age Friendly Primary Health Care*), en el que se incorpora la perspectiva del envejecimiento activo (Kalache, 2016; del Barrio, Marsillas y Sancho, 2018). La OMS, reconociendo la importancia de los Centros de Atención Primaria en la salud de las personas mayores, revela la necesidad de que estos sean accesibles y adaptados a sus necesidades y pone en marcha una serie de talleres siguiendo la metodología *bottom-up* con el apoyo del Gobierno australiano. Los resultados de este estudio cualitativo, reforzados por el conocimiento de personas expertas, llevaron a desarrollar un conjunto de principios *Age-Friendly* para los Centros de Atención Primaria (Kalache, 2016; del Barrio, Marsillas y Sancho, 2018). El trabajo posterior fue el lanzamiento de unas herramientas metodológicas donde se mostraba cómo implementar el programa (World Health Organization, 2004a).

Un año más tarde, en el XVIII Congreso Internacional de la Asociación de Geriatría y Gerontología (IAGG) celebrado en Río de Janeiro en 2005, el Dr. Alexander Kalache ideólogo de la iniciativa *Age-Friendly*, y en aquel momento Director del Programa *Ageing and Life Course* de la OMS, lanzó el concepto *Age Friendly City* en la sesión inaugural (Kalache, 2016). Su discurso despertó el interés de profesionales de ámbito académico, científico y asistencial sobre esta idea todavía no definida. Nació así el movimiento de amigabilidad, desde un intento de dar respuesta al urbanismo y al envejecimiento población, y con el objetivo principal de aprovechar al máximo el

potencial que ofrece la ciudadanía de más edad, promoviendo un movimiento de participación ciudadana protagonizado por las personas mayores como generadoras de bienestar, a la vez que las ciudades se adaptan al proceso de envejecimiento (Plouffe y Kalache, 2010; Kalache, 2016;).

A partir de ese momento, la OMS se encargó de poner en marcha la iniciativa con el apoyo del Gobierno Canadiense. Se celebró en Vancouver en 2006 una reunión en la que participaron representantes de doce ciudades que habían expresado su interés en este proyecto. Esta reunión fue precedida por una revisión de la literatura sobre las iniciativas de amigabilidad con las personas mayores y con otros grupos de población (Kalache, 2016). Los resultados de esta revisión fueron utilizados como base para la identificación de ocho áreas temáticas finalmente adoptadas por el Protocolo de Vancouver (World Health Organization, 2007c). Las líneas generales de la metodología se definieron tras consultar con un pequeño grupo de asesores con experiencia en política, intervención comunitaria e investigación cualitativa, y que estaban familiarizados con el contexto social de los países tanto en vías desarrollo y como los desarrollados (Plouffe y Kalache, 2010). Este protocolo fue adaptado al contexto español por un grupo de personas expertas a través del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).

A las primeras doce ciudades se les sumaron pronto otras y en agosto de 2006 se realizó un estudio cualitativo en 33 ciudades de todo el mundo, representativas de la diversidad de realidades urbanas, desde grandes ciudades como Tokyo, Nueva Delhi o Mexico D.F., hasta pequeñas ciudades de Australia, Puerto Rico o Canadá. (Plouffe, Kalache y Voelcker, 2015). A partir de esta investigación se elaboró la *Guía Ciudades Amigables con las personas mayores* que se hizo pública en 2007 con motivo del Día Internacional de las Personas Mayores (World Health Organization, 2007). Esta Guía,

junto con el Protocolo de Vancouver, ha servido de base metodológica para el desarrollo del programa de amigabilidad en todas las ciudades a nivel mundial.

En 2015, Naciones Unidas lanzó los Objetivos de Desarrollo Sostenible (SDGs) para 2030. De los 17 objetivos definidos, 15 son relevantes para el envejecimiento. En línea con estos objetivos, la OMS en su 69.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud (2016) y tras su Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud (World Health Organization, 2015a) propone la puesta en marcha de la Estrategia Global y el Plan de Acción sobre el Envejecimiento y la Salud enumeraron cinco objetivos estratégicos para mejorar la capacidad de las personas mayores. Entre ellos se encuentra “Crear entornos adaptados a las personas mayores”. La OMS (World Health Organization, 2018) corrobora que ayudar a las ciudades y comunidades de todo el mundo a ser amigables es fundamental para alcanzar los SDGs y la Estrategia Global. En 2016, una amplia gama de partes interesadas esbozaron una nueva agenda urbana, que fue adoptada en la conferencia de ciudades de Hábitat III en Quito. Esta Nueva Agenda Urbana se incluye la importancia de asegurar que las ciudades en crecimiento respondan al envejecimiento de la población con perspectivas y políticas que puedan construir comunidades inclusivas, sostenibles, seguras y prósperas para todas las personas (Naciones Unidas, 2017). El 13<sup>o</sup> Programa General de Trabajo de la OMS, en el que se esbozan las prioridades estratégicas y operativas entre 2019 y 2023, destaca la necesidad de poner en práctica la estrategia y el plan de acción mundial sobre el envejecimiento y la salud y el Decenio de Acción para un Envejecimiento Saludable (2021-2030), incluida la labor relativa a las ciudades y comunidades que tienen en cuenta las necesidades de las personas de edad (World Health Organization, 2018). Al hacer que las ciudades y comunidades sean amigables con la edad, se asegura que las ciudades y comunidades sean lugares inclusivos y equitativos que no dejen a nadie atrás, especialmente a las personas mayores más vulnerables (World Health Organization, 2018).

Uno de los últimos hitos alcanzados, es una de las últimas publicaciones de la Organización Mundial de la Salud (World Health Organization, 2018) donde se analizan los progresos que las ciudades y comunidades han realizado en la última década para ser más amigables con la edad. Entre los logros notables se encuentra el número de miembros, que se ha cuadruplicado en los últimos años. Estos resultados ponen de relieve el reconocimiento en todo el mundo de la importancia del enfoque sistemático e inclusivo para ser más favorable a las personas mayores, mediante el compromiso político, la planificación, la acción y la evaluación.

A pesar de que la iniciativa de las ciudades amigables incluye ciudades de todo el mundo, algunos autores critican su orientación occidental y que podría haber pasado por alto algunos de los aspectos relacionados con la edad que son críticos para la vida diaria de las personas mayores en las ciudades de un país en desarrollo (van Hoof, 2018). También se considera que el movimiento amigable con la edad está hasta ahora excesivamente centrado en el envejecimiento activo y que, por ejemplo, excluye las intervenciones hacia las personas con demencia o discapacidad física (Cieśla, 2019). Algunos investigadores (Buffel, Handler y Phillipson, 2018) han identificado los próximos desafíos hacia donde deben dirigirse este tipo de proyectos desde una visión crítica, sin dejar de lado el impacto de las crecientes diferencias sociales y económicas y los problemas a los que se enfrentan las comunidades de bajos ingresos en su intento de construir entornos amigables con la edad. Argumentando que esto solo puede hacerse mediante el desarrollo de nuevas formas de empoderamiento en el trabajo con las personas mayores, de asociaciones más eficaces con los principales agentes a nivel local, regional y nacional, y teniendo en cuenta aspectos como: la desigualdad social, la participación, la co-producción y el co-diseño, la colaboración multisectorial y multidisciplinar y la integración de la investigación en las políticas (Buffel, Handler y Phillipson, 2018).

## 1.2.6. Red Global de Ciudades y Comunidades

### Amigables

En 2010, la OMS creó la Red Global de Ciudades y Comunidades Amigables (*WHO Global Network of Age-friendly Cities and Communities*) para facilitar el intercambio de información, mejores prácticas y experiencias para hacer que las ciudades, así como otros tipos de comunidades, sean más amigables con la edad. Aunque el movimiento de ciudades amigables se desarrolló principalmente en respuesta a las presiones y demandas creadas por las tendencias convergentes del envejecimiento de la población y la urbanización que ocurren en regiones específicas del mundo, la iniciativa se ha ido adoptando cada vez más en todo el mundo, tanto en zonas urbanas como rurales (Fitzgerald y Caro, 2014).

La Red dispone de una plataforma para el intercambio de información y el apoyo mutuo entre las ciudades y comunidades participantes. Además, ofrece orientación y promueve la adquisición de conocimientos sobre cómo evaluar el grado de adaptación de una ciudad o comunidad a las personas mayores, cómo integrar una perspectiva que tenga en cuenta a estas personas en la planificación urbana y cómo crear entornos cotidianos adaptados a las mismas. Esta red obliga a las ciudades integrantes a autoevaluarse de forma periódica y a poner en marcha políticas y planes de actuación destinados a mejorar progresivamente su adaptación, con el fin de lograr un entorno urbano que favorezca el envejecimiento activo. En este proceso participan activamente las personas mayores de cada ciudad, mediante la puesta en marcha de procedimientos de participación comunitaria. La red facilita también la compartición entre ciudades de los conocimientos extraídos a partir de la experiencia. De este modo se agiliza el cambio y se consigue cierta estandarización a nivel global (WHO, 2010).



Tanto en la sesión sobre “*Ciudades y entornos amigables con la edad*” celebrada en el marco del Congreso de IFA (*International Federation on Ageing*) en 2010 en Melbourne (Australia), como en el Congreso celebrado en Dublín en septiembre de 2011, se constataron las tendencias mundiales en el desarrollo de esta iniciativa. Los principales hallazgos se orientaron a:

- La necesidad de aunar las distintas iniciativas a nivel de la Organización Mundial de la Salud: Ciudades Saludables, Ciudades Amigables con la Infancia, Ciudades Amigables con las Personas Mayores.
- La necesidad de ampliar el concepto, pasando de las ciudades amigables a los territorios amigables; y, pasando de la amigabilidad con las personas mayores a la amigabilidad con todas las edades.
- La necesidad de compartir experiencias y buenas prácticas, desarrollando mecanismos a distintos niveles de toma de decisión e implementación.
- La imprescindible difusión del proyecto para que más ciudades y entornos se adhieran a la Red.
- La creación de un sistema de reconocimiento desde las Administraciones Públicas a aquellas entidades públicas o privadas que introduzcan cambios en el ámbito de la amigabilidad.

Así mismo, se definieron una serie de elementos críticos para el éxito en la implantación del Programa:

- Plantear desde un principio el proyecto como mejora de calidad de vida de todas las personas teniendo en cuenta el ciclo vital.
- El liderazgo de la institución de máxima competencia en la ciudad o territorio es imprescindible. La máxima autoridad debe creer en el proyecto

e impulsarlo con apoyo experto que aporte el rigor en la materialización del proyecto.

- El diseño del proceso debe ser sencillo y factible, que integre las fórmulas de decisión y planificación existentes; con un enfoque interdepartamental y con un consenso interinstitucional.
- La participación ciudadana es fundamental. El proyecto debe dar fuerza a las personas mayores, teniendo en cuenta su heterogeneidad, contando además con toda la sociedad.
- Se requiere la implicación del sector privado. Un territorio o ciudad no puede ser amigable sólo desde las instituciones públicas.
- Es necesario adaptar la metodología a las características locales, teniendo en cuenta el tipo de entorno, tipo de sociedad, nivel educativo, foros de participación existentes, grado de desarrollo de otras iniciativas relacionadas, etc.
- Es importante tener en cuenta las iniciativas en desarrollo actuales, reorientando y poniendo en valor las existentes, creando nuevas que complementen y haciendo benchmarking con otras iniciativas y su adaptación al contexto territorial
- La materialización del Plan de Acción a través de iniciativas basadas en la evidencia científica y en la buena práctica, estableciendo indicadores para garantizar la consecución de los objetivos y mecanismos de reconocimiento de los avances realizados.

Según la OMS, la misión de la Red Global es estimular y permitir que las ciudades, comunidades y otros niveles subnacionales de gobierno de todo el mundo se vuelvan cada vez más amigables. Ampliando el horizonte de las ciudades, de donde partía en el origen, a todo tipo de territorios y comunidades (WHO, 2018). La Red busca apoyar a

sus miembros desde la inspiración, mostrando lo que se puede hacer y cómo se puede hacer; la conexión entre ciudades y comunidades, facilitando el intercambio de información, conocimientos y experiencias; y la búsqueda de soluciones apropiadas, innovadoras y basadas en datos empíricos. En marzo de 2021, más de mil cien ciudades y comunidades de 44 países se habían sumado a esta Red (WHO, 2021).

La creación de ciudades y comunidades amigables con las personas mayores puede contribuir en gran medida a crear entornos que promuevan la salud, mantengan la capacidad física y mental a lo largo de toda la vida, y que permitan a las personas, incluso cuando experimentan una pérdida de capacidad, seguir haciendo actividades con sentido en su vida cotidiana (WHO, 2018).

### **1.2.7. Ciudades amigables en España**

El movimiento de amigabilidad se inició en España en el año 2009 con la incorporación a la Red Mundial de la Organización Mundial de la Salud de la primera ciudad: Donostia-San Sebastián (del Barrio, 2014; del Barrio, Tomasena, Elortza, Sancho, 2015; del Barrio, Tomasena, Criado, Allur, Sancho, 2017). Ese año se realizó el diagnóstico inicial de la ciudad que fue reconocida el 20 de octubre de 2010 (del Barrio, Sancho y Urraco, 2009). En el evento realizado para la obtención de la acreditación de la mano de John Beard, Director del Departamento de Envejecimiento Activo y Ciclo Vital de la OMS, estuvieron presentes representantes de otras ciudades interesadas en el proyecto como Barcelona, Zaragoza y Bilbao que ya habían iniciado el proceso diagnóstico y Málaga, Lleida y Madrid, interesadas en la iniciativa. También asistió como invitada una representante del Centro de Referencia Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas (CEPAT-IMSERSO).

Con motivo de la I Conferencia Internacional *Age-Friendly Cities*, celebrada en Dublín en septiembre de 2011, varios representantes de ciudades españolas, junto a personas

del CEAPAT, comenzaron a trabajar para poner en marcha la Red Española de Ciudades Amigables con las Personas Mayores.

En 2012, el IMSERSO firmó un Convenio de Colaboración con la OMS y se estableció como el organismo encargado de promocionar y apoyar este proyecto en España, impulsando y coordinando desde el CEAPAT la creación de la Red Española de Ciudades Amigables con las Personas Mayores. Desde entonces el CEAPAT ofrece a la Red los siguientes servicios (IMSERO, 2020):

- Información y asesoramiento:
  - Con el fin de aumentar la concienciación pública, difundir e informar sobre el Programa de Ciudades Amigables con las Personas Mayores de la OMS.
  - Para proporcionar información y asesoramiento técnico a los ayuntamientos sobre cómo convertirse en un miembro de la Red y cómo implementar y desarrollar el proyecto en todas sus fases.
  - Para ofrecer información online gratuita a las ciudades y pueblos participantes o que deseen unirse a la Red.
  - Para proporcionar información y asesoramiento técnico sobre accesibilidad universal y elaborar protocolos relacionados.
  - Para realizar el seguimiento de la inscripción de las ciudades españolas interesadas en convertirse en adherirse a la Red.
- Difusión y comunicación:
  - Los ayuntamientos que lo deseen pueden difundir en la web del CEAPAT-IMSERSO su proyecto y aportar información sobre la fase de desarrollo en que se encuentran y noticias relacionadas.

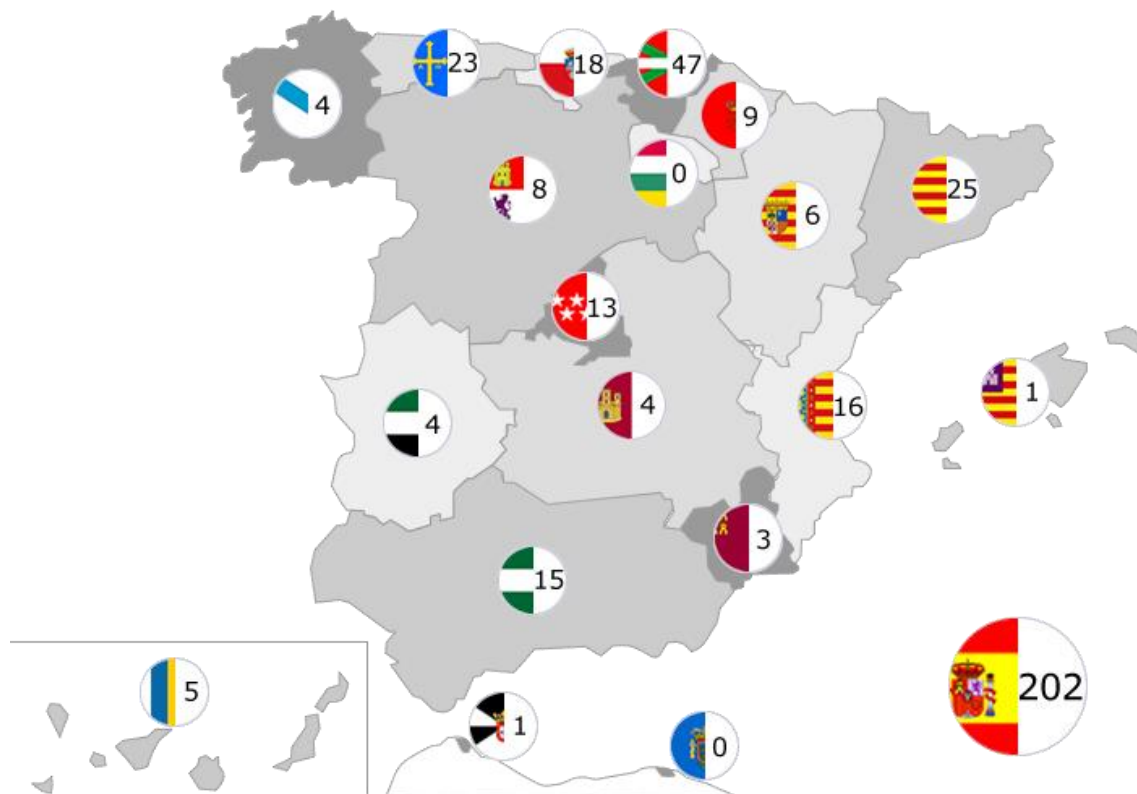
- El Blog de Ciudades Amigables es otra herramienta de difusión y comunicación que se pone a disposición de los ayuntamientos y organizaciones participantes.
- Las redes sociales como el twitter o Facebook permiten difundir de manera rápida noticias cortas o tweets.
- Cualquier Ayuntamiento puede dirigirse al email del CEAPAT-IMSERSO y solicitar apoyo o pedir ayuda en la difusión.

Desde el CEAPAT-IMSERSO y gracias a la experiencia compartida de las ciudades pioneras, se detectó la necesidad de adaptar a nuestro contexto algunos aspectos de la metodología propuesta por la OMS. Con este objetivo, el CEAPAT-IMSERSO impulsó en 2013 la creación del Grupo de Trabajo para la elaboración de herramientas para el desarrollo del proyecto de Ciudades Amigables con las Personas Mayores. Como resultado del trabajo realizado se elaboró un documento de adaptación al contexto español del Protocolo de Vancouver, y un breve documento de recomendaciones para el impulso, diseño y desarrollo del proyecto, y algunas herramientas útiles para la implementación de las acciones como son: Esquema del Plan de Acción, Ficha por Actividad y Listado de Actividades (Sánchez y Pozo, 2014).

La Red de Ciudades Amigables en España contaba con 8 ayuntamientos en 2012; 17 en 2013, 53 en 2014, 68 en 2015, 103 en 2016. En marzo de 2021, forman parte de la Red Española 202 ayuntamientos (IMSERSO, 2020).

Aunque el ritmo de implantación del proyecto “Ciudades y Comunidades Amigables con las Personas Mayores” difiere de unas Comunidades Autónomas a otras, todas cuentan ya con Ayuntamientos trabajando en este proyecto (además de la Ciudad Autónoma de Ceuta), siendo Euskadi, Asturias y Cataluña las Comunidades Autónomas con más presencia en la Red (Imagen 10).

**Imagen 10. Red de Ciudades Amigables en España**



*Fuente: IMSERSO. Red de ciudades amigables en España. Disponible en: [http://ciudadesamigables.imserso.es/imserso\\_02/ciudades\\_amigables/ayun\\_parti/redspana/index.htm](http://ciudadesamigables.imserso.es/imserso_02/ciudades_amigables/ayun_parti/redspana/index.htm)*

Según datos del IMSERSO en 2016 y tomando como referencia los tramos establecidos por el Instituto Nacional de Estadística (INE) para la consideración de ruralidad, un 61% de los municipios que conforman la Red de Ciudades Amigables en España son urbanos (más de 10.000 habitantes), 23% son rurales (núcleos de población inferiores a 2.000 habitantes) y 16% son intermedios (de 2.000 a 10.000 habitantes) (IMSERSO, 2017).

El amplio desarrollo de esta iniciativa en España es gracias al impulso de este proyecto por parte de instituciones públicas como el CEAPAT-IMSERSO, además de la implicación de gobiernos autonómicos, diputaciones, y ayuntamientos, como el País Vasco, Cataluña o Extremadura. Por ejemplo, en Cataluña, la Diputación de Barcelona

promovió en 2013 la creación de un grupo de trabajo con el objetivo de agrupar un conjunto de ayuntamientos interesados en este proyecto. Manresa, fue pionera en iniciar los trabajos y adherirse a la Red Global. Según los datos recogidos en la Red del IMSERSO en la actualidad hay 23 municipios adheridos (IMSERSO, 2020).

En el caso de Extremadura, los Santos de Maimona fue el primer municipio que recibió en 2012 el reconocimiento de la OMS. A partir de ese momento se ha ido consolidando la Red Extremeña de Ciudades Amigables gracias al impulso de la Fundación Centro Tecnológico Industrial de Extremadura (CETIEX) y al Área de Mayores del Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia de la Junta de Extremadura (SEPAD) (Junta de Extremadura, 2013).

### **1.2.8. Euskadi Lagunkoia**

Euskadi Lagunkoia (Euskadi Amigable) es una iniciativa lanzada por el Departamento de Empleo y Políticas Sociales del Gobierno Vasco que tiene como objetivo promover la participación ciudadana y del sector público, privado y social para desarrollar un movimiento de amigabilidad en el País Vasco en el fomento de entornos de vida facilitadores para las personas que envejecen (del Barrio et al., 2014).

Donostia-San Sebastián, Bilbao y Vitoria-Gasteiz, capitales de la Comunidad Autónoma del País Vasco, fueron ciudades pioneras que habían comenzado ya a trabajar en el modelo de la OMS antes del desarrollo del proyecto Euskadi Lagunkoia. Estas ciudades han estado desarrollando programas a favor de la amigabilidad de forma autónoma hasta febrero de 2016, fecha en la que se han adherido a la Red Euskadi Lagunkoia para impulsar la amigabilidad y participación en la construcción de una sociedad del bienestar (del Barrio et al., 2014).

El planteamiento de trabajo de Euskadi Lagunkoia supone un esfuerzo por impulsar este movimiento en todos los pueblos, entornos y ciudades del País Vasco. Apoyando a municipios más pequeños para su adhesión a la iniciativa y fomentando una Red que integre tanto a municipios, como entidades y personas, del ámbito privado, público y social de una manera transversal. Trabajando en red con ayuntamientos, asociaciones, empresas y ciudadanía por un fin común: crear entornos de vida facilitadores donde poder vivir y convivir juntos (del Barrio et al., 2014).

Los objetivos que se plantearon fueron (del Barrio et al., 2014):

- Aprovechar el potencial que representan las personas mayores en la vida de los pueblos y ciudades de Euskadi como generadoras de bienestar.
- Crear y fomentar procesos de participación comunitaria.
- Facilitar la introducción de cambios en los entornos a fin de mejorar la calidad de vida de sus ciudadanas y ciudadanos.
- Crear una Red de iniciativas amigables en Euskadi.

Este proyecto de innovación social tiene el propósito incentivar las transferencias que generan las prácticas asociadas a las iniciativas ciudadanas y al espacio público. Fomentando la participación social ciudadana, la co-responsabilidad social, las relaciones intergeneracionales y la comunicación entre la ciudadanía y la administración, con el fin de mejorar la calidad de vida de todas las personas (del Barrio et. al., 2014)

En el documento presentado por la Consejería de Empleo y Asuntos Sociales del Gobierno Vasco “*Cien Propuestas para Avanzar en el Bienestar y el Buen Trato a las Personas que Envejecen. Bases para un Plan de Acción*” (Gobierno Vasco, Departamento de Empleo y Asuntos Sociales, 2011), se mencionaba el debate sobre la



importancia del diseño urbano y las ciudades en la calidad de vida de las personas mayores, asociándolo a un nuevo paradigma que se articula en torno a la construcción de la sociedad del bienestar: la gobernanza. Uno de los bloques de medidas recomendados en este documento era el bloque XX: “*Diseñar territorios y ciudades amigables con las personas mayores*”, que especificaba las siguientes propuestas:

- Generar nuevas iniciativas de ciudadanía urbana.
- Garantizar entornos urbanos y rurales para toda la vida.
- Incorporar a las personas mayores en la planificación y rehabilitación de las diferentes áreas de la ciudad o territorio.

Con motivo del Año Europeo del Envejecimiento Activo y de la Solidaridad Intergeneracional, el Departamento de Empleo y Asuntos Sociales consideró que el 2012 representaba una oportunidad para lanzar una iniciativa en el País Vasco que orientase su desarrollo hacia un territorio amigable. En febrero de 2012 se realizó en Bilbao la “Jornada Euskadi Amigable, un Territorio para todas y todos”, donde asistieron representantes institucionales, de entidades privadas y del movimiento asociativo, relevantes en el ámbito del envejecimiento y población general. En la jornada se analizó la viabilidad de abordar un proyecto territorial, para generar iniciativas, programas y proyectos que hicieran realidad una Euskadi Amigable con todas las edades. Las conclusiones de la Jornada revelaron el interés en el desarrollo de esta iniciativa en Euskadi y se marcaron una serie de hitos a tener en cuenta para su desarrollo:

- En tiempos de crisis, más que nunca, es necesario incorporar a las personas mayores al compromiso social a través de la corresponsabilidad en el mantenimiento y construcción de una Sociedad del Bienestar.

- El gran reto para afrontar, tanto las Administraciones Públicas como el sector privado, reside en adecuar sus políticas y propuestas a una sociedad heterogénea, en la que por primera vez en la historia pueden coexistir y convivir cuatro y hasta cinco generaciones a la vez.
- El envejecimiento ha de situarse en el centro de las decisiones políticas, actuando en ámbitos que van más allá de los Servicios Sociales o Servicios de Salud, de forma que se aborde el proceso de envejecimiento desde una perspectiva integradora y transversal.
- Las actuaciones en sectores como la cultura, el ocio en general, la educación, el transporte, la vivienda, el urbanismo, etc. deben ser consideradas desde la perspectiva del ciclo vital y su planificación a lo largo de la vida.

El siguiente paso fue la presentación del proyecto en mayo de 2012 a la Comisión Permanente Sectorial de Personas Mayores del Gobierno Vasco. La Comisión Permanente Sectorial de Mayores se constituye como foro específico de participación de las instituciones públicas y los agentes sociales implicados en cualquier ámbito de actuación que implique a las personas mayores del País Vasco. En esta reunión de la Comisión se concretó el modo en que el Gobierno iba a poner a disposición de todos municipios una herramienta que permitiese incorporar en las políticas públicas municipales este programa.

A finales de junio de 2012 el Departamento de Empleo y Asuntos Sociales invitó a incorporarse a la construcción en un modelo coherente, participativo y sostenible de Gobernanza en Euskadi, a todos los municipios de la Comunidad Autónoma Vasca.

Desde su lanzamiento, durante los dos primeros años se realizaron diferentes experiencias piloto en trece municipios del País Vasco con la implicación de

ayuntamientos, agentes locales, movimiento asociativo y ciudadanía. Con ese conocimiento se generó una “Guía de implementación y uso en municipios” (del Barrio et al., 2004) para facilitar al resto de municipios del territorio adherirse al movimiento de amigabilidad. Ese mismo año, con el objetivo de impulsar y desarrollar el proyecto se estableció a un plan de trabajo en colaboración con la Federación Territorial de asociaciones provinciales de pensionistas y jubilados de Álava, Gipuzkoa y Bizkaia (Euskofederpen) (del Barrio et al., 2017).

En la actualidad, *Euskadi Lagunkoia* cuenta con 67 municipios adheridos y más de 400 establecimientos a la Red de amigabilidad del territorio vasco de los cuales 24 corresponden a Gipuzkoa, 25 a Bizkaia y 18 son de Alava (Euskadi Lagunkoia, 2021). Cada municipio desarrolla un proceso independiente, autónomo y flexible, pero se intentan seguir algunas claves comunes para el buen desarrollo del proyecto. Algunas de estas claves se refieren a que el origen sea desde abajo, siendo la propia ciudadanía la que reclama al Ayuntamiento la adhesión a este programa; surge de una necesidad sentida compartida, hay una concienciación previa; se conforma un Grupo Promotor que trabaja de forma autogestionada y autónoma; conjuga el conocimiento científico y el popular, con el apoyo técnico cuando es necesario; es un proceso dialéctico desde conocer para intervenir; y se dirige a la resolución de problemas concretos con el resultado de empoderar a las personas implicadas.

Se trabaja en colaboración con ayuntamientos y asociaciones dotando de protagonismo y liderazgo a la ciudadanía en general y a las personas mayores en particular. Promoviendo el rol activo de las personas mayores en las decisiones sociales y políticas en un marco territorial concreto (Del Barrio et al., 2018).

## Imagen 11. Red de municipios amigables en el País Vasco



Fuente: Gobierno Vasco. Euskadi Lagunkoia. Disponible en:  
<https://www.euskadilagunkoia.net/es/municipios/municipios-amigables>

## **1.3. PARTICIPACIÓN Y CIUDADANÍA**

### **1.3.1. Participación y amigabilidad**

La participación es uno de los ejes principales en el proyecto de amigabilidad y es una condición necesaria para su desarrollo. En los programas de amigabilidad, las personas mayores tienen un papel activo en la generación de bienestar, asumiendo un protagonismo y liderazgo en las decisiones sociales y políticas en un territorio específico. Estos programas fomentan las transferencias que generan prácticas asociadas con las iniciativas ciudadanas y el espacio público. Y promueven la participación social ciudadana, la corresponsabilidad social, las relaciones intergeneracionales y la comunicación entre la ciudadanía y la administración, para mejorar la calidad de vida de todas las personas (Barrio et al., 2015). De esta manera, el envejecimiento está en el centro de las decisiones políticas, actuando en áreas que van más allá de los servicios sociales o los servicios de salud, para que el proceso de envejecimiento se aborde desde una perspectiva integral y transversal (WHO, 2007).

El proyecto de amigabilidad de las ciudades y los territorios se presenta como un instrumento clave para hacer efectiva la participación de las personas mayores en las decisiones que atañen al envejecimiento activo, ya que se desarrolla generando un proceso de participación de todos los agentes implicados: personas mayores, administración pública, entidades privadas y sociales y ciudadanía en general (WHO, 2007).

Una comunidad amigable se caracteriza por los procesos de gobernabilidad adoptados para definirla y construirla (Lui et al., 2008). De esta forma, las personas mayores no sólo son las beneficiarias de estas comunidades, sino que también tienen un papel clave que desempeñar en la definición y promoción de sus rasgos distintivos. Traducido a la práctica, esto implica el fomento de la participación de abajo hacia arriba con la

participación de las personas mayores desde la expresión de sus preocupaciones y en la definición de las características de los servicios y recursos necesarios para una ciudad amigable (Lui et al., 2008).

Según Lui et al. (2018), la participación de las personas mayores adopta formas diferentes según el modelo concreto de que se trate. Algunos modelos de desarrollo del programa realizan consultas e involucran a las personas de manera convencional a través de reuniones de grupos focales, entrevistas o encuestas. Otros, involucran a las personas mayores de una manera más continua como participantes activos y los animan a definir y dirigir iniciativas de desarrollo comunitario en sus vecindarios. A pesar de estos enfoques divergentes, la base común en los proyectos de amigabilidad está en que las experiencias de las personas mayores deben ser utilizadas como punto de partida para identificar servicios y recursos de apoyo comunitarios deseables para construir un entorno amigable (Lui et al., 2008).

Además de involucrar y consultar a las personas mayores, también se destaca el valor de cultivar y mantener alianzas con múltiples actores comunitarios. Esto sugiere la necesidad de una colaboración amplia que incluya a los proveedores de servicios, las organizaciones de voluntariado, el sector privado, las personas cuidadoras y las asociaciones (Lui et al., 2008).

La metodología de trabajo para la promoción de la participación ciudadana en el proyecto de ciudades amigables se fundamenta en la investigación-acción participativa (IAP). En la IAP la intervención está dirigida tanto al cambio de actitudes y a aumentar el repertorio de competencias de las personas afectadas, como a buscar cambios en el entorno, así como en las pautas de interacción entre dichas personas y su entorno, insistiendo en el desarrollo de un espacio de búsqueda y construcción compartida que den nuevas formas de interacción y participación social de unas personas que ya no son

consideradas como “pasivas” o “dependientes”, sino como personas “ciudadanas” (Fantova, 2001). De esta manera se pretende promover la participación de los miembros de comunidades en la búsqueda de soluciones a sus problemas y ayudarles a incrementar el grado de control que ellos tienen sobre aspectos relevantes de sus vidas –incremento de poder o empoderamiento- (Balcázar, 2003a y 2003b). El objetivo último de la IAP es conseguir que la comunidad se convierta en el principal agente de cambio para lograr la transformación de su realidad (del Barrio, Marsillas y Sancho, 2018).

### **1.3.2. Concepto de participación**

La participación puede ser entendida y definida de diversas formas. Algunos autores abordan el carácter polisémico de la participación proponiendo una agrupación en cuatro definiciones (Raymond, Gagné, Sévigny y Tourigny, 2008 en Levasseur, Richard, Gauvin, & Raymond, 2010 ): la participación entendida dentro del marco de funcionamiento en la vida cotidiana y el desempeño de roles sociales (comer, comunicarse, educarse, trabajar, etc.); la participación que se produce en situaciones de interacción social (visitar a los amigos/as, hacer actividades fuera del hogar, etc.); la que implica formar parte de una red de interrelaciones estables y de reciprocidad (vecindad, etc.); y la que supone formar parte de una organización estructurada (voluntariado, etc.). Esta estructura se sigue en la taxonomía realizada por Levasseur, Richard, Gauvin, y Raymond (2010) que explicita una propuesta para las actividades sociales basada en 1) los niveles de implicación del individuo con los demás, y 2) los objetivos de estas actividades. Y concluye en la existencia de seis niveles en los que se pueden organizar las diferentes formas de participación social. El primero, que hace referencia a aquellas actividades como preparación para la conexión con otras personas; el segundo, en el que la personas tiene personas alrededor pero está solo/a; el tercero, en el que la persona está en contacto con otras pero no realiza una actividad

específica; el cuarto, cuando la persona colabora con otras con objetivo común; la quinta en la que se implica ayuda a otras personas; y la sexta, que supone la interacción con otras personas y los objetivos están orientados a la sociedad, de manera que el individuo contribuye en término general en el ámbito de actividades ciudadanas o cívicas. Estas actividades se caracterizan por ser voluntarias y requieren de un compromiso activo y significativo, motivado por un deseo de cambio social en sintonía con las elecciones expresadas por la sociedad.

Por otra parte, Montero (2004) aborda la participación desde distintas perspectivas. Desde la perspectiva política, la participación es la vía para alcanzar poder, para lograr desarrollo social o para ejercer la democracia. Desde el plano comunicacional, participar es informar y ser informado, escuchar y ser escuchado. Y desde el nivel económico, participar es comparar ciertos beneficios materiales (tener parte). Desde los puntos de vista meso y micro social, la participación se entiende en el contexto del proceso social y de procesos psicosociales mediante los cuales las personas se movilizan para la consecución de ciertos objetivos que les permiten satisfacer necesidades y producir cambios sociales.

Ganuzo y Frances (2008) por su parte, establecen dos formas de participación claramente diferenciadas. Por una parte, la “participación individual institucionalizada”, definida como aquella que habitualmente se desarrolla dentro de cauces de participación diseñados desde las instituciones, expresada a través de las asociaciones y del uso de canales formales de participación. Por otra parte, la “participación individual no institucionalizada”, que agrupa las formas de participación no convencional, habitualmente desarrollada al margen de los espacios previstos por las instituciones, aunque cada vez más promovida por ellas mismas.



### **1.3.3. Participación social**

La participación social puede ser entendida como una contribución de la persona a la sociedad, no remunerada, que crea valor social en forma de bienes o servicios y que comprende actividades de muy diversa naturaleza (Zaidi et al., 2013; Marsillas, 2016). Algunos autores incluyen entre las actividades de participación social el cuidado a personas de la familia, amigos/as o vecinos/as, trabajo voluntario formal y la participación política (Marsillas, 2016). Aunque, siguiendo con Marsillas (2016), entre este tipo de actividades es el voluntariado el que ha acaparado una mayor atención en la literatura.

Sin embargo, la participación social en el marco del proyecto de amigabilidad es entendida como la participación en actividades comunitarias de recreación, sociales, culturales y espirituales, así como en actividades familiares (WHO, 2007, p.14). De tal forma que la participación social es entendida dentro del marco de funcionamiento en la vida cotidiana y el desempeño de roles sociales, la que se produce en situaciones de interacción social y la que implica formar parte de una red de interrelaciones estables y de reciprocidad en el marco establecido por Raymond et al. (2008). Y supone llegar al quinto nivel según la taxonomía realizada por Levasseur et al. (2010) que implica estar en contacto y ayudar a otras personas, pero no supone realizar acciones con objetivos están orientados a la sociedad.

### **1.3.4. Participación comunitaria**

Según, Montero (2005) participar es *tomar parte, tener parte, ser parte*, de manera que la participación comunitaria es hacer, poseer, transformar y ser en un movimiento que va de lo colectivo a lo individual y viceversa (Montero, 2005, p.104). Siguiendo con el mismo autor, la participación comunitaria se define como: la acción conjunta y libre de un grupo con intereses y objetivos compartidos; un proceso que implica producción

e intercambio de conocimiento, además de recursos y servicios; una acción socializadora que implica una concienciación y modifica patrones de conducta, una labor compartida que supone diferentes grados de involucración desde diversos grados de compromiso; la generación de una necesidad sentida compartida; organizar, dirigir, tomar decisiones y realizar acciones para lograr el propósito común, entre otros aspectos.

En este sentido este tipo de participación se situaría en sexto nivel según la taxonomía de Levasseur et al. (2010) revisada con anterioridad, lo que supone que la interacción con otras personas y los objetivos están orientados a la sociedad e implica formar parte de una red de interrelaciones estables y de reciprocidad, como es la vecindad.

### **1.3.5. Concepto de ciudadanía activa**

El concepto de ciudadanía activa emerge en la dinámica de interdependencia que se produce entre los individuos que forman parte del medio social (del Barrio, Pinzón, Sancho y Garrido, 2020). A pesar de que el término ciudadanía se utiliza desde la Grecia clásica, no es hasta bien entrado el siglo XX cuando se trata de conceptualizar de forma sistemática. Fue T.H. Marshall quien en 1950 desarrolló el concepto de “plena ciudadanía” contenida en el conjunto de derechos sociales, civiles y políticos que poseen todos los individuos por ser miembros de la sociedad. La ciudadanía es el estatus que se concede a los miembros de pleno derecho de una comunidad, beneficiarios iguales en cuanto a los derechos y las obligaciones que implica (del Barrio et al., 2020).

Siguiendo con la revisión de del Barrio et al. (2020), el término "ciudadanía activa" se utilizó por primera vez en un contexto europeo al elaborar las propuestas de la Estrategia de Lisboa 2010 de la Comisión Europea para el desarrollo de una sociedad del conocimiento competitiva y de una mayor cohesión social. En este contexto, la ciudadanía activa se describió como una forma de empoderar a las personas

ciudadanas para que su voz fuera escuchada dentro de sus comunidades, como un sentido de pertenencia y un interés por la sociedad en la que viven, incluyendo el valor de la democracia, la igualdad y la comprensión de las diferentes culturas y las diferentes opiniones. Desde entonces, la ciudadanía activa ha sido definida por investigadores europeos de diferentes maneras, aunque en la mayoría de los casos de forma complementaria, describiendo un eclecticismo de actividades participativas que incluye la participación política de forma participativa y deliberativa, y la acción comunitaria y voluntaria. El término se sitúa en diferentes contextos como la política formal, el trabajo, la sociedad civil y el hogar. Dicha forma de participación crea una red, que es crucial para fortalecer y nutrir las relaciones de las personas con su entorno, expresando deberes y obligaciones ciudadanas, y propiciando que la ciudadanía adquiriera un matiz activo (del Barrio et al., 2020).

En 1968, Henri Lefebvre filósofo y sociólogo publicó su obra 'Le Droit à la ville' (El derecho a la ciudad) en la que trataba la tendencia generalizada hacia la urbanización y reflexionaba sobre sus repercusiones para el ser humano y para el futuro de la humanidad. Lefebvre se refería al 'derecho a la ciudad' como uno de los derechos fundamentales del ser humano y de la ciudadanía, un derecho que implica la motivación de la sociedad civil para re-crear la ciudad como parte de una 'misión' común y colectiva (Costes, 2011).

La declaración del derecho a la ciudad, hoy comúnmente aceptada, permanece como el legado más conocido de Lefebvre; incluso alejándolo de su contexto político original, donde significaba una transformación radical de la sociedad, pese a los 'recortes de significado' ha supuesto la toma de conciencia de la necesidad de la implicación activa de la ciudadanía, así como un nuevo derecho 'universal' (Costes, 2011, p:10).

Según Sierra (2015), la persona ciudadana es la primera gestora de la ciudad y la construcción de ésta ha de estar fundamentada en la satisfacción de las necesidades de la ciudadanía. La mejora de la ciudad debe sustentarse en la conexión de las personas con el territorio, basado en un ecosistema mixto (natural y artificial) que mantenga la relación adecuada entre sujeto y espacio, tanto construido como natural (Sierra, 2015: p.10). Siguiendo con este autor, la ciudadanía se convierte así en un agente constructor, un sujeto y no un objeto, de forma que pueda determinar su proyecto de desarrollo de la mano de los otros constructores sociales, políticos, técnicos. Para planificar entornos adaptados y sostenibles es necesario partir de un pensamiento holístico, un retorno al concepto global de ciudad o barrio, que recoja los diferentes elementos de la vida en la ciudad y los trate como conjunto (Sierra, 2015).

El debate de la ciudadanía activa de las personas mayores surge en el contexto de las políticas y estrategias de promoción del envejecimiento activo que refutan el paradigma de la pasividad y la dependencia asociadas tradicionalmente a la edad. Ante una realidad en la que las personas llegan a edades cada vez más avanzadas manteniendo su implicación en distintos tipos de actividades (del Barrio et al., 2020).

En la revisión sistemática sobre ciudadanía activa y personas mayores realizada por del Barrio et al. (2020), destaca en las definiciones utilizadas su vinculación a la participación en diferentes formas de contribución social, desde la familia a través del cuidado ya sea de sus miembros, pero también de otras personas que no forman parte de ella; también desde el voluntariado; la solidaridad intergeneracional; la participación comunitaria; la implicación en la toma de decisiones o participación política, la participación en la planificación de soluciones; o, desde el asociacionismo y el activismo social.

### **1.3.6. Participación ciudadana**

Los diversos enfoques utilizados para el abordaje de la participación ciudadana han llevado también a múltiples definiciones de este concepto (Gómez, Pastor, Pérez, Iriarte, Mena et al., 2017). Según estos autores, en términos generales, la participación ciudadana contempla la institucionalización de las relaciones entre las administraciones públicas y la ciudadanía, e incorpora su implicación en la formulación, ejecución y control de las políticas públicas, tanto a título individual como a través de las asociaciones cívicas. La participación ciudadana se entiende actualmente como uno de los pilares de la gobernanza, junto con la transparencia y la rendición de cuentas.

La participación ciudadana es un mecanismo que permite tomar parte en las decisiones sociales y políticas en un marco territorial concreto y se basa en la condición de ciudadanía. Esta idea se enlaza con la de gobernanza, entendida como la interacción de las administraciones públicas con la sociedad civil, no desde la relación jerárquica, sino desde la relación en red, para garantizar eficacia, calidad y buena orientación de las políticas públicas (EAPN, 2009; del Barrio et al. 2018).

La necesidad de establecer sistemas de gobierno horizontales orientados al abordaje de los intereses comunes ha dado lugar a la gobernanza. Según el Libro Blanco sobre la Gobernanza (Comisión Europea, 2001), este estilo de gobierno se basa en cinco principios acumulativos entre los que está la participación ciudadana. Los principios de la gobernanza europea son: 1) apertura, a través de la cual se da importancia a la transparencia y a la comunicación de las decisiones que se toman; 2) participación, como un mecanismo para conseguir la implicación sistemática de la ciudadanía en la elaboración y aplicación de las políticas; 3) responsabilidad, clarificando el papel de cada persona en el proceso de toma de decisiones para que asuma la responsabilidad

que se le atribuye; 4) eficacia, para tomar decisiones que lleven a los resultados esperados; y, 5) coherencia entre las políticas públicas (Comisión Europea, 2001).

Existen múltiples mecanismos de participación ciudadana, que Gamuza clasifica en tres grupos (en Sierra, 2015): 1) mecanismos informativos (revistas, propaganda, documentos oficiales, oficina de atención a la ciudadanía); 2) mecanismos consultivos, divididos en: tradicionales (web institucional, encuestas) e innovadores (consejos consultivos, referéndum y paneles ciudadanos, entre otros); y, 3) mecanismos de participación activa, a su vez clasificados en dos tipologías: deliberativos (jurados ciudadanos, conferencias de consenso, encuestas deliberativas) e implicativos (planes integrales de barrios, co-gestión de servicios municipales, presupuestos participativos) (Gamuza, 2006 en Sierra, 2015).

### **1.3.7. Participación urbana**

Verdaguer y Velázquez (2016) afirman que la participación urbana surge de la necesidad de recuperar la ciudad como “construcción colectiva” y de “ampliar los escenarios de apropiación de lo urbano por parte de la ciudadanía”. Su propósito principal es acercar la toma de decisiones sobre los procesos de transformación de las ciudades a las lógicas y necesidades de la ciudadanía.

Entre las distintas formas de participación urbana están los procesos de intervención comunitaria directa en la mejora del medio urbano, la planificación urbana estratégica y el urbanismo emergente. Estos procesos de participación urbana son capaces de implicar a las personas en la construcción del espacio social considerando la ciudad en sus implicaciones para el bienestar, la vida cotidiana y las condiciones de vida de las personas que la habitan.

Desde el ámbito del urbanismo una de las autoras clave para el surgimiento de la participación urbana es Jane Jacobs, crítica de las prácticas de renovación urbana de los años 1950 en Estados Unidos. Esta autora, en su libro “The Death and Life of Great American Cities” (1961) analiza las ciudades desde un punto de vista cotidiano, microurbano, de las relaciones sociales, de la seguridad, etc., apoyando la planificación urbana ‘desde abajo’, teniendo en cuenta la experiencia cotidiana, las necesidades de las personas, la defensa de los barrios, de su diversidad y de su complejidad.

Uno de los urbanistas actuales que continúa defendiendo el planteamiento de Jacobs sobre la construcción del entorno urbano es Jan Gehl. Este autor en su libro “Ciudades para la gente” (2014) plantea como la dimensión humana en las ciudades ha sido descuidada, eliminada e ignorada. El mensaje central de Jan Gehl siempre ha sido simple pero profundo: «centrarse en las personas», proponiendo un cambio de paradigma en el diseño urbano, desde diseño tradicional “top down”, al diseño basado en las personas donde se pone en el centro del proceso de creación de los espacios las necesidades y los deseos de las personas, “botton up”.

En los últimos años, se han ido renovando los enfoques e incorporando todas estas aportaciones a partir de la interdisciplinariedad y conocimientos derivados de las ciencias sociales, psicológicas y medioambientales. Esta práctica permite hoy en día analizar los procesos urbanos desde ópticas complementarias, así como definir mejores estrategias, que han de permitir la adaptación de la planificación urbana a los diferentes usos de la ciudad y a lo largo de los diferentes momentos de la vida de la población (Sierra, 2015). De esta forma, la realidad urbana se convierte en un marco físico de aplicación directa de la participación ciudadana. Entendiendo que los procesos participativos se convierten en un instrumento para conseguir el “bien común” (Sierra, 2015).

### **1.3.8. Participación y envejecimiento activo**

En el planteamiento de la OMS sobre el envejecimiento activo, se basa en el reconocimiento de los derechos humanos, sustituyendo un planteamiento «basado en las necesidades», donde las personas mayores son tratadas como objetos pasivos, a otro «basado en los derechos», donde se reconoce la igualdad de oportunidades y de trato, y se respalda la responsabilidad para ejercer su participación en el proceso político y en otros aspectos de la vida comunitaria” (WHO, 2002: 79; Barrio et al., 2018). De tal forma que, para que la estrategia de envejecimiento activo sea efectiva deberá articularse a través de mecanismos de colaboración entre la ciudadanía y la sociedad, dejando al Estado la función de posibilitar, facilitar y motivar a las personas para favorecer su participación y, cuando sea necesario, brindarles protección social de calidad durante el tiempo que lo requieran (Van Malderen, Mets, De Vriendt, y Gorus, 2013).

La participación alude tanto al nivel micro, meso y macro, dirigiéndose a las personas, así como a la sociedad en todas las etapas del ciclo vital, por lo que debe ser promovido tanto desde el punto de vista poblacional como individual (varios autores en Marsillas, 2016). Por un lado, a nivel político y social se reclama la mejora de los determinantes contextuales, de los sistemas de salud y de protección social, las pensiones o la adaptación de las condiciones ambientales entre otros, para crear mejores oportunidades que faciliten la toma de decisiones individuales y así evitar las implicaciones negativas normalmente asociadas a la vejez (Marsillas, 2016, p.67). Siguiendo con Marsillas (2016), por otro lado, se promueve la responsabilidad individual en el autocuidado, para que las personas hagan todo lo posible para influir en su proceso de envejecimiento de manera positiva mediante la participación activa y el cuidado de la propia salud.



Basándose en la definición de la OMS (2002), Walker (2002, 2009) propuso siete principios clave como base para una estrategia integral sobre el envejecimiento activo. En sexto lugar, el autor propone que las estrategias de envejecimiento activo deben empoderar con medidas políticas de arriba hacia abajo (top-down) para facilitar la actividad, pero también las oportunidades para que la ciudadanía tome medidas de abajo hacia arriba (bottom-up). Metodología utilizada en los proyectos de ciudades amigables con la edad.

El movimiento de amigabilidad es impulsado desde el aumento de la participación de la ciudadanía y el compromiso democrático de las personas mayores en la ciudad (Moulaert and Garon, 2016; Barrio et al., 2018). Siguiendo los postulados de Lefebvre sobre el “derecho a la ciudad” (Phillipson 2010; Buffel et al. 2012; Barrio et al., 2018). Para ello, se da protagonismo y liderazgo a la ciudadanía en general y a las personas mayores en particular, poniendo en práctica la teoría del envejecimiento activo, promoviendo la participación de las personas en la toma de decisiones sociales y políticas (Moulaert and Garon 2016; Barrio et al. 2016; Buffel and Phillipson 2018a; Barrio et al. 2018).

## **1.4. BIENESTAR Y ENVEJECIMIENTO**

### **1.4.1. Bienestar y amigabilidad**

La gerontología a pesar de su amplia diversidad temática, metodológica y teórica, tiene un denominador común; la orientación de los trabajos de investigación hacia la mejora de la calidad de vida y el bienestar de las personas mayores (Klimczuk y Tomczyk, 2020).

Investigaciones internacionales han demostrado que los entornos amigables están asociados con el bienestar y una mayor calidad de vida en las personas mayores (Por ejemplo: Tiraphat, Peltzer, Thamma-Aphiphol, y Suthisukon 2017; Gibney, Zhang y Brennan, 2020). La asociación positiva encontrada entre el bienestar y amigabilidad no sorprende, considerando que los criterios para un entorno favorable a la edad se alinean casi perfectamente con ambos conceptos (Gibney et al. 2020). Según Greenfield, “el término "age-friendly" se utiliza al considerar cómo varios aspectos de una comunidad facilitan o impiden la salud y el bienestar de los individuos a medida que envejecen” (2018, p.41).

Ya en la década de los 80, el entorno físico fue descrito como uno de los ámbitos que determinan el bienestar de las personas (Lawton et al., 1982). La evidencia de la investigación actual sugiere que esta relación entre entorno físico y bienestar se mantiene en la vejez, y que éste es un factor importante que media las experiencias y oportunidades en el envejecimiento (Lui et al., 2009).

El interés político sobre los entornos comunitarios y su potencial para apoyar el envejecimiento en el hogar ha crecido en los últimos años. Al mismo tiempo, la denominada “gerontología ambiental” ha intensificado las discusiones relacionadas con el desarrollo en estos entornos comunitarios (Kendig 2003; Phillips et al. 2005; Wahl et al. 2003).

En 2003, el Instituto Nacional de Salud Pública y Medio Ambiente de los Países Bajos (RIVM) advirtió la necesidad de contar con un marco conceptual sólido que relacionara la calidad del entorno con la calidad de vida para avanzar en los campos del desarrollo urbano, la calidad ambiental y el bienestar humano (van Kamp, Leidelmeijer, Marsman y Hollander, 2003). Recientemente Nieboer y Cramm (2018), en una encuesta realizada a las personas mayores que vivían en Rotterdam, determinaron que en las comunidades menos amigables con la edad las personas mayores reportaban niveles más bajos de bienestar. Entre los factores del entorno físico amigable con la edad que se han encontrado asociados con una mejor calidad de vida, bienestar, satisfacción con la vida y autopercepción de salud en las personas mayores, están un vecindario estético o entorno físico agradable, un vecindario transitable, la accesibilidad a los servicios del vecindario y la percepción de seguridad en el vecindario (Tiraphat et al., 2017).

Pero la investigación científica continúa indagando por qué algunas comunidades son más amigables con la edad que otras y cómo es que la amigabilidad se relaciona con el bienestar de las personas mayores (Lui et al. 2009).

#### **1.4.2. Concepto de bienestar**

El bienestar subjetivo es un término general utilizado para describir el nivel de experiencia de bienestar de personas de acuerdo con las evaluaciones subjetivas de sus vidas (von Humboldt y Leal, 2014). El estudio del bienestar subjetivo surge ante la necesidad de explorar la forma de potencializar los elementos que puedan incidir de forma positiva en la calidad de vida de las personas (Csikszentmihalyi, 1998; Diener, 1994; Diener y Chang, 2011; Seligman, 2013; Steptoe, Deaton y Stone, 2015; en Torres y Flores, 2018, p.14). El término bienestar subjetivo, se considera la dimensión empíricamente medible de la felicidad, y difiere del concepto de calidad de vida, al

incluir autoevaluaciones y no solo estándares explícitos, que son operacionalizados a través de componentes objetivos (Veenhoven, 2012; en Torres y Flores, 2018, p.15). Debido a que el bienestar subjetivo es un componente clave de la calidad de vida, su medición es crucial para entender cómo mejorar la vida de las personas (von Humboldt y Leal, 2014).

En 2004, la Organización Mundial de la Salud definió el bienestar como la capacidad que tiene un individuo de desarrollar su potencial, trabajar productiva y creativamente, construyendo relaciones fuertes y positivas con otros y contribuyendo con su comunidad (WHO, 2004b). De acuerdo con esta definición, existen dos tipos de elementos necesarios. Por una parte, los elementos fundamentales del bienestar objetivo, que incluyen las condiciones de vida de las personas y sus oportunidades para hacer realidad su potencial, oportunidades que en principio deberían distribuirse equitativamente entre todas las personas, sin discriminación alguna. Por otra parte, los elementos del bienestar subjetivo, que incluyen las experiencias que las personas tienen a lo largo de sus propias vidas (WHO, 2012).

El concepto de bienestar ha sido abordado desde diversas disciplinas. Una de las corrientes más desarrolladas, define el bienestar desde el punto de vista subjetivo, argumentando que básicamente *“lo que la persona siente es lo que realmente importa”*. Sin embargo, para las personas responsables de las políticas públicas, una definición que incluya los aspectos objetivos del bienestar haría más factible la intervención. Actualmente se mantiene un debate importante sobre el contenido y la utilidad de los elementos subjetivos del bienestar, de cara a la implementación y evaluación de políticas públicas (WHO, 2012).

Según Cueto, Espinosa, Guillén y Seminario (2016) el bienestar individual se puede abordar desde dos perspectivas. La primera de ellas, propone el bienestar en términos

de búsqueda del placer y se conoce como bienestar subjetivo. La segunda, define el bienestar como la evaluación que hace el individuo de su propio desarrollo personal y su funcionamiento psicológico.

El bienestar subjetivo ha sido conceptualizado también como las conclusiones a las que se llega cuando se realiza una evaluación global de la propia vida (Gómez, Villegas de Posada, Barrera y Cruz, 2007). Desde esta perspectiva se tienen en cuenta la satisfacción con la vida y el balance entre afectos positivos y negativos experimentados en el día a día (Diener y Ryan, 2009 en Gómez et al., 2007).

Gómez et al. (2007), describe las diferencias entre el bienestar psicólogo y el subjetivo. En este sentido comenta como Ryff y Singer (2008) argumentan que el bienestar psicológico hace referencia a la autorrealización y el logro de propósitos importantes. Mientras que el bienestar subjetivo, sin embargo, hace énfasis en las sensaciones positivas relacionadas con las vivencias, la ausencia de sufrimiento y el logro de estándares deseables (Gómez et al., 2007).

Por otra parte, el bienestar social se define como la valoración que hace el individuo acerca de su entorno social próximo y el balance respecto de su propio funcionamiento dentro de este entorno social (Cueto et al, 2016).

### **1.4.3. Instrumentos de medida del bienestar**

Las medidas subjetivas del bienestar surgieron en los estudios sobre el éxito matrimonial, la psicología educativa y la psicología de la personalidad en las décadas de 1920 y 1930. En estos estudios las medidas de la felicidad y la satisfacción se aplicaban a la personalidad. En la década de los 1960 y 1970 empezaron a ser adaptadas para el uso en estudios epidemiológicos en salud mental y la gerontología, junto con el desarrollo de otros indicadores sociales. A partir de ese momento las

medidas de felicidad y satisfacción se reclutaron como indicadores sustitutos de la salud mental y el bienestar en amplias muestras representativas (Angner, 2011).

Siguiendo con el análisis realizado por Angner (2011) sobre las raíces históricas de las medidas del bienestar subjetivo, en el ámbito de la gerontología durante esa época (60-70) aparecieron varios estudios sobre la felicidad y la satisfacción. La preocupación por el "bienestar individual fue uno de los factores que contribuyeron al desarrollo de la gerontología" (Adams, 1971: 64 en Angner, 2011). Sin embargo, la dificultad de tratar de evaluar el "bienestar individual" ha resultado en la generación de una gran variedad de conceptos, definiciones, y medidas. Desde el principio, hubo dos enfoques diferentes para medir el bienestar psicológico o el bienestar en gerontología: el primero que se centró en el comportamiento abierto del individuo y se mide a través de criterios sociales de éxito o competencia; y el segundo que se basó en que las variables a medir eran las propias evaluaciones de los individuos sobre su vida presente o pasada, su satisfacción o su felicidad, de tal forma que es la propia persona la referente para juzgar su bienestar, minimizando los juicios de valor del investigador/a (Angner, 2011).

En las últimas décadas, se han diseñado y validado múltiples instrumentos para la medición del bienestar. Ejemplo de ello son la *Warwick Edimburgo Mental Wellbeing Scale* (WEMWBS) (Tennant et al., 2007) o la Escala de Satisfacción con la Vida (Kobau et al., 2010).

En 2004, la Organización Mundial de la Salud desarrolló una breve escala que permite evaluar de forma rápida el bienestar subjetivo. La escala se denomina *WHO5 Well Being Index -1998 version*. Esta escala de bienestar es la utilizada en este estudio y se trata de una escala autoadministrada, de respuesta tipo Likert que incluye cinco ítems. Esta escala mide exclusivamente los aspectos positivos de la psicología del bienestar en

preguntas cortas no invasivas (WHO, 2004). Este índice es uno de los cuestionarios más utilizados para evaluar el bienestar psicológico subjetivo (Topp, Østergaard, Søndergaard y Bech 2015).

#### **1.4.4. Bienestar y participación**

La afirmación de que la participación en actividades contribuye a la felicidad en la vejez fue mencionada por primera vez en la teoría de la actividad, una de las principales teorías gerontológicas sobre el "envejecimiento exitoso" (Oerlemans, Bakker y Veenhoven, 2011). De acuerdo con este principio, las investigaciones han demostrado el aumento en la participación en actividades sociales, físicas y cognitivas en personas mayores, tiene una relación directa con la felicidad (diversos estudios en Oerlemans, Bakker y Veenhoven, 2011). Aunque estos autores también destacan que existe una revisión crítica a esta teoría (Adams, Leibbrandt y Moon, 2011).

En la revisión sistemática de Adams et al. (2011) sobre actividad social y de ocio y el bienestar en la vejez, se encontró que la mayoría de los estudios revisados mostraron asociaciones positivas entre la participación en actividades y el bienestar psicosocial, la salud o la supervivencia. La investigación en el ámbito de la felicidad ha relacionado diferentes formas de participación con el aumento de los niveles de felicidad (Baker y Martin, 2011). El estudio de Barker y Martin (2011), por ejemplo, concluye que la participación en los procesos de toma de decisiones tiene el potencial de incrementar el nivel de bienestar de los individuos.

Siguiendo con el trabajo de Oerlemans, Bakker y Veenhoven (2011), estar activo/a en la vejez puede relacionarse positivamente con la felicidad porque puede regular el estado de ánimo de las personas y puede satisfacer varias necesidades personales. Estos autores destacan, como por ejemplo, las actividades sociales pueden incidir en que las personas se sientan conectadas, reconocidas y valoradas, satisfaciendo su necesidad de

relacionarse, mientras que las actividades físicas se relacionan con un sentido de dominio o logro personal, que se traduce en sentirse bien consigo mismo, además de estimular los procesos fisiológicos que contribuyen al bienestar psicológico (Oerlemans, Bakker y Veenhoven, 2011). Pero uno de los elementos que tiene mayor incidencia en el bienestar general de las personas mayores es el hecho de que la participación actúa como un mecanismo protector o amortiguador en situaciones de estrés (Gracia y Herrero; 2006).

La participación en la vejez tiene diversos efectos positivos: previene el aislamiento, es una fuente de apoyo social, es un espacio de reconocimiento personal, la persona mayor ejerce un rol, se identifica y se siente parte del grupo y se plantea objetivos individuales y colectivos (Gallardo-Peralta, Conde-Llanes y Córdova-Jorquera, 2016).

Desde la gerontología social, la participación social es una estrategia de intervención que asegura mejorar las condiciones de bienestar en este grupo de edad (Gallardo-Peralta et al 2016). El proyecto de ciudades amigables es una herramienta para el fomento de la participación ciudadana como estrategia de intervención efectiva para la mejora del bienestar.

En este análisis se evidencia la relación entre participación y amigabilidad y cómo estas variables pueden interactuar en el bienestar de las personas mayores. Pero la investigación científica continúa indagando por qué algunas comunidades son más amigables con la edad que otras y cómo es que la amigabilidad se relaciona con el bienestar de las personas mayores (Lui et al. 2009).



## **2. OBJETIVOS**

## **2.1. Objetivo General**

El objetivo general de este estudio es analizar la interacción entre amigabilidad, ciudadanía activa y bienestar subjetivo, en concreto explorar la relación entre la percepción de amigabilidad y sus componentes, tanto del entorno físico como del entorno social, sobre el bienestar subjetivo en hombres y mujeres de 55 años y más en Euskadi.

## **2.2. Objetivos Específicos**

OE 1. Describir las características de la población de 55 y más años que participó en la Encuesta de Condiciones de Vida (ECV+55 2014).

OE2. Medir el nivel de bienestar subjetivo de hombres y mujeres de 55 años y más en Euskadi e identificar los factores asociados, a partir de los indicadores recogidos en la ECV+55 2014.

OE3. Describir la percepción de amigabilidad del entorno y sus componentes del entorno físico y social según género a partir de los indicadores recogidos en la ECV+55 2014.

OE4. Determinar el efecto de los componentes de la amigabilidad sobre el bienestar subjetivo de hombres y mujeres de 55 y más años en Euskadi a partir de los datos recogidos en la ECV+55 2014.

### **3. SUJETOS Y MÉTODOS**

### **3.1. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN**

Este estudio se basa en la utilización de los datos de la “Encuesta de condiciones de vida de las personas de 55 y más años en Euskadi” realizada por el Departamento de Empleo y Políticas Sociales del Gobierno Vasco en 2014.

#### **3.1.1. Marco geográfico, poblacional y temporal**

El ámbito geográfico es la Comunidad Autónoma del Euskadi. Se entrevistaron personas de ambos sexos con 55 y más años, no institucionalizadas. La recogida de información se llevó a cabo entre los meses de julio y octubre de 2014.

#### **3.1.2. Diseño muestral**

##### **3.1.2.1. Tipo de muestreo**

El tipo de muestreo es por conglomerados polietápico con estratificación de las unidades de primera etapa. Las unidades de primera etapa están formadas por las secciones censales, las de segunda etapa por las viviendas y las de última etapa o elementos muestrales por las personas pertenecientes a cada hogar.

##### **3.1.2.2. Estratificación y afijación muestral**

Las unidades muestrales se estratificaron con el objetivo de conseguir grupos lo más homogéneos posible respecto a las variables a estudiar, por un lado, y considerar aquellas características por las que era necesario desagregar los resultados, por otro. Se utilizaron como criterios de estratificación el territorio histórico y el estrato de hábitat, este último en cinco estratos que abarcaron los municipios de menos de 5.000 habitantes hasta los más de 50.000 habitantes, diferenciando las capitales de provincia (Tabla 1).

**Tabla 1. Distribución final de la muestra según hábitat y territorio**

Estrato/municipios	Álava	Gipuzkoa	Bizkaia	Total
<b>Menos de 5.000</b>	59	61	125	<b>245</b>
<b>de 5.001 a 20.000</b>	40	308	234	<b>582</b>
<b>de 20.001 a 50.000</b>	0	127	313	<b>440</b>
<b>Más de 50.000</b>	0	65	209	<b>274</b>
<b>Capitales</b>	301	218	409	<b>928</b>
<b>Total</b>	<b>400</b>	<b>779</b>	<b>1.290</b>	<b>2.469</b>

La afijación muestral fue de 2.460 entrevistas. La asignación muestral por territorio histórico fue no proporcional para garantizar la explotación de datos por territorio con una mínima fiabilidad. En la asignación se consideró la población de cada territorio y asegurar un error de muestreo máximo del 5%.

### **3.1.2.3. Error muestral**

Dependiendo del valor estimado en cada variable, el intervalo de confianza al 95%, de las estimaciones de porcentajes referidas al total de la muestra, asumiendo un efecto del diseño de 1.4, se puede acotar por un +/- 2,0 %. Para cada territorio histórico el error muestral se estimó en: Álava: +/-5.0; Gipuzkoa: +/-3.6; y Bizkaia: +/-2.7.

### **3.1.2.4. Selección de las unidades muestrales**

La selección de las unidades de primera etapa (secciones censales) se realizó de forma proporcional a su tamaño poblacional para garantizar que toda persona tuviera la misma probabilidad de ser seleccionada. La selección de la vivienda dentro de la sección se realizó mediante muestreo sistemático con arranque aleatorio. La asignación por sección censal fue constante e igual en módulos de 12 entrevistas. En la última etapa de selección se aplicó un sistema de cuotas por sexo y grupo de edad (de 50 años a 64 años, de 65 años a 79 años y 80 y más años).

### 3.1.2.5. Distribución de la muestra por grupo de edad

Atendiendo a los objetivos del estudio y a efectos de la asignación muestral, se establecieron tres grupos de edad: 55 a 64 años, 65 a 79 años, 80 y más años. En la distribución por grupo de edad se tuvieron en cuenta los siguientes criterios:

- Los grupos de edad de principal interés son los grupos de 55 a 79 años.
- En cada grupo de edad y sexo de 55 a 79 años, sería deseable disponer de un mínimo de 500 entrevistas.
- En el grupo de 80 y más años, conseguir un tamaño total de 150 hombres y 150 mujeres, que permitirá además aplicar factores de ponderación con posterioridad. Estos factores de ponderación por grupo de edad son necesarios cuando la muestra no es proporcional.

Con estos criterios, la distribución de la muestra se puede ver en la tabla 2.

**Tabla 2. Distribución de la muestra según sexo, grupo de edad y territorio**

Sexo	Edad	Álava	Gipuzkoa	Bizkaia	Total
<b>Hombres</b>	55 a 64 años	87	160	265	<b>512</b>
	65 a 79 años	91	170	265	<b>526</b>
	80 y más	19	43	77	<b>139</b>
	Subtotal	197	373	607	<b>1177</b>
<b>Mujeres</b>	55 a 64 años	90	158	279	<b>527</b>
	65 a 79 años	97	191	328	<b>616</b>
	80 y más	19	64	93	<b>176</b>
	Subtotal	206	413	700	<b>1319</b>
<b>Total</b>		<b>403</b>	<b>786</b>	<b>1307</b>	<b>2469</b>

*NOTA: La desviación en la muestra final por territorio en Álava y Bizkaia corresponde a ajustes por decimales en cada celdilla.*

La muestra final válida fue de 2.496 entrevistas.

### **3.1.3. Recogida de información**

La recogida de información se llevó a cabo por una red de entrevistadores y entrevistadoras con larga experiencia en este tipo de estudios. No se realizaron entrevistas durante el periodo vacacional de verano.

El personal destinado al estudio para las labores de entrevista y supervisión recibió previamente formación respecto al estudio mediante una sesión informativa, en la que se impartieron las instrucciones necesarias sobre el contenido del cuestionario y el método de muestreo. Esta sesión tuvo lugar en Bilbao el día 9 de junio de 2014.

El equipo de supervisión se encargó de controlar el trabajo de entrevistadores y entrevistadoras, con los criterios definidos previamente a partir de la prueba piloto realizada. La supervisión se realizó de forma telefónica, se contactó con la persona entrevistada, repitiendo preguntas del cuestionario bien inconsistentes o incompletas para poder dar la entrevista como válida. El plan de supervisión se concretó en un 35% del total de entrevistas supervisadas de forma telefónica y una supervisión de un 15% del trabajo de cada entrevistador o entrevistadora. La supervisión se realizó en los mismos meses que la recogida de información.

## **3.2. VARIABLES**

### **3.2.1. Características de la muestra**

Para dar respuesta al Objetivo 1. Describir las características de las personas de 55 y más años en Euskadi que participaron en la Encuesta de Condiciones de Vida (ECV+55 2014), se tuvieron en cuenta las siguientes variables, ordenadas por bloques:

#### **3.2.1.1. Perfil socio-demográfico**

- Sexo: mujer, hombre.

- Edad
- Estado civil: soltero/a, casado/a o conviviendo, viudo/a, separado/a o divorciado/a.
- Nivel de instrucción: menos que estudios primarios; estudios primarios completos; estudios secundarios y superiores.
- Relación con la actividad: trabaja, jubilado/a o pensionista; parado; actividades domésticas; otra situación.
- Condición socioeconómica:
  - Trabajadores por cuenta propia: Agricultor de pequeña explotación, Agricultor de gran explotación, Autónomo o empresario con 5 empleados o menos, Autónomo o empresario con 6 a 9 empleados, Autónomo o empresario con 10 o más empleados, Sin asalariados
  - Trabajadores por cuenta ajena:
    - Dirección/Gerencia y mandos intermedios
    - Trabajadores/as cualificados
    - Trabajadores/as no cualificados.

### 3.2.1.2. Modelos de convivencia y tejido social

Se recogió información sobre el tipo de hogar y las personas con las que convive.

- Matriz de composición del hogar a partir de la cual se ha elaborado la variable “Tipo de hogar” con las siguientes categorías: unipersonal, pareja, multigeneracional en su casa, multigeneracional en casa de el/la hijo/a, otro tipo.
- Número de personas con las que convive.

Se cuantificó la frecuencia de contacto presencial y no presencial de familiares y personas vecinas y amigas, además de la distancia a la que se sitúa la vivienda del hijo o hija que vive más cerca.

- Frecuencia de contacto presencial diario con hijo/a, madre/padre, hermano/a, amigos/vecinos: todos los días, al menos una vez por semana, una a tres veces al mes, con menor frecuencia, nunca, no tiene ese vínculo.



- Distancia de residencia de hijo/a que vive más cerca: mismo domicilio, mismo edificio, <1 km., 1-5 km., 5-25 km., 25-100 km., 100-500 km., >500 km en el mismo país, >500 km en otro país, no tiene hijos.

### 3.2.1.3. Percepción de salud y dependencia

Se incluyeron en este bloque:

- Una variable para medir el estado de salud subjetivo, como indicador que describe el estado de salud de una población, refleja el estado físico y las enfermedades padecidas, además de los factores sociales, económicos y del entorno de la persona.
  - Actualmente, ¿cómo calificaría su estado de salud? Muy bueno, bueno, regular, malo, muy malo.
- Una variable recodificada en dicotómica sobre la necesidad de ayuda para la realización de actividades de la vida diaria (Sí/No) realizada desde un listado de actividades para medir el grado de dependencia según la necesidad de ayuda para las actividades de la vida diaria, con una escala de respuesta en 4 categorías: puedo hacerlo sin ayuda, puedo hacerlo con ayuda, no puedo hacerlo de ninguna manera, no lo he hecho nunca.
  - Vestirse, incluyendo ponerse calcetines o zapatos, desvestirse.
  - Desplazarse por la casa.
  - Bañarse o ducharse.
  - Asearse (lavarse, peinarse, afeitarse).
  - Comer, incluyendo cortar la comida e introducirla en la boca.
  - Acostarse y levantarse.
  - Usar el váter, incluyendo levantarse y sentarse.
  - Preparar una comida caliente.
  - Hacer la compra.
  - Usar el teléfono (buscar número, marcar)
  - Tomar la medicación (acordarse de la cantidad y momento en que la tiene que tomar).
  - Hacer el trabajo de la casa.
  - Administrar su propio dinero (pagar recibos, tratar con el banco, firmar cheques).

- Utilizar el transporte público (autobús, metro, taxi) o conducir el coche.

#### 3.2.1.4. Apoyo a las familias

- Apoyo informal prestado: cuidado de hijos/as, nietos/as, tareas del hogar, cuidado de parientes mayores o con discapacidad semanal, mensual, menor frecuencia, nunca.
  - Características del apoyo: tipo de cuidado (personal, trámites y gestiones, hacer compañía, ayuda doméstica Sí/No)
- Apoyo informal recibido:
  - Personas que necesitan ayuda por motivos de salud (Sí/No)
  - Características del apoyo: tipo de cuidado (personal, trámites y gestiones, hacer compañía, ayuda doméstica Sí/No)

#### 3.2.1.5. Percepción sobre la jubilación

- Edad de jubilación para quienes se han jubilado (media)
- Edad a la que le gustaría jubilarse para quienes no se han jubilado y les hubiera gustado jubilarse a la personas jubiladas (media)
- Preferencia en aumentar la edad de jubilación actual: si/no
- Posibilidad de poder combinar la jornada laboral con una pensión parcial: si/no
- A qué se debe dedicar el tiempo durante la jubilación: familia y amistades; aficiones y ocio; aportaciones sociales; aprender cosas nuevas; descanso; otros (sí/no).

### 3.2.2. Bienestar

Para dar respuesta al Objetivo 2. Medir el nivel de bienestar subjetivo de las personas de 55 años y más en Euskadi e identificar los factores asociados, a partir de los indicadores recogidos en la ECV+55 2014, se incluyeron variables recodificadas seleccionadas a partir de la evidencia disponible.

### 3.2.2.1. Bienestar subjetivo

El bienestar subjetivo se midió a partir de la versión española de la escala propuesta por la OMS “*WHO5 Well Being Index -1998 version*”. Esta escala fue creada exclusivamente para evaluar los aspectos positivos del bienestar psicológico. Desde su publicación en 1998, la escala se ha traducido a más de 30 idiomas, incluido el español, y se ha utilizado en estudios de investigación en todo el mundo en diversos campos. (Bonin et al 2018)

Es una escala auto administrada que sólo contiene cinco ítems. Se pide a la persona encuestada que, para cada una de las afirmaciones, indique cuál describe mejor cómo se ha sentido durante las últimas dos semanas. Cada ítem se clasifica en una escala de Likert de seis puntos que va de 5 (todo el tiempo) a 0 (en ningún momento) (Tabla 3).

**Tabla 3. Escala de bienestar subjetivo. OMS**

Durante las últimas dos semanas ...	Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Más de la mitad del tiempo	Menos de la mitad del tiempo	En algunos momentos	En ningún momento
Me he sentido alegre y de buen ánimo	5	4	3	2	1	0
Me he sentido tranquilo y relajado	5	4	3	2	1	0
Me he sentido activo y vigoroso	5	4	3	2	1	0
Cuando me desperté me sentía sano y descansado	5	4	3	2	1	0
Mi vida cotidiana ha estado repleta de cosas que me interesan	5	4	3	2	1	0

*Fuente: WHO (Five) Well Being Index -1998 version. Psychiatric Research Unit, WHO Collaborating Center for Mental Health, Frederiksborg General Hospital, DK-3400 Hillerød*

Las puntuaciones se suman para obtener una puntuación bruta total de 0 a 25 (0 es ausencia de bienestar y 25 es bienestar máximo). Las instrucciones de la escala recomiendan multiplicar el valor por 4, por lo que la puntuación más alta posible es 100. Una mayor puntuación significa un mayor bienestar. Esta escala ha sido

recomendada como un primer paso en la detección de la depresión en la atención primaria, con una puntuación de corte de  $\leq 52$ , lo que indica síntomas de depresión.

La escala WHO-5 se derivó del WHO-10 (Bech, Gudex y Staehr Johansen, 1996) que a su vez se derivó de una escala de clasificación de 28 ítems (Warr, Banks y Ullah, 1985) utilizada en un estudio multicéntrico de la OMS en 8 países europeos diferentes (Staehr Johansen, 1986). La WHO-5 fue originariamente presentada en la reunión de OMS en Estocolmo en febrero de 1998 como parte de un proyecto para medir el bienestar en los pacientes de atención primaria (Staehr, 1998). La escala ha sido validada tanto como herramienta de detección de la depresión como medida de para ensayos clínicos y se ha aplicado con éxito en una amplia variedad de estudios (Winther, Dinesen y Søndergaard, 2015). La validación métrica de la escala WHO-5 fue realizada por un panel de expertos en el campo de la calidad de vida en la salud (Hall, Krahn, Horner-Johnson, Lamb, 2011). Este grupo evaluó 85 cuestionarios diferentes y encontraron que 20 de ellos eran "aceptables". En términos de validez clínica, la OMS-5 figuraba en la parte superior de esta lista de 20 escalas y se consideró que la WHO-5 es una escala genérica pura para la medición del bienestar general (Hall, Krahn, Horner-Johnson y Lamb, 2011).

La validez de constructo en la WHO-5 fue analizado con el modelo de teoría de respuesta a los ítems formulado por Rasch (2012) tanto en personas más jóvenes (Blom, Bech, Hogberg, Larsson y Serlachius, 2012) como en personas mayores (Lucas-Carrasco, Allerup y Bech, 2012), confirmando que los 5 ítems constituyen una escala unidimensional, donde cada ítem agrega información única sobre el nivel de bienestar (Winther, Dinesen y Søndergaard, 2015). Esto implica que las puntuaciones de los ítems para cada individuo pueden añadirse a una puntuación total y que el rango de

puntuaciones de 0 a 100 cubre, desde la ausencia total de bienestar hasta el más alto nivel imaginable de bienestar (Winther, Dinesen y Søndergaard, 2015).

En el campo de vejez, la escala WHO-5 ha sido validada en diferentes estudios para la detección de la depresión (Bonsignore, Barkow, Jessen y Heun, 2001; Sibai, Chaaya, Tohme, Mahfoud y AlAmin, 2009; Barua, Kar, 2010), de la apatía (Lucas-Carrasco, Allerup y Bech, 2012) o del suicidio (Awata, Bech, Koizumi, Seki, Kuriyama, Hozawa et al, 2007). También se ha realizado una validación interna y externa de la escala en la población general mayor (Heun, Burkart, Maier y Bech, 1999), donde se concluye que la WHO-5 es un instrumento útil para la identificación de sujetos con calidad de vida subjetiva reducida.

### **3.2.2.2. Factores predictores del bienestar**

En la revisión sistemática realizada por Von Humboldt y Leal (2014) sobre las variables que influyen en el bienestar subjetivo de las personas mayores en las últimas investigaciones se extraen siete categorías que se dividen en: el apoyo social; factores socio-demográficos; estado de salud; factores psicológicos; las estrategias de afrontamiento; variables de estilo de vida.

Del cuestionario utilizado en este estudio se han seleccionado variables que pueden incluirse dentro de cinco de estas siete categorías:

- Factores Socio-demográficos:
  1. Sexo (Hombre, mujer)
  2. Edad (55-64, 65-79 y 80 y más). Para la regresión se ha recodificado en 65 y más años (sí, no)
  3. Nivel de instrucción: menos que estudios primarios, estudios primarios o más)

4. Percepción de riqueza (Bajo, medio, alto). Para la regresión se ha recodificado en escala (0-10)
  5. Hábitat (menor de 20.000 habitantes, mayor de 20.0001 habitantes)
  6. Origen (Nacido/a en Euskadi, Nacido/a fuera de Euskadi)
- Apoyo social:
    7. Casado/a o conviviendo (sí, no)
    8. Tipo de hogar (unipersonal, con otros/as)
    9. Tiene contacto no presencial con hijos/as, padre/madre, hermanos/u otros familiares, y/o amigos/as o vecinos/as (sí, no)
    10. Satisfacción con sus relaciones personales (Bajo, medio, alto). Para la regresión se ha utilizado en escala (0-10)
  - Estado de salud:
    11. Estado de salud percibido (Muy bueno o bueno, Muy malo, malo o regular)
    12. Necesidad de ayuda para las AVD (sí, no).
  - Factores psicológicos
    13. Satisfacción logros que está alcanzando en la vida (Bajo, medio, alto).  
Para la regresión se ha utilizado en escala (0-10)
    14. Satisfacción con lo seguro y protegido q se siente (Bajo, medio, alto).  
Para la regresión se ha utilizado en escala (0-10)
    15. Satisfacción seguridad respecto a su futuro (Bajo, medio, alto). Para la regresión se ha utilizado en escala (0-10)
    16. Preocupación por su propia vejez (sí, no)
  - Estrategias de afrontamiento: No se han encontrado variables para esta categoría.

- Estilo de vida: Las variables de estilo de vida relacionadas con la actividad están recogidas dentro de los componentes de la amigabilidad. No se han encontrado otras variables para esta categoría.

### **3.2.3. Amigabilidad del entorno**

Aunque la OMS ha puesto a disposición varios documentos para facilitar la medición de la amigabilidad con la edad (WHO, 2007; WHO, 2015), aún no existe ninguna herramienta cuantitativa oficial. Hay una gran necesidad de supervisar, evaluar, medir y valorar la amigabilidad con la edad de las ciudades y comunidades (Dikken, et al. 2020). Uno de los retos de la evaluación de las iniciativas de ciudades amigables con la edad es identificar un enfoque basado en la evidencia (Buckner, Mattocks, Rimmer, LaFortune, 2018; Buckner, Pope, Mattocks, LaFortune, Dherani, Bruce, 2019; Dikken, et al. 2020). Como se ha comentado, a pesar de estas dificultades, en los últimos años diferentes investigadores han desarrollado una serie de herramientas para medir y evaluar estas iniciativas de forma cuantitativa (Dikken, et al. 2020; Menec y Nowicki, 2014; Handle, 2014; Neal y Wernher, 2014; Orpana, Chawla, Gallagher, Escaravage, 2016; Pinheiro, Diogo, Góis, Torgal, 2015; Zaman, Thornton, 2018).

En este estudio, sin embargo, la herramienta para medir la amigabilidad se basa en una encuesta sobre las condiciones de vida de las personas mayores de 55 años realizada periódicamente en el País Vasco. Es decir, no cuenta con una herramienta diseñada ad hoc, sino que incluye una serie de indicadores relevantes relacionados con los ámbitos de la amigabilidad indicados por la OMS (WHO, 2007).

Por tanto, para dar respuesta al Objetivo 3. Describir la percepción de amigabilidad del entorno y sus componentes a partir de los indicadores recogidos en la ECV+55 2014, se incluyeron las variables que miden la percepción de amigabilidad del entorno, tanto físico como social, que se han denominado como componentes.

### 3.2.3.1. Percepción de amigabilidad

- Percepción de amigabilidad del País Vasco: si/no
- Percepción de amigabilidad de su municipio: si/no
- Percepción de amigabilidad de su barrio: si/no

### 3.2.3.2. Componentes de la amigabilidad

Baterías de preguntas incluidas en el cuestionario y que pueden considerarse en alguno de las ocho áreas de la amigabilidad y que aquí se han denominado como componentes:

- Área 1. Espacios y edificios al aire libre
  1. Barreras entorno inmediato (sí/no)
  2. Percepción de delincuencia, violencia o vandalismo (si/no)
  3. Dificultad de acceso a parques y zonas verdes (si/no)
  4. Dificultad de acceso a supermercado o tienda de alimentación (si/no)
- Área 2. Vivienda
  5. Barreras interior de la vivienda (sí/no)
  6. Barreras acceso al edificio (sí/no)
  7. Régimen de tenencia (propiedad/otra situación)
  8. Vivienda adaptada (sí/no)
- Área 3. Transporte
  9. Dificultad de acceso a transporte público (bus, tren, etc.) (sí/no)
  10. Barreras transporte público (bus, tren, etc.) (sí/no)
- Área 4. Participación social  
Realización de actividades: (realiza/no realiza)
  11. Físicas o deportivas,
  12. De ocio doméstico,
  13. Culturales,
  14. Sociales,
  15. Turismo,
  16. Actos religiosos y
  17. Actividades educativas
- Área 5. Respeto e inclusión social



18. Sentimiento de pertenencia a una comunidad o grupo de personas (Bajo, medio, alto). Para la regresión se ha recodificado en escala (0-10)

- Área 6. Participación cívica y empleo

Participación en actividades voluntarias:

- 19. Servicios sociales y para la comunidad (participa/ no participa)
- 20. Asociaciones educativas, culturales, deportivas o profesionales, gastronómicas, corales y literarias (participa/ no participa)
- 21. Movimientos sociales o benéficos (participa/ no participa)
- 22. Asociaciones de vecinos (participa/ no participa)
- 23. Grupos parroquiales (participa/ no participa)
- 24. Otras organizaciones (participa/ no participa)

Participación política:

- 25. Reunión de sindicato, partido político o grupo de acción política (participa/ no participa)
- 26. Asistencia a protesta o manifestación (participa/ no participa)
- 27. Contacto con algún político o funcionario público (participa/ no participa)

Empleo

- 28. Relación con la actividad laboral (trabaja, no trabaja).

- Área 7. Comunicación e información

- 29. Disponibilidad de teléfono móvil (sí/no)
- 30. Disponibilidad de teléfono fijo (sí/no)
- 31. Disponibilidad de ordenador/Tablet (sí/no)
- 32. Acceso a internet en el hogar (sí/no)
- 33. Uso de internet (sí/no)

- Área 8. Servicios sanitarios

- 34. Dificultad de acceso al centro de salud (sí/no)

En total se han recogido un listado de 34 variables incluidas en este cuestionario que están relacionadas con las 8 áreas de la amigabilidad.

### **3.2.4. Amigabilidad y bienestar**

Para el Objetivo 4. Determinar el efecto de las categorías que influyen en el bienestar y los componentes de la amigabilidad sobre el bienestar subjetivo de hombres y mujeres de 55 y más años en Euskadi, se utilizó el bienestar subjetivo como variable dependiente y las variables relacionadas con los factores determinantes del bienestar y los componentes de la amigabilidad de los entornos, como variables independientes.

### **3.3. ANÁLISIS**

Se realizó un análisis descriptivo de las variables separado por hombres y mujeres, siguiendo las recomendaciones de García Calvente et al. (2010), para observar la distribución de todas las variables y analizar las brechas que pudieran estar relacionadas con el género.

#### **3.3.1. Características de la población**

Análisis descriptivo separado por hombres y mujeres y por grupos de edad (55 a 64, 65 a 79 y de 80 y más años) para observar la distribución de todas las variables y analizar las brechas que pudieran estar relacionadas con el género y la edad. Para el análisis de las variables cuantitativas se utilizaron los estadísticos básicos (media y desviación típica). Para variables categóricas se utilizó la distribución de frecuencias relativas con los intervalos de confianza al 95%.

#### **3.3.2. Bienestar subjetivo**

Análisis descriptivo con medidas de tendencia central (media y desviación típica) por sexo y correlaciones en el índice de bienestar (escala 0-100). Análisis de la varianza para determinar los factores predictores del bienestar subjetivo, por sexo.

#### **3.3.3. Amigabilidad**

Análisis descriptivo de frecuencias separadas por sexo sobre la percepción de amigabilidad de Euskadi, municipio y barrio y los componentes de la amigabilidad. A continuación, estimación de la asociación de las variables relacionadas con cada uno de los componentes del concepto de amigabilidad con la percepción de amigabilidad del barrio. Se analizó la percepción de amigabilidad del barrio según las variables sociodemográficas. Se estimó la asociación entre la percepción de amigabilidad del

barrio y las dimensiones de amigabilidad construidas a partir de las variables disponibles en la ECV 55+ 2014.

### **3.3.4. Efecto de la amigabilidad sobre el bienestar**

Diseño de modelos de regresión lineal múltiple, utilizando como variable dependiente el Índice de Bienestar (WHO, 2004) y con los factores predictores del bienestar (16 variables) y componentes de la amigabilidad (34 variables).

En primer lugar, se construyeron modelos de regresión lineal múltiple con las variables incluidas en cada una de los factores predictores del bienestar por separado con el objetivo de identificar y seleccionar las variables con mayor grado de significatividad y que expliquen en mayor medida a la variable dependiente de cada factor por sexos.

A continuación, modelos de regresión lineal múltiple con las variables incluidas en cada una de los componentes de amigabilidad por separado con el objetivo de identificar y seleccionar las variables con mayor grado de significatividad y que expliquen en mayor medida a la variable dependiente de cada componente por sexos.

A partir de los resultados de los modelos anteriores, se consultó un modelo de regresión lineal múltiple con las variables seleccionadas en cada factor de forma global con el objetivo de identificar y seleccionar las variables de los factores predictores que expliquen en mayor medida a la variable dependiente en el total de los factores por sexos.

Luego se construyeron los modelos de regresión lineal múltiple con las variables seleccionadas en cada componente de amigabilidad de forma global con el objetivo de identificar y seleccionar las variables componentes que expliquen en mayor medida a la variable dependiente en el total de los componentes por sexos.

Finalmente, se realizaron modelos de regresión lineal múltiple con las variables resultantes de los factores y componentes con el objetivo de identificar y seleccionar las variables del modelo final que expliquen en mayor medida a la variable dependiente por sexos.

## **4. RESULTADOS**

## **4.1. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN**

### **4.1.1. Perfil socio-demográfico**

Participaron en el estudio 2.469 personas mayores de 55 años, residentes en hogares de Euskadi. De ellas, un 45% son varones y un 55% mujeres. A medida que aumenta la edad, el porcentaje de mujeres es mayor frente al de los varones, siendo máxima la diferencia en el grupo de mayores de 80 años.

Respecto al estado civil, se aprecian diferencias en función del género, especialmente en las categorías de casado/a y viudo/a. El porcentaje de casados es 25% mayor para el grupo de los hombres que de mujeres, mientras que en la categoría viudo/a se encuentra la misma diferencia a favor de las mujeres (Tabla 4).

Respecto al nivel educativo, se observa una mayor proporción de mujeres mayores en los niveles educativos más bajos. Mientras que los hombres destacan en estudios secundarios o superiores (Tabla 4).

Por otro lado en relación con la actividad, en el grupo de los hombres, se observan dos categorías principales en la muestra: los que trabajan actualmente (18.4%) y los que están jubilados o son pensionistas (75.3%), mientras que en las mujeres se incluye un grupo más, las que se dedican a actividades domésticas (33,8%), que suponen un tercio de las mujeres de 55 y más años. Esto hace que el porcentaje de mujeres que trabajan y/o que están jubiladas o reciben pensión se reduzca respecto al de los hombres, especialmente en este último caso (bajando al 48.5%) (Tabla 4).

También se encuentran diferencias de género en la categoría profesional. Los hombres ocupan en un porcentaje mayor puestos de dirección y gerencia que el que presentan las mujeres (19,1% frente a 8,4% para estas últimas). A su vez, los porcentajes en la categoría de trabajadores no cualificados se invierten, siendo las mujeres las que

ocupan en mayor medida estos puestos frente a los hombres (24,2% frente a 8,9%) (Tabla 4).

**Tabla 4. Perfil socio-demográfico de la muestra por sexo**

<b>Variables</b>	<b>Hombre</b>	<b>Mujer</b>	<b>p</b>
Edad			
55-64 años	42,5%	36,2%	
65-79 años	42,6%	41,2%	
80 y más años	14,9%	22,6%	< 0.001
Estado civil			
Soltero/a	11,2%	7,7%	
Casado/a o viviendo en pareja	74,4%	50,3%	
Viudo/a	9,4%	35,9%	
Separado/a/Divorciado/a	4,9%	6,2%	< 0.001
Estudios			
Menos que estudios primarios	29,3%	37,9%	
Estudios primarios completos	27,4%	35,8%	
Estudios secundarios y superiores	43,3%	26,3%	< 0.001
Relación con la actividad laboral			
Trabaja	18,4%	14,0%	
Jubilado/a o pensionista	75,2%	48,3%	
Parado/a	5,8%	3,4%	
Actividades domésticas	0,2%	33,6%	
Otra situación	0,2%	0,1%	< 0.001
Condición socioeconómica			
Trabajador/a por cuenta propia	14,3%	13,9%	
Dirección, gerencia, mandos intermedios	19,1%	8,4%	
Trabajadores/as cualificados	54,8%	49,5%	
Trabajadores/as no cualificados	8,9%	24,2%	< 0.001

Respecto al análisis según edad, se observa que a medida que avanza la edad, aumenta el porcentaje de personas viudas. En el grupo de mayores de 80 años se llega a doblar la cifra del grupo de 65 a 79 (54,4% frente a 24,5%). Sin embargo, en el grupo de casados/as o personas que conviven en pareja, se observa lo opuesto, pasan del 69,7% en el grupo de 55 a 64 años al 35,7% en el de mayores de 80 años. El grupo de personas mayores más jóvenes (de 55 a 64 años) es el que presenta un mayor porcentaje de



personas separadas o divorciadas (9,2%), reduciéndose la cifra a medida que avanza la edad (Tabla 5).

El analfabetismo supone menos de un 1% de las personas mayores de 55 años en Euskadi y sólo un 1,2% en los mayores de 65. Prácticamente la totalidad de la muestra ha accedido a estudios primarios (88,6%), aunque un 22,8% de ellos no los han llegado a completar. En el grupo de 55 a 64 años, el analfabetismo cae al 0,2% y sólo un 2,6% no tiene estudios, pero sabe leer y escribir. En las personas octogenarias, la cifra de quienes sólo saben leer y escribir casi iguala a la de quienes han iniciado estudios primarios, pero no los han completado. En este caso, hay pocas personas que tienen estudios secundarios o superiores (un 14,4% del total) (Tabla 5).

También se observan diferencias en relación con la actividad laboral dependiendo de la edad. Por ejemplo, en el grupo de personas entre 55 y 64 años existe un alto porcentaje que trabaja (39,4%), siendo la opción con mayor porcentaje para este grupo de edad, aunque es seguida de cerca por quienes están jubilados/as o son pensionistas (33,6%). En cambio, en las personas de entre 65 y 79 años encontramos prácticamente una dicotomía: o se es jubilado/a o pensionista (opción mayoritaria con el 76,5%) o se dedican a actividades domésticas (21,4%), en las que están involucradas principalmente las mujeres. Estos porcentajes prácticamente se mantienen en el grupo de mayores de 80 años (Tabla 5).

Además, existen diferencias en la categoría profesional si se relaciona con la edad. Las personas más mayores han accedido en menor medida a desempeñar puestos de dirección y gerencia (8,4% en >80 años y 15,3% en 55 a 64 años), ocupando en su lugar categorías de tipo no cualificado (20,6% y 11,6% respectivamente) (Tabla 5).

**Tabla 5. Perfil socio-demográfico de la muestra por grupos de edad**

Variables	55-64	65-79	80+	p
Sexo				
Hombre	48,7%	45,5%	34,7%	
Mujer	51,3%	54,5%	65,3%	< 0.001
Estado civil				
Soltero/a	12,4%	6,7%	8,6%	
Casado/a o viviendo en pareja	69,6%	64,7%	35,8%	
Viudo/a	8,7%	24,4%	54,4%	
Separado/a/Divorciado/a	9,2%	4,2%	1,3%	< 0.001
Estudios				
Menos que estudios primarios	19,0%	39,3%	53,2%	
Estudios primarios completos	31,8%	32,2%	32,3%	
Estudios secundarios y superiores	49,2%	28,5%	14,5%	< 0.001
Relación con la actividad laboral				
Trabaja	39,4%	1,1%	0,6%	
Jubilado/a o pensionista	33,5%	76,5%	79,5%	
Parado/a	11,1%	0,3%	0%	
Actividades domésticas	15,4%	21,4%	19,5%	
Otra situación	0,3%	0,1%	0%	< 0.001
Condición socioeconómica				
Trabajador/a por cuenta propia	12,9%	15,0%	15,2%	
Dirección, mandos intermedios	15,3%	16,9%	8,4%	
Trabajadores/as cualificados	56,3%	49,3%	51,7%	
Trabajadores/as no cualificados	11,6%	16,3%	20,6%	< 0.001

#### 4.1.2. Modelos de convivencia y tejido social

El tamaño medio del hogar, es decir el número de personas que habitan en la misma vivienda, de las personas de 55 y más años en Euskadi es de 2,2 personas. Esta cifra desciende con la edad, del 2,5 entre las personas de 55 a 64 años al 2,0 de las personas de 80 y más.

Del total de la muestra, un 3.3% declara residir en el mismo hogar con su padre o madre (un 1.5% en el caso de las personas de 65 y más) y un 32.9% indica que conviven con hijos o hijas. Son las generaciones más jóvenes las que en mayor porcentaje cohabitan con otras generaciones tanto padres y/o madres, como hijos o hijas.

La fotografía de la realidad actual de los hogares de la población de 55 y más años en el País Vasco es que el 37.1%, el más elevado porcentaje, reside en un hogar con su pareja (nido vacío); le sigue muy de cerca (32,9%) la cifra de personas que conviven en hogares multigeneracionales en su propia casa, es decir, hogares compuestos principalmente por padres e hijos/as en los que el sustentador principal es la persona mayor (padres con hijos/as no emancipados); un 20.5% vive en soledad en un hogar unipersonal; un 8.2% en hogares de otro tipo, donde se contempla la convivencia con otros familiares; y, por último, un residual 1.3% que conviven con sus hijos en casa de éstos (personas mayores que se han mudado a vivir con sus hijos/as).

Según género, se observa la predominancia de las mujeres en hogares unipersonales (24,7% frente al 15,3% de los hombres), mientras que los hombres despuntan en los hogares en los que conviven con su pareja (45,5% frente al 30,6% de las mujeres) (Tabla 6).

**Tabla 6. Composición del hogar según sexo**

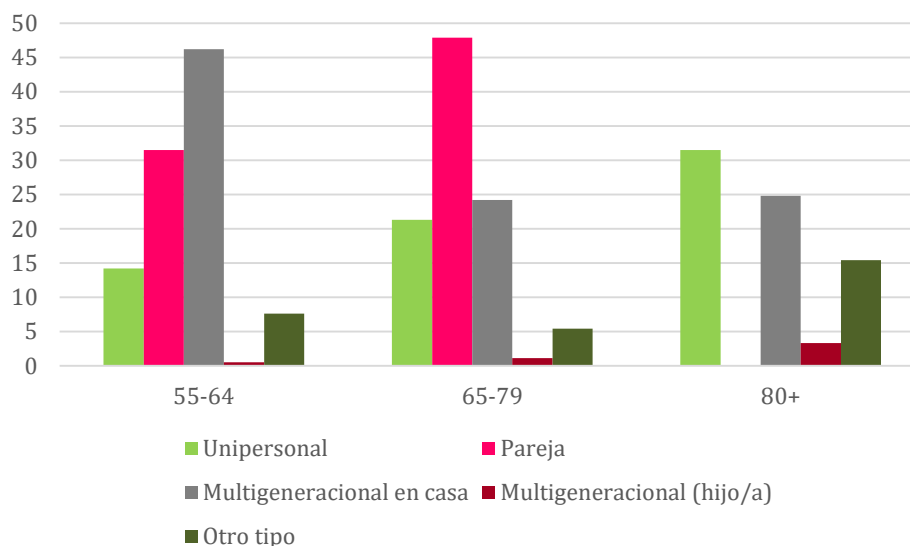
Variable	Hombre		Mujer		p
	N	%	N	%	
Tipo de hogar					
Unipersonal	171	15,40%	341	24,70%	
Pareja	503	45,20%	423	30,60%	
Multigeneracional en su casa	350	31,40%	471	34,10%	
Multigeneracional en casa de hijo/a	6	0,50%	26	1,90%	
Otro tipo	84	7,50%	120	8,70%	< 0.001

La edad es un factor fundamental en el cambio de la estructura de los hogares. Mientras que las generaciones más jóvenes (55-64 años) conviven, fundamentalmente, en hogares multigeneracionales en su propia vivienda, las personas de entre 65 y 79 años conviven en mayor porcentaje en pareja, y las que superan los 80 años viven en soledad. ( $p < 0,001$ ) (Tabla 7 e Imagen 12).

**Tabla 7. Composición del hogar por grupos de edad**

Variable	55-64		65-79		80 y más		p
	N	%	N	%	N	%	
Tipo de hogar							
Unipersonal	139	14,30%	223	21,30%	151	31,50%	
Pareja	306	31,40%	500	47,80%	119	24,80%	
Multig. en su casa	450	46,20%	253	24,20%	119	24,80%	
Multig. en casa de hijo/a	5	0,50%	12	1,10%	16	3,30%	
Otro tipo	74	7,60%	57	5,50%	74	15,40%	< 0.001

**Imagen 12. Composición del hogar por grupos de edad**



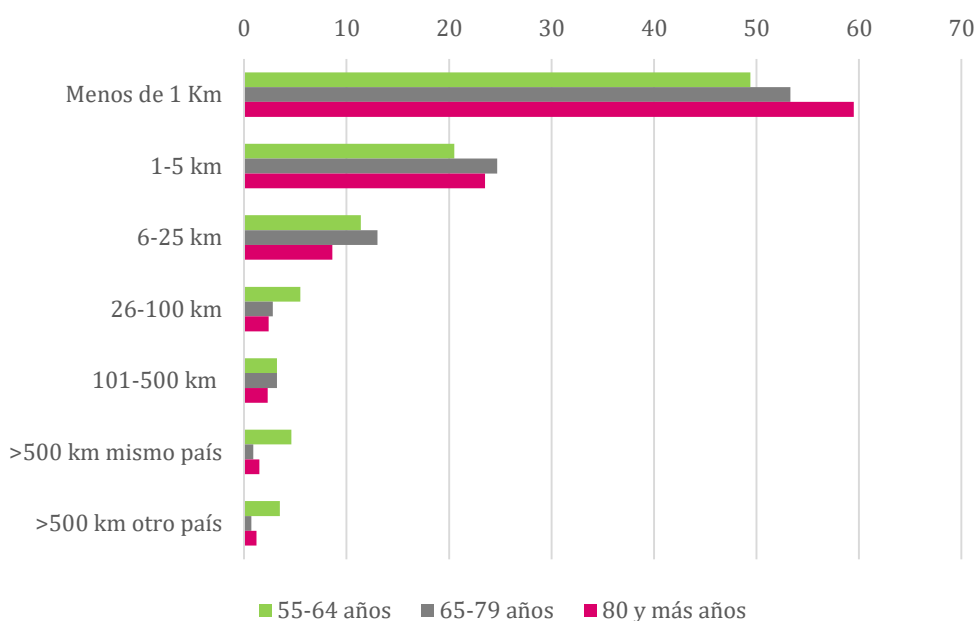
Respecto al tejido social, contando con que el 32.9% de las personas de 55 y más años conviven con sus hijos/as, del resto un 53.6% declara vivir a menos de 1 kilómetro del hogar del hijo o hija que reside más cerca de su propio hogar y un 23.3% entre 1 y 5 kilómetros de distancia. Por lo que casi 8 de cada 10 personas de 55 y más años, que no conviven con sus hijos/as, reside en un radio inferior a 5 kilómetros de distancia de alguno de ellos. El 48,5% de los hombres y el 51,2% de las mujeres tienen al menos un hijo o hija que vive a menos de un kilómetro de su vivienda ( $p < 0,001$ ) (Imagen 13).

**Imagen 13. Proximidad de hijo/a según sexo**



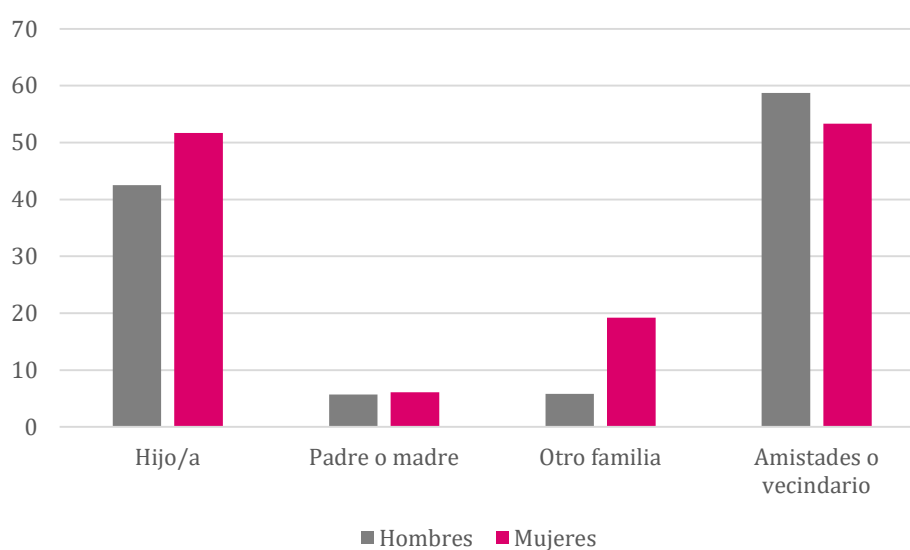
En el análisis según los grupos de edad se observa cómo las personas de 80 y más años tienen en mayor proporción a algún hijo o hija que reside a menos de 1 kilómetro de distancia (59,5% frente al 49,4% de las personas entra 55 a 64 años). Mientras que la generación de menor edad tiene en mayor porcentaje a sus hijos/as residiendo a más de 500 kilómetros (el 8,1%, frente al 2,7% de las personas octogenarias) (Imagen 14).

**Imagen 14. Proximidad de hijo/a según grupos de edad**



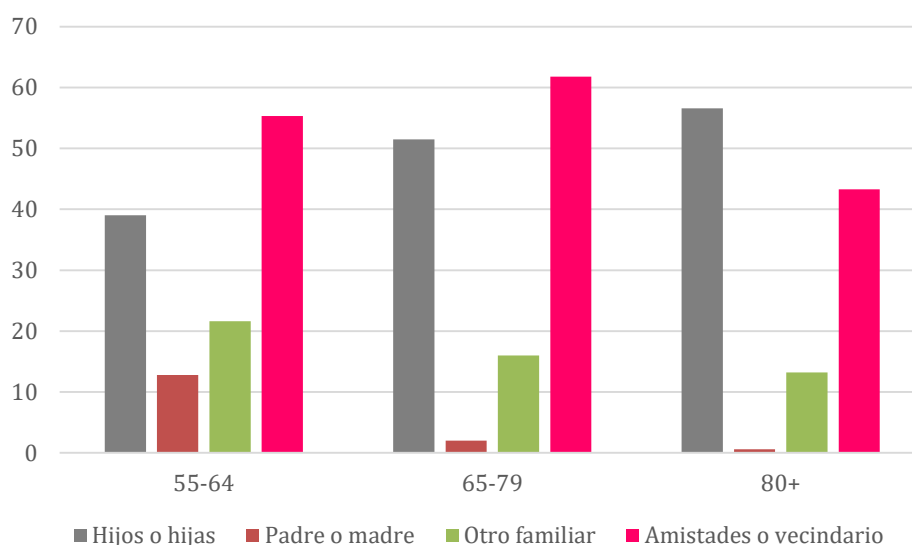
En cuanto a los contactos presenciales se destaca que el elevado porcentaje de personas de 55 y más años tiene contacto semanal con algún hijo o hija e incluso de las personas que ven a sus hijos prácticamente todos los días ( $p < 0,001$ ). Hay diferencias de género en la frecuencia y el mantenimiento de estos contactos. Las mujeres tienen en mayor proporción contacto presencial diario con el entorno familiar (51,7%), que los varones (42,5%). Los dos grupos mantienen contacto presencial diario con amistades y vecindario (58,7% en hombres y 53,3% en mujeres) (Imagen 15).

**Imagen 15. Contactos presenciales diario por sexo**



Respecto a la edad, se observa cómo todo el contacto presencial desciende con el aumento de la edad, excepto el de los hijos e hijas. Las personas mayores de más avanzada edad ven a sus hijos diariamente en un 56.6% de la población, frente al 39.0% de las personas de entre 55 a 64 años (Imagen 16).

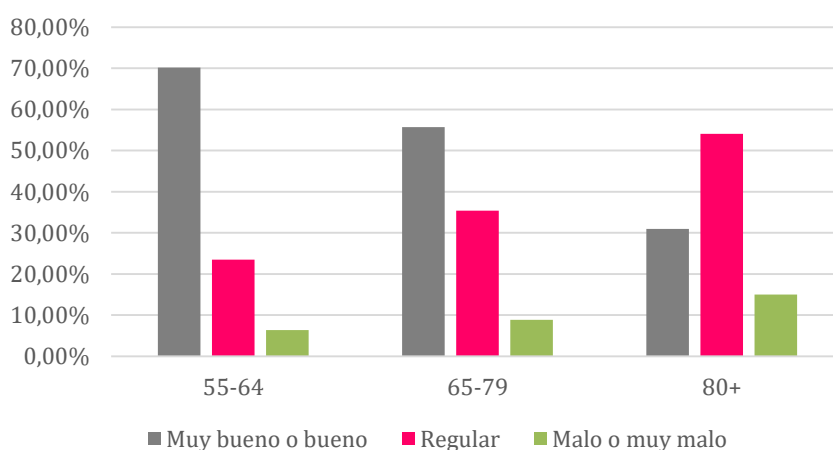
**Imagen 16. Contactos presenciales diario por grupos de edad**



#### 4.1.3. Percepción de salud y dependencia

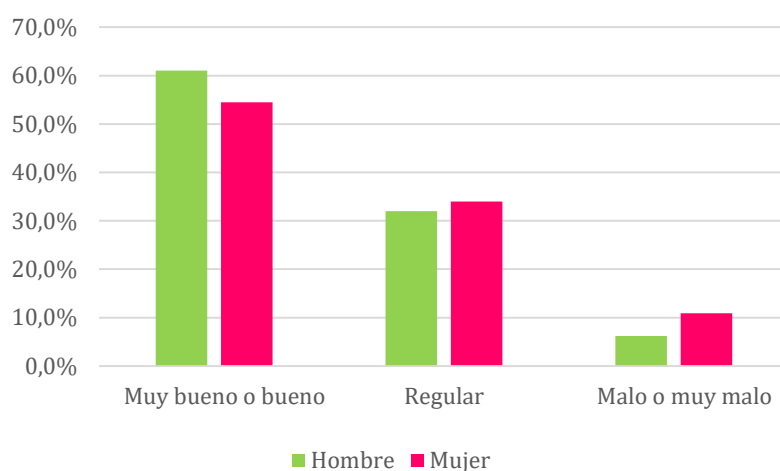
En Euskadi, dos de cada tres personas de 55 a 64 años clasifican su estado de salud como bueno o muy bueno (70,2%), porcentaje que disminuye a una de cada tres personas en el grupo de 80 años o más (31%) ( $p < 0,001$ ) (Imagen 15).

**Imagen 17. Percepción del estado de salud por grupos de edad**



La percepción del estado de salud muestra también importantes diferencias de género. Así, se observan que el 61,9% de los hombres consideran que su salud es buena o muy buena, frente al 54,5% de las mujeres ( $p < 0,001$ ) (Imagen 18).

**Imagen 18. Percepción del estado de salud por sexo**

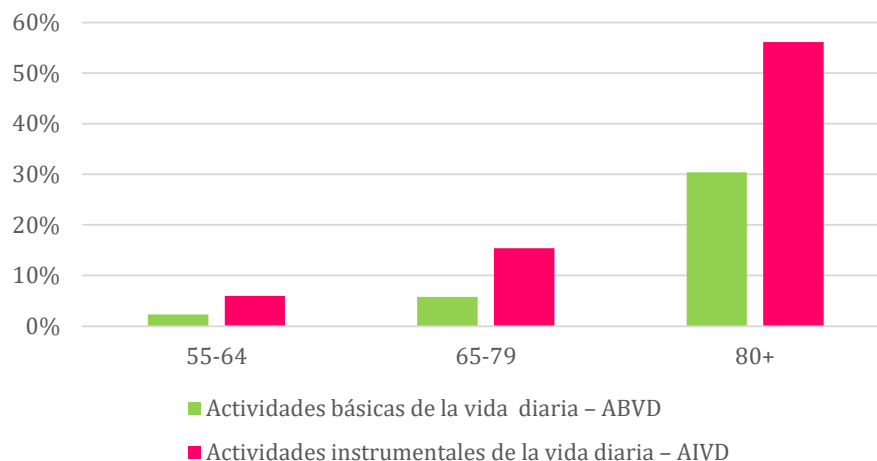


Por otro lado, la necesidad de ayuda se ha calculado mediante una escala que mide la necesidad de ayuda a la hora de realizar ciertas actividades de la vida cotidiana (AVD). La escala está compuesta por catorce ítems, que se descomponen en actividades básicas de la vida diaria (ABVD) (comer, asearse, vestirse, etc) e instrumentales (AIVD) (hacer la compra, utilizar el teléfono, recordar la medicación, etc.). Se ha considerado que una persona necesita ayuda cuando no puede realizar una o más actividades o necesita ayuda para realizarla.

De esta forma, del total de la muestra un 20% de personas de 55 y más años necesitan algún tipo de ayuda para la realización de las actividades de la vida diaria. La necesidad de ayuda en las tareas instrumentales es mayor que con respecto de las actividades más básicas, en todos los grupos de edad. Las situaciones de dependencia se incrementan hasta un 30,4% en las actividades básicas de la vida diaria y un 56,1% en las actividades instrumentales, en personas de 80 años y más ( $p < 0,001$ ) (Imagen 19).

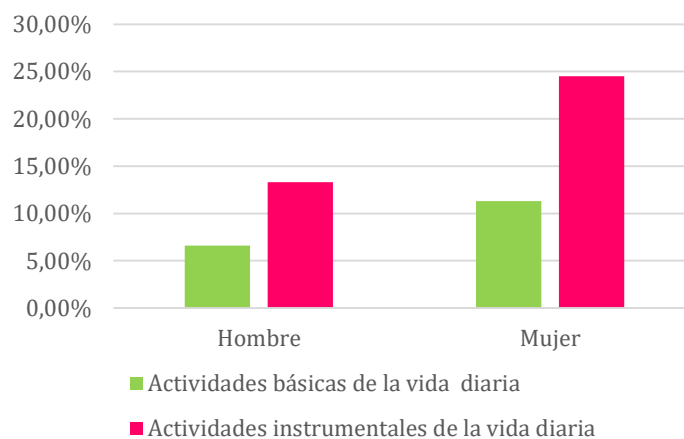


**Imagen 19. Necesidad de ayuda en las actividades de la vida diaria por grupo de edad**



La proporción de mujeres que tienen necesidad de ayuda, tanto en las actividades básicas como en las instrumentales prácticamente se duplica respecto a los hombres ( $p < 0,001$ ) (Imagen 20).

**Imagen 20. Necesidad de ayuda en las actividades de la vida diaria por sexo**



#### 4.1.4. Apoyo a las familias

Dentro de las actividades contempladas en el apartado de apoyo a las familias, se estudiaron dos tipos: la ayuda prestada y la ayuda recibida. En la ayuda prestada, destacan las actividades de cuidado de hijos e hijas donde no se encontraron diferencias de género (Tabla 9), pero sí de edad; las personas más jóvenes realizan en

mayor proporción estas tareas. El porcentaje de personas que cuida diariamente pasa de un 42,30 entre la cohorte de menos edad, a un 25,80% entre las personas octogenarias (Tabla 9).

**Tabla 8. Ayuda prestada por sexo**

Variables	Sexo				p
	Hombre		Mujer		
	n	%	n	%	
Cuidado de hijos o hijas					
Diario	330	29,60%	446	32,40%	0.371
Semanal	14	1,30%	14	1,00%	
Menor frecuencia	1	0,10%	3	0,20%	
Nunca	769	69,00%	913	66,40%	
Cuidado de nietos o nietas					
Diario	66	5,90%	108	7,90%	0.139
Semanal	156	14,00%	197	14,30%	
Menor frecuencia	38	3,40%	60	4,40%	
Nunca	852	76,60%	1010	73,50%	
Cuidado de parientes					
Diario	65	5,80%	108	7,90%	0.230
Semanal	30	2,70%	39	2,80%	
Menor frecuencia	16	1,40%	16	1,20%	
Nunca	1002	90,00%	1208	88,10%	
Tareas de cuidado					
Cuidado personal	46	61,30%	86	66,70%	0.268
Ayuda doméstica	46	61,30%	95	74,20%	0.039
Trámites y gestiones	48	64,00%	84	65,10%	0.495
Hacerle compañía	65	86,70%	108	84,40%	0.410

**Tabla 9. Ayuda prestada por grupos de edad**

Variables	Edad						p
	55-64		65-79		80 y más		
	n	%	n	%	n	%	
Cuidado de hijos o hijas							
Diario	411	42,30%	242	23,20%	123	25,80%	0.000
Semanal	17	1,80%	11	1,10%	0	0,00%	
Menor frecuencia	2	0,20%	0	0,00%	2	0,40%	
Nunca	541	55,70%	789	75,70%	352	73,80%	
Cuidado de nietos o nietas							
Diario	49	5,00%	115	11,10%	9	1,90%	0.000
Semanal	98	10,10%	229	22,00%	27	5,70%	
Menor frecuencia	38	3,90%	57	5,50%	3	0,60%	
Nunca	786	80,90%	639	61,40%	437	91,80%	
Cuidado de parientes							
Diario	93	9,60%	71	6,80%	9	1,90%	0.000
Semanal	43	4,40%	21	2,00%	5	1,00%	
Menor frecuencia	20	2,10%	9	0,90%	3	0,60%	
Nunca	813	83,90%	937	90,30%	460	96,40%	
Tareas de cuidado							
Cuidado personal	73	66,40%	52	64,20%	7	53,80%	0.666
Ayuda doméstica	78	71,60%	56	68,30%	7	53,80%	0.417
Trámites y gestiones	77	70,60%	51	63,00%	3	23,10%	0.003
Hacerle compañía	92	83,60%	71	86,60%	11	84,60%	0.853

Respecto al cuidado de nietos/as, del total de personas de 55 y más años, un 25.1% declaran ayudar a sus hijos/as en su cuidado cotidiano. En el perfil de la persona cuidadora no se observan diferencias de género, pero sí de edad. Las personas entre 65 y 79 años son las que en mayor proporción realizan estas tareas de cuidados, con una frecuencia diaria el 11, 1% y semanal el 22%. (Tabla 8 y Tabla 9).

En cuanto al cuidado de parientes mayores y/o de alguna persona con discapacidad; se contabiliza un 11% de población de 55 y más años que realizan estas tareas. Aunque la cifra de frecuencia diaria es mayor en mujeres que en hombres, no se han obtenido diferencias estadísticamente significativas (Tabla 8). Este tipo cuidado está más presente entre, sin embargo, en cohorte de entre 55 a 64 años. En total el 16,1% de la

cohorte más joven realiza estas tareas de cuidado, frente al 3,5% de las personas octogenarias. En el total de personas no cuidadoras se contabilizan: las personas que no disponen de ese tipo de parientes, es decir, que no tienen padres o madres porque ya han fallecido; las que no cuidan porque no tienen esos familiares que necesiten cuidados, y las que no cuidan nunca (Tabla 9).

Este cuidado se especifica en cuidado personal, ayuda doméstica, ayuda en trámites y gestiones, y en hacer compañía. El acompañamiento emocional es realizado por la mayoría de estas personas cuidadoras (más del 80% en todos los casos). El cuidado personal, la ayuda doméstica y en la realización de trámites y gestiones es realizado, además, por casi 7 de cada 10. Respecto al sexo y la edad, destaca el protagonismo de las mujeres en la ayuda doméstica, y el de las personas más jóvenes en trámites y gestiones (Tabla 8 y Tabla 9).

En cuanto a las ayudas recibidas, un 7,7% de las personas de 55 y más años declaran recibir algún tipo de ayuda por motivo de salud. Se observan diferencias significativas en el género, el 5,4% de los hombres reciben ayuda frente al 9,6% de las mujeres. En el tipo de ayuda recibida no parecen encontrarse diferencias de género, solo en la ayuda doméstica (Tabla 10).

**Tabla 10. Ayuda recibida por sexo**

Variables	Sexo				p
	Hombre		Mujer		
	n	%	n	%	
Cuidado recibido					
Sí	60	5,40%	132	9,60%	0.000
No	1050	94,60%	1245	90,40%	
Tipo de cuidado recibido					
Personal	21	35,00%	42	31,80%	0.391
Trámites y gestiones	31	51,70%	71	53,80%	0.453
Hacer compañía	31	51,70%	69	52,30%	0.549
Ayuda doméstica	52	86,70%	127	96,20%	0.020

También existen diferencias entre las cohortes de edad, la cifra de personas de 55 a 64 años que recibe ayuda es del 2,4% frente al 22,8% de las personas octogenarias. Respecto al tipo de ayuda recibida, el mayor porcentaje de población de todas las edades recibe ayuda doméstica en forma de labores del hogar, compra, pequeños arreglos, etc. El porcentaje de ayuda recibida se incrementa en los grupos de mayor edad. El acompañamiento emocional y la ayuda en la realización de trámites y gestiones (acompañamiento al médico, ir al banco) es recibida en mayor proporción por las personas de 80 años o más (63,4%%). Entre las personas de más de 80 años, el porcentaje de personas que recibe cuidados se eleva al 22.6%. El tipo de ayuda recibida en este caso es doméstico para la mayoría de estas personas, al igual que en el resto de edades. Seis de cada 10 reciben también ayuda en trámites y gestiones y acompañamiento emocional, y el 41.0% de todas estas personas octogenarias que reciben ayuda, perciben cuidados personales (Tabla 11).

**Tabla 11. Ayuda recibida por edad**

Variables	Edad						p
	55-64		65-79		80 y más		
	n	%	n	%	n	%	
Cuidado recibido							0.000
Sí	23	2,40%	62	5,90%	108	22,80%	
No	949	97,60%	981	94,10%	365	77,20%	
Tipo de cuidado							0.040
Personal	5	21,70%	15	24,20%	44	40,70%	
Trámites y gestiones	10	43,50%	24	38,70%	69	63,30%	
Hacer compañía	8	38,10%	26	41,90%	66	61,10%	
Ayuda doméstica	18	78,30%	59	95,20%	102	94,40%	0.017

#### 4.1.5. Percepción de la jubilación

La edad media de jubilación de las personas de 55 y más años en el País Vasco es de 60,99 años ( $\sigma = 5,44$ ). Mientras que la edad media a la que le hubiese gustado o le

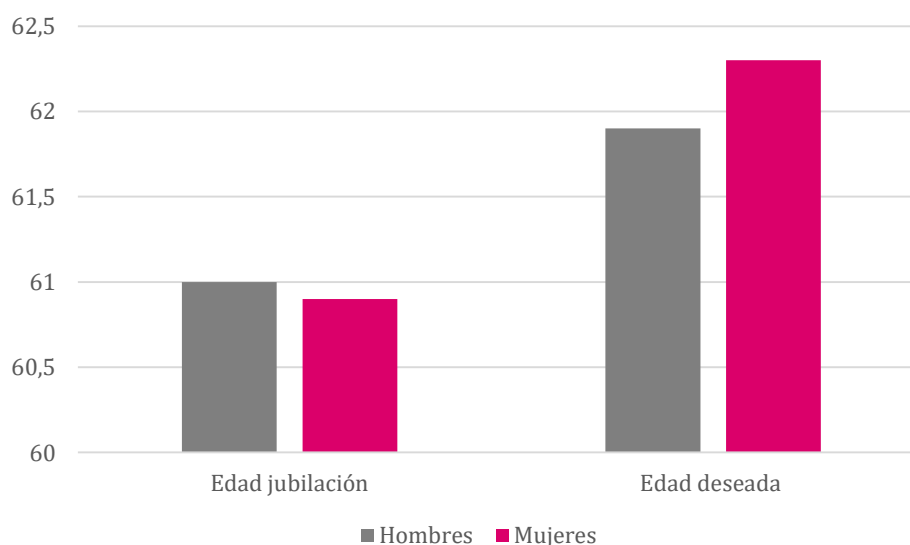
gustaría jubilarse es un año posterior a la edad media real, 62,10 años ( $\sigma = 5,03$ ). Se evidencian diferencias significativas respecto a la edad, hay que tener en cuenta aquí que la pregunta se realiza a las personas jubiladas de cada cohorte, por lo que es normal que entre la generación más joven el resultado sea menor. Sin embargo, entre la cohorte de 65 a 79 y la de 80 y más años también se observan diferencias, tanto en la edad real como en la edad deseada. La edad real se eleva un año entre las personas de más edad y la deseada casi dos (Tabla 12).

**Tabla 12. Edad media de jubilación y edad deseada según edad**

	55 a 64 años			65 a 79 años			80 años y más			p
	n	$\bar{X}$	$\sigma$	n	$\bar{X}$	$\sigma$	n	$\bar{X}$	$\sigma$	
Edad jubilación	211	59,11	3,79	623	61,22	5,53	218	62,15	6,07	0.000
Edad deseada jubilación	560	61,26	3,76	478	62,50	6,04	136	64,15	4,97	0.000

Según género, la edad real de jubilación de hombres se sitúa en los 61,2 años y la de las mujeres en los 60,99. Respecto a la edad deseada de ellos es 61,94 y de ellas 62,34. Aunque aquí no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas (Imagen 21).

**Imagen 21. Edad media de jubilación y edad deseada según sexo**



Por otro lado, un 35,5% de las personas jubiladas declaran que les hubiese gustado seguir trabajando cuando se jubilaron (sin diferencias significativas por edad). Pero cuando se pregunta quién está de acuerdo con el aumento de la edad de jubilación, un 22,6% dice ser partidario. En ambas cuestiones hay diferencias significativas según la edad. La cohorte más joven es menos partidaria del aumento de la edad de jubilación, pero está más a favor de que existiera la posibilidad de poder combinar la jornada laboral complementándola con una pensión parcial en vez de la jubilación (Tabla 13).

**Tabla 13. Preferencias sobre la jubilación según edad**

	Edad						p
	55-64		65-79		80 y más		
	n	%	n	%	n	%	
Prefiere seguir trabajando	65	34,60%	205	35,80%	60	35,50%	0.956
De acuerdo aumentar edad jubilación	41	16,00%	95	25,70%	35	26,50%	0.008
Le gustaría combinar trabajo y jubilación	214	53,60%	147	37,60%	33	29,50%	0.000

En el caso del género, también se encontraron diferencias significativas en todas las variables, aunque el mayor nivel de significatividad se encontró en la opinión de combinar trabajo y jubilación. Los hombres son más partidarios que las mujeres (21.2% frente al 15.9%, sig. 0.000) (Tabla 14).

**Tabla 14. Preferencias sobre la jubilación según sexo**

	Sexo				p
	Hombres		Mujeres		
	n	%	n	%	
Prefiere seguir trabajando	229	37,70%	101	31,40%	0,033
De acuerdo aumentar edad jubilación	90	9,50%	81	6,70%	0,014
Le gustaría combinar trabajo y jubilación	201	21,20%	192	15,90%	0.000

Entre las percepciones sobre a qué debe dedicar el tiempo una vez abandonada la vida laboral, se distinguen como elecciones mayoritarias: la familia y las amistades (las relaciones sociales), las aficiones y el ocio (el tiempo libre) y el descanso. Las diferencias estadísticamente significativas según edad se encontraron en que entre las generaciones más jóvenes se puede apreciar un aumento en las posiciones a favor de las aficiones y el ocio y en aprender cosas nuevas, y en las octogenarias en el descanso.

**Tabla 15. Dedicación durante el tiempo de jubilación según edad**

Variables	Edad						p
	55-64		65-79		80 y más		
	n	%	n	%	n	%	
La familia y amistades	580	66,36%	648	68,14%	212	63,28%	0,261
Las aficiones y el ocio	533	61,00%	479	50,40%	130	38,70%	0.000
El beneficio social (voluntariado)	32	3,70%	23	2,40%	6	1,80%	0,128
Aportando conocimiento adquirido	17	1,90%	12	1,30%	4	1,20%	0,425
Aprender cosas nuevas	85	9,70%	52	5,50%	11	3,30%	0.000
El descanso	282	32,27%	361	37,96%	160	47,76%	0.000
Otros	27	3,10%	37	3,90%	15	4,50%	0,452

Las diferencias de género se encontraron en que los hombres se posicionan más en la dedicación a las aficiones y el ocio, seguir aportando conocimiento adquirido a lo largo de su vida profesional (Tabla 16).

**Tabla 16. Dedicación durante el tiempo de jubilación según sexo**

Variables	Sexo				p
	Hombres		Mujeres		
	n	%	n	%	
La familia y amistades	616	64,80%	823	68,00%	0,066
Las aficiones y el ocio	533	56,10%	609	50,30%	0,004
El beneficio social (voluntariado)	21	2,20%	40	3,30%	0,081
Aportando conocimiento adquirido	20	2,10%	12	1,00%	0,026
Aprender cosas nuevas	59	6,20%	89	7,40%	0,167
El descanso	344	36,20%	459	37,90%	0,218
Otros	42	4,40%	38	3,10%	0,075



#### 4.1.6. Satisfacción y percepciones sobre el envejecimiento

Las personas mayores de 55 años en Euskadi tienen un elevado nivel de satisfacción con su vida en general, 6,81 puntos de medida sobre 10. En el resto de dominios en los que se desglosa el componente de satisfacción (por ejemplo, el estado de salud, las relaciones personales, etc.) las puntuaciones superan el 7, siendo la máxima 7,47 (satisfacción con las relaciones personales) y la mínima 6,62 (seguridad con respecto al futuro y vida espiritual/creencias religiosas) (Tabla 17).

**Tabla 17. Satisfacción**

	n	$\bar{x}$	$\sigma$
Nivel de vida	2121	6,81	1,57
Estado de salud	2122	6,69	1,83
Logros alcanzados	2075	7,01	1,56
Relaciones personales	2114	7,47	1,47
Lo seguro y protegido que se siente	2102	7,23	1,51
Sentimiento de pertenencia a una comunidad	2057	7,15	1,60
Seguridad respecto a su futuro	1982	6,62	1,80
Vida espiritual y creencias religiosas	1988	6,55	2,56

Todas estas variables se relacionan con la edad de manera inversa, con el aumento de la edad la satisfacción en cada una baja considerablemente. La satisfacción con su seguridad respecto a su futuro es la que tienen una significatividad más baja (Tabla 18).

**Tabla 18. Satisfacción según edad**

	55 a 64 años			65 a 79 años			80 años y más			p
	n	$\bar{X}$	$\sigma$	n	$\bar{X}$	$\sigma$	n	$\bar{X}$	$\sigma$	
Nivel de vida	863	6,87	1,58	934	6,84	1,57	324	6,58	1,49	0,013
Estado de salud	862	7,03	1,74	938	6,64	1,83	322	5,93	1,84	0,000
Logros alcanzados	852	7,14	1,52	913	7,02	1,58	309	6,64	1,55	0,000
Relaciones personales	862	7,56	1,44	934	7,48	1,44	319	7,17	1,61	0,000
Lo seguro y protegido que se siente	855	7,29	1,56	928	7,26	1,46	319	6,95	1,49	0,001
Sentimiento de pertenencia a una comunidad	845	7,20	1,62	904	7,20	1,55	308	6,88	1,71	0,006
Seguridad respecto a su futuro	820	6,58	1,96	865	6,73	1,64	298	6,43	1,76	0,034
Vida espiritual y creencias religiosas	787	6,03	2,83	886	6,81	2,32	315	7,14	2,21	0,000

Respecto al sexo se encontraron diferencias significativas en las variables de satisfacción con: su estado de salud y los logros alcanzados. En ambas las mujeres obtienen menores resultados que los hombres (Tabla 19).

**Tabla 19. Satisfacción según sexo**

	Hombre			Mujer			p
	n	$\bar{X}$	$\sigma$	n	$\bar{X}$	$\sigma$	
Nivel de vida	934	6,83	1,53	1187	6,80	1,59	0,688
Estado de salud	935	6,79	1,77	1187	6,62	1,88	0,033
Logros alcanzados	913	7,10	1,50	1161	6,95	1,60	0,030
Relaciones personales	929	7,50	1,43	1185	7,45	1,51	0,486
Lo seguro y protegido que se siente	925	7,23	1,50	1177	7,23	1,52	0,973
Sentimiento de pertenencia a una comunidad	911	7,21	1,52	1146	7,11	1,66	0,148
Seguridad respecto a su futuro	884	6,69	1,76	1098	6,57	1,83	0,117
Vida espiritual y creencias religiosas	868	6,07	2,80	1120	6,93	2,28	0,000

Aparte del nivel de satisfacción, es importante conocer en qué medida las personas mayores en Euskadi están preocupadas por su propia vejez. El 40% de la muestra afirman que su vejez no les preocupa nada, seguidas por las que les preocupa “Algo” y

“Bastante”, que sumarían otro 40%. Sólo un 8% de la muestra está muy preocupada por su propio proceso de envejecimiento.

La mayoría de los motivos de preocupación se relacionan con un posible envejecimiento patológico (deterioro físico e intelectual) y con llegar a encontrarse en una situación de dependencia. Esta preocupación se sitúa por encima de la pérdida de poder adquisitivo y de la reducción de las redes sociales.

No se encontraron diferencias en la preocupación entre las diferentes edades, pero si en algunos de los motivos. Por ejemplo: por la jubilación o descenso del ritmo de las actividades, por si llega a necesitar ayuda y depender de otras personas o por el descenso del poder adquisitivo, situaciones que preocupan en mayor porcentaje a la población de menor edad (Tabla 20).

**Tabla 20. Preocupación por su envejecimiento y motivos según edad**

Variables	Edad						p
	55-64		65-79		80 y más		
	n	%	n	%	n	%	
Preocupación vejez							
Sí	425	49,40%	446	48,30%	146	44,80%	0.361
No	435	50,60%	477	51,70%	180	55,20%	
Motivo							
Deterioro físico	356	65,60%	355	65,40%	133	73,10%	0.132
Deterioro intelectual	233	42,90%	214	39,40%	72	39,30%	0.452
Jubilación o descenso de actividad	19	3,50%	7	1,30%	2	1,10%	0.025
Depender de otras personas	204	37,50%	239	43,90%	63	34,60%	0.028
Descenso poder adquisitivo	54	9,90%	27	5,00%	7	3,80%	0.001
Pérdida tejido social	26	4,80%	27	5,00%	10	5,50%	0.930

En su relación con el género se encontraron diferencias significativas con la preocupación por su propia vejez; a la mujeres les preocupa más que a los hombres. Y en los motivos: la jubilación o descenso de la actividad, con mayores cifras en ellos;

depender de otras personas, algo que les preocupa más a las mujeres; y el descenso del poder adquisitivo, preocupación más recurrente en hombres (Tabla 21).

**Tabla 21. Preocupación por su envejecimiento y motivos según sexo**

Variables	Sexo				p
	Hombre		Mujer		
	n	%	n	%	
Preocupación vejez					
Sí	373	40,10%	645	54,70%	0.000
No	557	59,90%	535	45,30%	
Motivo					
Deterioro físico	319	66,60%	526	66,60%	0.523
Deterioro intelectual	204	42,60%	315	39,90%	0.185
Jubilación o descenso de actividad	17	3,50%	11	1,40%	0.011
Depender de otras personas	169	35,30%	336	42,50%	0.006
Descenso poder adquisitivo	50	10,40%	39	4,90%	0.000
Pérdida tejido social	21	4,40%	42	5,30%	0.278

## **4.2 BIENESTAR**

### **4.3.1 Bienestar subjetivo**

En primer lugar se realizó un estudio psicométrico de la escala utilizada, para garantizar la calidad de la medida. Ello se realizó mediante el análisis de la consistencia interna así como con la realización de análisis factoriales exploratorios de componentes principales con rotación Varimax.

La escala bienestar subjetivo utilizada ha demostrado tener buenas propiedades psicométricas en términos de fiabilidad (consistencia interna) y validez. El alfa de Cronbach fue un valor elevado (0,877). Las puntuaciones medias fueron elevadas para los ítems y las desviaciones típicas mostraron una elevada variabilidad en la respuesta. Los valores de las correlaciones de los ítems con el total de la escala fueron aceptables, con valores comprendidos entre 0,67 y 0,75. Estos resultados suponen que la escala está compuesta por elementos homogéneos que miden la misma característica, en este caso el bienestar subjetivo.

Para evaluar la validez de constructo factorial de la escala, se realizó un Análisis Factorial Exploratorio de Componentes Principales con una rotación Varimax. Antes de proceder con el Análisis Factorial Exploratorio, se comprobó si los criterios permitían su análisis con garantías, obteniendo un un KMO de 0,85. En el resultado se ha obtenido un solo factor que explica el 67.35% de la varianza. Estos análisis concluyen en la calidad de la medida utilizada para medir bienestar subjetivo.

En el cruce de esta variable con las incluidas como factores asociados al bienestar se han encontrado diferentes resultados. En primer lugar, las personas encuestadas se encuentran en una puntuación media de bienestar de 64,12, con una desviación típica de 22,24 puntos (Escala de 0-100). Esta variable se relaciona con el género, los

hombres tienen un mayor índice de bienestar ( $\bar{x}=67,9$ ) que las mujeres ( $\bar{x}=61,2$ ). También con la edad, la percepción de bienestar desciende a medida que aumenta la edad. Así, el grupo de 55 a 64 años muestra un índice de bienestar de 67,1 puntos, mientras que el grupo de 80 años y más apenas alcanza los 56,2 puntos. También tiene una relación directa con el nivel educativo y la percepción del nivel de riqueza, de tal forma que a más nivel educativo y percepción de riqueza, se obtienen mayores resultados en bienestar. Por otro lado, las personas que viven en hábitat de menos de 20.000 habitantes obtienen también mejores resultados ( $\bar{x}=68,1$ ) que las que viven en lugares con mayor población ( $\bar{x}=62,25$ ). Además, la media de bienestar subjetivo es mayor entre quienes están casados o conviviendo ( $\bar{x}=66,2$ ) que entre los que no ( $\bar{x}=60,7$ ), las personas que conviven con otras ( $\bar{x}=65,4$ ) frente a las que viven solas ( $\bar{x}=59,5$ ). Y mantener contacto con familiares y otras personas, aunque no sea presencial, también supone detentar mejores índices de bienestar ( $\bar{x}=64,6$ ) frente a las que no ( $\bar{x}=56,2$ ). Lo mismo ocurre con la satisfacción con las relaciones personales, que tiene una relación directa con el aumento del bienestar. Respecto a la salud, se obtiene que las personas que declaran tener un estado de salud bueno o muy bueno obtienen elevadas medias en bienestar ( $\bar{x}=71,7$ ) frente a las que declaran tener un estado de salud regular, malo o muy malo ( $\bar{x}= 53,5$ ). También aquellas que no necesitan ayuda para la realización de las actividades de la vida diaria ( $\bar{x}= 66,9$ ) en comparación con las que si necesitan ( $\bar{x}=48,5$ ) (Tabla 18). Finalmente, la variables relacionadas con el estado psicológico como la satisfacción con los logros alcanzados, con lo seguro/a y protegido/a que se siente y con la seguridad respecto a su futuro, también obtienen resultados ascendentes en bienestar según aumenta el grado de satisfacción en cada una de ellas (Tabla 22).

**Tabla 22. Bienestar subjetivo según factores asociados**

Variable	Total			
	n	$\bar{X}$	$\sigma$	p
<b>Total</b>	<b>2120</b>	<b>64,12</b>	<b>22,24</b>	
Edad				
55 a 64 años	859	67,07	21,12	
65 a 79 años	937	64,17	21,79	
80 años y más	324	56,16	24,44	0.000
Nivel educativo				
Menos que estudios primarios	676	59,91	22,67	
Estudios primarios o más	1441	66,11	21,76	0.000
Nivel de riqueza				
Bajo	80	51,89	28,14	
Medio	1835	64,25	21,43	
Alto	122	75,77	18,36	0.000
Hábitat				
<20.000 habitantes	678	68,09	20,75	
20.000 habitantes o más	1442	62,25	22,67	0.000
Origen				
Nacido/a fuera de Euskadi	879	60,41	23,67	
Nacido/a en Euskadi	1241	66,74	20,78	0.000
Casado/a o conviviendo				
Si	1330	66,17	23,71	
No	790	60,67	21,06	0.000
Tipo de hogar				
Unipersonal	467	59,52	24,55	
Convive con otras personas	1653	65,42	21,37	0.000
Contacto no presencial				
No tiene contacto	130	56,2	24,92	
Tiene contacto	1980	64,63	21,98	0.000
Satisfacción relaciones personales				
Bajo	23	37,54	25,33	
Medio	898	58,11	22,33	
Alto	1165	69,7	19,86	0.000
Estado de salud				
Regular, malo o muy malo	885	53,54	23,29	
Bueno o muy bueno	1233	71,74	17,95	0.000
Necesidad de ayuda				
No necesita ayuda	1799	66,91	20,74	
Necesita ayuda	321	48,48	23,86	0.000

**Tabla 23 (cont.). Bienestar subjetivo según factores asociados**

Variable	n	$\bar{x}$	$\sigma$	p
Satisfacción logros alcanzados				
Bajo	39	31,66	21,45	
Medio	1177	59,98	21,83	
Alto	832	72,18	18,37	0.000
Satisfacción seguro y protegido que se siente				
Bajo	29	44,83	28,13	
Medio	1046	59,16	22,23	
Alto	998	70,75	19,14	0.000
Satisfacción seguridad respecto a su futuro				
Bajo	102	48,94	27,15	
Medio	1140	61,29	21,72	
Alto	715	72,31	17,47	0.000

De esta forma, todas las variables incluidas como factores asociados al bienestar obtienen resultados estadísticamente significativos en relación en este índice.

#### **4.3.2 Factores asociados al bienestar por sexo**

El análisis separado por género mostró que los factores asociados al bienestar subjetivo son distintos en hombres que en mujeres. Por ejemplo, los resultados de bienestar obtenidos son siempre más elevados en ellos en: los diferentes tramos de edad, también según el nivel educativo, nivel de riqueza, hábitat, estado civil, tipo de hogar, contacto con otras personas, estado de salud, necesidad de ayuda, satisfacción, etc. A destacar que el nivel de bienestar es más alto en mujeres solo en los casos de baja satisfacción con las relaciones personales y con lo segura y protegida que se siente. En estos casos, las mujeres, aunque declaran nivel de bienestar menor que cuando su satisfacción es más elevada, sí que obtienen mejores niveles de bienestar que los hombres en la misma situación (Tabla 23).



**Tabla 24. Bienestar subjetivo según factores determinantes por sexo**

Variable	Hombres				Mujeres			
	n	$\bar{X}$	$\sigma$	p	n	$\bar{X}$	$\sigma$	p
<b>Total</b>	<b>916</b>	<b>68,06</b>	<b>19,99</b>		<b>1170</b>	<b>61,45</b>	<b>22,98</b>	
Edad								
55 a 64 años	406	69.26	19.7		452	65.09	22.2	
65 a 79 años	418	68.06	20.0		519	61.05	22.7	
80 años y más	109	61.92	22.7	0.003	215	53.23	24.8	0.000
Nivel educativo								
Menos que estudios primarios	250	66.28	20.0		426	56.16	23.4	
Estudios primarios o más	682	64.43	20.4	0.151	759	64.02	22.7	0.000
Nivel de riqueza								
Bajo	34	61,32	25,99		47	45	27,9	
Medio	795	67,6	19,71	0.000	1040	61,7	22,33	0.000
Alto	59	77,98	15,33		62	73,67	20,74	
Hábitat								
<20.000 habitantes	312	70.00	19.2		366	66.46	21.9	
20.000 habitantes o más	621	66.79	20.8	0.022	820	58.81	23.5	0.000
Origen								
Nacido/a fuera de Euskadi	372	66.29	21.2		506	59.10	24.5	
Nacido/a en Euskadi	561	68.91	19.6	0.053	680	64.95	21.6	0.000
Casado/a o conviviendo								
Si	686	69.18	18.9		644	62.95	22.7	
No	247	64.22	23.4	0.001	543	59.06	23.7	0.004
Tipo de hogar								
Unipersonal	158	61.94	24.6		309	58.28	24.5	
Convive con otras personas	775	69.07	19.1	0.000	878	62.19	22.7	0.011
Contacto no presencial								
No tiene contacto	58	64.71	22.3		71	49.23	24.9	
Tiene contacto	870	68.03	20.2	0.227	1110	61.97	23.0	0.000
Satisfacción relaciones personales								
Bajo	8	29,73	27,95		15	42,07	23,5	
Medio	398	63,69	20,6	0.000	500	53,67	22,67	0.000
Alto	510	72,1	17,9		655	67,83	21,09	
Estado de salud								
Regular, malo o muy malo	350	58.94	22.2		536	50.01	23.3	
Bueno o muy bueno	583	73.22	16.9	0.000	650	70.41	18.7	0.000
Necesidad de ayuda								
No necesita ayuda	846	69.07	19.6		953	65.00	21.5	
Necesita ayuda	87	56.23	23.1	0.000	233	45.58	23.5	0.000

**Tabla 25 (cont.). Bienestar subjetivo según factores determinantes por sexo**

Variable	Total				Hombres				Mujeres			
	n	$\bar{X}$	$\sigma$	p	n	$\bar{X}$	$\sigma$	p	n	$\bar{X}$	$\sigma$	p
Satisfacción logros alcanzados												
Bajo	39	31,66	21,45		12	32,56	26,13		27	31,26	19,56	
Medio	1177	59,98	21,83		501	64,74	20,12	0.000	675	56,44	22,38	0.000
Alto	832	72,18	18,37	0.000	388	73,55	17,14		444	70,98	19,32	
Satisfacción seguro y protegido que se siente												
Bajo	29	44,83	28,13		16	40,82	29,74		13	49,68	26,39	
Medio	1046	59,16	22,23		455	63,87	20,01	0.000	591	55,53	23,18	0.000
Alto	998	70,75	19,14	0.000	440	73,78	16,84		558	68,36	20,47	
Satisfacción seguridad respecto a su futuro												
Bajo	102	48,94	27,15		38	53,75	26,74		64	46,11	27,2	
Medio	1140	61,29	21,72		510	66,24	19,15	0.000	630	57,29	22,84	0.000
Alto	715	72,31	17,47	0.000	323	73,78	16,65		392	71,09	18,05	

## 4.2. AMIGABILIDAD

### 4.2.1. Percepción de amigabilidad

El 97,5% de los hombres y el 98,4% de las mujeres consideran que la Comunidad Autónoma de Euskadi es amigable, es decir, que el entorno está adaptado a las necesidades de las personas y es fácil la convivencia. Proporciones similares se obtienen cuando se pregunta por la amigabilidad del municipio y del barrio. Además no se encuentran diferencias significativas según género (Tabla 24).

**Tabla 26. Percepción de amigabilidad de Euskadi, el municipio y el barrio por sexo**

Variables	Hombre		Mujer		p	
	n	%	n	%		
Euskadi	Si	909	97,5%	1150	98,4%	0,113
	No	23	2,5%	19	1,6%	
Municipio	Si	916	97,4%	1167	97,6%	0,478
	No	24	2,6%	29	2,4%	
Barrio	Si	903	96,3%	1154	96,2%	0,537
	No	35	3,7%	45	3,8%	

En el análisis del cruce de la percepción de amigabilidad del barrio respecto los factores asociados con el bienestar solo se encuentra relación estadísticamente significativa hábitat ( $p=0.021$ ), y algunas de las variables psicológicas como satisfacción con los logros alcanzados, satisfacción seguro y protegido que se siente y satisfacción con la seguridad respecto a su futuro ( $p=0.000$ ) (Tabla 25).

**Tabla 27. Percepción de amigabilidad del barrio según factores asociados con el bienestar**

	si		no		p
	n	%	n	%	
<b>Total</b>	2054	96,30%	79	3,70%	
Edad					
55 a 64 años	828	95,9%	35	4,1%	0,681
65 a 79 años	909	96,7%	32	3,3%	
80 años y más	321	96,1%	13	3,9%	
Nivel educativo					
Menos que estudios primarios	665	97,1%	20	2,9%	0,115
Estudios primarios o más	1389	95,9%	59	4,1%	
Nivel de riqueza					
Bajo	75	92,6%	6	7,4%	0,208
Medio	1783	96,4%	67	3,6%	
Alto	116	96,7%	4	3,3%	

**Tabla 28 (cont.). Percepción de amigabilidad del barrio según factores asociados con el bienestar**

	si		no		p
	n	%	n	%	
Hábitat					
<20.000 habitantes	668	97,5%	17	2,5%	0.021
20.000 habitantes o más	1389	95,7%	63	4,3%	
Origen					
Nacido/a fuera de Euskadi	855	96,8%	28	3,2%	0.146
Nacido/a en Euskadi	1202	95,9%	52	4,1%	
Casado/a o conviviendo					
Si	1290	96,5%	47	3,5%	0.272
No	767	95,9%	33	4,1%	
Tipo de hogar					
Unipersonal	457	96,2%	18	3,8%	0.521
Convive con otras personas	1600	96,3%	62	3,7%	
Contacto no presencial					
No tiene contacto	124	95,4%	6	4,6%	0.363
Tiene contacto	1923	96,3%	74	3,7%	
Satisfacción relaciones personales					
Bajo	22	91,7%	2	8,3%	0.252
Medio	864	95,8%	38	4,2%	
Alto	1131	96,7%	38	3,3%	
Estado de salud					
Regular, malo o muy malo	863	95,5%	41	4,5%	0.063
Bueno o muy bueno	1193	96,8%	39	3,2%	
Necesidad de ayuda					
No necesita ayuda	1744	96,4%	65	3,6%	0.236
Necesita ayuda	313	95,4%	15	4,6%	
Satisfacción logros alcanzados					
Bajo	33	84,6%	6	15,4%	0.000
Medio	1138	96,1%	46	3,9%	
Alto	810	96,9%	26	3,1%	
Satisfacción seguro y protegido que se siente					
Bajo	18	62,1%	11	37,9%	0.000
Medio	1016	96,2%	40	3,8%	
Alto	972	97,3%	27	2,7%	
Satisfacción seguridad respecto a su futuro					
Bajo	87	84,5%	16	15,5%	0.000
Medio	1108	96,3%	43	3,7%	
Alto	696	97,6%	17	2,4%	

En el cruce por género se evidencian algunas diferencias entre hombres. Por un lado a los hombres se relaciona la percepción positiva de amigabilidad con la alta satisfacción en las relaciones personas, el buen estado de salud, y la alta satisfacción en los logros alcanzados, lo seguro y protegido que se siente y la seguridad respecto a su futuro. En las mujeres, sin embargo, solo hay relación estadísticamente significativa con la alta satisfacción con lo segura y protegida que se siente y la seguridad respecto a su futuro (Tabla 26).

**Tabla 29. Percepción de amigabilidad del barrio según factores asociados con el bienestar y sexo**

	si		no		p	si		no		p
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Edad										
55 a 64 años	394	96,6%	14	3,4%	0.876	434	95,2%	22	4,8%	0.280
65 a 79 años	402	96,2%	16	3,8%		507	97,1%	15	2,9%	
80 años y más	108	95,6%	5	4,4%		213	95,9%	9	4,1%	
Nivel educativo										
Menos que estudios primarios	246	97,6%	6	2,4%	0.126	419	96,8%	14	3,2%	0.328
Estudios primarios o más	655	95,8%	29	4,2%		733	96,1%	30	3,9%	
Nivel de riqueza										
Bajo	29	90,6%	3	9,4%	0.201	46	93,9%	3	6,1%	0.451
Medio	773	96,5%	28	3,5%		1010	96,4%	38	3,6%	
Alto	55	94,8%	3	5,2%		61	98,4%	1	1,6%	
Hábitat										
<20.000 habitantes	306	97,8%	7	2,2%	0.073	362	97,6%	9	2,4%	0.069
20.000 habitantes o más	597	95,7%	27	4,3%		792	95,7%	36	4,3%	
Origen										
Nacido/a fuera de Euskadi	358	96,5%	13	3,5%	0.512	498	97,3%	14	2,7%	0.073
Nacido/a en Euskadi	546	96,3%	21	3,7%		657	95,5%	31	4,5%	

**Tabla 30 (cont.). Percepción de amigabilidad del barrio según factores asociados con el bienestar y sexo**

	Hombres					Mujeres				
	si		no		p	si		no		p
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Casado/a o conviviendo										
Si	665	96,5%	24	3,5%	0.415	626	96,6%	22	3,4%	0.289
No	239	96,6%	10	4,0%		528	95,8%	23	4,2%	
Tipo de hogar										
Unipersonal	151	95,0%	8	5,0%	0.205	306	96,8%	10	3,2%	0.328
Convive con otras personas	752	96,7%	26	3,3%		849	96,0%	35	4,0%	
Contacto no presencial										
No tiene contacto	57	96,6%	2	3,4%	0.617	67	94,4%	4	5,6%	0.277
Tiene contacto	841	96,2%	33	3,3%		1081	96,3%	41	3,7%	
Satisfacción relaciones personales										
Bajo	8	80,0%	2	20,0%	0.013	14	100%	0	0,0%	0.685
Medio	380	95,7%	17	4,3%		485	95,8%	21	4,2%	
Alto	498	97,1%	15	2,9%		633	96,3%	24	3,7%	
Estado de salud										
Regular, malo o muy malo	338	94,7%	19	5,3%	0.035	525	96,0%	22	4,0%	0.382
Bueno o muy bueno	564	97,2%	16	2,8		629	96,5%	23	3,5%	
Necesidad de ayuda										
No necesita ayuda	816	96,2%	32	3,8%	0.555	928	96,6%	33	3,4%	0.163
Necesita ayuda	88	96,7%	3	3,3%		226	95,0%	12	5,0%	
Satisfacción logros alcanzados										
Bajo	8	66,7%	4	33,3%	0.000	25	92,6%	2	7,4%	0.519
Medio	485	96,4%	18	3,6%		653	95,9%	28	4,1%	
Alto	379	97,2%	11	2,8%		431	96,6%	15	3,4%	
Satisfacción seguro y protegido que se siente										
Bajo	7	46,7%	8	53,3%	0.000	10	76,9%	3	23,1%	0.000
Medio	44	97,2%	13	2,8%		573	95,7%	26	4,3%	
Alto	430	97,3%	12	2,7%		542	97,3%	15	2,7%	
Satisfacción seguridad respecto a su futuro										
Bajo	32	80,0%	8	20,0%	0.000	55	85,9%	9	14,1%	0.000
Medio	498	96,9%	16	3,1%		611	95,8%	27	4,2%	
Alto	313	97,2%	9	2,8%		383	98,2%	7	1,8%	

También se encontró relación estadísticamente significativa entre esta variable y el índice de bienestar, de tal forma que las personas que perciben residir en un barrio amigable obtienen unos resultados en bienestar superiores a las que no ( $\bar{x}=64,54$  frente al  $\bar{x}=54,50$ ) (Tabla 27).

**Tabla 31. Percepción de amigabilidad del barrio según bienestar**

	Percepción de amigabilidad						p
	Sí			No			
	n	$\bar{x}$	$\sigma$	n	$\bar{x}$	$\sigma$	
Bienestar subjetivo	2023	64,54	21,83	80	54,50	27,67	0,000

Esta relación entre percepción de amigabilidad del barrio y el bienestar parece ser estadísticamente significativa en hombres, pero no en mujeres (Tabla 28).

**Tabla 32. Percepción de amigabilidad del barrio según bienestar y sexo**

	Hombres						p	Mujeres						p
	Sí			No				Sí			No			
	n	$\bar{x}$	$\sigma$	n	$\bar{x}$	$\sigma$		n	$\bar{x}$	$\sigma$	n	$\bar{x}$	$\sigma$	
Bienestar subjetivo	900	68,24	19,76	24	57,66	29,46	0.011	1149	61,43	23,03	29	53,73	26,66	0.077

#### 4.2.2. Componentes de amigabilidad

A continuación se describen los resultados obtenidos en los denominados componentes de amigabilidad según las 8 áreas establecidas por la OMS.

##### 4.2.3.1 Área 1. Espacios y edificios al aire libre

Según los resultados de la encuesta, un 14,3 % de las personas de 55 y más años declaran encontrarse con barreras en el entorno inmediato (por ejemplo: mal estado de las aceras o calles, obras, suciedad, zonas inseguras, etc.). Este tipo de barreras son percibidas en mayor proporción por mujeres que por hombres (17,42% frente al 11,44%). Y por las personas de más edad, frente a la más jóvenes (31,5% frente a 8,4%) (Tabla 29 y Tabla 30).

Respecto a la sensación de seguridad, un 10,6% declara que el lugar en el que reside tiene problemas de delincuencia, violencia o vandalismo. Las mujeres también aquí perciben en mayor número esta inseguridad (12,07% frente al 9,37%). En esta variable no se encontraron diferencias significativas sobre la edad (Tabla 29 y Tabla 30).

Considerando la cercanía o los horarios de apertura las personas se posicionaron también sobre la dificultad de acceso al parque o zona verde y al supermercado o tienda de alimentación. Aquí un 5,8% declara encontrar dificultades para acceder al parque o zona verde y un 7,2% al supermercado o tienda de alimentación. En este sentido las personas octogenarias encuentran en un 23,5% dificultad de acceso al parque o zona verde y un 18,5% al supermercado o tienda de alimentación (Tabla 29).

**Tabla 33. Percepción del entorno según edad.**

Variables	Edad						p
	55-64		65-79		80 y más		
	n	%	n	%	n	%	
Barreras en el entorno inmediato							
Sí	82	8,4%	134	12,9%	151	31,7%	0.000
No	889	91,6%	906	87,1%	326	68,3%	
Percepción de entorno inseguro							
Sí	99	10,4%	124	12,2%	42	9,0%	0.151
No	854	89,6%	895	87,8%	427	91,0%	
Dificultad de acceso parque o zona verde							
Sí	52	7,4%	58	9,3%	36	23,5%	0.000
No	654	92,6%	566	90,7%	117	76,5%	
Dificultad de acceso a supermercado o tienda de alimentación							
Sí	38	4,0%	77	7,7%	66	18,5%	0.000
No	924	96,0%	925	92,3%	290	81,5%	

También se encontraron diferencias de género, las mujeres declaran en mayor medida que los hombres dificultades de acceso tanto al parque (9,79% frente al 6,27%) como a la tienda de alimentación (5,2% frente a 9,9%) (Tabla 30).



**Tabla 34. Percepción del entorno según sexo**

Variables	Hombre		Mujer		p
	n	%	n	%	
Barreras entorno inmediato					
Si	23	11,4%	19	17,4%	0,000
No	983	88,6%	1138	82,6%	
Percepción de entorno inseguro					
Si	102	9,4%	163	12,1%	0,019
No	987	90,6%	1188	87,9%	
Dificultad de acceso parque o zona verde					
Si	68	6,27%	129	9,79%	<0,001
No	1017	93,7%	1188	90,2%	
Dificultad de acceso a supermercado o tienda de alimentación					
Si	55	5,2%	126	9,9%	0,000
No	992	94,8%	1148	90,1%	

La percepción de amigabilidad aumenta cuando no hay barreras en el entorno inmediato, cuando las personas perciben residir un entorno seguro y cuando no tienen dificultades de acceso al supermercado o tienda de alimentación. El acceso a parques y zonas verdes no mostró asociación con la percepción de amigabilidad (Tabla 31).

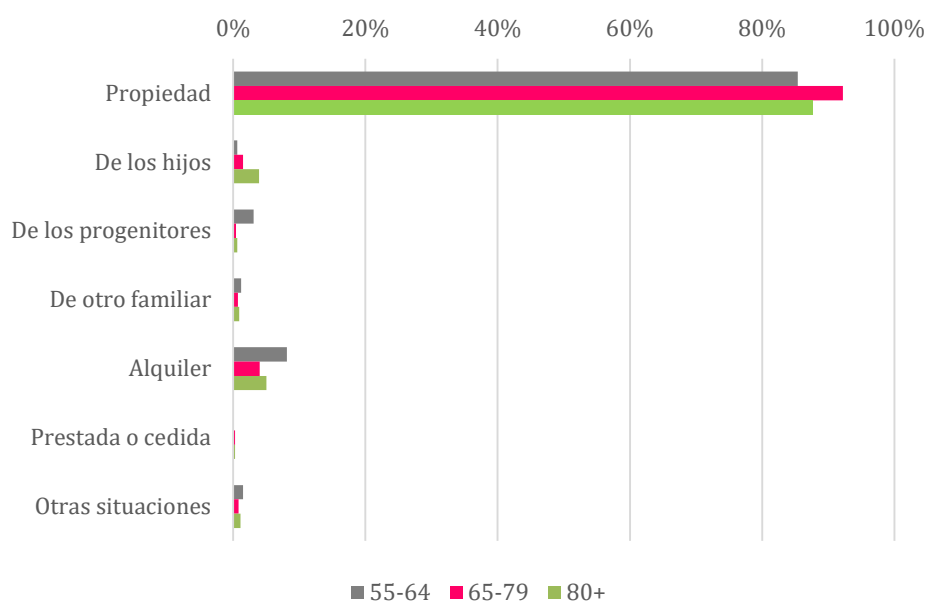
**Tabla 35. Percepción de amigabilidad según percepción del entorno**

Variables	Amigable		No amigable		p
	n	%	N	%	
Barreras en el entorno inmediato					
No	1801	97,1%	53	2,9%	<0.001
Si	252	90,6%	26	9,4%	
Percepción de entorno inseguro					
No	1819	97,8%	40	2,2%	<0.001
Si	195	83%	40	17%	
Dificultad de acceso a parque y zona verde					
No	1162	97%	36	3%	0.190
Si	117	95,1%	6	4,9%	
Dificultad de acceso a supermercado o tienda de alimentación					
No	992	94,70%	1148	90,10%	0,000
Si	55	5,30%	126	9,90%	

#### 4.2.3.2 Área 2. Vivienda

La gran mayoría de las personas mayores de Euskadi reside en una vivienda en propiedad (94,3%). Ese porcentaje baja con el descenso de la edad, es decir, entre las personas de más jóvenes, la vivienda en propiedad es algo más reducida, aunque los porcentajes siguen siendo muy elevados (90,2%). Destaca, también en este grupo un mayor porcentaje de personas que vive de alquiler, aunque sigue siendo una cifra baja, el 8,1% ( $p < 0,001$ ) (Imagen 22).

**Imagen 22. Régimen de tenencia por grupos de edad**



Todos los indicadores incluidos en esta área tienen relación significativa con la edad. Respecto a la accesibilidad de la vivienda, un 9,2% de las personas de 55 y más años declara tener problemas para moverse en el interior de su vivienda (ejemplo: al utilizar la bañera, coger utensilios de los armarios, tender la ropa, meter o sacar la ropa de la lavadora, etc.). Este porcentaje se eleva al 18% entre las personas octogenarias ( $p < 0,001$ ). Por otro lado, un 15,1% de la población total encuestada también declara problemas en el acceso a su edificio (ejemplo: escaleras, puerta pesada, etc.). Esta cifra se eleva al 27,7% entre las personas de más de 80 años ( $p < 0,001$ ). Residir en una vivienda adaptada es una realidad para un 43,8% de las personas encuestadas. Y en este caso, el porcentaje de población que reside en viviendas adaptadas aumenta con la edad, hasta el 48,30% entre las octogenarias ( $p = 0,043$ ) (Tabla 32).

**Tabla 36. Variables relacionadas con la vivienda según edad**

Variables	Edad						p
	55-64		65-79		80 y más		
	n	%	n	%	n	%	
Barreras en el interior de la vivienda							
No	914	93,90%	959	91,90%	391	82,00%	0.000
Si	59	6,10%	85	8,10%	86	18,00%	
Barreras en el acceso al edificio							
No	883	90,70%	889	85,20%	343	72,20%	0.000
Si	91	9,30%	154	14,80%	132	27,80%	
Régimen de tenencia							
Propiedad	878	90,30%	990	94,80%	445	93,50%	0.000
Otras situaciones	94	9,70%	54	5,20%	31	6,50%	
Vivienda adaptada							
Sí	383	41,20%	445	44,10%	224	48,30%	0.043
No	546	58,80%	565	55,90%	240	51,70%	

En todas las variables que componen el Área 2. Vivienda, existen diferencias de género. De tal manera que las mujeres en mayor porcentaje que los hombres perciben barreras en el interior de la vivienda (10.93% frente al 7.18%) y en el acceso al edificio (17.63% frente al 11.95%). Respecto al régimen de tenencia, el porcentaje de mujeres es superior al de hombres en viviendas en propiedad, ya sea suya o de su cónyuge, de sus hijos/as o de otro familiar. También la cifra es algo más elevada de hombres en el caso de personas que residen en viviendas adaptadas (Tabla 33).

**Tabla 37. Variables relacionadas con la vivienda según sexo**

Variables	Hombre		Mujer		p
	n	%	n	%	
Barreras en el interior de la vivienda					
No	1034	92,8%	1230	89,1%	0,001
Si	80	7,2%	151	10,9%	
Barreras en el acceso al edificio					
No	980	88,1%	1135	82,4%	0,000
Si	133	11,9%	243	17,6%	
Régimen de tenencia					
Propiedad	1017	91,3%	1296	94%	0.005
Otra forma	97	8,7%	82	6%	
Vivienda adaptada					
No	580	53,8%	771	58,3%	0,015
Si	499	46,3%	552	41,7%	

La percepción de amigabilidad aumenta cuando no hay barreras en el acceso al edificio y entre las personas que residen en una vivienda en propiedad. Las otras variables incluidas en esta área no mostraron asociación con la amigabilidad (Tabla 34).

**Tabla 38. Percepción de amigabilidad según vivienda**

Variables	Amigable		No amigable		p
	n	%	N	%	
Barreras en el interior de la vivienda					
No	1907	96,4%	72	3,6%	0.361
Si	150	95,5%	7	4,5%	
Barreras en el acceso al edificio					
No	1794	96,6%	63	3,4%	0.044
Si	262	94,2%	16	5,8%	
Régimen de tenencia					
Propiedad	1916	96,5%	70	3,5%	0,046
Otras situaciones	138	93,2%	10	6,8%	
Vivienda adaptada					
Sí	860	96,8%	28	3,2%	0.109
No	1113	95,7%	50	4,3%	

### 4.2.3.3 Área 3. Transporte

En el área de transporte se han incluido 2 indicadores. Los resultados aquí muestran que un 11,8% de las personas de 55 y más años en Euskadi, declara encontrarse con barreras a la hora de moverse en el transporte público. Y que existe una relación directa de esta variable con la edad, a mayor edad aumenta el porcentaje de personas que percibe barreras, llegando al 32,3% entre las personas octogenarias ( $p < 0,001$ ). También un 11,8% declara tener dificultades de acceso al transporte público teniendo en cuenta la cercanía, los horarios o la distancia respecto de su hogar. Entre las personas de 80 y más un 29,8% de encuentra en esta situación ( $p < 0,001$ ) (Tabla 35).

**Tabla 39. Accesibilidad del transporte según sexo y edad**

Variables	Edad						p
	55-64		65-79		80 y más		
	n	%	n	%	n	%	
Dificultad de acceso al transporte público							
No	927	95,4%	934	90,2%	321	70,4%	0,000
Si	45	4,6%	102	9,8%	135	29,6%	
Barreras en el transporte público							
No	920	94,7%	945	91,0%	316	67,7%	0,000
Si	52	5,3%	93	9,0%	151	32,3%	

También existe relación entre el sexo y estas variables. Las mujeres en mayor porcentaje que los hombres tienen dificultades de acceso al transporte público (13.80% frente al 8.60%) y declaran barreras en el uso de este tipo de transporte (14.40% frente 8.90%) (Tabla 36).

**Tabla 40. Accesibilidad del transporte según sexo**

Variables	Hombre		Mujer		p
	n	%	n	%	
Dificultad de acceso al transporte público					
No	1010	91,4%	1172	86,2%	0,000
Si	95	8,6%	187	13,8%	
Barreras en el transporte público					
No	1010	91,1%	1170	85,6%	0,000
Sí	99	8,9%	197	14,4%	

En el cruce con la percepción de amigabilidad se observa que esta aumenta cuando no se perciben dificultades de acceso al transporte público (Tabla 37).

**Tabla 41. Percepción de amigabilidad según accesibilidad del transporte**

Variables	Amigable		No amigable		p
	n	%	N	%	
Dificultad de acceso al transporte público					
No	1856	96,6%	66	3,4%	0.032
Si	189	93,6%	13	6,4%	
Barreras en el transporte público					
No	1855	96,4%	70	3,6%	0.328
Sí	192	95,5%	9	4,5%	

#### 4.2.3.4 Área 4. Participación social

En esta área se incluyen las siguientes actividades de tiempo libre: ejercicio físico, actividades de ocio doméstico, actividades sociales, culturales, educativas, hacer turismo o viajes e ir a actos religiosos. Todas las variables han resultado estadísticamente significativas en su cruce con la edad ( $p=0.000$ ).

Las actividades de ejercicio físico son realizadas por un elevado porcentaje de personas de 55 y más años. Pero la realización de esta práctica está relacionada con la edad. El 91.3% de las personas entre 55 y 64 realiza alguna actividad física o deportiva. En el

tramo de edad de 65 a 79 años, esta cifra es del 89.2% y entre las personas de edad avanzada, las octogenarias, la proporción desciende al 74.1%. Entre las actividades que aquí se recogen se incluyen hacer deporte, ejercicio, andar, ir al monte, etc. (Tabla 38).

**Tabla 42. Realización de actividades de tiempo libre por grupos de edad**

Variables	55-64	65-79	80+	P
Actividad física o deporte				
Realiza	91,3%	89,2%	74,1%	
No realiza	8,7%	10,8%	25,9%	0.000
Actividades ocio doméstico (hobbies)				
Realiza	55,0%	50,4%	38,1%	
No realiza	45,0%	49,6%	61,9%	0.000
Actividades culturales				
Realiza	63,4%	44,7%	15,5%	
No realiza	36,6%	55,3%	84,5%	0.000
Actividades sociales				
Realiza	8,7%	15,5%	40,4%	
No realiza	91,3%	84,5%	59,6%	0.000
Turismo				
Realiza	74,8%	62,9%	27,0%	
No realiza	25,2%	37,1%	73,0%	0.000
Actividades religiosas				
Realiza	45,9%	61,8%	61,5%	
No realiza	54,1%	38,2%	38,5%	0.000
Actividades educativas				
Realiza	20,4%	10,6%	2,7%	
No realiza	79,6%	89,4%	97,3%	0.000

En las actividades englobadas como ocio doméstico se encuentran: cuidar de un huerto o jardín, hacer manualidades, bricolaje, punto, ganchillo, etc. Todas estas tareas descritas tienen una vinculación con el trabajo y la vida doméstica. Este tipo de actividades es realizado con una frecuencia variada por la mitad de la población de 55 y más años. Y según aumenta la edad, desciende el porcentaje de personas que las realiza, al 38.1% entre las personas octogenarias (Tabla 38).



En el marco de las actividades culturales se especifican: ir al cine, al teatro, acudir a exposiciones, asistir a charlas, etc. Más de la mitad de las personas de 55 y más años reconocen no realizar nunca actividades de este tipo. Esta cifra se incrementa hasta el 84.5% en las personas que han superado los 80 años. Las personas que realizan este tipo de actividades son el 63.4% de las personas entre 55 a 64 años, el 44.7% entre las de 65 a 79 años y el 15.5% entre las de edades más avanzadas, los 80 años (Tabla 38).

Denominadas como actividades de vida social se enmarcan aquellas prácticas de interacción social como: salir a comer o cenar, reunirse con las amistades, ir al bar-cafetería, ir a bailar, ir al club o centro de mayores, etc. El 82.4% de las personas de 55 y más años realizan estas actividades. Un 91.3% de las personas de entre 55 a 64 años, un 84.5% entre las de 65 a 74 y un 59.6% entre las de 80 y más años. También existe una relación directa con la edad, según esta aumenta descende la práctica de estas actividades (Tabla 38).

Por otro lado, según los datos de la encuesta, 6 de cada 10 personas de 55 y más años realizan actividades en forma de viajes, excursiones o turismo. Estas actividades están más presentes entre la población más joven, siendo casi mayoritaria (74.8%). El descenso de estas prácticas entre la población octogenaria es considerable, ya que sólo un 27.0% declara realizarlas (Tabla 38).

Asistir a actor religiosos es la única actividad en la que aumenta el porcentaje de población practicante con el incremento de la edad. Las personas octogenarias la realizan en mayor proporción que las personas de menor edad. Este tipo de actividades es practicada por un 45.9% de las personas de 55 y más años y por un 61.5% entre las personas de 80 y más años (Tabla 38).

Finalmente, un 12.9% de las personas de 55 y más años ha asistido a algún curso, universidad, clases, etc. Esta práctica es también mayoritaria entre las personas más jóvenes (20.4%) y está muy poco extendida entre las de más edad (2.7%) (Tabla 38).

**Tabla 43. Participación social según sexo**

Variables	Hombre		Mujer		p
	n	%	n	%	
Actividad física					
Realiza	1020	91,5%	1155	83,6%	0,000
No realiza	95	8,5%	226	16,4%	
Actividades de ocio doméstico (hobbies)					
Realiza	481	43,1%	762	55,2%	0,000
No realiza	634	56,9%	619	44,8%	
Actividades culturales					
Realiza	495	44,4%	663	48,0%	0,039
No realiza	620	55,6%	718	52,0%	
Actividades sociales					
Realiza	954	85,6%	1102	79,8%	0,000
No realiza	161	14,4%	279	20,2%	
Turismo					
Realiza	730	65,4%	786	56,9%	0,000
No realiza	386	34,6%	595	43,1%	
Actos religiosos					
Realiza	523	46,9%	863	62,5%	0,000
No realiza	592	53,1%	518	37,5%	
Actividades educativas					
Realiza	132	11,8%	190	13,8%	0,086
No realiza	983	88,2%	1191	86,2%	

Respecto al género, todas las variables incluidas en participación social también están relacionadas excepto la realización de actividades educativas. Por un lado, el 91,5% de los hombres y 83,6% el % de las mujeres practican ejercicio físico ( $p=0.000$ ). Un 43,1% de los hombres y un 55,2% de las mujeres realizan actividades de ocio doméstico ( $p=0.000$ ). Un 44,4% de los hombres y un 48,0% de las mujeres realizan actividades culturales ( $p=0.039$ ). Un 85,6% de los hombres y un 79,8% de las mujeres realizan

actividades sociales ( $p=0.000$ ). Un 65,4% de los hombres y un 56,9% de las mujeres realizan actividades de turismo ( $p=0.000$ ). El 46,9% de los hombres acude a actos religiosos y el 62,5% de las mujeres ( $p=0.000$ ). Y respecto a las actividades educativas, el 11,8% de los hombres y el 13,8% de las mujeres informa que las realizan ( $p=0,086$ ). De esta forma se observa que los hombres predominan en las actividades físicas, las sociales y el turismo, mientras que ellas predominan en el ocio doméstico, las actividades culturales y la asistencia a actos religiosos (Tabla 39).

En cuanto a su relación con la percepción de amigabilidad, se observa que ésta se relaciona de forma positiva con la realización de alguna actividad física, quienes participan en actividades culturales, sociales y de turismo (Tabla 40).

**Tabla 44. Percepción de amigabilidad según participación social**

Variables	Amigable		No amigable		p
	n	%	n	%	
Actividad física					
Realiza	1851	96,6%	65	3,4%	0.015
No realiza	206	93,2%	15	6,8%	
Actividades de ocio					
Realiza	1044	96,6%	37	3,4%	0.251
No realiza	1014	95,9	43	4,1%	
Actividades culturales					
Realiza	1030	97,3%	29	2,7%	0.010
No realiza	1027	95,3%	51	4,7%	
Actividades sociales					
Realiza	1758	96,9%	56	3,1%	<0.001
No realiza	300	92,6%	24	7,4%	
Turismo					
Realiza	1326	97,4%	36	2,6%	<0.001
No realiza	731	94,3%	44	5,7%	
Actos religiosos					
Realiza	1185	96,7%	41	3,3%	0.186
No realiza	872	95,8%	38	4,2%	
Actividades educativas					
Realiza	283	96,9%	9	3,1%	0.344
No realiza	1775	96,2%	70	3,8%	

#### 4.2.3.5 Área 5. Respeto e inclusión social

En esta área se incluyó la variable “sentido de pertenencia a una comunidad o grupo” con una escala de satisfacción de 0 a 10. El resultado muestra que la media de satisfacción con el sentido de pertenencia en las personas de 55 y más años en Euskadi es del 7,2. Y no se observan diferencias significativas respecto al sentimiento de pertenencia según género, pero sí de edad. Las personas octogenarias tienen menor sentimiento de pertenencia que el resto ( $p=0,006$ ) (Tabla 41 y Tabla 42).

**Tabla 45. Sentimiento de pertenencia según sexo**

Variables	Hombre		Mujer		P
	n	%	n	%	
Sentimiento de pertenencia a una comunidad o grupo					
Bajo	11	1,2%	29	2,5%	0.098
Medio	468	51,4%	580	50,6%	
Alto	431	47,4%	537	46,9%	

**Tabla 46. Sentimiento de pertenencia según edad**

Variables	55-64		65-79		80+		P
	n	%	n	%	n	%	
Sentimiento de pertenencia a una comunidad o grupo							
Bajo	18	2,1	15	1,7	8	2,6	0.000
Medio	404	47,8	451	49,9	193	62,9	
Alto	423	50,1	438	48,5	106	34,5	

También existe relación de esta variable con la percepción de amigabilidad. Las personas que tienen un mayor sentido de pertenencia a la comunidad, tienen mayor percepción de amigabilidad que quienes no lo tienen ( $p=0.000$ ) (Tabla 43).

**Tabla 47. Sentimiento de pertenencia según amigabilidad**

Variables	Amigable		No amigable		P
	n	%	n	%	
Sentimiento de pertenencia a una comunidad o grupo					
Bajo	31	1,6%	9	11,8%	
Medio	990	50,4%	45	59,2%	
Alto	944	48,0%	22	28,9%	0.000

#### 4.2.3.6 Área 6. Participación cívica y empleo

En esta área se incluyen las variables de participación en organizaciones y trabajos voluntarios, de participación política y participación en el mercado de trabajo.

Según la información recogida en la encuesta, un 18.7% de las personas de 55 y más años participan haciendo trabajos voluntarios en uno o más de los diferentes tipos de organizaciones como: servicios sociales y para la comunidad (ej. organizaciones que asisten a personas mayores, jóvenes, personas con discapacidad y otros colectivos con necesidades especiales); asociaciones educativas, culturales, deportivas o profesionales, gastronómicas, corales y literarias; movimientos sociales (p ej.: medioambiental, derechos humanos) o benéficos (recaudación de fondos, campañas); partidos políticos, sindicatos; asociaciones de vecinos; grupos parroquiales (ej, catequesis, cofradías), etc. Los porcentajes se distribuyen de esta manera: un 5.2% participa en organizaciones de tipo social, un 6.9% en asociaciones, un 3.9% en movimientos social, un 2.0% en partidos políticos y/o sindicatos, un 4.5 en asociaciones de vecinos y un 4.1% en grupos parroquiales.

En su relación con la edad, la mayor participación comunitaria se encuentra en el grupo de 55 a 64 años en asociaciones educativas, culturales, etc. (9,5%). En el grupo de personas de 80 años y más, destaca su participación en los grupos parroquiales (4,8%)

sobre el resto de grupos, aunque este resultado no es estadísticamente significativo (Tabla 44).

**Tabla 48. Personas que realizan trabajos voluntarios no remunerados por edad**

Participación en...	Edad						p
	55-64		65-79		80+		
	n	%	n	%	n	%	
Servicios sociales y para la comunidad							
Realiza	50	5,1	60	5,7	19	4,0	
No realiza	924	94,9	984	94,3	459	96,0	0.349
Asociaciones educativas, culturales, etc.							
Realiza	92	9,5	63	6,0	16	3,3	
No realiza	881	90,5	982	94,0	462	96,7	0.000
Movimientos sociales y benéficos							
Realiza	55	5,6	33	3,2	10	2,1	
No realiza	919	94,4	1011	96,8	468	97,9	0.001
Partidos políticos							
Realiza	24	2,5	19	1,8	6	1,3	
No realiza	949	97,5	1025	98,2	472	98,7	0.268
Asociaciones de vecinos							
Realiza	56	5,8	39	3,7	16	3,3	
No realiza	917	94,2	1005	96,3	462	96,7	0.038
Grupos parroquiales (catequesis, cofradías, etc.)							
Realiza	35	3,6	43	4,1	23	4,8	
No realiza	938	96,4	1001	95,9	455	95,2	0.538
Otras organizaciones							
Realiza	36	3,7	28	2,7	9	1,9	
No realiza	937	96,3	1016	97,3	469	98,1	0.129

Aunque en la anterior variable también se contempla la participación política, entre los componentes de amigabilidad se ha incluido una variable más desagregada donde se pregunta por diferentes tipos de participación en este sentido (participación en sindicatos, en manifestaciones o contacto con algún político/a). En los resultados se observa que todas ellas están relacionadas con la edad, de tal forma que las personas con menor edad participan en mayor medida (Tabla 45).

**Tabla 49. Participación política según edad**

Participación en...	Edad						p
	55-64		65-79		80+		
	n	%	n	%	n	%	
Sindicatos							
Realiza	70	7,2	34	3,3	6	1,3	0.000
No realiza	898	92,8	1004	96,7	472	98,7	
Participación en manifestación							
Realiza	150	15,5	64	6,2	5	1,0	0.000
No realiza	820	84,5	976	93,8	473	99,0	
Contactado con algún político							
Realiza	50	5,2	37	3,6	10	2,1	0.014
No realiza	918	94,8	1000	96,4	466	97,9	

Respecto al género, los hombres destacan frente a las mujeres en organizaciones de tipo asociativo y partidos políticos. Las mujeres en servicios sociales y para la comunidad y en grupos parroquiales (Tabla 46).

**Tabla 50. Personas que realizan trabajos voluntarios no remunerados por sexo**

Participación en...	Sexo				p
	Hombre		Mujer		
	n	%	n	%	
Servicios sociales y para la comunidad					
Realiza	53	4,8%	76	5,5%	0,227
No realiza	1062	95,2%	1305	94,5%	
Asociaciones educativas, culturales, gastronómicas, etc.					
Realiza	103	9,2%	68	4,9%	0,000
No realiza	1012	90,8%	1313	95,1%	
Movimientos sociales y benéficos					
Realiza	50	4,5%	48	3,5%	0,119
No realiza	1066	95,5%	1333	96,5%	
Partidos políticos					
Realiza	38	3,4%	11	0,8%	0,000
No realiza	1077	96,6%	1370	99,2%	
Asociaciones de vecinos					
Realiza	48	4,3%	64	4,6%	0,384
No realiza	1067	95,7%	1317	95,4%	

**Tabla 51 (cont.). Personas que realizan trabajos voluntarios no remunerados por sexo**

Participación en...	Hombre		Mujer		p
	n	%	n	%	
Grupos parroquiales (catequesis, cofradías, etc.)					
Realiza	33	3,00%	68	4,90%	0,008
No realiza	1082	97,00%	1313	95,10%	
Otras organizaciones					
Realiza	29	2,60%	45	3,30%	0,2
No realiza	1086	97,40%	1336	96,70%	

Respecto a la participación política, en todas estas actividades los porcentajes de hombres son más elevados que los de mujeres y existe una relación estadísticamente significativa (Tabla 47).

**Tabla 52. Participación política según sexo**

Participación en...	Sexo				p
	Hombre		Mujer		
	n	%	n	%	
Sindicatos					
Realiza	70	6,3%	39	2,8%	0,000
No realiza	1037	93,7%	1338	97,2%	
Participación en manifestación					
Realiza	125	11,3%	94	6,8%	0,000
No realiza	985	88,7%	1284	93,2%	
Contactado con algún político					
Realiza	52	4,7%	44	3,2%	0,036
No realiza	1056	95,3%	1329	96,8%	

En cuanto a la percepción de amigabilidad, entre actividades de participación voluntaria solamente se encontró relación con la participación en grupos parroquiales,



las personas que participan, perciben como no amigable su barrio en mayor medida que las que realizan estas actividades (Tabla 48).

**Tabla 53. Percepción de amigabilidad según participación voluntaria y política**

Participación en...	Percepción amigabilidad				p
	Amigable		No amigable		
	n	%	n	%	
Servicios sociales y para la comunidad					
Realiza	115	95,8%	5	4,2%	0.470
No realiza	1943	96,3%	75	3,7%	
Asociaciones educativas, culturales, etc.					
Realiza	150	94,3%	9	5,7%	0.136
No realiza	1907	96,4%	71	3,6%	
Movimientos sociales y benéficos					
Realiza	91	97,8%	2	2,2%	0.313
No realiza	1966	96,2%	78	3,8%	
Partidos políticos					
Realiza	46	92,0%	4	8,0%	0.114
No realiza	2012	96,4%	76	3,6%	
Asociaciones de vecinos					
Realiza	101	98,1%	2	1,9%	0.247
No realiza	1956	96,2%	78	3,8%	
Grupos parroquiales					
Realiza	89	91,8%	8	8,2%	0.024
No realiza	1969	96,5%	71	3,5%	
Otras organizaciones					
Realiza	63	92,6%	5	7,4%	0.108
No realiza	1994	96,4%	75	3,6%	
Sindicatos					
Realiza	98	94,2%	6	85%	0.193
No realiza	1951	96,3%	74	3,7%	
Participación en manifestación					
Realiza	195	94,2%	12	5,8%	0.081
No realiza	1857	96,5%	68	3,5%	
Contacto con algún político					
Realiza	85	96.6%	77	3.8%	0.576
No realiza	1962	96.2%	3	3.4%	

Dentro de esta área también se incluye la participación en el mercado de trabajo. Los resultados muestran que del total de la muestra un 15,9% de personas se encuentran trabajando, el 60% se declara jubilada o pensionista, un 18,7% informa que se dedica a las actividades domésticas y un 4,5% declara estar en el paro.

En los datos pueden observarse muchas diferencias dependiendo de la edad. Por ejemplo, en el grupo de personas entre 55 y 64 años existe un alto porcentaje que trabaja (39,4%) (Tabla 49).

**Tabla 54. Relación con la actividad según edad**

	Edad						p
	55-64		65-79		80+		
	n	%	n	%	n	%	
Trabaja	384	39,4	11	1,1	3	0,6	0.000
No trabaja	590	60,6	1033	98,9	475	99,4	

Y también diferencias de género. Un 18,4% del total de hombres trabaja frente al 14,0% de las mujeres. (Tabla 50)

**Tabla 55. Relación con la actividad según sexo**

	Sexo				p
	Hombre		Mujer		
	n	%	n	%	
Trabaja	205	18,4	193	14	0.002
No trabaja	910	81,6	1188	86	

La relación con la actividad, no parece, sin embargo, estar asociada con la percepción de amigabilidad (Tabla 51).

**Tabla 56. Relación con la actividad según percepción de amigabilidad**

	Percepción amigabilidad				p
	Amigable		No amigable		
	n	%	n	%	
Trabaja	327	15,9	8	10,1	0.106
No trabaja	1730	84,1	71	89,9	

#### 4.2.3.7 Área 7. Información y comunicación

En esta área se han incluido las variables relacionadas con la disponibilidad de dispositivos y servicios utilizados para la comunicación entre personas como son el teléfono fijo, el móvil, el ordenador o la Tablet, la disponibilidad de acceso a internet (incluido móvil o Tablet) y su uso.

Casi la totalidad de las personas mayores en el País Vasco disfrutan de teléfono fijo (92.6%), y la gran mayoría de teléfono móvil (78.5%). Una de cada tres dispone de ordenador o Tablet y de acceso a internet en sus hogares.

Respecto al teléfono móvil existen diferencias según edad: mientras que más del 95% de las personas de 55 a 64 años lo tienen, este porcentaje desciende al 62,9% de las personas de 80 años o más. Así mismo, tres de cada cuatro personas de 55 a 64 años tienen ordenador o Tablet y acceso a Internet, mientras que entre las personas de 80 años o más solo una de cada cuatro ( $p < 0,001$ ). En el uso de internet, un 36.8% de las personas de 55 y más años declara haberlo utilizado internet a lo largo del último año. Las personas más jóvenes lo usan 6 de cada 10, mientras que las de edad avanzada sólo lo utilizan un 7.5%, es decir, 7 de cada 100 personas. Todas estas variables se relacionan significativamente con la edad (Tabla 52).

**Tabla 57. Disponibilidad de equipamientos de comunicación en el hogar y uso de internet por grupos de edad**

	Edad						p
	55-64		65-79		80+		
	n	%	n	%	n	%	
Dispone de teléfono móvil							
No	44	4,5%	149	14,3%	177	37,0%	0.000
Si	927	95,5%	895	85,7%	301	63,0%	
Dispone de teléfono fijo							
No	111	11,4%	76	7,3%	36	7,5%	0.002
Si	860	88,6%	967	92,7%	442	92,5%	
Dispone de ordenador o Tablet							
No	226	27,5%	611	58,6%	372	78,3%	0.000
Si	703	72,5%	432	41,4%	103	21,7%	
Dispone de acceso a Internet en la vivienda							
No	247	25,5%	620	59,6%	364	76,3%	0.000
Si	722	74,5%	421	40,4%	113	23,7%	
Uso de Internet							
No	382	39,3%	752	72,0%	443	92,5%	0.000
Sí	591	60,7%	292	28,0%	36	7,5%	

Respecto al género, una mayor proporción de hombres que de mujeres disponen de teléfono móvil, Tablet y acceso a Internet. Un 42,5% de los hombres utiliza internet mientras que entre las mujeres esta proporción llega al 32,3% (p=0.000). La única variable sin relación con el género es la disponibilidad de teléfono fijo, que es mayoritaria tanto en hombres como en mujeres (Tabla 53).

**Tabla 58. Área 7 Información y comunicación según sexo**

	Sexo				P
	Hombre		Mujer		
	n	%	n	%	
Dispone de teléfono móvil					
No	133	11,9%	237	17,2%	0,000
Si	982	88,1%	1141	82,8%	
Dispone de teléfono fijo					
No	110	9,9%	113	8,2%	0,084
Si	1005	90,1%	1265	91,8%	
Dispone de ordenador o Tablet					
No	519	46,7%	731	53,1%	0,001
Si	593	53,3%	645	46,9%	
Dispone de acceso a Internet					
No	511	46,0%	720	52,3%	0,001
Si	600	54,0%	656	47,7%	
Uso de Internet					
Realiza	474	42,5%	446	32,3%	0,000
No realiza	641	57,5%	935	67,7%	

Sin embargo, ninguna de estas variables mostró asociación con la percepción de amigabilidad (Tabla 54).

**Tabla 59. Percepción de amigabilidad según información y comunicación**

	Amigable		No amigable		P
	N	%	n	%	
Dispone de teléfono móvil					
No	277	95,8%	12	4,2%	0.398
Si	1778	96,3%	68	3,7%	
Dispone de teléfono fijo					
No	186	9,1%	11	13,8%	0.113
Si	1868	90,9%	69	86,3%	
Dispone de ordenador o Tablet					
No	1023	96,3%	39	3,7%	0.461
Si	1025	96,2%	41	3,8%	
Dispone de acceso a Internet					
No	1019	96,6%	36	3,4%	0.238
Si	1031	95,9%	44	4,1%	
Usa Internet					
Realiza	807	96,8%	27	3,2%	0.193
No realiza	1250	95,9%	53	4,1%	

#### 4.2.3.8 Área 8. Servicios de salud

En el área de servicios sociales y de salud se incluyó una única variable, la dificultad de acceso al centro de salud. Un 8,2% de las personas encuestadas declaró tener dificultades de acceso relacionadas con la cercanía, el horario, etc. Esta cifra se eleva al 24,2% entre las personas octogenarias, mostrando una asociación directa con la edad (Tabla 55).

**Tabla 60. Acceso al centro de salud según edad**

	Edad						p
	55-64		65-79		80+		
	n	%	n	%	n	%	
Dificultad de acceso al centro de salud							
Sí	30	3,1%	64	6,3%	103	24,2%	
No	933	96,9%	950	93,7%	322	75,8%	0.000

Esta variable también se asocia con el sexo. Las mujeres en mayor medida tienen problemas de acceso a este tipo de recursos (Tabla 56).

**Tabla 61. Acceso al centro de salud según sexo.**

	Sexo				p
	Hombre		Mujer		
	n	%	n	%	
Dificultad de acceso al centro de salud					
Sí	68	6,3%	129	9,8%	
No	1017	93,7%	1188	90,2%	0,001

De la misma forma, el acceso al centro de salud mostró asociación con la percepción de amigabilidad, las personas que declaran que su barrio no es amigable, tienen en mayor proporción dificultades de acceso al centro de salud (Tabla 57).

**Tabla 62. Percepción de amigabilidad según acceso al centro de salud**

	Amigable		No amigable		p
	n	%	n	%	
Acceso al centro de salud					
Con dificultad	122	91,0%	12	9,0%	0,003
Con facilidad	1888	96,7%	65	3,3%	

### 4.3. BIENESTAR SUBJETIVO Y AMIGABILIDAD

A continuación se analiza la relación entre todas las variables incluidas como componentes de la amigabilidad en cada una de las 8 áreas y el bienestar subjetivo.

#### 4.3.1. Bienestar y espacios al aire libre

Todas variables incluidas en el área 1 (Espacios al aire libre), están asociadas con bienestar excepto la percepción de inseguridad (problemas de delincuencia, violencia o vandalismo en el lugar donde reside) (Tabla 58).

**Tabla 63. Bienestar subjetivo según entorno**

	Total			
	n	$\bar{X}$	$\sigma$	p
Barreras entorno inmediato				
No	1841	65,4	21,2	0.000
Si	274	55,5	26,6	
Percepción de entorno inseguro				
No	1837	64,5	21,9	0.533
Si	233	63,5	24,8	
Dificultad de acceso al parque o zona verde				
No	1196	66,6	19,6	0.026
Si	120	62,4	22,3	
Dificultad de acceso a supermercado o tienda de alimentación				
No	1900	65,8	21,2	0.000
Si	141	51,0	25,4	

Las barreras en el entorno inmediato y la dificultad de acceso al supermercado o tienda de alimentación se asocian al bienestar subjetivo tanto en mujeres como en hombres. En estos últimos, también está asociada la dificultad de acceso al parque o zona verde aunque con escasa relevancia significativa (Tabla 59).

**Tabla 64. Bienestar subjetivo según entorno por sexo**

	Hombres				Mujeres			
	n	$\bar{x}$	$\sigma$	p	n	$\bar{x}$	$\sigma$	p
Barreras entorno inmediato								
No	837	68.48	19.9		1004	62.88	21.9	
Si	94	63.10	22.5	0.015	180	51.59	27.8	0.000
Percepción de entorno inseguro								
No	823	68.21	19.9		1014	61.43	23.0	
Si	86	68.67	22.7	0.839	147	60.50	25.6	0.649
Dificultad de acceso al parque o zona verde								
No	534	68.85	18.5		662	64.84	20.3	
Si	48	63.03	21.4	0.040	72	61.95	23.0	0.259
Dificultad de acceso a supermercado o tienda de alimentación								
No	859	68.9	19.6		1040	63.13	22.2	
Si	46	55,7	24.2	0.000	95	48.73	25.8	0.000

#### 4.3.2. Bienestar y vivienda

En el ámbito de la vivienda, tanto el régimen de tenencia de esta, como percibir barreras en su interior y en el edificio en el que reside, están relacionadas con el bienestar subjetivo. No es así el vivir en una vivienda adaptada a las situaciones de dependencia (Tabla 60).



**Tabla 65. Bienestar subjetivo según vivienda**

	Total			
	n	$\bar{X}$	$\sigma$	p
Régimen de tenencia				
En propiedad	1968	64,4	22,0	
Otra situación	149	59,9	25,1	0.016
Barreras en el interior de la vivienda				
No	1965	65,0	21,7	
Si	154	53,0	25,4	0.000
Barreras en el acceso al edificio				
No	1839	65,2	21,4	
Si	279	56,9	26,2	0.000
Vivienda adaptada				
No	1151	63,7	23,1	
Si	884	64,4	21,3	0.539

El bienestar subjetivo se asocia a las barreras en el interior de la vivienda tanto para hombres como para mujeres. Para las mujeres, las barreras de acceso al edificio y el régimen de tenencia de la vivienda están también asociados al bienestar, mientras que no para los hombres (Tabla 61).

**Tabla 66. Bienestar subjetivo según vivienda por sexo**

	Hombres				Mujeres			
	n	$\bar{X}$	$\sigma$	p	n	$\bar{X}$	$\sigma$	p
Régimen de tenencia	848	68,3	19,8		1120	61,5	23,1	
En propiedad	85	63,8	24,8	0.051	64	54,8	24,9	0.024
Otra situación								
Barreras en el interior de la vivienda								
No	879	68,3	20,0		1085	62,4	22,7	
Si	52	61,7	23,6	0.021	101	48,5	25,2	0.000
Barreras en el acceso al edificio								
No	839	68,3	20,1		1000	62,6	22,0	
Si	93	64,3	21,5	0.072	186	53,1	27,6	0.000
Vivienda adaptada								
No	485	68,4	21,3		666	60,3	23,7	
Si	416	67,2	19,1	0.354	467	61,9	22,8	0.282

### 4.3.3. Bienestar y transporte

Todas las variables incluidas en el área de Transporte están asociados al bienestar subjetivo ( $p < 0.000$ ). Las personas que perciben barreras en el uso del transporte y dificultad en el acceso, obtienen unos menores índices de bienestar (Tabla 62).

**Tabla 67. Bienestar subjetivo según transporte**

	Total			
	n	$\bar{x}$	$\sigma$	p
Barreras en el transporte público				
No	1911	65,5	21,2	0.000
Si	199	51,1	26,9	
Dificultad de acceso al transporte público				
No	1908	65,6	21,1	0.000
Si	201	50,4	27,0	

Además, las barreras y dificultades de acceso al transporte público están asociados al bienestar subjetivo tanto en mujeres como en hombres ( $p < 0.001$ ) (Tabla 63).

**Tabla 68. Bienestar subjetivo según transporte por sexo**

	Hombres				Mujeres			
	n	$\bar{x}$	$\sigma$	p	n	$\bar{x}$	$\sigma$	p
Barreras en el transporte público								
No	816	69,2	19,0	0.000	989	63,5	21,6	0.000
Si	55	53,0	23,5		99	50,3	26,7	
Dificultad de acceso al transporte público								
No	862	68,5	19,9	0.001	1046	63,2	21,8	0.000
Si	67	59,9	23,1		134	45,7	27,6	

#### 4.3.4. Bienestar y participación social

Aquí también todas las variables incluidas en participación social están asociadas con el bienestar subjetivo. Entre las personas que las practican, los resultados en bienestar son más elevados que entre las que no (Tabla 64).

**Tabla 69. Bienestar subjetivo según actividades de tiempo libre**

	Total			
	n	$\bar{X}$	$\sigma$	p
Actividad física				
Realiza	1903	66,0	21,0	
No realiza	217	47,9	26,3	0.000
Actividades de ocio doméstico				
Realiza	1071	66,3	21,1	
No realiza	1049	61,9	23,1	0.000
Actividades culturales				
Realiza	1056	69,1	18,9	
No realiza	1064	59,2	24,1	0.000
Actividades sociales				
Realiza	1796	66,8	20,6	
No realiza	324	49,3	25,2	0.000
Turismo				
Realiza	1354	69,0	19,8	
No realiza	766	55,6	23,7	0.000
Actos religiosos				
Realiza	1211	65,5	21,7	
No realiza	909	62,3	22,8	0.001
Actividades educativas				
Realiza	288	68,0	20,5	
No realiza	1832	63,5	22,4	0.002

En las diferencias entre hombres y mujeres, se destaca que para ellos participar en actos religiosos o realizar actividades educativas, no se relaciona significativamente con el bienestar. Por el contrario, en las mujeres todas las actividades analizadas obtienen resultados estadísticamente significativos en su relación con el bienestar subjetivo (Tabla 56).

**Tabla 70. Bienestar subjetivo según actividades de tiempo libre por sexo**

	Hombres				Mujeres			
	n	$\bar{X}$	$\sigma$	p	n	$\bar{X}$	$\sigma$	p
Actividad física								
Realiza	875	68,9	25,1		1028	63,5	21,8	
No realiza	59	52,1	19,5	0.000	159	46,4	26,6	0.000
Actividades de ocio doméstico								
Realiza	404	70,6	19,3		668	63,7	21,7	
No realiza	530	65,8	20,8	0.000	519	57,9	24,7	0.000
Actividades culturales								
Realiza	443	71,7	17,4		613	67,2	19,8	
No realiza	490	64,4	22,1	0.000	574	54,7	24,9	0.000
Actividades sociales								
Realiza	817	69,7	18,9		979	64,4	21,6	
No realiza	116	55,0	24,8	0.000	208	46,1	24,8	0.000
Turismo								
Realiza	640	71,1	18,1		714	67,0	21,0	
No realiza	294	60,7	22,8	0.000	473	53,3	23,6	0.000
Actos religiosos								
Realiza	445	69,2	20,3		767	63,3	22,2	
No realiza	489	66,7	20,2	0.060	420	57,3	24,6	0.000
Actividades educativas								
Realiza	114	68,9	20,1		175	67,4	20,8	
No realiza	820	67,7	20,3	0.571	1012	60,1	23,5	0.000

#### 4.3.5. Bienestar, respeto e inclusión social.

El sentido de pertenencia a una comunidad o grupo es otro de los factores asociados al bienestar. Las personas con mayor sentido de pertenencia, obtienen más elevados resultados en la variable de bienestar (Tabla 66).

**Tabla 71. Bienestar subjetivo según sentido de pertenencia**

	Total			
	n	$\bar{X}$	$\sigma$	p
Sentido de pertenencia a una comunidad o grupo				
Bajo	40	37,99	27,44	
Medio	1032	59,84	22,32	
Alto	961	70,68	18,77	0.000

Esta variable también encuentra asociación con el bienestar subjetivo tanto en hombres como en mujeres (Tabla 67).

**Tabla 72. Bienestar subjetivo según sentido de pertenencia por sexo**

	Hombres				Mujeres			
	n	$\bar{x}$	$\sigma$	p	n	$\bar{x}$	$\sigma$	p
Sentido de pertenencia a una comunidad o grupo								
Bajo	11	44,9	29,3		29	35,5	26,8	
Medio	461	64,8	21,0		571	55,8	22,6	
Alto	426	72,7	17,1	0.000	535	69,1	19,9	0.000

#### 4.3.6. Bienestar, participación cívica y empleo

En el área de participación cívica y empleo se incluyeron una serie de variables relacionadas con la participación en diferente tipo de organizaciones voluntarias. Todas estas actividades están asociadas al bienestar subjetivo excepto la participación en grupos parroquiales y otras organizaciones de las enumeradas (Tabla 68).

**Tabla 73. Bienestar subjetivo según participación voluntaria**

	Total			
	n	$\bar{x}$	$\sigma$	p
Servicios sociales y comunitarios				
No	1983	63,7	22,2	
Si	118	71,5	21,6	0.000
Asociaciones educativas, culturales, gastronómicas				
No	1942	63,3	22,3	
Si	159	73,5	18,7	0.000
Movimientos sociales o benéficos				
No	2005	63,8	22,2	
Si	94	70,5	21,1	0.005
Asociaciones vecinales				
No	1996	63,6	22,3	
Si	104	73,3	18,9	0.000

**Tabla 74 (cont.). Bienestar subjetivo según participación voluntaria**

	Total			
	n	$\bar{X}$	$\sigma$	p
Grupos parroquiales				
No	2004	64,1	22,1	0.900
Si	96	64,4	23,8	
Otras Organizaciones				
No	2018	64	22,2	0.124
Si	68	68,2	24	

En el caso de los hombres, el bienestar subjetivo está asociado a las prácticas de actividades en el ámbito de los servicios sociales y para la comunidad, las asociaciones educativas, culturales y gastronómicas. En las mujeres el bienestar está asociado a todo tipo de estas prácticas voluntarias excepto a la participación en grupos parroquiales (Tabla 69).

**Tabla 75. Bienestar subjetivo según participación voluntaria y sexo**

	Hombres				Mujeres			
	n	$\bar{X}$	$\sigma$	p	n	$\bar{X}$	$\Sigma$	p
Servicios sociales y comunitarios								
No	883	67,5	20,3	0.032	1118	60,6	23,2	0.002
Si	50	73,8	19,7		68	69,8	23,0	
Asociaciones educativas, culturales, gastronómicas								
No	839	67,0	20,5	0.000	1122	60,7	23,3	0.001
Si	94	75,8	16,9		64	70,1	20,8	
Movimientos sociales o benéficos								
No	886	67,7	20,3	0.366	1140	60,8	23,2	0.005
Si	48	70,5	20,1		46	70,5	22,3	
Asociaciones vecinales								
No	887	67,5	20,4	0.015	1129	60,6	23,2	0.000
Si	47	74,9	16,5		58	72,0	20,7	
Grupos parroquiales								
No	902	67,9	20,3	0.795	1122	61,1	23,2	0.492
Si	32	66,9	21,5		65	63,1	24,9	
Otras Organizaciones								
No	905	67,9	20,2	0.836	1148	60,9	23,2	0.033
Si	29	67,1	23,2		39	69,0	24,9	

Respecto a la participación política, el bienestar está asociado a la participación en sindicatos y la participación en manifestaciones, pero no al haber tenido contacto con alguna persona de la política (Tabla 70).

**Tabla 76. Bienestar subjetivo según participación política**

	Total			
	n	$\bar{X}$	$\sigma$	p
Participación en sindicatos				
No	2009	63,8	22,2	0.006
Si	104	69,9	22,4	
Participación en manifestaciones				
No	1909	63,6	22,3	0.001
Si	207	69,2	20,8	
Contacto con un político				
No	2022	63,9	22,1	0.138
Si	88	67,5	25,2	

Pero la participación en sindicatos y manifestaciones está asociada al bienestar en el caso de los hombres, pero no en el de las mujeres (Tabla 71).

**Tabla 77. Bienestar subjetivo según participación política por sexo**

	Hombres				Mujeres			
	n	$\bar{X}$	$\sigma$	p	n	$\bar{X}$	$\Sigma$	p
Participación en sindicatos								
No	863	67,4	20,3	0.012	1146	61,1	23,2	0.591
Si	65	73,9	19,2		38	63,1	25,8	
Participación en manifestaciones								
No	814	67,2	20,2	0.015	1096	60,9	23,4	0.074
Si	116	72,1	20,7		90	65,4	20,5	
Contacto con un político								
No	880	67,5	20,2	0.052	1141	61,1	23,1	0.927
Si	47	73,4	21,2		41	60,8	27,9	

Finalmente, respecto a la relación con el mercado de laboral, los resultados mostraron que estar trabajando está asociado con un mayor bienestar en mujeres pero no en hombres (Tabla 72).

**Tabla 78. Bienestar subjetivo según actividad laboral**

	Total				Hombres				Mujeres			
	n	$\bar{X}$	$\sigma$	p	n	$\bar{X}$	$\sigma$	p	n	$\bar{X}$	$\Sigma$	p
Relación con la actividad												
Trabaja	335	69,8	19,4		167	70,3	19,0		167	69,2	19,8	
No trabaja	1785	63,1	22,6	0.000	766	67,3	20,5	0.084	1019	59,9	23,5	0.000

#### 4.3.7. Bienestar, información y comunicación

Todas las variables incluidas en el área de Información y comunicación están asociadas al bienestar excepto el disponer de teléfono fijo en la vivienda (Tabla 73).

**Tabla 79. Bienestar subjetivo según información y comunicación**

	Total			
	n	$\bar{X}$	$\sigma$	p
Dispone de teléfono móvil				
No	281	58,19	25,03	
Si	1838	65,03	21,65	0.000
Dispone de teléfono fijo				
No	193	63,39	25,47	
Si	1925	64,20	21,90	0.632
Dispone de ordenador o Tablet				
No	1052	61,44	22,86	
Si	1062	66,90	21,25	0.000
Dispone de acceso a Internet				
No	1042	61,65	23,17	
Si	1071	66,57	20,99	0.000
Uso de Internet				
Realiza	830	69,4	19,9	
No realiza	1290	60,7	23,0	0.000

En esta área, el bienestar en el grupo de hombres está relacionado con disponer de un ordenador, acceso a Internet y utilizarlo. En el caso de las mujeres, los factores que determinan el bienestar son disponer de teléfono móvil, ordenador-Tablet, tener acceso a Internet y utilizarlo (Tabla 74).



**Tabla 80. Bienestar subjetivo según información y comunicación por sexo**

	Hombres				Mujeres			
	n	$\bar{X}$	$\sigma$	p	n	$\bar{X}$	$\sigma$	p
Dispone de teléfono móvil								
No	99	64.23	22.0		182	54.89	26.0	
Si	834	68.30	20.0	0.059	1004	62.31	22.6	0.000
Dispone de teléfono fijo								
No	103	64.65	24.7		90	61.96	26.4	
Si	830	68.27	19.7	0.088	1095	61.11	23.0	0.738
Dispone de ordenador o Tablet								
No	431	64.64	21.3		621	59.22	23.6	
Si	500	70.75	19.0	0.000	562	63.47	22.6	0.002
Dispone de acceso a Internet								
No	424	64.59	21.5		618	59.63	24.0	
Si	506	70.55	18.8	0.000	565	63.00	22.2	0.013
Uso Internet								
Realiza	419	71,5	18,4		411	67,2	21,1	
No realiza	514	64,9	21,3	0.000	776	58,0	23,7	0.000

#### 4.3.8. Bienestar y acceso al centro de salud.

La dificultad de acceso al centro de salud es también un factor determinante del bienestar subjetivo (Tabla 75) y esto se refleja tanto en mujeres como en hombres (Tabla 76).

**Tabla 81. Bienestar subjetivo según acceso al centro de salud**

	Total			
	n	$\bar{X}$	$\sigma$	p
Acceso al centro de salud				
Difícil	132	48,83	27,07	
Fácil	1939	65,58	21,24	0.000

**Tabla 82. Bienestar subjetivo según acceso al centro de salud por sexo**

	Hombres				Mujeres			
	n	$\bar{X}$	$\sigma$	p	n	$\bar{X}$	$\sigma$	p
Acceso al centro de salud								
Difícil	46	54.60	24.0		87	45.80	28.2	
Fácil	874	68.75	19.6	0.000	1065	63.00	22.2	0.000

## **4.4 EFECTO DE LA AMIGABILIDAD EN EL BIENESTAR SUBJETIVO**

Para estimar el efecto de la amigabilidad sobre el bienestar subjetivo, se construyeron modelos de regresión lineal separados por sexo. A partir del análisis realizado, se seleccionaron las variables que fueron introducidas en el primer modelo para cada uno de los sexos. A continuación, se fueron eliminando variables que no contribuían a explicar esta relación, hasta obtener los modelos finales.

### **4.4.1 Predictores del bienestar subjetivo en hombres.**

En el modelo se incluyeron dos grupos de variables. En primer lugar, las variables disponibles en la ECV-55+ relacionadas con los ámbitos propuestos por Von Humboldt y Leal (2014) como predictores del bienestar subjetivo: (a) el apoyo social; (b) factores socio-demográficos; (c) estado de salud; y, (d) estado psicológico. Sobre las otras dos categorías de variables propuestas por estos autores no se identificaron variables disponibles en la ECV-55+: (e) las estrategias de afrontamiento; y, (f) variables de estilo de vida.

En segundo lugar, se introdujeron las variables relacionadas con cada uno de los ocho componentes del modelo de amigabilidad: (a) espacios al aire libre; (b) vivienda; (c) transporte; (d) participación social; (e) respeto e inclusión social; (f) participación cívica y empleo; (g) comunicación e información; y, (h) servicios sanitarios.

#### **Fase 1. Variables relacionadas con el bienestar subjetivo**

En la primera de las regresiones, se seleccionaron 7 de las 12 variables como potenciales para el modelo final ( $R$  cuadrado corregido = 0,232). Las variables seleccionadas fueron hábitat (Beta -0,068;  $p = 0,019$ ); tipo de hogar (Beta 0,065;  $p =$

0,026); satisfacción con las relaciones personales (Beta 0,088;  $p = 0,031$ ); estado de salud (Beta 0,206;  $p < 0,000$ ); necesidad de ayuda (Beta -0,071;  $p = 0,017$ ); satisfacción con los logros (Beta 0,128;  $p = 0,002$ ); y satisfacción con el grado de seguridad y protección que sienten (Beta 0,176;  $p < 0,000$ ).

### **Fase 2. Variables relacionadas con los componentes de amigabilidad**

En lo que respecta a los componentes de la amigabilidad, se seleccionaron siete para ser introducidos en el modelo final (R cuadrado corregido = 0,142). Éstos eran: realizar actividades físicas o deportivas (Beta 0,108;  $p < 0,000$ ); realizar actividades de ocio doméstico (Beta 0,078;  $p = 0,011$ ); realizar actividades sociales (Beta 0,114;  $p < 0,000$ ); realizar actividades de turismo, viajes (Beta 0,114;  $p < 0,000$ ); satisfacción con su sentimiento de pertenencia a la comunidad o grupo de personas (Beta 0,198;  $p = 0,000$ ); participar en asociaciones educativas, culturales, gastronómicas (Beta 0,071;  $p = 0,021$ ); y tener dificultades para acceder al centro de salud (Beta -0,093;  $p = 0,003$ ).

### **Fase 3. Modelo final: factores y componentes relacionados con el bienestar**

En el análisis de regresión del modelo final se incluyeron las variables resultantes de las regresiones anteriores. El modelo final en los hombres se construyó con nueve variables, cuatro de ellas relacionadas con los componentes de la amigabilidad (R cuadrado corregido = 0,247) (Tabla 77).

**Tabla 83. Modelo de pesos de cada predictor y su significatividad en la variable dependiente para hombres.**

	Beta	Sig.	95% CI	
Convivir con otras personas	0.074	0.083	-0.508	8.249
Satisfacción con sus relaciones personales	0.095	0.021	0.199	2.457
Buen o muy buen estado de salud	0.211	0.000	6.048	11.087
Satisfacción con los logros alcanzados	0.103	0.013	0.286	2.439
Satisfacción con lo seguro que se siente	0.162	0.000	1.034	3.274
Practica actividades físicas o deportivas	0.100	0.001	3.552	13.228
Práctica actividades de ocio doméstico	0.066	0.024	0.339	4.908
Practica actividades sociales	0.062	0.039	0.191	7.713
Participa en asociaciones gastronómicas, educativas, culturales o deportivas.	0.063	0.032	0.337	7.643
Control variables				
Edad (65+)	-0,007	0.809	-2.611	2.037
Nivel de riqueza	-0.042	0.166	-4.506	0.776
Nivel educativo (Primaria y superior)	0.027	0.409	-0.552	1.353
Estado civil (casado o conviviendo)	-0.011	0.793	-4.222	3.228

Las variables de “satisfacción con los logros alcanzados” y “lo seguro y protegido que se siente” obtienen altos resultados en los índices de condición (superiores a 15) lo que indica un posible problema de colinealidad, pero nunca llegan a superar 30 lo que delataría un serio problema de colinealidad (Pardo y Ruiz, 2002).

Al incluir en el modelo final como variables de control la edad, el estado civil, el nivel educativo y el nivel económico, la variable “convive con otras personas” sale del modelo (Sig = 0.083; Beta 0.074); pero ninguna de las incluidas como control se mantienen en el modelo.

Por lo tanto, los resultados del modelo final indican que en los hombres: convivir con otras personas, estar satisfecho con las relaciones personales, percibir un estado de salud bueno o muy bueno, estar satisfecho con los logros alcanzados y con la seguridad y protección, realizar actividades físicas y/o deportivas, realizar actividades relacionadas con el ocio como los hobbies, realizar actividades sociales como salir al bar, y participar en asociaciones como las gastronómicas, aumenta el bienestar subjetivo.

#### 4.4.2 Predictores del bienestar subjetivo en mujeres.

Al igual que en hombres, se analizaron las variables relacionadas con el bienestar subjetivo y las variables de los componentes de amigabilidad.

##### **Fase 1. Variables relacionadas con el bienestar subjetivo**

En la primera de las regresiones, se seleccionaron 8 de las 15 variables como potenciales para el modelo final (R cuadrado corregido = 0,326). Las variables seleccionadas fueron hábitat (Beta -0,072;  $p = 0,006$ ); origen (Beta 0,075;  $p = 0,004$ ); contacto con el tejido social (Beta 0,088;  $p = 0,001$ ); satisfacción con las relaciones personales (Beta 0,098;  $p = 0,003$ ); estado de salud (Beta 0,242;  $p < 0,000$ ); necesidad de ayuda para las AVD (Beta -0,130;  $p < 0,000$ ); satisfacción con los logros que está alcanzando en la vida (Beta 0,191;  $p < 0,000$ ); y satisfacción con su seguridad respecto a su futuro (Beta 0,108;  $p = 0,001$ ).

##### **Fase 2. Variables relacionadas con los componentes de amigabilidad**

Teniendo en cuenta los componentes de la amigabilidad, se seleccionaron siete para introducirlos en el modelo final (R cuadrado corregido: 0,234): Barreras en el transporte público (Beta -0,112;  $p < 0,000$ ); realización de actividades físicas o deportivas (Beta 0,105;  $p < 0,000$ ); realización de actividades sociales (Beta 0,076;  $p = 0,011$ ); hacer turismo y/o viajar (Beta 0,142;  $p < 0,000$ ); satisfacción con su sentimiento de pertenencia a una comunidad o grupo de personas (Beta 0,294;  $p < 0,000$ ); participación en asociaciones de vecinos (Beta 0,083;  $p = 0,002$ ); y participación en el mercado laboral (Beta 0,089;  $p = 0,001$ ).

### Fase 3. Modelo final: factores y componentes relacionados con el bienestar

En el análisis de regresión del modelo final se incluyeron las variables resultantes de las regresiones anteriores. El modelo final en las mujeres se construyó con 11 variables, 4 de ellas relacionadas con los componentes de la amigabilidad (R<sup>2</sup> corregido: 0,323) (Tabla 78).

**Tabla 84. Modelo de pesos de cada predictor y su significatividad en la variable dependiente para mujeres.**

	Beta	Sig.	95% CI	
Municipio de más de 20,001 habitantes (Habitat)	-0.075	0.002	-6.547	-1.549
Nacida en el País Vasco (Origen)	0.060	0.051	-0.006	4.691
Contacto con el tejido social	0.067	0.005	2.068	11.828
Satisfacción con sus relaciones personales	0.088	0.011	0.330	2.495
Buen o muy buen estado de salud	0.237	0.000	7.835	13.095
Necesidad de ayuda para la AVDs	-0.089	0.000	-9.768	-2.819
Satisfacción con los logros alcanzados	0.158	0.000	1.076	2.987
Practica actividades físicas o deportivas	0.091	0.001	2.696	9.945
Realiza turismo y viajes	0.101	0.000	2.091	7.194
Satisfacción con sus sentimiento de pertenencia a la comunidad o grupo de personas	0.089	0.020	0.173	1.998
Participa en asociaciones de vecinos/as	0.065	0.017	1.128	11.684
Control variables				
Edad (65+)	-0.022	0.417	-3.420	1.417
Nivel de riqueza	0.021	0.444	-1.540	3.514
Nivel educativo (Primaria y superior)	0.043	0.119	-0.199	1.741
Estado civil (casado o conviviendo)	-0.025	0.346	-3.449	1.211



Las variables de satisfacción obtienen altos resultados en los índices de condición (superiores a 15) lo que indica un posible problema de colinealidad, pero nunca llegan a superar 30 lo que delataría un serio problema de colinealidad (Pardo y Ruiz, 2002), por lo que se mantienen en el modelo final.

Al incluir en el modelo final como variables de control la edad, el estado civil, el nivel educativo y el nivel económico, la variable “nacida en Euskadi” sale del modelo (Sig = 0.051; Beta 0.052); pero ninguna de las incluidas como control se mantienen en él.

Por lo tanto, el modelo final obtenido resulta que en las mujeres: residir en municipios rurales (menores de 20.000 habitantes), haber nacido en Euskadi, mantener contacto con familiares, vecinos/as y amigos/s (no presencial), estar satisfecha con las relaciones personales, percibir un estado de salud bueno o muy bueno, no necesitar ayuda para el desempeño de las AVDs, estar satisfecha con los logros alcanzados, realizar actividades físicas y/o deportivas, hacer turismo o viajes, estar satisfecha con el sentimiento de pertenencia a una comunidad y participar en asociaciones vecinales, aumenta el bienestar subjetivo.

## **5. DISCUSIÓN**

## **5.1. FORTALEZAS Y LIMITACIONES DEL ESTUDIO**

Como se ha comentado, para la realización de este estudio se ha utilizado el análisis de datos de la Encuesta de Condiciones de Vida de las personas de 55 y más años en Euskadi (ECV+55 2014), realizada en 2014. La principal fortaleza de este estudio es que los datos corresponden a una muestra representativa de las personas de 55 años y más que residen en viviendas familiares en el País Vasco. A través del análisis de los datos, el estudio aporta información sobre la realidad social de estas personas en este territorio.

Esta encuesta se realizó teniendo en cuenta el género y los grupos de edad desde los 55 años con el fin de conocer las actitudes y comportamientos de generaciones adultas en proceso de envejecimiento como una forma de analizar las tendencias futuras. También se buscó conseguir una muestra suficiente de hombres y mujeres de 80 y más años para poder analizar los datos en los diferentes tramos y tener una muestra suficiente de población más envejecida. En esta cohorte se sobreestimó el número de entrevistas a realizar y se incluyó una variable de ponderación para darle el peso correspondiente al poblacional. De esta manera se cuenta con una muestra representativa de 1171 hombres y 1298 mujeres. En el muestreo también se tuvo en cuenta los diferentes territorios históricos que componen la Comunidad Autónoma del País Vasco; Álaba, Gipuzkoa y Bizkaia. La asignación muestral por territorio histórico fue no proporcional para garantizar la explotación de datos por territorio con una mínima fiabilidad, incluyéndose un coeficiente de ponderación asignado a cada registro para la explotación de datos.

Además, utilizar esta encuesta implica como fortaleza la utilización de una fuente de datos que se realiza de forma periódica desde el Departamento de Empleo y Políticas Sociales del Gobierno Vasco. La primera encuesta de este tipo se realizó en 1993

(Encuesta de la Tercera Edad), desde entonces no volvió a realizarse hasta 2010 y seguidamente en 2014, y la última se ha realizado en 2020. El objetivo del Gobierno Vasco con esta encuesta pretende obtener información periódica sobre las necesidades de la población mayor para diseñar planes, programas y estrategias políticas que aborden la realidad de estas personas. De esta forma se cuenta con una base de datos estable sobre la que se podría realizar un análisis de evolución de los resultados que se presentan en este estudio.

Por otro lado, el cuestionario incluye una multiplicidad de temas y variables en un intento de recoger la mayor información sobre las condiciones de vida de las personas mayores. En total el cuestionario contiene más de 60 preguntas y más de 100 indicadores, entre los que destacan los 34 utilizados como componentes de la amigabilidad por su relación con este concepto. Esta encuesta supone un gran potencial para el desarrollo de investigaciones sobre las personas mayores en el País Vasco y es un recurso imprescindible para el estudio de la realidad actual y tendencias de futuro del envejecimiento en este territorio.

Pero este estudio también encuentra algunas limitaciones, la mayor limitación es el uso de una encuesta no diseñada con el objetivo de medir las percepciones sobre la amigabilidad. Esto supone forzar algunos indicadores para analizar la multidimensionalidad de la amigabilidad con esta fuente de datos. Aun así, esta encuesta cuenta con una amplia variedad de indicadores relacionados con este concepto, por lo que esta limitación puede convertirse en oportunidad al optimizar la utilización de esta herramienta para fines diversos y constatar el potencial que tiene en la investigación de este u otros campos.

Otra importante limitación es que se trata de un estudio transversal, lo que impide captar la dinámica de la amigabilidad y el bienestar y extraer inferencias causales. Por

lo que no es posible determinar la dirección de la asociación usando los hallazgos de este estudio. Sin embargo, los resultados establecen una asociación significativa, lo cual es un paso importante que impulsa estudios adicionales para identificar la direccionalidad.

Por otro lado, aunque la encuesta contiene una variable para medir el hábitat en el que reside el/la entrevistado/a, lo cual permitiría hacer un análisis observando las diferencias entre los entornos más rurales y los entornos más urbanos de hombres y mujeres, el muestreo realizado no proporciona suficiente número de personas que cumplan estas condiciones para un análisis pormenorizado de hábitat de menos de 20.000 habitantes.

## **5.2. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS**

### **5.2.1. Perfil Sociodemográfico**

Uno de los primeros resultados de este estudio, es que existe una mayor presencia de mujeres en las edades más avanzadas en la sociedad vasca. Este mayor número de mujeres que de hombres es una característica mundial y tiene implicaciones para la sociedad y los propios individuos (Perez-Ortiz 2003; Sancho et al. 2010). Algunas de las causas de este hecho son la mayor tasa de mortalidad masculina y el aumento en la esperanza de vida con mayor incidencia en las mujeres (Sancho et al. 2010; Pérez y Abellán, 2018). La explicación de la sobremortalidad masculina reside, al menos parcialmente, en las pautas sociales por las que históricamente los hombres han estado sometidos a mayores riesgos, entre las que destacan el alcoholismo, el tabaquismo, las guerras o los accidentes laborales (Pérez y Abellán, 2018). Envejecer, además, no es lo mismo para hombres que para mujeres (Fernández-Mayoralas, Schettini, Sánchez-Román, Rojo-Pérez, Agulló y João Forjaz, 2018). Para explicar los fenómenos sociales, la Perspectiva de Género tiene en cuenta la situación diferenciada o igualitaria, según se

pertenezca a uno u otro sexo (Fernández-Mayoralas, et al. 2018), de tal forma que el género es una categoría social explicativa construida que ayuda a comprender lo que hay detrás del sexo biológico (Fernández-Mayoralas, et al. 2018). El género, como construcción social, revela diferencias en el pensamiento, los roles, la salud, la economía, la política y el trabajo, y en la vejez, estas diferencias son aún mayores ya que estas desigualdades no aparecen en las últimas etapas de la vida, sino que se alimentan a lo largo del ciclo vital (García, Fernández y Cortés, 2012) por lo que es importante analizar las diferencias entre hombres y mujeres en la vejez, más aún, teniendo en cuenta de que ellas son las protagonistas. Uno de los grandes cambios de las últimas décadas ha sido la irrupción de las mujeres mayores en el panorama social (Pérez y Abellán, 2018).

Respecto al estado civil, el predominante entre las personas mayores de 55 y más años es el de casado/a o conviviendo en pareja. En este caso, conocer el estado marital constituye un indicador esencial para identificar fuentes potenciales de apoyo en potenciales situaciones de dependencia (Sancho et al. 2010). Se ha observado, como entre las mujeres y las personas octogenarias aumenta significativamente el número de personas que se encuentran en estado de viudedad (Pérez y Abellán, 2018). Esta mayor proporción de mujeres viudas, se da por dos causas fundamentales; la mayor esperanza de vida de las mujeres o mayor mortalidad masculina, y por la diferencia de edad en el matrimonio, algo muy característico de nuestra sociedad (las mujeres suelen casarse con varones mayores). El desequilibrio entre sexos en edades avanzadas y en el estado civil, tiene repercusiones en el apoyo (emocional, económico y de convivencia) que las personas mayores puedan recibir o dar, en el hogar o en la familia, pues ésta sigue siendo la principal fuente de ayuda (Sancho et al. 2010). Aunque proyecciones futuras estiman una mejora de la mortalidad, por la que la preponderancia masculina se mantendría hasta edades más altas, retardando la viudedad y prometiendo modificar

las relaciones de género en la vejez y la tradicional viudedad femenina como estado civil más frecuente (Pérez y Abellán, 2018).

El nivel de instrucción es uno de los indicadores más determinantes del grado de desarrollo y madurez de un país y de un grupo de población (Pérez-Ortiz, 2006). Hay que mencionar la rápida transformación que está experimentando el nivel educativo en las personas mayores como consecuencia del ascenso de generaciones con mayor nivel de instrucción (Pérez y Abellán, 2018). Además, la formación y el aprendizaje a lo largo de la vida son un objetivo político prioritario, ya que suponen un recurso estratégico para poder desenvolverse en los complejos entornos sociales que se configuran en las sociedades modernas actuales (Pérez-Ortiz, 2006). En este sentido, los resultados del estudio han mostrado que las mujeres se encuentran en desventaja, ya que su nivel educativo alcanzado es menor al de los hombres. Estos datos se corresponden con los roles tradicionales de género, donde se sitúa a la mujer en el espacio privado, doméstico y reproductivo que ha ofrecido escasas oportunidades de formación reglada (Sancho et al. 2010). Pero en el futuro se espera romper también la relegación femenina a una menor educación; las niñas nacidas a finales de los años sesenta y primeros setenta han alcanzado mayores niveles que sus coetáneos masculinos, una auténtica revolución social que se ha consolidado en las generaciones posteriores (Pérez y Abellán, 2018) y que impactará en la población mayor cuando estas generaciones alcancen esas edades.

En el ámbito laboral, la relación con la actividad de hombres y mujeres también difiere. Aunque parece que el porcentaje de unos y otras trabajando es similar, se observan diferencias importantes en la categoría de Jubilado/a o pensionista, donde ellos son los protagonistas, y en las actividades domésticas donde la cifra de mujeres es muy superior a la de hombres. En este sentido, entre las personas que están trabajando,

aunque las mayores cifras se encuentran en la categoría de trabajadores/as cualificados/as, se evidencian diferencias significativas principalmente en los puestos directivos, gerencia o mandos intermedios. Aquí destaca la cifra de hombres sobre la de mujeres. Estas diferencias de género, en las que se refleja que los hombres detentan mayores cargos en la toma de decisiones, vienen siendo declaradas en una cantidad importante de estudios (por ejemplo, los analizados en Agut y Martín 2007).

Analizando estas variables en las diferentes cohortes de edad (de 55 a 64 años, de 65 a 79 años y de 80 y más años) también se aprecian diferencias significativas. Por ejemplo, en el estado civil, la mayor proporción de la generación más joven se encuentra casada o viviendo en pareja, mientras que las de más edad están en situación de viudedad. En el nivel de estudios más alto alcanzado se manifiesta una relación inversa, con el aumento de la edad descendiendo el nivel de formación. El avance en el nivel educativo de las nuevas generaciones se ha estudiado en diversos estudios que revelan en el futuro, las cohortes que alcancen la vejez serán más instruidas y, por lo tanto, tendrán más recursos para afrontar situaciones problemáticas (Abellán et al. 2017). En relación con la actividad, es evidente el protagonismo de las cohortes más jóvenes trabajando y activas en mercado de trabajo y el de las más mayores en la jubilación/pensión. Hay que tener en cuenta que en esta misma encuesta se obtiene la edad media de jubilación de esta muestra y el resultado es de 61 años. Finalmente, respecto a la condición socioeconómica se observan diferencias en la categoría de Dirección, mandos intermedios y trabajadores/as no cualificados. Destacando la cifra de la cohorte más joven en la primera, y la de más edad en la segunda. Este resultado se asocia a los datos obtenidos en el nivel de instrucción.



### 5.2.2. Modelos de convivencia y tejido social

El análisis de los modelos de convivencia y la construcción de redes informales de apoyo entre las personas mayores son considerados uno de los aspectos de mayor importancia para la planificación de políticas gerontológicas, muy especialmente para el diseño de recursos sociales, acordes con las necesidades cambiantes de estas personas (Barrio, Sancho y Yanguas, 2011; Barrio et al. 2015).

El aumento de la esperanza de vida, que implica la coexistencia durante más tiempo de varias generaciones familiares, impone un nuevo marco demográfico en el que las familias deben desenvolverse (Abellán, Puga y Sancho 2006; Sancho et al. 2007; López Doblas y Díaz Conde 2013). Esto supone un alargamiento de las familias, tanto en términos cuantitativos como en términos cualitativos. En este segundo sentido, las rupturas matrimoniales reducen la importancia de las relaciones horizontales y nucleares, que se vuelven más contingentes, mientras que las relaciones entre generaciones son más estables en el tiempo y son, por tanto, un referente constante en la vida de los miembros del grupo familiar (Pérez Ortiz, 2006).

Es habitual que una familia contenga tres o incluso cuatro generaciones (bisabuelos/as, abuelos/as, padres/madres, hijos/as y nietos/as) coexistiendo cada vez durante más tiempo, pero conviven menos (López Doblas y Díaz Conde 2013). La menor fecundidad propicia, a su vez, familias menos extensas. De tal forma que se han generalizado las familias nucleares reducidas, en cuanto a número de hijos/as, y han aumentado las familias monoparentales. La estructura familiar actual se dibuja, por tanto, a través de una línea vertical (Abellán, Puga y Sancho 2006; Sancho et al. 2007; Badenes y López López 2011; López Doblas y Díaz Conde 2013).

### 5.2.3. Composición del hogar

La composición del hogar, es decir, las personas con las que se comparte la vivienda constituye, sin duda, un dato básico de la vida social porque el hogar es, para casi todas las personas, el locus básico de sociabilidad (Pérez Ortiz, 2006). De esta manera, la fotografía de la realidad actual de los hogares de la población de 55 y más años en Euskadi es que el porcentaje más elevado reside en un hogar con su pareja (nido vacío), seguido muy de cerca por el hogar multigeneracional en su propia casa, es decir, hogares compuestos principalmente por padres e hijos/as en los que el sustentador principal es la persona mayor (padres con hijos/as no emancipados).

La convivencia en pareja se establece normalmente cuando los hijos/as se emancipan del hogar familiar. Esta situación familiar libera de muchas ataduras y abre nuevas posibilidades a las personas mayores. Pero tiene también, en muchos casos, un fuerte efecto emocional, en especial para las madres no activas en el mercado laboral, que han dedicado gran parte de su vida al cuidado de sus hijos e hijas y, tras su emancipación, se encuentran con un gran “vacío” (Sancho y Abellan, 2006). Lo cierto es que no existe acuerdo sobre las consecuencias de la emancipación de hijos e hijas en la vida de hombres y mujeres (Freixas, 1993). Desde el punto de vista más tradicional, la emancipación supone la extinción de los roles, principalmente en la mujer, con la desaparición del rol de madre cuidadora. Pero según Freixas (1993), otras investigaciones inciden en que esta visión tradicional ya no se ajusta a la realidad de todas las mujeres, tan sólo a las que se han dedicado en exclusividad a la crianza de los hijos/as o hayan sido más sobreprotectoras.

De tal forma que la convivencia en pareja proporciona a personas de todas las edades compañía e intimidad, pero en las personas mayores, en la medida que otras relaciones faltan, la pareja puede ser la fuente primordial. La convivencia en pareja conlleva una

mayor satisfacción vital, mejor estado de ánimo, salud física y mental, recursos económicos, integración social, apoyo y relaciones sociales (Abellán, Puga y Sancho, 2006). El hecho de vivir en pareja tiene cierto impacto protector sobre la salud, a lo que se añade el hecho de que en caso de enfermedad o fragilidad se tiene al cónyuge que provee de asistencia. La pareja, por tanto, desempeña funciones particularmente importantes en el afrontamiento de las situaciones de dependencia.

El grupo de edades intermedias entre los 65 y los 74 años es el que en mayor porcentaje de población se encuentra conviviendo en pareja (47.9%). Los hombres son más proclives a vivir en esta situación, tienen más peso respecto a la población total y ese peso va en aumento cuando se incrementan los años. Las mujeres destacan, sin embargo, en los hogares unipersonales como se analizará a continuación.

El hogar en pareja ha ido en aumento creciente durante los últimos años, resultado del aumento de la esperanza de vida tanto de hombres como de mujeres, lo que supone una mayor coexistencia de la vida en compañía. El descenso de la mortalidad masculina en edades más avanzadas produce una mayor estabilidad en este tipo de hogar (Barrio et al. 2015). Y es que otra de las grandes revoluciones en torno al envejecimiento reside en que el tipo de hogar mayoritario en la vejez sea el de la pareja sin otros convivientes (Perez Díaz y Abellán, 2018). Esta forma de convivencia –mayoritaria desde hace tiempo en los países nórdicos– se extiende porque el avance en materia de supervivencia corre en paralelo para ambos sexos y está haciendo que la mayor parte de quienes constituyeron pareja en su día lleguen con vida, ambos, a los 65 años y tengan por delante cada vez más años hasta el fallecimiento de uno de los dos (Perez Díaz y Abellán, 2018).

Los denominados “hogares multigeneracionales” son aquellos en los que conviven dos o más generaciones (padres con hijos/as y/o nietos/as). Esta forma de convivencia es

denominada como modelo “meridional” o mediterráneo, a nivel europeo (Flaquer 2004; Jurado y Naldini 1996). Este patrón responde a múltiples causas: como las preferencias asociadas a actitudes culturales (valores, sentimientos, creencias, tradición, costumbre, lazos intergeneracionales más estrechos); las razones ligadas a los diferentes calendarios de emancipación de los/as hijos/as del hogar paterno, cuestiones de oportunidad (como disponibilidad de vivienda o trabajo), las circunstancias socioeconómicas (como la recesión o la crisis), la necesidad de ayuda a los/as hijos/as (cuidado de nietos/as, apoyo en situaciones de desempleo, retorno al hogar); o es causado por el estado de salud y limitación funcional de los padres ya mayores y posiblemente la falta de servicios formales institucionales (Barrio et al 2015) entre otros.

Dentro de estos hogares multigeneracionales podemos distinguir dos tipos diferenciados que pueden venir ligados a distintas causas y circunstancias familiares y que son importantes separar: cuando padres e hijos/as conviven en la vivienda donde el/la sustentador principal es el padre/madre mayor, y cuando son las personas mayores las que conviven en la vivienda propiedad del hijo o hija. Estas dos circunstancias pueden suponer estructuras del hogar diferenciadas por edad y género.

En los hogares multigeneracionales en los que la propiedad de la vivienda es detentada por la persona mayor, los mayoritarios en Euskadi, estas personas pueden convivir con hijos/as no emancipados (todavía jóvenes) o hijos/as que han retornado al hogar; y/o con padres de edades más avanzadas y en posible situación de dependencia (aunque este caso es más residual ya que sólo un 3.3% del total de la muestra convive con sus padres o madres).

Entre las personas de 55 a 64 años, estos hogares son el 46,2%, mientras que a partir de los 65 años esta cifra se reduce a la mitad y constata la realidad de un 24% de personas.

Aun así, es una cifra muy destacable, 1 de cada 4 personas de 65 y más años sigue conviviendo en un hogar con sus hijos/as (solo un escaso 1.8% convive con sus padres muy mayores).

La convivencia de las personas mayores con sus descendientes se debe generalmente al retraso en la emancipación de las cohortes jóvenes y, en menor grado, al retorno al hogar de estos hijos e hijas, por causas como la finalización de la vida en pareja, por divorcio o separación, por desempleo de larga duración, u otras circunstancias (Barrio et al. 2015).

Estos hogares están formados en un 57,4% por mujeres, frente al 42,6% de hombres. Esto se estructura en combinación con la edad, de tal forma que en los hogares multigeneracionales de personas entre 55 a 64 años, la dispersión entre géneros es casi simétrica, se reparten casi el mismo número de hombres como de mujeres, lo que puede significar que se trata de hogares compuestos por parejas con hijos/as. Según avanza la edad, el peso de las mujeres va aumentando hasta llegar a suponer el 74,6% de los hogares multigeneracionales entre las personas octogenarias. En este caso se puede suponer que son hogares en los que conviven madres con hijos e hijas y, quizás, también con algún nieto o nieta.

El porcentaje de personas de 55 y más años que vive en hogares multigeneracionales propiedad del hijo/a son excepcionales. Este tipo de hogar ha ido en descenso en los últimos años (Barrio et al. 2015; López Doblas y Díaz Conde 2013). Este cambio infiere un cambio de actitud generacional para afrontar el envejecimiento, en el cual se reclama una mayor autonomía e independencia a pesar de las posibles situaciones de soledad acontecidas o de necesidad de ayuda (Barrio et al. 2015; López Doblas y Díaz Conde 2013). Las personas mayores prefieren seguir en casa en lugar de mudarse con familiares como se hacía tradicionalmente (Sánchez Vera, Algado Ferrer, Centelles

Bolos, López Doblas y Jiménez Roge 2009:70; López Doblas 2005:109). Seguir residiendo en la propia vivienda, aún en situación de dependencia, es un deseo que viene constatándose en recientes estudios (Sánchez Vera et al. 2009; Lopez Doblas, 2005; López Doblas y Díaz Conde 2013; Barrio et al. 2015).

El perfil de estas personas que conviven con hijos/as en casa de estos, es de mujeres de edades avanzadas. Este tipo de convivencia entre generaciones se produce en muchas ocasiones por decisiones residenciales que suelen tomarse entre padres e hijos/as por motivos de salud y dependencia (Barrio et al. 2015). Entre las personas octogenarias - sea en busca de ayuda y cuidados, sea en busca de compañía, sea por viudedad o por motivos de minimizar los riesgos asociados a la vida en soledad- aumentan las probabilidades de que las personas mayores abandonen su hogar para vivir con sus hijos o hijas (Abellán, Puga y Sancho, 2006).

Finalmente, el grupo de personas mayores que vive en solitario centra de forma especial el interés de las políticas públicas sociales. Son personas con más probabilidad de necesitar ayuda institucional en caso de enfermedad o discapacidad, además de tener un mayor riesgo de aislamiento o exclusión social (Abellán, Puga y Sancho, 2006).

Como ya se ha comentado, los hogares unipersonales suponen un 20.5% de la población de 55 y más. En el grupo de personas octogenarias este tipo de hogar llega hasta duplicar la cifra de las más jóvenes. El tipo de hogar compuesto por una sola persona es el característico de los hogares de las personas de edad avanzada (80 años y más). Las mujeres, además, son las predominantes en estos hogares, su presencia en ellos tiene más peso en la población de todas las edades. Pasando desde ser el 56.1% de los hogares unipersonales entre las personas de 55 a 64 años, hasta el 78.1% en los de las personas octogenarias. La mayor supervivencia femenina está en el origen de la

mayor soledad de las mujeres en las últimas etapas de la vida. A ello se suma también el hecho de que las mujeres que se quedan viudas tienen menos probabilidad de volver a casarse que los varones. Una de las probables causas asociadas es que son más autónomas e independientes para afrontar la vida en solitario en el hogar al haber sido este ámbito privado su lugar de desempeño durante toda su vida. Sin embargo, la asignación de roles tradicionales de género provoca una elevada dependencia de los varones en la realización de las tareas domésticas, de manera que muy pocos hombres mayores se sienten capaces de mantener una vivienda de forma autónoma (Pérez Ortiz, 2006).

Vivir en solitario es más frecuente en las personas de más edad, debido a la conjunción del aumento de la mortalidad principalmente de los varones y del incremento de independencia residencial hasta edades más avanzadas (Barrio et al. 2015). Es el modelo de hogar que más aumenta a lo largo del ciclo vital. Vivir en soledad en las personas mayores suele estar causada, fundamentalmente, por la ruptura de un estadio previo de “nido vacío” al fallecer un miembro de la pareja, aunque empiezan a observarse otras causas como el aumento de personas solteras y de rupturas matrimoniales (Barrio et al. 2015). Pero la vida en solitario también es motivada por la voluntad de envejecer en casa y de la autonomía residencial (López Doblas 2013). La autonomía es un valor en alza que parece constatarse como tendencia de futuro. El aumento de la autonomía residencial es consecuencia de las mejoras en las condiciones de salud, de la independencia económica y del deseo de mantener estilos de vida independientes (Sánchez Vera et al. 2009:70; López Doblas 2005:109). Esto exige una mayor demanda de atención a las situaciones de soledad y a los aspectos derivados de ella por parte de las instituciones (Sancho et al 2010; Barrio et al. 2015).

Sin embargo, según Pérez y Abellán (2018), muchas de las novedades en los modos de convivencia en la vejez que se han identificado con cambios de valores y modernidad cultural son, en realidad, resultados automáticos del cambio de la estructura por edades. De tal forma que el aumento de hogares unipersonales o en los de pareja sin otros convivientes, la reducción del tamaño medio de los hogares y también la de su complejidad, son tendencias que, en muy buena parte, pueden atribuirse al peso creciente de quienes han alcanzado, por su edad, los estadios de la vida familiar en los que los/as hijos/as ya se han emancipado o la pareja ha fallecido.

#### 5.2.4. Proximidad y contacto

Más allá de las formas de convivencia o del tipo de hogar, hay que tener en cuenta la red o tejido social que conforma la vida cotidiana de las personas mayores, donde cobra protagonismo la proximidad y el contacto. Las solidaridades familiares no se acaban en la forma de convivencia y coresidencia, sino que se confirman en otros tipos de relación. La proximidad permite integrar los contactos entre los miembros de la familia en las rutinas de unos y otros, las relaciones son más causales, más espontáneas, menos ritualizadas, por tanto y seguramente, más ricas en contenidos (Pérez Ortiz, 2004).

Los lazos familiares dentro de la estructura familiar vertical no se han debilitado con el paso del tiempo. Incluso pueden ser más prolongados, pues hay más tiempo compartido o co-biografía entre padres e hijos/as (Abellán, Sancho y Puga, 2006). La proximidad es un instrumento muy útil en las transferencias intergeneracionales, pues permite un elevado potencial de cuidados, mantener estrechos lazos familiares siguiendo la tradición cultural y crear una “intimidad a distancia” (Rosenmayr y Köckeis) que permite autonomía e independencia, pero con la certeza y seguridad de un apoyo material y emocional próximo (Abellán, Sancho y Puga, 2006; Lopez Doblaz y Díaz Conde 2013). La intimidad a distancia supone el mantenimiento de unos lazos



estrechos, pero primando la voluntad de mantenerse cada cual en su hogar (Lopez Doblas y Díaz Conde 2013:72), es estar próximos, pero respetando una privacidad que no debe violarse (Kaufmann 1994:597).

Según los resultados de la encuesta casi 8 de cada 10 personas de 55 y más años del País Vasco, que no conviven con sus hijos/as, reside en un radio inferior a 5 kilómetros de distancia de alguno de ellos/as. Culturalmente, la familias mantienen mayoritariamente la pauta de *neolocalidad* (Gonzales Blasco, 2006), es decir, que cada familia que se forma lo hace en un hogar independiente, pero es una neolocalidad matizada, en el sentido de que las distancias físicas entre los hogares son bastante reducidas. Una de las causas se fundamenta en que es una forma de compartir recursos e intercambio de ayuda y reciprocidad. La proximidad puede ser debida a las necesidades económicas o de apoyo entre padres e hijos/as. Esta especie de “red de seguridad” minimiza las carencias en el desarrollo de recursos de apoyo y cuidado (Barrio et al. 2015).

Por otra parte, la cantidad de contactos (presenciales o no) que las personas mayores tienen es un indicador importante de su integración dentro de la familia y del potencial de asistencia y apoyo material y emocional del que disponen (Abellán, Sancho y Pugar, 2006). Los resultados del estudio muestran elevados porcentajes de personas que mantienen contacto presencial tanto con hijos/as, padres, otros familiares o amigos/as y vecinos/as. Pero este contacto parece reducirse con la edad. El descenso de contactos, excepto con los descendientes, viene causado por un repliegue de la persona de edades avanzadas o contracción de la red social con el avance de la edad (Prieto, Etxeberria, Galdona, Urdaneta y Yanguas, 2009; Guadalupe, Testa Vicente y Daniel, 2020). En esta circunstancia se reduce el espacio de las interacciones con los demás al espacio doméstico y de proximidad. Tanto la frecuencia como el círculo de personas con las que

se mantiene contacto se reducen a lo más íntimo y cercano (Prieto et al. 2009; Antonucci, 1986). Las redes con esta configuración presentan ventajas por la reciprocidad y solidaridad que implican, siendo fácilmente activables y movilizables, pero también desventajas, en particular en el establecimiento de relaciones extrafamiliares y en la diversificación de recursos (Guadalupe, Testa Vicente y Daniel, 2020).

También se encontraron diferencias de género en la frecuencia y el mantenimiento de estos contactos. Las mujeres tienen en mayor proporción contacto presencial diario con el entorno familiar que los hombres. Los varones, sin embargo, tienen en mayor porcentaje contacto presencial diario con amistades y vecindario. El ámbito de privado de la familia, siempre más asociado a la mujer, y el ámbito público y extradoméstico más asociado a los varones. Las redes de las mujeres tienden a ser predominantemente compuestas por familiares, mientras que las de los hombres son más diversificadas, incluidos más compañeros de trabajo y vínculos comunitarios (Guadalupe, Testa Vicente y Daniel, 2020). Según estos autores, las diferencias de género en el tejido social pueden ser consecuencia de las preferencias personales, sugiriendo que las mujeres prefieren relaciones más intensas y de mayor reparto y apoyo emocional, mientras que los hombres buscan relaciones más instrumentales; sin olvidar el peso de los factores estructurales en la determinación de tales distinciones; es decir, las oportunidades y las limitaciones estructurales como las posiciones en la familia, la escolaridad, la participación en el mercado de trabajo, etc. (Guadalupe, Testa Vicente y Daniel, 2020).

Pero, además del contacto presencial, se ha de tener en cuenta el contacto por otros medios. Las TIC juegan en este plano un papel fundamental para el contacto y la comunicación. Esto permite una forma de solidaridad entre los miembros de la familia:

la asistencia o apoyo emocional, con la potencial prestación de ayuda y consejo para problemas personales; es decir, relaciones afectivas y no sólo las instrumentales que requieren co-residencia o proximidad (Barrio et al. 2015).

Los resultados han evidenciado que la mayoría de las personas de 55 y más años del País Vasco mantiene contacto no presencial con algún hijo/a. Esta forma de comunicación puede darse a través del teléfono, el correo electrónico, las video-llamadas, etc. Y es utilizada por la mitad de la población para mantener el contacto con padres/madres, otros familiares, amigos/as y vecinos/as. Estas vías de comunicación son más utilizadas por mujeres que por hombres en todos los casos. Al igual que la presencial, desciende con la edad, excepto en el caso del contacto con los descendientes. Por otra parte, las diferencias por sexo en la frecuencia y el mantenimiento de los contactos con entorno familiar, amistades y personas del vecindario, parecen confirmar que el ámbito de privado de la familia está siempre más asociado a la mujer, mientras que el ámbito público y extra-doméstico más asociado a los varones. Respecto a la edad, el aumento del contacto presencial en edades avanzadas puede deberse al aumento de las necesidades de ayuda y apoyo a los padres, por parte de sus hijos e hijas.

#### **5.2.5. Percepción de salud y dependencia**

La salud subjetiva es la percepción que tiene cada persona de su propio estado de salud. Se trata de una medida sencilla que va más allá de la salud objetiva (medida a través del número de enfermedades diagnosticadas y otros indicadores de tipo biomédico), reflejando tanto el estado físico como otro tipo de factores, como los económicos y los sociales (Abellán en Sancho Coord., 2008; Pérez y Abellán, 2018). Las administraciones públicas suelen incluirla en sus mediciones junto a las variables objetivas, ya que puede

llegar a indicar posibles situaciones futuras de dependencia y necesidad (Barrio et al. 2015).

Los resultados del estudio han mostrado una buena percepción del estado de salud entre la población de 55 y más años en el País Vasco. Resultados que se corroboran con otros estudios (Pérez y Abellán, 2018). Al igual que ocurre con los indicadores de salud de tipo objetivo, se ha encontrado una relación inversa entre la salud subjetiva y la edad. A medida que las personas son más mayores, el estado de salud se percibe como más negativo. La edad y el sexo pueden interactuar con la salud subjetiva, pudiendo encontrar que la salud de hombres y mujeres sigue patrones distintos en función de la edad. Este efecto no se aprecia en quienes puntúan su estado de salud como bueno o muy bueno, ya que las puntuaciones son muy parecidas para ambos sexos. En cambio, si se observa que entre las personas que califican su salud como mala o muy mala existen alguna que otra diferencia. Por ejemplo, el porcentaje de hombres entre 55 y 64 años que califican su estado de salud como malo o muy malo (36%) es mayor que la cifra de mujeres en la misma situación (26%). A mayor edad esto se invierte, el porcentaje de mujeres mayores de 80 con mal estado de salud es de 28,2% y el de hombres de 22,4%. Estos resultados en relación con el estado de salud y su asociación con el género y la edad vienen corroborándose en varios estudios (Pérez y Abellán, 2018).

El grado de dependencia y de discapacidad de las personas mayores en Euskadi se ha calculado mediante una escala que mide la necesidad de ayuda a la hora de realizar ciertas actividades cotidianas (AVD). Según los resultados 2 de cada 10 personas de 55 y más años en el País Vasco necesitan ayuda para la realización de una o más actividades de la vida diaria. Estas cifras confirman los resultados obtenidos en otros estudios en España como el informe de Antares (2000), Casado y Lopez-Casnovas

(2002), Puga para la Fundación Pfizer (2002) y Otero et al. (2004). También son similares a los resultados del estudio “Discapacidad y dependencia de las personas mayores en el País Vasco” (Sancho coord. 2008) y el estudio de Mosquera et al. (2018).

Se evidencia, como es lógico, que la necesidad de ayuda en las tareas instrumentales es mayor que con respecto a las actividades más básicas, en todas las situaciones. Otra de las cuestiones evidentes es que las personas más mayores (80 años y más) son las que más ayuda necesitan. Uno de los grandes factores explicativos de la dependencia es la edad (Escudero et al., 1999; Waidmann y Liu, 2000; Grundy y Glaser, 2000; Fundación Pfizer 2002).

Por otro lado, el grupo de mujeres tiene un porcentaje mayor de personas dependientes que el de los hombres. Han sido muchos los estudios que han mostrado la incidencia de la dependencia por sexo (Escudero et al., 1999; Waidmann y Liu 2000). En España, el sexo se revela como un fuerte determinante de las limitaciones en la vejez, independientemente de que la población de edad sea mayoritariamente femenina (Fundación Pfizer 2002). Pero Grundy y Glaser (2000) sostienen que se debe únicamente a que las mujeres viven más tiempo con discapacidad, no a que la incidencia sea más alta. El sexo se muestra altamente correlacionado con otras variables con un efecto sobre la dependencia en la vejez, y que podrían ser la verdadera causa que se esconde tras la alta prevalencia femenina, tales como el estado civil, el nivel de ingresos o el nivel de instrucción (Fundación Pfizer 2002). Según Puga (en Fundación Pfizer 2002), aunque son ellas las que la sufren en mayor medida, la femineidad de la dependencia es un efecto de la edad, la viudedad y la soledad, en mayor medida que un efecto de la propia condición femenina; aunque la condición femenina sí puede empeorar la gravedad de la misma.

### 5.2.6. Apoyo a las familias

El repaso de las solidaridades familiares estructurales (co-residencia, proximidad) y asociativas (contactos) permite delinear un modelo de familia con fuertes vínculos. Esto permite que la reciprocidad entre sus miembros sea frecuente y cotidiana (Abellán y Esparza 2010).

La familia sigue siendo la unidad de referencia para las personas mayores, tanto a la hora de recibir apoyos como de ser objeto de su solidaridad. A menudo se piensa estas personas como simples consumidoras de apoyos (familiares, sanitarios, sociales, etc.) y se olvida la labor que realizan dando apoyo y cuidados a otros miembros de la familia (Barrio et al.2015). Las personas mayores prestan importantes apoyos que facilitan la integración de sus hijas/os en el mercado laboral, el cuidado de sus nietos/as, e incluso atienden la dependencia de sus parejas o padres/madres ya mayores (Barrio et al. 2015). Según Durán (2014), el grupo de población de personas mayores produce servicios para sí mismos y para otras personas, estimándose que asumen más de un tercio de la carga global de cuidado en Euskadi.

Dentro del cuidado de hijos/as se ha computado como cuidado de frecuencia diaria a todas aquellas personas mayores que conviven con sus hijos/as en el hogar de la persona mayor. Este tipo de cuidados, menos relacionado con las tareas de apoyo personal, pueden estar más vinculados al desempeño de las tareas del hogar o la ayuda en trámites y gestiones, como pueden ser: hacer la comida, lavar la ropa, limpiar, o ayudar en gestiones de ámbito sanitario, económico, etc. (Barrio et al. 2015). Como se presentó en los resultados, un tercio de las personas de 55 y más años realiza tareas de apoyo a hijos o hijas de forma cotidiana. No se mostraron diferencias de género, pero sí de edad (las personas más jóvenes realizan en mayor proporción estas tareas).

Sin embargo, numerosos estudios han mostrado que las mujeres tienen un mayor protagonismo en las tareas del cuidado (por ejemplo: Durán, 2000, 2006; Carrasco et al, 2004; Garrido, 2003; García Saínz y García Díez, 2000; Carrasco, 1998; García Calvente et al. 2004). Aunque, recientes investigaciones corroboran que la proporción de familias en las que el hombre participa en las tareas domésticas y en el cuidado de hijos/as va en aumento (Meil, 1997; Larrañaga et al. 2004; Sánchez-Herrero et al. 2009; Cruz et al, 2003; Barrio 2015). Algunas investigaciones predicen que se desarrollará un reparto más equitativo de las tareas en el hogar entre el hombre y la mujer (Kluge et al. 2014).

Respecto a la edad, las personas de menor edad de la muestra tengan más peso en este tipo de cuidado puede estar asociado a que en esa cohorte aún se dispone de hijos/as no emancipados/as residiendo en el hogar familiar. Como se ha comentado, diferentes estudios han evidenciado la emancipación tardía de los jóvenes en nuestro país (Moreno, 2010 y 2002; Gaviria, 2007; Meil, 2006).

Por otro lado, el cuidado de nietos y nietas por parte de sus abuelos/as es una respuesta de las familias a las necesidades de conciliación entre la vida familiar y laboral. Los abuelos y abuelas son un recurso muy utilizado para poder compatibilizar los horarios y exigencias del trabajo con el mantenimiento de la vida familia (Barrio et al. 2015). La cifra de población que cuida de sus nietos/as en el País Vasco se corresponde con los resultados de otros estudios realizados en España (Bádenes y López López 2011, Imsero 2007). Tampoco aquí se encontraron diferencias de género entre abuelos y abuelas cuidadoras. Ambos participan en estas labores del cuidado con similares porcentajes de población. Aunque es cierto que diferentes estudios han mostrado cómo las abuelas maternas son las que más colaboran en las tareas relacionadas con el cuidado de los nietos y nietas, en comparación a todos los apoyos que puedan recibir

(Tobío, Fernández Cordón y Agulló, 1998). También existen estudios recientes que evidencian que entre las personas mayores aumenta la participación de los hombres en actividades que tradicionalmente han sido asignadas a las mujeres como son las tareas del cuidado o las domésticas (Barrio 2007 y 2015).

La edad más común para el cuidado de nietos/as es una vez superada la edad de jubilación, a partir de los 65 años y antes de entrar en edades más avanzadas, como son los 80. Entre las causas, se encuentran que estas personas suelen tener nietos/as de corta edad, mientras que los/as nietos de las personas octogenarias ya son mayores y no necesitan cuidados. También, el peor estado de salud de las personas en edades avanzadas puede suponer limitaciones para el desempeño de estas tareas (Barrio et al. 2015).

Respecto al cuidado de parientes mayores y/o discapacitados/as, según los resultados del estudio un 11% de las personas cuidan de otras en esta situación. Este tipo de cuidado está más presente entre las personas más jóvenes y no se han encontrado diferencias de género. Se podrían dar los mismos argumentos que en las anteriores asociaciones del cuidado respecto al género y la edad. Este cuidado se ha especificado en las siguientes tareas: cuidado personal, ayuda doméstica, ayuda en trámites y gestiones, y en hacer compañía. En la ayuda doméstica destaca el apoyo de las y el de las personas más jóvenes en los trámites y gestiones.

Fue la trabajadora social Dorothy Miller, en un artículo publicado en 1981, quien acuñó el término “generación sándwich” para describir a la generación que se encontraban atrapada (como lo pueden estar las lonchas de jamón y queso entre dos rebanadas de pan) entre el cuidado de sus hijos/as y sus padres mayores. Los datos de este estudio constatan que esta realidad sigue vigente e incluso se ha ampliado la cohorte de edad e incluido a los varones. Según Pérez y Abellán (2018), las personas cuidadoras, igual que



las dependientes, son cada vez más mayores, de manera que, de continuar esta tendencia, serán las personas mayores de cohortes más jóvenes las que cuidarán de la vejez avanzada. Además, la propia evolución de la supervivencia y del tipo de hogar, antes comentado, conduce a un incremento de hombres cuidadores; al crecer los hogares en pareja sin otros convivientes.

Las actividades y tareas que se ejercen como trabajo doméstico y familiar son realmente las más significativas en el ámbito de la vejez. En esta etapa de la vida la familia se convierte en el gran sustituto del empleo como fuente de sociabilidad, identidad y autoestima o estructuración del tiempo (Pérez Ortiz, 2003). La idea comúnmente aceptada es que en la vejez, con el abandono de la actividad profesional, la relación con la familia aumenta (Iglesias, 2001; Guadalupe, Testa Vicente y Daniel, 2020). El tiempo dedicado por las personas mayores al trabajo no remunerado dentro del hogar interesan desde el punto de vista socio-económico. Estas funciones reportan un elevado beneficio económico desde el momento en que las familias se ahorran pagar a otras personas para su realización.

Pero en la balanza del cuidado también se ha analizado el cuidado percibido por las personas mayores, las personas que necesitan cuidados. Según los resultados de la encuesta antes mencionados, un 7.7% del total de personas de 55 y más años recibe alguna ayuda a causa de su estado de salud. Observándose diferencias entre hombres y mujeres y las diferentes cohortes de edad. El mayor protagonismo femenino en esta variable concuerda con los resultados obtenidos anteriormente sobre la necesidad de ayuda, las mujeres necesitan y reciben más ayuda que los hombres. Como se ha comentado diferentes estudios han mostrado como además del género hay que tener en cuenta otras variables que inciden en este caso (estado civil, nivel de instrucción, nivel

de ingresos, etc.). Similares cifras se observaron en el estudio realizado en 2011 (Barrio et al. 2011).

Respecto a la edad, es clara la relación de la recepción de ayuda con la variable de necesidad. El aumentar la segunda según se incrementa la edad, aumenta también la primera. Las personas octogenarias, son en todo caso, las predominantes en la necesidad y recepción de ayuda. Como se ha comentado en el epígrafe sobre salud y dependencia, la edad avanzada es uno de los determinantes más fuertes de encontrarse en una situación de dependencia (Fundación Pfizer 2002).

### 5.2.7. Percepción de la jubilación

La jubilación marca en buena medida el acceso a la vejez y, de alguna manera, forma también parte de la definición de la vejez en las sociedades modernas (Perez-Ortiz, 2006). La edad de jubilación se definió por primera vez en Alemania en 1891, desde un esquema bismarkiano, en el que se estableció una pensión de edad y discapacidad a los 70 años, cuando la esperanza de vida se situaba sobre los 50 (Ballesteros, 2015).

El aumento de la esperanza de vida en estos últimos años, tiene una consecuencia evidente en el incremento de años vividos en la jubilación. Según los datos de la OCDE en España ha aumentado la esperanza de vida en 7.1 años (en el período de 1960-1999), mientras que la edad media de jubilación ha disminuido en 9.2 años (período 1950-1990). Como consecuencia de vivir más años y salir del mercado laboral con anterioridad, los años que se disfrutan en jubilación se han incrementado considerablemente. Según esta misma fuente, la expectativa de años vividos en jubilación es para las mujeres 23.7 años y para los varones 20.4 años.

Según los resultados de la encuesta, la edad media de jubilación de las personas de 55 y más años en el País Vasco es de 60,99 años, por debajo de la edad obligatoria. Esta cifra

está algo por debajo de la que ofrece la OCDE que posiciona la media de edad de jubilación en España en los 63.1 años y su esperanza de vida de 86.8 años.

Siguiendo con los datos de la encuesta, a la pregunta de a qué edad le hubiese gustado jubilarse, la edad media resultante es un año posterior a la media real. Esta cifra también asciende con la edad, a las personas más mayores les hubiese gustado jubilarse con 64,15 años. De esta manera se observa que en todas las cohortes, la edad deseada de jubilación es algo superior a la edad real. Además, un tercio de la población encuestada jubilada declaró que les hubiese gustado seguir trabajando.

La instauración de la jubilación fue considerada un logro social, pero a su vez, se convirtió en una imposición administrativa y actualmente es, ante todo, un instrumento de planificación económica. La jubilación, o el retiro, sería un logro social indiscutible si no se produjera por razón de la edad y si no tuviera un carácter definitivo. En este sentido, algunos autores abogan porque el trabajo y el retiro tengan lugar a lo largo de toda la vida, siendo los deseos y capacidades de las personas los posibles sustitutos del criterio de edad (Seguí-Cosme y Alfageme, 2008). Desde el pensamiento gerontológico crítico, a través de las teorías de la dependencia estructurada de las personas mayores (Townsend, 1981 y 1986 y Walker, 1980 y 1986) y de la economía política del envejecimiento (Minkler y Estes, 1984), se cuestionan las políticas de jubilación y sus satélites, en tanto que excluyen a las personas que superan determinada edad de ámbitos relevantes de la vida social, como el trabajo, y contribuyen de modo decisivo a la construcción social de la vejez (Seguí-Cosme y Alfageme, 2008). Estos autores, además, advierten cómo las políticas educativas, laborales y asistenciales basadas en la edad cronológica de las personas construyen nuevas desigualdades o, en ocasiones, impiden que otras desigualdades puedan ser superadas.

Según Pérez Ortiz (2006), la jubilación está cambiando y con ella las normas sociales que definen el acceso a la vejez y la propia experiencia de envejecer. Confluyen en este cambio dos argumentos contrapuestos. Por un lado, la idea de que al intensificarse el envejecimiento de la población, la fuerza de trabajo en los países desarrollados será cada vez más escasa y se requerirá de los trabajadores que permanezcan en el mercado hasta edades más altas. Por otro lado, todavía la jubilación sigue actuando como una imposición para muchos/as trabajadores/as, y no sólo al alcanzar la edad ordinaria sino incluso antes. Si la edad de jubilación se postergara, probablemente el concepto de vejez -como un descanso merecido remunerado a través de las pensiones y, por tanto, como tiempo de ocio o de auto-realización- tendría que cambiar necesariamente o se produciría un retraso en el calendario de llegada a esta etapa de la vida. Por el contrario, si la jubilación sigue anticipándose, ya no servirá – probablemente ya no sirve– como hito de acceso a la vejez y las personas mayores quedarán definitivamente apartadas del mercado de trabajo, pues si es poco probable que una persona de 55 a 64 años trabaje, aún lo será mucho menos después de los 65 años. Sin embargo es muy probable que, si las cosas siguen como hasta ahora, a lo que se asista sea a un conjunto de comportamientos cada vez más variados, es decir, que junto a personas que se jubilan anticipadamente haya otras que se jubilen cada vez más tarde (Perez-Ortiz, 2006).

Siguiendo con los resultados de la encuesta, también existe una cifra considerable de personas que está de acuerdo con incrementar la edad de jubilación, aunque la mayoría de la población se posiciona en la opinión contraria. Estos resultados parecen mostrar que aunque las personas, de manera individual, tengan actitudes positivas acerca del aumento de la edad de jubilación y el mantenimiento en el puesto de trabajo, cuando se les pregunta de manera generalizada por el impulso de este tipo de medidas a nivel

normativo, están mayoritariamente en contra. Esto podría sugerir que la decisión personal en cada situación prima sobre normas estandarizadas (Barrio et al 2015).

Entre las percepciones sobre a qué debe dedicar el tiempo una vez abandonada la vida laboral, parecen ser mayoritarias las respuestas en los supuestos más tradicionales sobre lo que debe ser este momento en el ciclo vital. Entre las generaciones más jóvenes se puede apreciar un ligero ascenso en actitudes proactivas a favor de las aportaciones sociales o del aprendizaje, pero siguen siendo muy minoritarias. Algunos estudios evidencian que entre las nuevas generaciones de personas mayores parece empezar a calar la idea sobre la flexibilidad de la estructura del tiempo a lo largo de la vida y de los roles asociados a ellas (Prieto et al. 2015; ILC-Brasil 2015; Subirats 2016; Barrio et al. 2018). Prieto et al (2015) catalogan la época actual como una “crisis de las instituciones”, donde las etapas vitales clásicas (formación, trabajo y retiro) pierden los referentes que suponían sus hitos de entrada o transiciones entre unas y otras y se entremezclan de tal manera que carecen de sentido como constructos explicativos de las fases que atraviesa una historia de vida fragmentada por la flexibilidad. En la revisión del Marco político del Envejecimiento Activo (WHO 2002) realizada por el ILC-Brasil (2015) se presenta que con toda probabilidad, las vidas serán más variadas y dinámicas; los individuos aprenderán, cuidarán, trabajarán y se tomarán tiempo para actividades ocio a lo largo de sus vidas con mucha menos atención a su edad cronológica (ILC 2015: 34).

### 5.2.8. Satisfacción

La satisfacción vital es considerada como un indicador macro en el que participan, en mayor o menor medida, las tres dimensiones de funcionamiento psicológico, funcionamiento social y funcionamiento físico (Cabañero et al., 2004).

Los resultados de este estudio han mostrado elevados índices de satisfacción entre la población de 55 y más años del País Vasco. En su relación con la edad, parece que la satisfacción desciende según ésta aumenta. Algunos estudios han mostrado resultados similares con una ligera disminución lineal según aumenta la edad (Mroczek y Kolarz, 1998; Triadó, 2003; Navarro, Meléndez y Tomás, 2008). Solo aumenta la satisfacción con la vida espiritual y religiosa entre las personas de más edad. Esto puede ser causado por un mayor nivel de religiosidad entre las personas de edades más avanzadas (Barrio y Sancho, 2012).

Las diferencias de género se han obtenido en la satisfacción con el estado de salud y los logros alcanzados en la vida, ambas en las que las mujeres obtienen menores puntuaciones. La relación con la peor valoración de la satisfacción con el estado de salud puede ser motivada por los resultados observados con anterioridad, donde las mujeres perciben peores situaciones de salud que los hombres.

En la diferencia de género entre los logros alcanzados se puede atisbar como causa la minusvaloración generalizada a las tareas desempeñadas tradicionalmente por las mujeres más vinculadas al hogar y al cuidado (Chirinos, 2011).

## 5.3. BIENESTAR

### 5.3.1. Factores del Bienestar

Uno de los objetivos principales de la creciente investigación en este campo del bienestar subjetivo, ha sido identificar las variables que influyen en él (Von Humboldt y Leal, 2014). En este sentido, algunos autores sugirieron que está influenciado por múltiples variables en una interacción dinámica (Schwarz y Strack, 1999). Dolan, Peasgood y White (2008) en una revisión de literatura, categorizaron en siete grupos de variables como potenciales que influyen en el bienestar subjetivo: (1) ingresos; (2) características personales; (3) características sociales; (4) el uso del tiempo; (5) actitudes y creencias hacia uno mismo/otros/la vida; (6) relaciones; y (7) el entorno económico, social y político.

En la investigación entre el bienestar subjetivo en las personas mayores, Larson (1978) llegó a la conclusión de que el bienestar estaba fuertemente vinculado a factores socioeconómicos. Más tarde, Pinquart y Sörensen (2000) encontraron que además del estatus socioeconómico, la competencia y el tejido social eran relevantes para explicar bienestar entre las personas mayores. Más recientemente, se han señalado factores socio-demográficos (por ejemplo, George, 2010), factores relacionados con la salud (por ejemplo, Jones, Rapport, Hanks, Lichtenberg, y Telmet, 2003; Leung, Moneta y McBride-Chang, 2005), el estilo de vida (por ejemplo, Sasidharan, Payne, Orsega-Smith, E. y Godbey, 2006; Sener, Terzioglu y Karabulut, 2007), y las características psicológicas (por ejemplo, Ferguson y Goodwin, 2010; Herero y Extremera, 2010) como elementos que inciden en el bienestar subjetivo de las personas mayores (Von Humboldt y Leal, 2014).

En la revisión sistemática realizada por Von Humboldt y Leal (2014) sobre las variables que influyen en el bienestar subjetivo de las personas mayores en las últimas

investigaciones se extraen seis categorías que se dividen en: (a) factores socio-demográficos; (b) apoyo social; (c) estado de salud; (d) factores psicológicos; (e) estrategias de afrontamiento; y (f) variables de estilo de vida. Estas categorías de clasificación son las utilizadas en el marco de este estudio incorporando, además, los componentes de la amigabilidad.

#### **5.3.1.1. Factores Socio-demográficos**

Las variables sociodemográficas influyen en el bienestar subjetivo de las personas mayores (Von Humboldt y Leal 2014; Román 2017). Diversos estudios han encontrado relaciones con el bienestar entre los factores educativos (Wiesmann y Hannich 2008; Román 2017; Cramm et al. 2013), socio-económicos (Shirai y cols. 2006; Román 2017; Cramm et al. 2013), y el lugar de nacimiento (Cramm et al. 2013). Y sin embargo, no encontraron correlaciones significativas con variables como el género, la edad, el estado civil o los años que lleva viviendo en la vivienda (Cramm et al. 2013).

En nuestro estudio los resultados del análisis bivariado se encontraron relaciones significativas entre el bienestar y el género, la edad, la percepción de riqueza, el hábitat, el lugar de nacimiento y el nivel de instrucción (solo en el caso de en las mujeres). De esta forma, los hombres, las personas más jóvenes, las que tienen mejor nivel de riqueza percibido, las que viven en entornos rurales y las que son de origen vasco obtienen mayores niveles de bienestar que sus opuestas. En el caso concreto de las mujeres, también aquellas que detentan un mayor nivel educativo.

#### **5.3.1.2. Apoyo social**

También existen numerosas investigaciones que han analizado la correlación entre diversos tipos de apoyo social con el bienestar en las personas mayores (Von Humboldt y Leal 2014). La mayoría de los estudios empíricos han examinado el estado civil,



relaciones con niños/as y amigos/as, y el apoyo social (George, 2010). En línea con esto, Litwin y Shiovitz-Esdras (2011) pusieron de relieve la relación entre el tipo de red social, mientras que otros se centraron específicamente en analizar solo las relaciones familiares (Chen y Short, 2008; Cheng, Lee, Chan, Leung y Lee, 2009; Cheng, Li, Leung y Chan, 2011; Shirai, Iso, Fukuda, Toyoda, Takatorige y Tatara, 2006).

Además de los aspectos estructurales y funcionales de apoyo social, los estudios existentes no han examinado adecuadamente correlaciones como la calidad de las relaciones sociales (Von Humboldt y Leal 2014). Las redes de apoyo social han sido identificadas como influencias importantes en los componentes afectivos y cognitivos del bienestar (Lu, Shih, Lin y Ju, 1997). Además, Freedman, Stafford, Schwarz, Conrad y Cornman (2012) examinaron la influencia positiva de la calidad marital. Del mismo modo, Pinqart y Sörensen (2000) encontraron en su metaanálisis que las personas mayores casadas presentan mayores niveles de bienestar que sus pares no casadas. Por otra parte, Fiori, Antonucci y Cortina (2006) sugirieron que una red social diversa, con una mayor variedad de amigos y familiares para cubrir a las diferentes necesidades, es la más beneficiosa para el bienestar y para mejorar la salud.

Corroborando lo anterior, en nuestro estudio se encontraron relaciones significativas tanto en hombres como en mujeres con el estado civil, el tipo de hogar, la satisfacción con las relaciones personales y el contacto (no presencial) con otras personas, este último caso solo en las mujeres. De esta forma se resuelve que las personas casadas o conviviendo tienen mayor nivel de bienestar que las que se encuentran en otra situación; las personas que conviven con otras personas, respecto de las que viven en solitario; las personas que declaran mayor satisfacción con sus relaciones personales y las mujeres que tienen contactos con otras personas.

### 5.3.1.3. Salud

También la relación de la salud con el bienestar ha sido estudiada en diversas investigaciones (Pinquart y Sorensen, 2000; Von Humboldt y Leal 2014; Herrera et al. 2014; Román et al. 2017). Freedman y cols. (2012), por su parte, sugirieron que la gravedad del deterioro y no la discapacidad en sí, predice un menor índice de bienestar entre las personas mayores. En el estudio de Roman et al. (2017) se concluyó que el principal componente explicativo del bienestar (satisfacción con la vida) era la autopercepción de la salud.

En el análisis de las relaciones bivariadas de las variables incluidas en el factor de la salud se encontraron correlaciones significativas entre estas y el bienestar subjetivo. Tanto el estado de salud percibido como la situación de dependencia (necesitar o no ayuda de otras personas para la realización de las AVDs), está asociado con el bienestar. Las personas que perciben su estado de salud como bueno o muy bueno, y las que no necesitan ayuda para las AVDs tienen mejores resultados en el índice de bienestar.

### 5.3.1.4. Factores psicológicos

Como factores psicológicos se han incluido variables de satisfacción con los logros alcanzados en la vida, lo seguro y protegido que se siente, su seguridad respecto al pasado y la preocupación por su propia vejez. Todas estas variables han obtenido resultados significativos en su relación con el bienestar subjetivo, de tal forma que al aumentar la satisfacción, aumenta el bienestar, y en el último caso, la preocupación por la vejez, la relación es inversa.

En este sentido, anteriores investigaciones encontraron una influencia positiva entre la satisfacción con la propia historia de vida y el bienestar (Shirai y cols. 2006); mientras Wiesmann y Hannich (2008) encontraron una relación positiva con el sentido de la

coherencia, la autoeficacia y la autoestima entre otros factores. Algunos estudios demostraron que la predisposición positiva y otras variables de la personalidad están vinculadas con el bienestar subjetivo (Diener y cols., 2000; Lucas, 2008; Lucas y Fujita, 2000).

#### **5.4. AMIGABILIDAD**

Desde que la Organización Mundial de la Salud puso en marcha el proyecto “Age-friendly cities” en el mundo en 2006 (WHO 2007), ha habido un considerable interés por parte de los responsables políticos en el concepto de "amigabilidad"(Plouffe y Kalache 2011). El interés en hacer que las comunidades y las ciudades sean mejores lugares para vivir para las personas que envejecen es, en gran medida, impulsado por el reconocimiento de que el envejecimiento de la población es un fenómeno mundial (UNFPA 2012).

La gerontología ambiental ha argumentado durante mucho tiempo que los individuos no envejecen en un vacío contextual o situacional (Golant 1984; 2003; 2011 y 2014). La capacidad de las personas de mantener estilos de vida activos y saludables depende de los lugares donde residen -su pueblo, ciudad, vecindario, edificio, vivienda- y si los entornos físicos y sociales son compatibles y de apoyo (Golant, 2014). En los últimos años ha surgido un importante debate sobre la aplicación de políticas destinadas a mejorar la amigabilidad de los entornos urbanos (Fitzgerald y Caro, 2014; Buffel, et al., 2018; Phillipson, 2018).

Las orientaciones hacia el desarrollo y cambios en las ciudades y pueblos se han venido centrando en parámetros socioeconómicos, en la primacía del automóvil y en las exigencias del mercado laboral y, por ello, de la población activa; y se han centrado menos en las necesidades reales provenientes de una ciudadanía amplia (Valle, 2009). Sin embargo, la promoción de entornos amigables con las personas mayores y las

personas con diversidad funcional es una de las medidas fundamentales en planes gerontológicos a nivel internacional en los últimos años (Barrio et al, 2014).

Los resultados del estudio han mostrado que para la mayoría de la población mayor de 55 años, tanto el País Vasco, como su municipio y su barrio son lugares considerados como amigables, es decir, adaptados a las necesidades de las personas y dónde es fácil la convivencia. Esta percepción es generalizada, aunque se pueden observar pequeñas discrepancias en la percepción de amigabilidad del barrio entre la población que reside en entornos rurales (menos de 20.000 habitantes) y la que residen en entornos urbanos. Aunque los porcentajes siguen siendo mayoritarios en la afirmación, superiores al 90% en unos y otros casos, se posicionan en el lado positivo un mayor número de personas que residen en entornos rurales. Algunos estudios han demostrado como los entornos rurales son más propicios para las relaciones sociales (Departament de Benestar Social 2002; García Sanz 1996; Monreal y Vilà, 2008; Montreal et al. 2009 y Ponce de León 2017) y esto, a su vez, podría estar relacionado con la amigabilidad.

También se encuentran diferencias significativas en la percepción de amigabilidad y algunas de las variables incluidas sobre tejido social. Aquellas personas que tienen contacto presencial con hermanos/as y otros familiares, y las que se relacionan con vecinos/as y amigos/as se posicionan en mayor medida en la opción positiva. Varios estudios han demostrado como el concepto de amigabilidad se asocia con la interacción social o conexión social (Emlet y Mocerí 2012). Según estos autores, una comunidad amigable ayudará a las personas mayores a mantener la conexión social mientras se profundiza en las relaciones ya existentes. Una comunidad amigable con las personas mayores necesita encontrar nuevas formas de promover un compromiso cívico y

continuo en la vida comunitaria donde se otorgue importancia a las conexiones significativas con la familia, las amistades y la vecindad (Emlet y Mocerri 2012).

También, la percepción de amigabilidad aumenta en relación con la satisfacción. Para las personas con un mayor índice de satisfacción, su barrio es amigable en mayor medida que para las que se encuentran menos satisfechas tanto con su nivel de vida, su estado de salud, los logros alcanzados, las relaciones personales, lo seguro y protegido que se siente, su sentimiento de pertenencia a una comunidad y su seguridad respecto a su futuro. El modelo de comunidades amigables con la edad desarrollado por la OMS reconoce claramente que la participación social y el apoyo social están fuertemente asociados al bienestar general, permitiendo a las personas mayores a ejercer su competencia y disfrutar del respeto y la estima de su comunidad (OMS 2007).

#### **5.4.1. Componentes de la amigabilidad**

Una característica distintiva de la conceptualización de la amigabilidad es su naturaleza holística (Menec y Nowicki 2014), que incluye una amplia gama de dominios identificados como importantes en la vida de las personas mayores (WHO, 2007). La amigabilidad también puede abordarse desde la teoría ecológica (Menec y Nowicki 2014), la cual sugiere que existe una relación y reciprocidad mutua entre los individuos y su entorno, y que esta interacción se produce en múltiples niveles (Emlet y Mocerri 2012). Las personas mayores no sólo deben interactuar con microambientes como su hogar y su familia inmediata, sino también con sistemas más amplios que pueden influir igualmente en su capacidad para envejecer en el lugar (Emlet y Mocerri 2012). La teoría ecológica proporciona un marco general para entender el comportamiento humano, la salud o el bienestar, y hace explícita la importancia de ver el impacto en el individuo de una amplia gama de influencias dentro del entorno. Los mejores resultados se consiguen cuando hay un ajuste entre las características de la persona y

las del entorno en el que vive (Bronfenbrenner 1994; Stokols 1992 y 1996), tal y como propone el enfoque de la amigabilidad en la adaptación de los barrios y ciudades a las personas que envejecen. La teoría ecológica también sugiere que los factores contextuales más amplios, como el ámbito rural/urbano, deben ser tomados en cuenta en relación con la salud y el bienestar de las personas mayores (Menec y Nowicki 2014).

En la revisión realizada por Steels (2015) sobre los enfoques e intervenciones utilizados para promover ciudades y comunidades amigables con la edad, identificados en investigaciones y prácticas recientes, encuentra que el estudio de la amigabilidad se ha centrado por un lado en cuestiones particulares relacionadas con el entorno físico o social por separado (por ejemplo, acceso a espacios verdes, adaptaciones en el hogar y voluntariado). Aunque gran parte de la investigación se ha centrado en aspectos específicos del entorno, tanto físicos como sociales, y en los resultados relacionados con la salud, hay una escasez de investigación que haya examinado las características de la comunidad desde una perspectiva más amplia (Menec y Nowicki, 2014). Hay una escasez de estudios que hayan examinado simultáneamente todas las áreas o dominios incluidos en la amigabilidad y su relación con el bienestar. Estos autores (Menec y Nowicki, 2014) avanzaron en este sentido con su estudio sobre la relación de estos dominios con la satisfacción con la vida y la salud percibida por el individuo en un contexto rural.

El ideal emergente de las comunidades amigables se caracteriza por promover entornos sociales y físicos adaptados que se refuerzan mutuamente, un modelo de gobernanza colaborativa participativa y la inclusión (Lui et al. 2009; Kano et al. 2018).

El presente estudio es un intento de avanzar en el este abordaje teniendo en cuenta los diferentes componentes de las ocho áreas o dominios de la amigabilidad (WHO, 2007) incluidos en la ECV+55 2014 en diferentes variables.

#### 5.4.1.1. Espacios al aire libre y edificios

Los espacios al aire libre son el ámbito de la sociabilidad, de lo público, de la conexión entre el individuo y el grupo. La configuración de estos espacios es esencial para el fomento de la participación de la ciudadanía en la vida cotidiana del municipio y, en último término, del envejecimiento activo. “El entorno exterior y los edificios públicos tienen un impacto muy importante sobre la movilidad, la independencia y la calidad de vida de las personas mayores” (OMS, 2007: 17). Disponer de lugares accesibles, seguros, bien iluminados y con un mantenimiento adecuado supone gozar de elementos esenciales para la vida comunitaria del territorio (Barrio et al 2017).

La disponibilidad de recursos y servicios es fundamental para la vida cotidiana de las personas que envejecen, pero además de su mera disponibilidad es importante conocer su facilidad o dificultad en su forma de acceso. La accesibilidad es el grado en el que todas las personas pueden utilizar un objeto, visitar un lugar o acceder a un servicio, independientemente de sus capacidades técnicas, cognitivas o físicas (Inteco 2009). Es indispensable e imprescindible, ya que se trata de una condición necesaria para la participación de todas las personas independientemente de las posibles limitaciones funcionales que puedan tener.

En los resultados de la encuesta se han encontrado que 1 de cada 10 personas se encuentran con algún tipo de dificultad de acceso al parque o zona verde y para realizar la compra cotidiana al supermercado o tienda de alimentación.

En este sentido, en nuestros resultados las mujeres perciben mayores dificultades de acceso a los parques o zonas verdes que los hombres y también al supermercado o tienda de alimentación. Una de las causas puede estar relacionada con su mayor asiduidad a estos lugares. Por un lado, las mujeres asisten en mayor medida a parques y zonas verdes (Barrio et al. 2017), quizás por la mayor vinculación de estas en las tareas relacionadas con el cuidado de los más pequeños. Por otro, las tareas relacionadas con las compras también se incluyen en actividades domésticas en las que tradicionalmente las mujeres han sido protagonistas.

Las barreras en el entorno inmediato también se encontraban similares relaciones con el género y la edad; las mujeres y las personas de más edad tienen en mayor proporción dificultades, ya sea por motivo del mal estado de las aceras o calles, las obras, la suciedad,... El estado de las aceras tiene un impacto evidente en la capacidad y en las posibilidades de trasladarse por la ciudad, pueblo y territorio. Las aceras estrechas, dispares, rotas, o que presentan obstrucciones presentan peligros potenciales y afectan la capacidad de las personas mayores para transitar a pie (OMS, 2007).

La edad es una variable que incide directamente en el acceso a los recursos. Las personas de más edad tienen más dificultades a la hora de visitar o acceder a estos recursos y servicios. Diversos estudios han mostrado como la cercanía de las tiendas de comestibles es importante para las personas mayores ya que son lugares importantes de relación entre vecinos/as (Walker y Hiller 2007, Menec et al. 2011, Novek y Menec 2013). Gran parte de la investigación sobre el entorno físico ha examinado la relación entre los niveles de actividad física y los problemas de salud entre las personas mayores (Wilcox et al. 2003, Li et al. 2005; Van Lenthe et al. 2005; van Dijk 2015) identificando atributos importantes como la existencia de suficientes espacios verdes (Li et al. 2005;



Sugiyama y Ward Thompson 2008), edificios accesibles (OMS 2007) y calles y cruces adaptados (Burton y Mitchell 2006, Wennberg et al. 2009).

Desde la perspectiva de género, se ha venido analizando el impacto del urbanismo en hombres y mujeres. Cevedio (2004) explicaba como la división del trabajo entre hombres y mujeres fue el origen de la distinta concepción y división de los espacios (Arquitectura y género, 2004:94). Estos valores se han traducido en la estructuración del espacio, de tal forma que la segregación del espacio público (el de la producción, lugar de trabajo) ha sido tradicionalmente asignado a los hombres, y el privado (el de la reproducción, hogar) a las mujeres (Novas 2014) y como las ciudades y viviendas han construido “su trazado base en modelos de uso masculinos” (Darke, 1998:115).

La accesibilidad universal es uno de los grandes retos del siglo XXI, si bien es el ámbito en el que más avances se han producido en nuestro país, al menos en lo concerniente a la legislación técnica de obligado cumplimiento (Novas, 2014). En una ciudad inclusiva, el espacio urbano debe favorecer la igualdad de oportunidades y autonomía de todas las personas (Novas ,2014). Por lo que se tienen que trabajar los espacios de relación de manera inclusiva, pensando en todas las edades y condiciones de las personas que lo usarán (Muxí et al., 2011:114).

En el ámbito de la seguridad ciudadana, los resultados también muestran que las mujeres perciben en mayor porcentaje que el lugar en el que residen hay problemas de delincuencia, violencia o vandalismo. Este hallazgo se respalda en varias investigaciones (Ej: Emakunde 2012; Barrio et al. 2017 o Freidenberg 2019). En el documento elaborado por Emakunde sobre seguridad ciudadana se especifica que el hecho de que “pese a que los hombres tienen estadísticamente más probabilidad que las mujeres de ser víctimas de un delito, el sentimiento de inseguridad es

considerablemente mayor en ellas que en ellos, lo que limita notablemente su libertad ambulatoria y el ejercicio pleno de sus derechos fundamentales” (2012: 4).

La sensación de seguridad en el entorno de vida inmediato influye en la predisposición de las personas para moverse en la comunidad. Esto a su vez, incide en la independencia, la salud física y la integración, y en el bienestar subjetivo (OMS, 2007). La seguridad ciudadana, en tanto que supone la condición personal de encontrarse libre de violencia intencional o de la amenaza de ésta por parte de otras personas, tiene relación directa con la existencia del riesgo, sea este real (objetivo) o percibido (subjetivo) (Emakunde, 2012; Barrio et al. 2017). En diversas investigaciones se ha estudiado la importancia de la seguridad del vecindario en los espacios al aire libre para las personas mayores (Wilcox et al. 2003, Van Lenthe et al. 2005, De Donder et al. 2009). La inseguridad afecta el sentido de control y la capacidad para caminar por los vecindarios, especialmente por la noche (Gilroy 2007; Scharf et al., 2003). Investigaciones recientes demuestran que características físicas como la seguridad vial y la distancia a los servicios contribuyen a la sensación de seguridad (De Donder et al. 2013). En nuestra investigación no se encontraron diferencias significativas entre los grupos de edad, pero sí se encontró relación entre la percepción de amigabilidad del propio barrio con las barreras del entorno inmediato, la sensación de inseguridad ciudadana y las dificultades de acceso al supermercado o tienda de alimentación. El porcentaje de personas que califican su barrio como no amigable aumenta cuando declaran problemas de este tipo.

Se ha evidenciado cómo la relación entre las percepciones de los espacios públicos y privados moldea el comportamiento diario y los estilos de vida individuales (Rowles y Bernard 2013). Una persona mayor puede sentirse segura y puede identificarse con el espacio de la vivienda, pero temer participar en un ambiente hostil y cambiante fuera

de ella (Balint, 1955). Hay que tener en cuenta que los espacios públicos y compartidos son entornos críticos que conforman la conducta de la vida cotidiana (Rowles y Bernard 2013) y que pueden suponer entornos facilitadores o obstaculizadores. Diferentes investigaciones (Walker y Hiller 2007, Menec et al. 2011, Novek y Menec 2013) mostraron que los aspectos de la vecindad física y social estaban estrechamente relacionados. Por ejemplo, la percepción de seguridad de un barrio, está relacionada con los estrechos vínculos entre los/as vecinos/as y un sentimiento de familiaridad.

#### 5.4.1.2. Vivienda

La casa es el lugar privilegiado de enraizamiento del cuerpo en el mundo (Ibáñez 2002:20). Existe una relación entre la vivienda adecuada y el acceso a los servicios comunitarios y sociales que influye sobre la independencia y la calidad de vida de las personas mayores. La vivienda es valorada como un apoyo que permite a las personas mayores envejecer en forma cómoda y segura en el seno de la comunidad a la que pertenecen (OMS, 2007: 34).

Como ya se ha comentado, uno de los objetivos de las instituciones públicas, tanto nacionales como internacionales, es hacer realidad el lema "Envejecer en casa" (Ageing in Place), definido como "permanecer viviendo en la comunidad, con cierto nivel de independencia, en lugar de estar en un centro de atención residencial" (Davey, Nana, de Joux, y Arcus, 2004: 133).

A partir de ese momento estudios internacionales sobre envejecimiento comenzaron a abordar las cuestiones de la vivienda y el entorno como elementos fundamentales para el buen envejecimiento de las personas (Wahl, Fänge, Oswald, Gitlin e Iwarsson, 2009). Abundan las afirmaciones sobre que las personas prefieren "envejecer en su hogar" (Frank, 2002; del Barrio et. al 2015) porque se considera que les permite mantener su

independencia, autonomía y mantenerse en contacto con el tejido social, incluidas las amistades y la familia (por ejemplo, Callahan, 1993; Keeling, 1999; Lawler, 2001). El hecho de que las personas permanezcan en sus hogares y comunidades el mayor tiempo posible también evita la costosa opción de la atención institucional y, por lo tanto, se promueve desde las políticas públicas y de salud (OMS 2007; Wiles et al. 2012;).

Además el hogar está asociado con un sentido de propiedad. En un sentido etológico es nuestro territorio, nuestra guarida (Porteous, 1976); proporciona un lugar de refugio de un mundo exterior amenazante y un lugar de privacidad donde las personas se sienten seguras (Rowles y Bernard 2013). La vivienda es para todas las personas un bien de primer orden cuyo significado excede lo meramente económico, desempeña un conjunto de funciones relevantes y es el marco en el que transcurre una parte importante del tiempo vital. Multitud de estudios han documentado que las personas mayores pasan una proporción cada vez mayor de su tiempo en casa, en muchos casos más del 80% (Baltes, Maas, Wilms y Borschelt, 1999; Kuster, 1998).

En su dimensión material, la vivienda cumple un conjunto de funciones económicas pero también interactúa con las características físicas de sus habitantes, erigiéndose en un entorno facilitador u obstaculizador del desarrollo de las funciones básicas de la vida cotidiana (Pérez Ortiz, 2006). Desde esta visión material, uno de los aspectos más relevantes es el régimen de tenencia, ya que se considera un indicador muy relevante al analizar los recursos y situación socioeconómica de las personas. Los resultados han mostrado que casi la totalidad de las personas de 55 y más años en el País Vasco tienen su vivienda en propiedad. Esta cifra se reduce con el descenso de la edad; es decir, entre las personas más jóvenes, la vivienda en propiedad es algo más escasa, aunque los porcentajes siguen siendo muy elevados. Estas cifras son similares a los datos de la Encuesta de Condiciones de Vida del INE que dice que el 85% de los hogares del País

Vasco son en propiedad, aumentando la cifra según con el aumento de la edad (INE 2017). Según algunos investigadores (Jurado, 2006; Allen, Barlow, Leal, Maloutas y Padovani 2004), buena parte de los hogares consideran la propiedad como una forma de ahorro y como un sistema de seguridad para la familia, más allá de un mero bien de consumo. Estos argumentos sostienen que el predominio del régimen de propiedad frente al alquiler obedece a una serie de razones sociológicas y culturales, propiciadas desde los poderes públicos que han diseñado políticas dirigidas básicamente a la adquisición de la vivienda (Pareja-Eastaway y Sánchez-Martínez 2010). Desde hace décadas las autoridades públicas españolas han ofrecido incentivos a esta opción (Naredo, 2009) y las actuales generaciones de personas mayores crecieron en esa época y adoptaron lo que se ha denominado como la “cultura de la propiedad” (Costa-Font, Gil-Trasfí, Mascarilla-Miró 2007; Naredo 2009).

Siguiendo con los resultados, otros de los indicadores recogidos hacen referencia a la accesibilidad del edificio y la vivienda. La vivienda forma parte del entorno construido en el que las personas desarrollan y construyen su vida. Como se ha comentado, este entorno puede facilitar o impedir su independencia. De hecho, un entorno en pobres condiciones físicas (una vivienda o un edificio) suele ser un factor de riesgo para un problema tan importante en la vejez, como por ejemplo las caídas, que tienen un potencial devastador en la calidad de vida de las personas que las sufren y de aquellas que constituyen su red social más próxima, como su familia y amistades (McInness y Askie, 2004; Yardley y cols, 2006; Nuevo y cols, 2006; en Perez-Ortiz, 2006). Un evento como este puede convertir el hogar en un sitio inseguro y generar miedos, declive de salud o incluso aislamiento. Construir lugares amigables y vecindarios inclusivos también implica modificar las viviendas existentes, diseñar viviendas totalmente adaptadas a las personas mayores y crear vecindarios accesibles con una adecuada provisión de servicios (van Hoof, 2018).

En este sentido, los datos del País Vasco revelan que un 15,1% de la población de 55 y más años encuentra problemas en el acceso a su edificio y un 9,2% encuentran algún obstáculo o barrera física para moverse o desplazarse en el interior de su vivienda. Existen diferencias significativas entre hombres y mujeres en la percepción de barreras en el interior de la vivienda (por ejemplo: al utilizar la bañera, coger utensilios de los armarios de la cocina, tender la ropa, meter o sacar la ropa de la lavadora, etc.) y de acceso al edificio (por ejemplo: al utilizar las escaleras, el peso de la puerta, etc.). En ambos, las mujeres perciben en mayor proporción este tipo de problemas frente a los hombres. Una de las razones puede estar en el mayor peso de personas de edades más avanzadas en el grupo de mujeres y su peor estado de salud.

Con el aumento de la edad estos problemas también se incrementan. Una de las causas de las elevadas cifras de problemas de accesibilidad entre las personas octogenarias es que en el momento del acceso a la vivienda, ésta 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 la situación actual de las personas de más edad, con mayores limitaciones funcionales (Anme et al. 1994). Viviendas de fácil acceso o de acceso a nivel y de un solo nivel están entre los tipos de hogares necesarios para albergar al creciente grupo de personas mayores (van Hoof, 2018). El envejecimiento de la población va de la mano de un mayor riesgo de reducción de la movilidad, además, las personas mayores son más propensas a desequilibrios o caídas. Las medidas para mejorar la accesibilidad de los hogares también pueden ser beneficiosas para las generaciones más jóvenes, incluyendo padres jóvenes con cochecitos de niños, o personas más jóvenes con limitaciones físicas (van Hoof 2018).

De tal manera que la vivienda debe mantener una “relación dinámica” con sus ocupantes, es decir, debe responder a las situaciones cambiantes en función del ciclo de

vida individual o familiar (Valenzuela, 1994 y Trilla ,2001). En la práctica, esta situación se cumple rara vez, al igual que la alternativa, la búsqueda de hogares más apropiados a medida que las condiciones de las personas usuarios van cambiando. Nuestra cultura se caracteriza por una movilidad residencial muy reducida, menor aún entre las personas más mayores (Puga, 2003). Esto puede suponer que este hogar, ámbito íntimo y de seguridad, también puede convertirse en cárcel hostil, espacio vital reducido que limita las posibilidades de vida, relación o actividad.

Sin embargo, los resultados del estudio han concluido que casi la mitad de la población encuestada reside en una vivienda adaptada a posibles situaciones de dependencia. Las modificaciones en el hogar (por ejemplo, elevadores de escaleras, rampas, abridores automáticos de puertas) permiten a las personas mayores continuar con sus rutinas, adaptándose a sus necesidades de accesibilidad, seguridad y comodidad (Petersson, Kottorp, Bergström y Lilja 2008; Tanner, Tilse y Jonge 2008). Se han realizado múltiples estudios que prueban las intervenciones para permitir que las personas mayores envejezcan en el hogar. Estas intervenciones se centran en adaptaciones dentro la vivienda, como la colocación de barandillas, modificaciones en el baño y escalones antideslizantes (Boldy, Grenade, Lewin, Karol, y Burton, 2011; Costa-Font, Elvira, y Mascarilla-Miro, 2009). Las modificaciones dentro del hogar también pueden reducir los peligros que pueden conducir a la hospitalización de las personas mayores (Donald, 2009).

#### 5.4.1.3. Transporte

El transporte constituye un elemento clave para el envejecimiento activo, ya que se relaciona con varias de las áreas de la amigabilidad, principalmente con la participación social y el acceso a los servicios públicos (OMS, 2007). Disponer de transporte público para moverse tanto dentro con fuera del municipio es un aspecto fundamental para la

vida cotidiana de las personas. En el caso de las personas mayores es de mayor relevancia ya que, en edades avanzadas, pueden aparecer limitaciones para la conducción de vehículo privado (Raitanen et al. 2003; Barrio et al 2017).

Los desafíos de la planificación urbana incluyen una distribución uniforme y accesible de los servicios, incluyendo tiendas y centros de salud, que no requieren grandes distancias de desplazamiento (van Hoof, 2018). La provisión de transporte público fiable, asequible y accesible es un factor importante para fomentar y permitir a las personas mayores participar en la vida familiar y comunitaria (Rosenbloom, 2009; Zeitler, Buys, Aird, y Miller, 2012; Steels 2015).

Según los resultados de la encuesta, la edad es una variable que incide directamente en el acceso al transporte. Los problemas de movilidad en el transporte público son escasos en la generación más joven, pero pasan a ser muy importantes entre el grupo de personas de edad avanzada. El uso de las opciones de transporte público suele resultar difícil entre las personas mayores debido al diseño y la provisión de servicios, la accesibilidad de los vehículos y el acceso a la información (Broome et al. 2010). La disponibilidad de transporte adecuado es importante para envejecer en casa, lo que afecta profundamente en la independencia de las personas mayores (Coughlin 2001, Kostyniuk y Shope 2003) y la capacidad de mantener el contacto con la comunidad (Cvitkovich y Wister 2001, Feldman y Oberlink 2003).

Los resultados de este estudio también muestran asociación entre la dificultad de acceso y barreras en el transporte público y el género. Las mujeres declaran en mayor cifra tener dificultades de acceso y encontrarse con barreras para moverse en el transporte público. Algunos estudios han demostrado que una de las causas puede encontrarse en que el transporte público es utilizado con mayor frecuencia por las mujeres (Emakunde 2013; Barrio et al 2017; Freidenberg 2019; Kuneida y Gauthier



2007). Las diferentes pautas de movilidad de las mujeres y hombres vienen determinadas por las razones que motivan a cada sexo a desplazarse, lo que a su vez propicia las diversas formas elegidas para hacerlo (Emakunde 2013) lo que está relacionado con el reparto del trabajo doméstico.

Los resultados sobre la percepción de amigabilidad y transporte, muestran que existe relación entre esta y la dificultad de acceso al transporte público. De tal manera que las personas que declaran problemas de acceso perciben de manera negativa la amigabilidad de su entorno en mayor medida. Este resultado se contrasta en otros estudios donde se ha encontrado que las personas mayores reportan mayor satisfacción en su vida cuando tienen acceso a ambientes sociales y transporte adecuados para su edad (Park y Lee 2016; Gibney, Zhang y Brennan 2019).

Una perspectiva integradora del medio requiere identificar las necesidades de las personas mayores, su ubicación y trayectorias de desplazamiento, de manera que los servicios de los que son usuarias estén a su alcance (San Román, 1992). Los resultados del estudio de Broome, Worrall, Fleming y Boldy (2013) mostraron que para las personas mayores usuarias del autobús entre los aspectos prioritarios en los que hay que intervenir para mejorar su amigabilidad destacaban los relacionados con los/as conductores y el diseño universal de las paradas, estaciones y vehículos.

Para permanecer en su entorno, las personas mayores cambian sus rutinas diarias (inconscientemente) y con ello su comportamiento de viaje de manera continua (Lord et al. 2009). Esto es crítico ya que estas estrategias de adaptación a menudo resultan en la reducción o fragmentación del espacio utilizado dentro de la comunidad, lo que puede conducir a una pérdida significativa de autonomía (Lord et al. 2011).

#### 5.4.1.4. Participación social

Las personas mayores quieren oportunidades para socializar e integrarse con otros grupos de edad y culturas dentro de sus comunidades, actividades y familias (OMS, 2007). En el contexto del envejecimiento activo, se ha prestado mucha atención a la promoción de la participación social de las personas mayores (van Dijk, 2015). Algunas investigaciones han demostrado que a participación social depende de la asequibilidad y accesibilidad de las actividades sociales y de la presencia de sitios de interacción social (Baum y Palmer 2002; Bowling y Stafford 2007; OMS 2007).

En este estudio se han incluido diversas actividades como forma de participación social relacionadas con el tiempo libre como: hacer ejercicio físico, realizar actividades de ocio doméstico como los hobbies, también las actividades culturales, sociales, el turismo, asistir a actos religiosos o la realización de actividades educativas.

La ocupación del tiempo libre está muy condicionada por factores generacionales y sociales. La educación recibida, la diferenciación social de actividades para hombres y para mujeres, las condiciones de salud derivadas de sus hábitos comportamentales o los estereotipos sociales, son factores con un peso muy importante en cómo ocupan su tiempo libre las generaciones actuales de personas mayores (Bueno Martínez y Buz Delgado, 2006). Las actividades de ocio cobran especial relevancia para las personas mayores cuando la actividad inherente al empleo o las responsabilidades que derivan de la maternidad/paternidad desaparecen o se reducen y queda mucho más tiempo libre. En estos casos, las actividades con las que ocupa ese tiempo son las encargadas de proporcionar al sujeto nuevas referencias y significaciones (Barrio et al., 2015).

Entre las actividades practicadas por la población de 55 y más años del País Vasco, destaca el ejercicio físico. Existe una relación inversa con la edad, según esta aumenta

el porcentaje de personas que la practican disminuye, pero aun así la cifra de población sigue siendo elevada. La mitad de las personas de 80 y más años del País Vasco realizan actividades de ejercicio físico con una frecuencia diaria. Esto es un claro indicador de su buen estado de salud, de la cultura del deporte arraigada como un estilo de vida generalizado y de la interiorización de las ventajas del ejercicio en las personas (Barrio et al., 2015). Los resultados muestran que los varones practican ejercicio físico en mayor proporción que las mujeres. La participación de las mujeres en la actividad física y en el deporte ha sido, y todavía es en la actualidad, menor que la de los hombres. Estos datos corroboran los obtenidos en otros estudios en España (IM, 2006; Berzosa y col., 2013; Martín, Barriopedro, Martínez del Castillo, Jiménez-Beatty y Rivero-Herráiz 2014) y en la Unión Europea (EC, 2010), donde también se evidencia que las mujeres practican menos deporte. Esto no es un hecho casual ni aislado, ya que la participación de la mujer es menor en los ámbitos que tradicionalmente se han considerado públicos, como el mundo laboral, político, cultural, etc. y el deporte es uno de ellos (Barrio et al., 2015). A pesar de todo, la cifra de mujeres mayores vascas que realizan estas actividades sigue siendo muy elevada compara con otros estudios (Martín et al. 2014).

Otras prácticas aquí recogidas son las denominadas como actividades de ocio doméstico o hobbies. Dentro de estas actividades, se encuentran: cuidar de un huerto o jardín, hacer manualidades, bricolaje, punto, ganchillo, etc. Todas estas tareas descritas tienen una vinculación con el trabajo y a la vida doméstica, ya que se realizan en el entorno del hogar. Aquí las mujeres tienen mayor protagonismo que los hombres, como siempre más cercanas al ámbito privado del hogar.

Por otro lado, en el marco de las actividades culturales se encuentran: ir al cine, al teatro, acudir a exposiciones, asistir a charlas, etc. La práctica de este tipo de actividad se relacionó con la edad de manera inversa, según aumenta esta descende el número

de personas que practican estas actividades. Una causa puede estar en el peor estado de salud de estas generaciones, pero también hay que tener en cuenta que los hábitos culturales vienen determinados por características sociales y de historia de vida. El nivel de instrucción, el estatus económico-social y las costumbres adquiridas durante toda la vida inciden directamente en el consumo de cultura (Barrio, Sancho y Yanguas 2011). Hay que tener en cuenta que las generaciones más mayores de la muestra vivieron una época joven-adulta en la que la cultura se situaba en un segundo plano. Respecto al género, aunque la significatividad no es muy elevada, también se observa que las mujeres practican más estas actividades de este tipo que los hombres.

Por otro lado, las denominadas como actividades de vida social son aquellas prácticas de interacción con otras personas como: salir a comer o cenar, reunirse con las amistades, ir al bar-cafetería, ir a bailar, ir al club o centro de mayores, etc. Es decir, todas aquellas actividades de ocio y recreación que se suelen hacer en compañía. La cantidad y calidad de las relaciones que tiene una persona y que le proveen de ayuda, afecto y autoafirmación personal tienen no sólo influencia en el funcionamiento social de esa persona, sino que median en el mantenimiento de la autoestima durante la vejez y tiene una posible función “amortiguadora” en el caso de las pérdidas (Díaz-Veiga, 1987 en Yanguas Lezaun, 2006). Estas prácticas son también muy generalizadas entre la población de 55 y más años en el País Vasco. Aunque existen diferencias por género y edad. Por un lado, tanto mujeres como hombres practican estas actividades, pero los varones las realizan con mayor frecuencia. Una de las razones se encuentra en que los hombres buscan más espacios alternativos al ámbito doméstico en una prolongación de las normas tradicionales de género (Barrio et al., 2015). No obstante, en cualquier caso, la realización de estas actividades por parte de las mujeres es también mayoritaria. Una parcela del ocio que parece haber sido conquistada por las mujeres de edad en el País Vasco. La conquista de las mujeres de su espacio de tiempo libre se constituye como la

única vía que puede dotar de sentido a la identidad de la mujer más allá de lo doméstico (Rincón, 1995). Tradicionalmente el acceso al tiempo libre se ha constituido como un derecho masculino vinculado a la participación en el mercado laboral (Barrio et al., 2015). Con la incorporación de la mujer al ámbito laboral y el cambio en la estructura social, se ha ido abriendo el camino hasta el momento actual, en el que se reconoce el derecho de las mujeres a disfrutar de su tiempo libre. Por otro lado, las actividades de ocio social también se reducen con el aumento de la edad. Según M. T. Bazo (2001), la reducción de las actividades a medida que avanza la edad responde a un proceso de selección y adaptación a los cambios que se realizan durante toda la vida, algo que está en coherencia con los resultados obtenidos en el epígrafe sobre el tejido social.

En este conjunto de actividades de participación social también se incluyeron las relacionadas con el turismo, los viajes o las excursiones. La actividad de ocio-turístico es ante todo una "práctica social" a través de la cual las personas satisfacen sus necesidades vitales (Marín, 2006). Siguiendo con Marín, en este tipo de actividad se pueden identificar varias dimensiones o componentes principales: movimiento/desplazamiento hacia otro lugar diferente al de su residencia, una forma o manifestación de ocio, descubrimiento, interacción con el ambiente, experiencia, temporalidad, contacto intercultural y economía. Asimismo, en la experiencia turística intervienen procesos de interacción social, como consecuencia de los efectos que la actividad turística tiene sobre los turistas y/o sobre la población local (Marín, 2006). Según los resultados, existen importantes diferencias entre las generaciones y la realización de este tipo de actividad. Algunas de las causas podrían estar asociadas a la salud, la dependencia, o el hábito asociado a tales prácticas a lo largo de la vida. Hay que tener en cuenta que viajar es el resultado, entre otros, de las condiciones sociales y culturales, por lo que se podría concluir que viajar es la manifestación de un cambio social que se está produciendo en las sociedades avanzadas y que ello supone que las

cohortes más jóvenes sean las que más viajan, igual que se estima un incremento de las personas mayores que viajen en el futuro (Marín, 2006). El ámbito del turismo en las personas mayores ha tenido y tiene especial relevancia, tanto a nivel del Estado como en el País Vasco, con programas como el de Turismo del Imsero que se han convertido en modelos para otros países. El fomento del turismo entre las personas mayores a través de organismos públicos ha supuesto un acercamiento de esta forma de ocio a generaciones para las que viajar, como forma de esparcimiento, era ajena (Barrio et al., 2015). El número de personas mayores que hacen turismo está experimentando un crecimiento muy importante en las últimas décadas, en la mayoría de poblaciones de todo el mundo, incluidas las de Europa (Shoemaker, 1989; Seekings, 1997; Armadans 2003). En la actualidad, se han empezado a jubilar los/as turistas que vivieron en pleno apogeo el boom turístico en nuestro país. Turistas para quienes los viajes han sido una parte importante de su vida. En el futuro más inmediato llegarán aquellas generaciones que vivieron la revolución del sector con las nuevas tecnologías y compañías de bajo coste. En resumen, estas personas mayores tendrán una experiencia turística anterior muy fuerte y su forma de relacionarse con esta forma de ocio será completamente diferente (Barrio et al. 2015). Pero además de diferencias entre las diferentes generaciones, se encontraron diferencias de género. Los hombres participan en mayor proporción de estas prácticas que las mujeres. Argumentos similares a la distribución de los roles de género pueden ser la causa de estas diferencias. Algunas investigaciones han analizado la importancia del género en el comportamiento turístico como Hudson et al. (2000).

Otra de las actividades analizadas, es la asistencia a actos religiosos. La religión es un elemento fundamental que está inmerso en la cultura; de hecho, muchas sociedades se definen por la religión que practican (Castellanos Soriano y López 2012). La religiosidad es de naturaleza esencialmente social, es un soporte socio-cultural (Acevedo y González

2014). Ir a actos religiosos es considerada una actividad de tiempo libre porque supone salir del hogar y mantener contacto con otras personas (Barrio et al., 2015). Esta es la única actividad en la que aumenta el porcentaje de población practicante con el incremento de la edad. Las personas octogenarias la realizan en mayor proporción que las personas de menor edad y las mujeres frente a los hombres. Acudir a actos religiosos es una de las actividades extradoméstica más extendida en el grupo de mujeres mayores, muy importante para las de avanzada edad. Estos resultados concuerdan con algunos estudios internacionales, donde también las mujeres destacan en las prácticas religiosas (Bergan y McConatha, 2010).

El desarrollo de estas actividades está vinculado con el grado de religiosidad de una población. Parece existir una clara relación entre el grado de religiosidad y la edad, de tal manera que con el aumento de la edad se incrementa el porcentaje de personas que declara ser partidaria de una determinada religión (Eggers, 2003). Pero también hay que tener en cuenta que la religión era un aspecto muy importante para la vida cotidiana de las personas en el pasado reciente de nuestro país (Barrio, Sancho y Yanguas 2011).

Siguiendo con los resultados del estudio, se encuentran las actividades educativas, ya sea asistir a cursos, a la Universidad de la Experiencia, a clases, etc. La educación, el aprendizaje permanente o la adquisición de conocimientos y actitudes juega un papel fundamental para el desarrollo de las personas, así como para su participación en la sociedad (Fundación EDE, 2013). La Comisión Europea reconoce y enfatiza la importancia de la educación como condición necesaria para la participación social y el desarrollo personal: “la adquisición y actualización continua de conocimientos, actitudes y competencias tienen la consideración de una condición indispensable para el desarrollo personal de todos los ciudadanos y de la participación en todos los

ámbitos de la sociedad, desde la ciudadanía activa a la integración en el mercado de trabajo” (Kailis y Pilos 2005). Aun así, los resultados muestran que implicación de las personas mayores en actividades educativas sigue siendo minoritaria. Esta práctica es algo más realizada por las personas más jóvenes (20.4%) y es casi residual entre las de más edad (2.6%). El sexo y la edad inciden de manera palpable en esta actividad. Los hombres y las personas de entre 55 a 64 años conforman el perfil de las personas que en mayor proporción realizan estas actividades. Estos resultados pueden estar asociados al mayor nivel educativo de las generaciones más jóvenes, además de la salud. El hecho de seguir con el aprendizaje a lo largo de toda la vida o de realizar cursos de formación continua a través de cursos formales o informales también puede ayudar a las personas mayores a desarrollar nuevas habilidades. Las nuevas habilidades pueden crear o mejorar la confianza en sí mismas y las estrategias de afrontamiento, permitiendo a las personas mayores mantenerse independientes a medida que envejecen (Steels 2015). La capacitación adicional y los cambios en el nivel de trabajo en el empleo pueden ayudar a mantener a las personas mayores en el mercado de trabajo (Yazaki, 2002).

#### **5.4.1.5. Respeto e Inclusión**

Las actitudes y percepciones respecto a las personas mayores y la vejez juegan un papel importante en la vida diaria de un entorno amigable con dichas personas, por cuanto configuran las formas de relación con el resto de ciudadanía, así como ejercen una influencia crucial en la propia autopercepción de las personas mayores (OMS, 2007). Romper con estereotipos y pre-concepciones es un paso fundamental en la búsqueda de la integración del grupo de mayores en la vida social del municipio (Barrio et al, 2009).

Las personas mayores experimentan actitudes y conductas conflictivas: por un lado, muchas se sienten respetadas, reconocidas e incluidas; mientras por otro,



experimentan falta de consideración en la comunidad, en los servicios y en el seno de la familia. Este choque se explica en función de una sociedad y las normas de conducta cambiantes, la falta de contacto entre generaciones, y un desconocimiento generalizado hacia el envejecimiento y las personas mayores. Factores como la cultura, el género, el estado de salud y el status económico juegan un papel importante. El grado de participación de las personas mayores en la vida social, cívica y económica también está estrechamente relacionada con su experiencia de inclusión (OMS, 2007: 47).

En este componente se ha incluido una sola variable que hace referencia al grado de satisfacción con el sentimiento de pertenencia a una comunidad o grupo de personas. En este sentido, recientes investigaciones declaran un énfasis creciente en la creación de ciudades y barrios amigables para las personas mayores que fomenten la sensación de pertenecer al lugar (Abbott, Carman, Carman y Scarfo 2009; Clark y Glicksman, 2012; Lui, Everingham, Warburton, Cuthill y Bartlett 2009; Rowles y Bernard eds. 2013). Aunque las condiciones del vecindario y la capacidad funcional individual son importantes (Lawton, 1982), los sentimientos subjetivos acerca de un vecindario pueden ser una fuente significativa de satisfacción, independientemente de las medidas objetivas de idoneidad o seguridad (La Gory, Ward y Sherman, 1985; Wiles, Leibing, Guberman, Reeve, y Allen 2012).

Los resultados obtenidos en este estudio muestran que las personas de 55 y más años en el País Vasco detentan un elevado sentimiento de pertenencia, sin diferencias de género, pero sí de edad. Las cohortes de 65 a 79 años tienen una mayor satisfacción con su sentimiento de pertenencia que las de más edad y la cohorte inferior. También es destacada la relación entre esta variable y la percepción de amigabilidad, ambas se relacionan de manera positiva; las personas que tiene una mayor satisfacción, perciben en mayor proporción que su barrio es amigable.

Dada la disminución de sus redes sociales (McPherson et al. 2006, Oh y Kim 2009) y la disminución de la movilidad (Philips et al., 2005), el contexto del vecindario gana importancia para satisfacer las necesidades diarias de las personas mayores (van Dijk, 2015). El barrio puede convertirse en una importante fuente de identidad social (Burns et al. 2012) donde se valoran los buenos lazos sociales con los vecinos y vecinas (Gabriel y Bowling 2004, Gardner 2011, van Dijk et al. 2013) ya que contribuyen a la satisfacción con el vecindario (Scharf et al. 2002).

En este sentido, un aspecto muy característico de cultura vasca son las “cuadrillas”. La cuadrilla puede considerarse como un grupo informal de personas y representa la cristalización de las relaciones personales de amistad (Ramirez, 1984). Las cuadrillas aparecen ligadas al proceso de industrialización y urbanización del País Vasco y a la reformulación de las antiguas formas comunitarias de relación y reciprocidad. Las cuadrillas son el referente social clave de las personas del País Vasco que residen en entornos urbanos, son una formación social definida por ciertas características comunes a los individuos que constituyen el grupo ya sea una misma cohorte generacional, un mismo género o el recuerdo de jugar juntos en la misma calle o en el mismo barrio (barrio, ciudad) donde crecieron (Hess, 2018). En ellas son cruciales aquellas experiencias compartidas o ritos de paso que suelen marcar a una persona de por vida pero que también fomentan la memoria colectiva de todo el grupo.

#### **5.4.1.6. Participación cívica y empleo**

La participación en actividades cívicas se considera un elemento esencial del envejecimiento en el lugar (ageing in place), que permite a las personas mayores mantener los contactos sociales y seguir participando en los eventos y la política del vecindario (van Dijk, 2015). Las actividades de voluntariado y de participación ciudadana se sitúan a caballo entre las actividades no remuneradas (porque están

cercanas a un empleo), las de ocio (porque son elegidas voluntariamente y ocupan el tiempo libre después de las obligaciones) y las actividades sociales (fuera del ámbito familiar) (Agulló, 2001). El voluntariado no debe considerarse de forma aislada del contexto social más amplio en el que tiene lugar. Como un fenómeno cultural y económico, el voluntariado es parte de la forma en que se organizan las sociedades, cómo asignan las responsabilidades sociales y cuánto compromiso y participación se espera de la ciudadanía (Anheier y Salamon, 1999: 43).

En este sentido, en la vejez con la retirada del mercado laboral se abre la posibilidad de ampliar el tiempo o iniciarse en una actividad social de este tipo. La jubilación ya no es sinónimo de exclusión social, sino que se plantea como un periodo de la vida lleno de actividad social, en el que las personas tienen la necesidad de sentirse útiles (Pérez Ortiz, 2006). Como plantea Díaz Casanova (1995), la jubilación puede ser entendida como un servicio a los demás, ya que las personas jubiladas pueden participar solidariamente por medio de actividades que son una respuesta a las demandas sociales de un momento determinado.

Según los resultados de la encuesta, un 18.7% de las personas de 55 y más años de Euskadi participa haciendo trabajos voluntarios en diferentes tipos de organizaciones como: servicios sociales y para la comunidad (ej. organizaciones que asisten a personas mayores, jóvenes, personas con discapacidad y otros colectivos con necesidades especiales); asociaciones educativas, culturales, deportivas o profesionales, gastronómicas, corales y literarias; movimientos sociales (p ej.: medioambiental, derechos humanos) o benéficos (recaudación de fondos, campañas); partidos políticos, sindicatos; asociaciones de vecinos; grupos parroquiales (ej, catequesis, cofradías), etc.

Los hombres destacan frente a las mujeres en organizaciones de tipo asociativo y partidos políticos. Las mujeres en servicios sociales y para la comunidad y en grupos

parroquiales. Por lo que se puede vislumbrar que el voluntariado masculino está más enfocado al ámbito recreativo y político y las mujeres al asistencial y religioso. Freidenberg destaca entre sus causas que el trabajo no remunerado y “voluntario” en la comunidad, en particular en los sectores más asistencialistas, es realizado por mujeres “naturalizado” como extensión del trabajo doméstico que les es asignado históricamente (Freidenberg, 2019).

La edad es otra variable que incide en la realización de estas prácticas de una manera similar a las anteriores. Con el aumento de ésta, disminuye el porcentaje de población que las practica. Este resultado es coherente con otros estudios similares en el que se muestra cómo en edades avanzadas la práctica de este tipo de actividades es residual (Hank y Erlinghagen, 2005).

La participación se está convirtiendo en el elemento clave de la dinámica social, tanto en los sistemas macrosociales como descendiendo a bases más micro. La práctica participativa tiene repercusiones en todos los estratos de la estructura social, siendo su incidencia especialmente interesante en la cima de la pirámide poblacional (IMSERSO, 2008: 15). En los últimos años se ha asistido a una promoción de la participación ciudadana entre las personas de más edad por parte de diferentes organismos e instituciones. El peso demográfico que las personas mayores tienen en la estructura debe acompañarse con una incursión en la vida activa del sistema social análoga a dicha representación.

Según Trinidad Requena (2006), es necesario establecer diferencias entre la jubilación laboral y la jubilación social. Hasta ahora cuando alguien se jubilaba lo hacía en las dos formas, pero hoy las nuevas personas jubiladas son sólo laborales, ya que quieren seguir siendo parte activa de la sociedad. Así, uno de los cambios que se está produciendo en la figura del jubilado/a es la reconceptuación del término; es decir, ya

no es tan real el paso de persona activa a inactiva, sino que más bien se empieza a producir una transformación que lleva a que las personas jubiladas pasen de ser activas laborales a productoras de bienestar social y familiar (Trinidad, 2006). Hay que destacar la transformación que se está produciendo dentro del grupo de personas mayores y que tendrá dos consecuencias importantes. En primer lugar, el tener mayores recursos económicos y mayor formación hace que las y los nuevos jubilados se comporten de forma distinta, desarrollando estrategias sociales nuevas. En segundo lugar, las personas mayores intentarán desempeñar roles que no sean secundarios, ya que quieren tener un papel relevante dentro del conjunto de la sociedad, para eso se han ido preparando a lo largo de sus vidas. Las actividades que están desarrollando las personas mayores para conseguir este objetivo y no perder así su estatus deben reunir las siguientes características: ser reconocidas socialmente —bien valoradas—; saber que aportan algo —sentirse útiles—; que tengan un mínimo de exigencia y compromiso y que aseguren la independencia y autonomía (Trinidad, 2006).

#### 5.4.1.7. Comunicación e Información

La información se presenta, en la actualidad, como un recurso esencial para la actividad humana, tanto en lo social como en lo personal (Agudo, Pascual y Fombona 2012). Es vital para el envejecimiento activo mantenerse conectados con eventos y personas, y recibir información oportuna y práctica sobre cómo administrar la vida y atender las necesidades personales. Las tecnologías de la información y comunicación en constante evolución son herramientas útiles, pero también instrumentos de exclusión social. Independientemente de la variedad de opciones de comunicación y la cantidad de información disponible, existe la necesidad de contar con información relevante rápidamente accesible para las personas mayores con diversas capacidades y recursos. (OMS, 2007).

Es básico que los flujos de comunicación sean buenos, fuertes y estables. Que la información sea adecuada y llegue a través de los medios más pertinentes a toda la población. El hecho de que las personas conozcan todas las posibilidades que el territorio les ofrece es imprescindible para fomentar el uso de los recursos y la participación en todos los ámbitos (Barrio et al., 2009).

El suministro de información adecuada es un tema también relacionado con el mantenimiento de la persona en el entorno (*ageing in place*), ya que permite a las personas mayores mantenerse conectadas con la comunidad y manejar sus vidas (van Dijk, 2015). Las personas mayores aprecian especialmente la accesibilidad de la información a nivel local, como son los medios de comunicación y los periódicos locales, los lugares más frecuentados, los carteles públicos o el correo (Barrett 2005, OMS 2007, Everingham et al. 2009). Además, las interacciones sociales cotidianas con los vecinos y vecinas permiten la adquisición de información personal y directa boca a boca (Fisher et al. 200;, Barrett, 2005).

Las variables de comunicación incluidas en este estudio son aquellas relacionadas con equipamientos del hogar como el teléfono fijo, móvil o internet y el uso de las TICs, herramientas frecuentes para la comunicación entre personas. Según los resultados obtenidos, casi la totalidad de las personas mayores en el País Vasco disfrutan de teléfono fijo y la gran mayoría de teléfono móvil. Una de cada tres dispone de ordenador o Tablet y de acceso a internet en sus hogares. La brecha digital se evidencia en los datos en la disponibilidad de ordenador o tables y el acceso a internet. Las generaciones más mayores disponen en mucha menor proporción de estos recursos resultados similares obtenidos en otros estudios (Poveda-Puente, Hernandis, Pérez-Cosín, y Lois 2015; Agudo et al. 2012). La brecha digital cuantifica la diferencia existente entre personas tanto que tienen, como que no tienen acceso a los

instrumentos y herramientas de la información y la capacidad de utilizarlos (Agudo et al. 2012).

Solo el teléfono fijo se mantiene en entre las personas de edades más avanzadas. En muchos hogares de la actualidad, el disfrute del teléfono fijo ha sido sustituido por el teléfono móvil, sobre todo entre las generaciones más jóvenes. Este equipamiento es, sin embargo, clave para las personas de más edad, ya que están más acostumbradas a su uso y es imprescindible para el uso del recurso social de la teleasistencia. Por tanto, es clave para el mantenimiento en el hogar de personas de estas edades. Analizar los equipamientos e instalaciones de los hogares de las personas mayores no tiene sólo una dimensión material o de condiciones de vida, sino una dimensión social indudable. La más visible y no la menos importante es la manifestación de la relación con el cambio tecnológico a medida que se cumplen años (Pérez Ortiz, 2004).

El género también es una variable que incide en el uso de las tecnologías, las mujeres utilizan este tipo de herramientas en menor proporción que los hombres. Resultados corroborados en otros estudios como el de Agudo et al. (2012) y Poveda-Puente (2015).

Entre los equipamientos de los que se disponen en la vivienda, los relacionados con las nuevas tecnologías de comunicación son de vital importancia para el envejecimiento activo y el mantenimiento en el lugar (ageing in place). Las TICs son herramientas esenciales en la Sociedad de la Información, un nuevo escenario social que se caracteriza por la difusión masiva de la informática y los medios audiovisuales de comunicación (Poveda-Puente et al. 2015). Las personas mayores utilizan cada vez más Internet para obtener información y comunicarse con familiares lejanos (Russell et al. 2008), aunque los problemas de asequibilidad y la falta de familiaridad y confianza dificultan su accesibilidad (Selwyn 2004, OMS 2007).

#### 5.4.1.8. Servicios Sanitarios

El sistema sanitario y los servicios sociales de un territorio configuran la estructura formal de apoyo esencial para el mantenimiento de la salud y la independencia de las personas. El desarrollo, conocimiento, accesibilidad y utilización de estos recursos contribuyen al buen funcionamiento de un municipio amigable (OMS, 2007).

En el estudio realizado por la OMS sobre centros de salud amigable se obtuvieron una serie de resultados para mejorarlos hacienda incidencia en el trato recibido de los profesionales, la ignorancia de las diferencias de género, las dificultades de entendimiento entre profesionales y pacientes, las listas de espera, la fragmentación de servicios, la escasez de especialidades o las barreras de acceso al centro (WHO, 2004)

En este sentido la única pregunta recogida en este estudio sobre este tema hace referencia a la dificultad de acceso al centro de salud. Los resultados muestran que existen diferencias significativas entre las diferentes cohortes y el género. Las personas de más edad y la mujeres tienen en mayor proporción dificultades para acceder al centro de salud. Sin embargo, la importancia de los servicios sanitarios y sociales en el barrio aumenta con la enfermedad y la discapacidad en la edad avanzada (Rogerogarcía et al. 2008). La accesibilidad de los servicios de proximidad al hogar es muy importante, dada la disminución de la movilidad de las personas mayores (van Dijk 2015).



## 5.5. BIENESTAR Y AMIGABILIDAD

Como se ha comentado, investigaciones internacionales previas han evidenciado que los entornos amigables están asociados con el bienestar y una mayor calidad de vida en las personas mayores (Por ejemplo: Tiraphat, Peltzer, Thamma-Aphiphol, y Suthisukon 2017; Gibney, Zhang y Brennan 2019). Toma, Hamer y Shankar (2015), por su parte, encontraron que aquellas personas que reportaron percepciones negativas de su entorno local, tenían niveles más bajos de bienestar. Tiraphat et al. (2017), encontraron que las personas mayores que perciben sus entornos como amigables tienen casi cuatro veces más probabilidades de declarar una mejor calidad de vida que aquellas que declaran niveles más bajos de amigabilidad.

Pero la amigabilidad es un concepto multidimensional, incluye la infraestructura física y social que facilita la vida diaria a través del transporte, los servicios locales, las viviendas, los vecindarios y comunidades seguras y accesibles, el apoyo social y las oportunidades de participar en actividades significativas (Plouffe y Kalache, 2010). Sin embargo, hasta la fecha gran parte de la investigación gerontológica ambiental se ha centrado en el ambiente interior del hogar y ha pasado por alto contextos más amplios como los vecindarios y las comunidades (Park y Lee 2016; van Dijk 2015). Aunque en los últimos años algunos estudios han examinado de forma exhaustiva los aspectos multidimensionales del entorno (Wahl et al. 2009; van Dijk 2015). Por ejemplo, Park y Lee (2016), encontraron que después de controlar las covariables demográficas, las características del entorno en diferentes subdominios estaban significativamente relacionadas con la satisfacción de vida de las personas mayores en Corea. Este hallazgo es una base empírica para identificar los aspectos del entorno que pueden servir como recursos modificables y mejorar el bienestar psicológico de las personas mayores, en este caso las más vulnerables. Otros estudios han evidenciado cómo vivir en un entorno amigable con las personas mayores también puede moderar positivamente los efectos a

largo plazo de las desventajas en la salud y el bienestar (Pearlin, Schieman, Fazio, y Meersman, 2005). Respecto a la influencia del entorno social, Van Dijk en sus tesis (2015) estudió la relación sobre las características sociales del barrio, como el capital social, la cohesión social y el apoyo social con el bienestar ya que parecía insuficientemente abordada (Lui et al., 2009). Otras investigaciones también han abordado los determinantes sociales y ambientales y su asociación con una gama más amplia de resultados de salud entre las personas mayores (Kano, Rosenberg y Dalton 2017). Aunque una revisión sistemática de esta literatura encontró pruebas limitadas de que el entorno del vecindario fuera una influencia primaria en la salud y el funcionamiento de las personas mayores (Yen, Michael y Perdue, 2009). No obstante, ha habido varios estudios que apoyan la noción de que el ambiente social también tiene un papel importante en la determinación de la salud y el bienestar de las personas mayores (Kano et al., 2017).

#### **5.5.1. Bienestar y componentes de la amigabilidad**

En este estudio también se han encontrado estas relaciones positivas entre el bienestar y los diferentes componentes de amigabilidad. Encontrando relaciones estadísticamente significativas entre las variables de espacios al aire libre, como las relacionadas con la accesibilidad; la vivienda o el transporte, destacando las barreras y dificultades de acceso; la participación social, desde la realización de la mayoría de las actividades de tiempo libre; la inclusión social, con el sentimiento de pertenencia a la comunidad o grupo; la participación cívica en asociaciones, ONGs u otros organismos; el empleo, desde el trabajo remunerado; la información y comunicación, principalmente desde la disponibilidad y uso de TICs; y el uso de los servicios sanitarios, con el acceso al centro de salud.

### 5.5.1.1. Espacios al aire libre

Estudios previos han encontrado que diferentes factores del entorno pueden estar asociados con la mejor calidad de vida, el bienestar o satisfacción de vida como son los servicios de proximidad accesibles o el sentimiento de seguridad percibido en el vecindario (Tiraphat, Peltzer, Thamma-Aphiphol y Suthisukon 2017). En nuestro estudio, los resultados generales corroboran estos estudios previos, aunque no se encontraron resultados evidentes entre la percepción del entorno seguro y el bienestar.

Los resultados sobre la accesibilidad de los recursos de próximas y su relación positiva con el bienestar se ha encontrado tanto para hombre como para mujeres. De tal forma que, no percibir barreras en el entorno inmediato, o no encontrarse dificultades para acceder a la tienda o el supermercado, se relacionan con un mayor bienestar subjetivo. Investigaciones precedentes han encontrado que en edades avanzadas, cuando las deficiencias físicas y las condiciones de salud pueden impedir la capacidad de manejar las distancias, la facilidad de acceso a los servicios se vuelve aún más importante (Wahl et al., 2012). Los servicios de proximidad de fácil acceso pueden atenuar las dificultades derivadas de la movilidad limitada (Stoeckel y Litwin, 2015). En este sentido, un estudio realizado en los Estados Unidos encontró una relación significativa entre el bienestar y la accesibilidad a los servicios del vecindario entre las personas mayores residentes en diez ciudades (Leyden, Goldberg y Michelbach 2011) y otro en Reino Unido destacó que la accesibilidad era un predictor principal de la calidad de vida de las personas mayores y que, debido al fácil acceso a las instalaciones y al transporte local, se promueve la independencia de estas personas (Bowling, Banister, Sutton, Evans y Windsor 2002). Se ha comprobado que las personas mayores que residen en comunidades con buena accesibilidad a los servicios tienen una mejor salud física, así como una mejor calidad de vida y bienestar (Stoeckel y Litwin, 2015) en comparación

con los que viven en entornos menos accesibles. Stoeckel y Litwin (2015) describen cómo la investigación empírica pone de relieve la asociación entre la accesibilidad a los servicios y las mejoras en una serie de resultados de la calidad de vida de las personas mayores, como menos síntomas de depresión, mayor satisfacción en la vida y puntuaciones más altas en las evaluaciones de la calidad de vida en general. Estos mismos autores encontraron en su estudio (2015) la asociación positiva que existe entre la accesibilidad del vecindario y el bienestar subjetivo en edades avanzadas, mostrando que entre las personas mayores en Europa, un mejor acceso a los servicios está asociado con menos síntomas depresivos y una mejor calidad de vida en general, tanto en los barrios urbanos como en los rurales.

La accesibilidad de los servicios locales es un importante indicador para las comunidades amigables con las personas mayores (Stoeckel y Litwin 2015). En tales entornos, "envejecer en el lugar" se desarrolla con mayor facilidad y en mayor grado que en los barrios que tienen un escasez de servicios (Scharlach et al. 2014). Así pues, la accesibilidad a los servicios de proximidad no sólo facilita la independencia en la obtención de los bienes necesarios y asistencia, sino que también fomenta el sentido de vivir en un ambiente hospitalario que, a su vez, promueve sentimientos de inclusión social (Stoeckel y Litwin 2015).

Respecto a la seguridad del vecindario, los resultados de nuestro estudio no encontraron relaciones significativas con el bienestar subjetivo. Sin embargo, en la literatura se han encontrado algunas investigaciones que han encontrado asociaciones entre la seguridad y el bienestar de las personas mayores. Por ejemplo, Choi et al. (2018) revelaron una relación negativa entre la seguridad del vecindario y la angustia psicológica y depresión. La seguridad en el vecindario puede entenderse como una "demanda del entorno" en el sentido de que la baja seguridad percibida o real de un

barrio podría exceder la capacidad física o psicológica de una persona mayor para manejar esas demandas (Choi et al., 2018). En el estudio se obtuvo que, entre las personas con limitaciones funcionales, las que perciben que su vecindario como inseguro tienen niveles significativamente más bajos de salud psicológica comparadas con aquellas personas que perciben sus barrios como seguros. Aunque también observaron que la cohesión social podía servir para mitigar estos efectos negativos de la baja seguridad percibida del vecindario. Es decir, cuando se percibe una alta cohesión social, los niveles de salud psicológica de las personas que perciben que su vecindario es inseguro se elevaban a niveles similares a aquellas que declaran que es seguro. Algo que podría explicar los resultados de nuestro estudio, teniendo en cuenta que el País Vasco es un lugar con altos índices de cohesión social (Holgado, Salinas & Rodríguez, 2015).

#### 5.5.1.2. Vivienda

El entorno construido de las viviendas tiene un profundo impacto en el bienestar en una variedad de niveles, incluyendo los sociales, psicológicos y fisiológicos (Dutton, 2014). El hogar se asocia con la biografía individual y familiar, además de contagiarse de nuestra identidad (Walker, 2004). Los hogares son entornos físicos, pero también funcionan a nivel social y simbólico de manera interconectada, ya que las opciones de alojamiento también permiten que continúen los vínculos con familiares y amistades (Wiles et al., 2012).

En nuestro estudio se encontraron relaciones significativas entre bienestar y algunos aspectos relativos a la vivienda con diferencias de género. Por un lado, el detentar una vivienda en propiedad se relaciona de manera positiva con el bienestar en las mujeres, al igual que no percibir barreras en el acceso al edificio. Mientras que no percibir

barreras en el interior de la vivienda obtuvo resultados positivos con el bienestar tanto de hombres como de mujeres.

La vivienda es una fuente potencial de bienestar tanto material como ambiental en la medida en que abarca tanto los efectos del consumo como los de la inversión (Costa-Font 2012). En España la posesión de vivienda se ha utilizado tradicionalmente como una forma para asegurarse contra las dificultades financieras que pueden asociarse al envejecimiento, por lo que cobra especial importancia en el bienestar (Costa-Font 2012).

En este sentido, también en el ámbito de la accesibilidad, la gerontología ambiental desde Lawton (1974, 1982) enfatiza el papel de la interacción entre la competencia personal y el entorno físico del hogar con el bienestar de las personas mayores, mostrando cómo los cambios en el hogar (como la eliminación de obstáculos o la introducción de ayudas a la movilidad) pueden mejorar la independencia.

### 5.5.1.3. Transporte

La literatura académica sobre los vínculos entre movilidad y bienestar es relativamente extensa (Nordbakke y Schwanen, 2013). En la revisión sistemática realizada por estos autores se encontró que la importancia de la movilidad para el bienestar en las personas mayores había sido estudiada dentro de la gerontología en un total de 27 estudios empíricos.

Los resultados obtenidos en esta investigación también evidencian esta relación, donde se concluye que no percibir barreras en el uso del transporte público, ni encontrarse dificultades en su uso, se asocia con mayores niveles de bienestar subjetivo tanto de hombres como en mujeres.

En este sentido, algunas investigaciones han mostrado como la provisión de paradas de autobús cercanas puede hacer que las personas mayores se sientan menos aisladas, además de permitir la movilidad y la capacidad de caminar y como esto, a su vez, puede resultar en beneficios positivos para la salud y aumentar el bienestar (Zeitler, Buys, Aird y Miller 2012).

El uso de transporte público es normalmente más dificultoso entre las personas mayores debido al diseño y la provisión de servicios, la accesibilidad de los vehículos o la provisión de información (Broome, Worrall, McKenna y Boldy, 2010). Sin embargo, la movilidad es un elemento necesario en la vejez, sobre todo cuando uno de los objetivos políticos a nivel internacional es que las personas mayores se mantengan viviendo en el lugar (*ageing in place*) (Nordbakke y Schwanen, 2013). Las barreras que las personas mayores se pueden encontrar en el uso del transporte público pueden reducir su movilidad y, por tanto, su participación en la sociedad civil, la salud y su bienestar (Nordbakke y Schwanen, 2013). Según estos autores, la movilidad es un facilitador que permite a las personas acceder a actividades en lugares específicos a través de los cuales se pueden satisfacer sus deseos y necesidades y experimentar la felicidad (Nordbakke y Schwanen, 2013).

#### 5.5.1.4. Participación social

La vinculación entre la participación en actividades sociales y de ocio y el bienestar, también ha sido evidenciada en diversos estudios. Los primeros estudios en los que se encontró esta relación fueron la base para el desarrollo de la teoría de la actividad en la vejez (Havighurst, 1961) que continúa influenciando investigaciones y teorías en la actualidad (Adams, Leibbrandt y Moon 2011). La teoría de la actividad del envejecimiento se inició con la afirmación de que el bienestar de las personas mayores se promueve mediante mayores niveles de participación en actividades sociales y de

ocio (Havighurst, 1961). Esta teoría enfatiza el vínculo entre la actividad y bienestar, específicamente en la satisfacción con la vida (Menec, 2003).

El nivel de actividad, medido en términos del número de actividades que los individuos realizan o la frecuencia con la que las realizan, ha demostrado estar positivamente relacionado con el bienestar (Menec, 2003). Algunas investigaciones sobre el ocio se centran en su valor como experiencia capaz de promover en la persona procesos de formación y desarrollo de las capacidades humanas. Según esto, el ocio se concibe como una variable moduladora del bienestar y promotora de procesos satisfactorios de envejecimiento (Moteagudo, Cuenca y San Salvador, 2014). Pero Menec (2003), concluía que la literatura se ha centrado principalmente en la relación entre la actividad y el bienestar, pero todavía no estaba claro si los diferentes tipos de actividades tienen diferentes beneficios. En la revisión realizada por Adams (2011) sobre actividades sociales y de tiempo libre, se destacó que la mayoría de los estudios mostraban asociaciones positivas entre la participación en actividades y el bienestar psicosocial, la salud o la supervivencia.

En este estudio se ha contrastado que todas las actividades incluidas en participación social como son: realizar actividades físicas o deportivas, de ocio doméstico-hobbies, culturales, sociales, turismo o viajes, ir a actos religiosos o participar en actividades educativas; están relacionadas con el bienestar subjetivo. Las personas que realizan estas actividades detentan un mayor índice de bienestar que las que no. En hombres deja de haber relación con el bienestar en la asistencia a actos religiosos y la participación en actividades educativas; mientras que en las mujeres la práctica de cualquier actividad tiene una asociación positiva con su bienestar subjetivo.

En el desarrollo de la teoría de la actividad algunos autores encontraron que se podían distinguir en tres grandes tipos de participación en actividades sociales y de ocio: la



informal, que se especifica en interactuar socialmente con personas conocidas como familiares, amigos/as o vecinos/as; la formal, es decir, participación en grupos y organizaciones formales, que aquí se incluyen en el apartado de participación cívica; y la solitaria, que son las actividades que las personas realizan solas, como leer, ver la televisión y muchos hobbies (Adams et al., 2011). En estos estudios se destacaba que son las actividades denominadas como “social informal” las que mayor influencia tienen en el bienestar, en comparación con la actividad formal o solitaria (Adams et al., 2011). En nuestro estudio las actividades de participación social entre las que se encuentra mayor diferencia en el bienestar subjetivo entre las personas que las realizan y las que no, son las relacionadas con la actividad física y, corroborando a Adams et al., también las “sociales informales”.

La realización de ejercicio físico en la vejez, además de mantener la forma física y mental, ayuda a la prevención enfermedades. Pero además, estos beneficios se unen a los de tipo psico-social, como la oportunidad de relacionarse y de aceptación del cuerpo (Agulló, 2001). Existe amplia evidencia científica probada sobre la importancia del ejercicio físico en el mantenimiento de la salud y de la actividad en la vejez. De hecho, constituye uno de los pilares del paradigma del envejecimiento activo desarrollado por la OMS (Agulló, 2001). Diversos estudios han encontrado que existe una relación positiva entre la práctica de ejercicio físico y el sentimiento de bienestar y satisfacción personal de la persona mayor (Poon y Fung, 2008; Aparicio, Carbonell y Delgado 2010).

Al igual que en esta investigación, otros estudios también han constatado como actividades intelectuales/culturales y solitarias tienen asociaciones significativas con el bienestar (Adams et al., 2011). Sin embargo, hay estudios escasos sobre cómo las actividades espirituales, como puede ser asistir a actos religiosos, se asocian con el

bienestar. Resultado obtenido aquí solo en el caso de las mujeres. Aunque, algunos investigadores han encontrado que las personas con creencias y prácticas religiosas parecen afrontar de mejor manera las situaciones de estrés que lleva consigo el envejecimiento (Ocampo, Romero, Saa, Herrera, y Reyes Ortiz 2006; Krausse 2004). Y estudios actuales evidencian que la práctica religiosa impacta en la satisfacción con la vida en las personas mayores (Eggers 2003), el bienestar, la salud (Sánchez 2008) o la participación social (Bergan y McConatha 2010; Coleman, Carare, Petrov, Forbes, Saigal, Spreadbury et al. 2011).

En el contexto del envejecimiento activo, la promoción de las diferentes practicas de participación social en las personas mayores ha recibido mucha atención (Van Dijk, 2015). En la tesis de Van Dijk se recoge cómo la participación social mitiga la soledad y beneficia la salud y la calidad de vida de las personas mayores, lo que hace suponer que la participación social aumenta la capacidad de las personas para envejecer en el lugar.

#### **5.5.1.5. Inclusión social**

El entorno social del vecindario también ha sido identificado como un aspecto importante del bienestar de las personas mayores (Cramm y Nieboer, 2015). El envejecimiento puede asociarse con una intensificación de los sentimientos sobre la localidad y el espacio, siendo las personas mayores calificadas como “las guardianas del vecindario” (Phillipson et al., 1999). Sin embargo, la investigación es todavía escasa sobre los efectos de los cambios en las características de los barrios, como la cohesión social y la pertenencia, sobre el bienestar (Cramm y Nieboer, 2015). La pertenencia se refiere a "un sentido de conexión positiva con otras personas y el entorno" (Wahl et al., 2012: 308). Los resultados de nuestro estudio han mostrado que la satisfacción con el sentimiento de pertenencia tiene una relación directa con el bienestar subjetivo de las

personas, es decir, a mayor satisfacción con este sentimiento, mayor bienestar subjetivo, tanto en hombres como en mujeres.

Estudios recientes han encontrado resultados similares, comparando los efectos positivos del capital social, medido por la participación en grupos, el sentido de pertenencia y la relación con los vecinos y vecinas (Norstrand et al., 2012) en la salud funcional percibida y psicológica de las personas mayores. Pero hay escasas investigaciones que han estudiado el efecto de las características del vecindario, como la cohesión y el capital social, en el bienestar (Cramm et al., 2013). El capital social y la cohesión social del vecindario representan recursos a los que los individuos pueden acceder por medio de la pertenencia a un grupo o comunidad. Estos recursos consisten en normas de reciprocidad, participación cívica, confianza en los demás y los beneficios de la pertenencia a un grupo (Cramm et al., 2013).

El estudio de Gramm et al. (2013) examinó la asociación entre el capital social del vecindario y la cohesión social y el bienestar de las personas mayores controlando las condiciones importantes a nivel de vecindario (por ejemplo, la seguridad y la calidad de los servicios) y las características individuales relevantes (por ejemplo, la educación, los ingresos, la edad, el género y el capital social a nivel individual), para concluir que el capital social del vecindario y la cohesión social están asociados de manera significativa e independiente con el bienestar de las personas mayores. Según este estudio, la cohesión social y el capital social pueden llevar a niveles más altos de bienestar en las personas mayores, porque los niveles más altos de la cohesión del vecindario dan como resultado mayores grados de organización social, incluyendo la provisión de apoyo instrumental a los/as vecinos/as (por ejemplo, apoyo en tiempos de enfermedad y ayuda con el transporte, la compra, la recogida del correo, etc.). Además, la cohesión social del vecindario y el capital social podría influir en el bienestar a través de procesos

psicosociales, por ejemplo, mediante la provisión de de apoyo afectivo y el aumento de autoestima y respeto mutuo. Además, la capacidad de disponer de los vecinos y vecinas en momentos de necesidad de ayuda puede atenuar el efecto adverso sobre el bienestar causado por el aumento de pérdidas asociadas al envejecimiento (Baltes y Baltes, 1990).

Un estudio posterior de Cramm y Nieboer (2015) ha concluido que la cohesión social y la pertenencia predicen el bienestar de las personas mayores que viven en la comunidad en los Países Bajos. Por lo que el fortalecimiento de las relaciones entre el vecindario y la promoción de un sentido de pertenencia son necesarias para mejorar el bienestar, especialmente entre las personas mayores (Cramm y Nieboer, 2015).

Para las personas mayores, el vecindario puede ser incluso más importante que para las personas más jóvenes (Phillipson y otros 1999; Scharf, Phillipson y Smith 2003). El envejecimiento puede asociarse con una intensificación de los sentimientos sobre la localidad y el espacio, y el vecindario puede contribuir significativamente a su calidad de vida (Scharf et al., 2003). Los vecindarios pueden convertirse en algo más que una fuente de seguridad, son la base de una red social de apoyo y cuidado, y una fuente de identidad (Scharf et al., 2003).

El entorno construido puede contribuir al encuentro con los demás, así como al compromiso social con personas afines. La construcción de la comunidad consiste en estimular el sentido de pertenencia y el sentido de comunidad entre las personas mayores y entre las generaciones (van Hoof, 2018). Rémillard-Boilard et al. (2017) también señalaron su importancia y pidieron que se promoviera la conexión social en los entornos urbanos. Para promover el compromiso social se emplean enfoques multigeneracionales y con perspectiva de género para crear ciudades verdaderamente

inclusivas y amigables, con un enfoque especial en el envejecimiento como factor de vulnerabilidad urbana (van Hoof, 2018).

#### 5.5.1.6. Participación cívica y empleo

La participación en actividades del ámbito del voluntariado y la política también han obtenido en este estudio una relación estadísticamente significativa con el bienestar subjetivo. Los resultados han mostrado como las personas que participan en actividades voluntarias en los servicios sociales y comunitarios, las asociaciones de todo tipo, los movimientos sociales, los sindicatos o las manifestaciones obtienen mejores resultados de bienestar subjetivo que las que no participan. Aunque se encontraron diferencias entre hombres y mujeres. Para los primeros, la participación en movimientos sociales o benéficos no se relaciona con el bienestar. Para las mujeres no se asocia la participación en sindicatos, ni en manifestaciones.

Varios estudios han comprobado que la participación de personas mayores en actividades socialmente productivas está asociada con el bienestar (McMunn et al., 2009), además de satisfacer necesidades de servicios en la comunidad (Van Dijk, 2015). Por ejemplo, Van Willigen (2000) reseñó que las personas mayores voluntarias (de más de 60 años) experimentaron mayores aumentos en la satisfacción con la vida y mejoras en la salud percibida que las más jóvenes. Otros estudios han demostrado que la participación en actividades de voluntariado se relaciona con menores niveles de discapacidad, mortalidad (McMunn et al. 2009) y un mayor bienestar en la vejez (Borgonovi, 2008; Morrow- Howell et al., 2003). Por ejemplo, Freedman et al. (2012) encontró una relación positiva entre las actividades de voluntariado y el bienestar subjetivo entre las personas con discapacidad. Y varios estudios realizados en Alemania también encontraron que el voluntariado conduce a un aumento de la satisfacción con la vida (McMunn et al., 2009). Además, Menec (2003) concluyó que la participación en

actividades se relacionaba con la felicidad en un estudio longitudinal de seis años de seguimiento, aunque en ese estudio se utilizó una lista de 18 actividades de todo tipo.

En este estudio también se ha incluido en esta área las actividades relacionadas con el mercado laboral, el trabajo. Según los resultados obtenidos, las personas que trabajan, tanto hombres como mujeres, obtienen mejores resultados en el bienestar subjetivo. McMunn et al. (2009) también obtuvieron resultados similares de asociación entre el bienestar de hombres y mujeres y el trabajo remunerado, aunque entre las mujeres la relación entre el trabajo remunerado y el bienestar se veía atenuada por la edad, la salud y, en menor medida, la riqueza.

Siegrist et al. (2004: 4) definieron la productividad social, en la que se incluía el trabajo remunerado, el voluntariado y el cuidado informal, como una "actividad continua que genera bienes o servicios que son valorados social o económicamente por los receptores", y argumentaron que las actividades socialmente productivas se basan en la norma social de la reciprocidad (McMunn et al., 2009), en la que el esfuerzo de realizar la actividad se hace en previsión de una recompensa equivalente que refleja el valor del esfuerzo realizado. Werngren-Elgstrom, Brandt e Iwarsson (2006) encontraron que las actividades productivas estaban asociadas con una mejor salud y menos síntomas depresivos. Siegrist et al. (2004: 13) señalan, además, que "contar con sistemas y oportunidades en las que las motivaciones, los esfuerzos y las recompensas estén marcados por la reciprocidad parece ser de vital importancia [...] para aumentar la participación significativa, no menos en vista de sus poderosas implicaciones para el bienestar y la salud". Por lo tanto, es crucial tener siempre en cuenta el aspecto beneficioso del voluntariado desde la experimentación de una mayor calidad de vida en a las personas que participan, además de la aportación beneficiosa de la acción voluntaria para la sociedad (Siegrist, von dem Knesebeck y Pollack 2004).

### 5.5.1.7. Comunicación e información

En el área de comunicación e información se analizó la disponibilidad de teléfono fijo y móvil, de ordenador o Tablet, de acceso a internet y su uso. Los resultados mostraron que la posesión y uso de estos equipamientos estaban asociados a mayores niveles bienestar subjetivo, excepto en el caso del teléfono fijo. En el caso de los hombres, disponer de teléfono móvil tampoco se relaciona con el bienestar, pero sí en las mujeres.

En los últimos años el fomento del uso de las TIC por parte de las administraciones públicas ha incluido de manera expresa al grupo poblacional de más edad, ya que son amplios los beneficios que pueden obtener de su utilización (del Barrio et al., 2015). Juncos, Pereiro y Facal (2006: 185) afirman que en el envejecimiento normal el acceso a los ordenadores y a Internet puede contribuir a desarrollar nuevos lazos sociales, también intergeneracionales (Prado et al. 2013), nuevas ventanas al mundo y nuevas herramientas de comunicación y actividades de estimulación cognitiva. Además, puede permitir el acceso a la cultura y a la educación permanente y la implicación en actividades de cooperación social (Alonso, 2011). Estos rasgos se concretan en la autopercepción de buena salud, la participación en el ocio, la formación de liderazgo y el bienestar (Koopman-Boyden y Reid, 2009).

El reconocimiento de la importancia de la tecnología en el campo de la gerontología ha llevado al surgimiento de la "gerontecnología" como área de investigación (Fozard, 2005). Centrada en el estudio de la tecnología y el envejecimiento, la gerontecnología tiene por objeto mejorar el bienestar de las personas de edad, especialmente mediante el uso de Internet para ofrecer oportunidades y apoyo (Koopman-Boyden y Reid, 2009). Estos autores también declaran que ha habido un número limitado de estudios que investigan la relación entre el uso de la Internet y el bienestar de las personas mayores, y algunos

de ellos han obtenido resultados contrapuestos e insuficientes para para apoyar la afirmación de que el uso del ordenador tiene un efecto mensurable en el bienestar. En investigaciones anteriores (Mellor, Firth y Moore, 2008) se ha comprobado que los beneficios del uso de Internet entre las personas mayores eran difíciles de detectar utilizando medidas psicométricas cuantitativas. Sin embargo, cuando los datos se recogen de manera cualitativa, se obtiene en los discursos de las personas los muchos beneficios del uso de Internet. Pero lo que no está tan claro es la dirección de la causalidad y los mecanismos mediante los cuales el uso de Internet contribuye a lograr un mayor bienestar.

#### 5.5.1.8. Servicios sanitarios

La facilidad o dificultad de acceso al centro de salud también es un indicador que se ha relacionado con el bienestar en los resultados de este estudio. Las personas que perciben acceder con facilidad al centro sanitario obtienen mayores puntuaciones de bienestar subjetivo, tanto en hombres como en mujeres. Esto corrobora los resultados de otros estudios que coinciden en que los servicios de salud accesibles y bien coordinados tienen una influencia obvia sobre el estado de salud y el comportamiento en salud de las personas mayores (Plouffe y Kalache, 2010). Otros constatan que cómo el acceso a los servicios de salud es un determinante importante de la propia salud (Wilson y Rosenberg, 2002; Raphael, 2004).



### 5.5.2. Factores predictivos de la amigabilidad en el bienestar subjetivo

Finalmente, en este estudio se han analizado conjuntamente todas las variables incluidas en los componentes de amigabilidad y los factores asociados al bienestar subjetivo en la vejez, según los resultados de estudios previos, para analizar globalmente su asociación con el bienestar subjetivo a través de diversos modelos de regresión.

Los modelos de regresión realizados en este estudio para conocer las variables predictoras del bienestar han sido elaborados separando hombres y mujeres. Este tipo de análisis ha seguido las recomendaciones de García Calvente et al. (2010) para observar la distribución de los diferentes modelos resultantes y analizar las brechas que pudieran estar relacionadas con el género acorde con estudios previos sobre el bienestar. El género es una característica con suficiente evidencia científica para sugerir que hay diferentes relaciones de bienestar o supervivencia para hombres y mujeres mayores (Adams, Leibbrandt y Moon, 2010). Por ejemplo, Lennartsson y Silverstein (2001) encontraron que las actividades solitarias redujeron el riesgo de mortalidad para los hombres pero no para las mujeres, mientras que Warr, Butcher y Robertson (2004) encontraron que las relaciones familiares y sociales influían más en el bienestar de las mujeres que en los hombres. Agahi y Parker (2008 en Adams et. al, 2011) también encontraron que en las mujeres el riesgo de mortalidad disminuía con las actividades sociales, mientras que en los hombres tenía más presencia las aficiones solitarias y la jardinería, por ejemplo. Estas evidencias previas ponen en relevancia el estudio del bienestar subjetivo en hombres y mujeres por separado con el objetivo de clarificar qué incide y predice el bienestar de unos y otras.

Aunque el Marco de Acción sobre el Envejecimiento Activo destacó el género como un determinante transversal, la investigación sobre el envejecimiento desde una perspectiva de género sigue siendo limitada (Fernández-Mayoralas et al., 2018) y existe una gran brecha en la representación de las mujeres en la investigación (Coen y Banister, 2012). Según la revisión de Fernández-Mayoralas et al. (2018), antes de los años 60 a penas se podría encontrar algún estudio sobre mujeres mayores. En los 70 se pudieron encontrar las primeras aportaciones sobre género y envejecimiento desde una perspectiva crítica, con la obra “La vejez” de Simone de Beauvoir (1970) como más relevante. Pero fue en la década de los 90 cuando alcanzó su mayor desarrollo bajo el interés del feminismo en la gerontología, con autoras como Arber y Ginn como referentes, entre otras (Fernández-Mayoralas et al., 2018). En este sentido, es importante avanzar en el estudio de la vejez teniendo en cuenta la variable del género con el objetivo identificar las fuentes y las consecuencias de las desigualdades entre mujeres y hombres y para desarrollar estrategias para abordarlas (Heidari et al., 2019).

Recapitulando los resultados de este estudio, el modelo predictivo del bienestar subjetivo resultante obtenido en hombres, se compone de 9 factores predictores del bienestar, 4 de ellos recogidos en los componentes de la amigabilidad dentro de los bloques de participación social y ciudadana. El resto, son variables incluidas como factores relevantes rescatados de la evidencia científica donde predominan las variables de apoyo social, estado de salud y los factores psicológicos. De tal forma que, en hombres las variables predictoras del bienestar son: convivir con otras personas, estar satisfecho con las relaciones personales, detentar un buen estado de salud, estar satisfecho con los logros alcanzados y con lo seguro y protegido que se siente, además de realizar actividades de ejercicio físico, de ocio doméstico y social y participar en asociaciones de tipo gastronómico, educativo, cultural o deportivo.

En mujeres, el modelo resultante consta de 11 factores, de los cuales 4 pertenecen a los componentes de la amigabilidad dentro de los bloques de participación social, participación ciudadana e inclusión. El resto, son factores donde predominan variables socio-demográficas, de apoyo social, salud y factores psicológicos. Para las mujeres: residir en un entorno rural (menor de 20.000 habitantes), haber nacido en el País Vasco, mantener contactos con familiares, amigos/as y/o vecinos/as (no presenciales), estar satisfecha con sus relaciones personales, detentar un buen estado de salud, no necesitar ayuda para la AVDs, estar satisfecha con los logros alcanzados, realizar actividades de ejercicio físico, hacer turismo o viajes, estar satisfecha con su sentimiento de pertenencia a la comunidad o participar en asociaciones de vecinos/as, predice unos mayores niveles de bienestar subjetivo.

Los resultados, por tanto, han mostrado que sólo en las mujeres tienen relevancia factores sociodemográficos como el hábitat o el origen, dejando fuera tanto para hombres como para mujeres otras importantes variables como la edad, el estado civil, el nivel de riqueza o nivel educativo.

Estos resultados se contradicen con diversos estudios donde se ha evidenciado que algunas variables demográficas están asociadas al bienestar subjetivo, como son la edad, los ingresos, el estatus laboral, el estado civil y el nivel educativo (Satorres 2013). Sin embargo, se ha visto que estas variables solo explican un parte parcial de la varianza del bienestar (Gómez, Villegas, Barrera y Cruz, 2007 en Satorre 2013), lo que supone que el peso de otras variables es importante y podría explicar, en mayor medida, las diferencias individuales en los niveles de bienestar y el carácter subjetivo del concepto (Satorre 2013). Por ejemplo, estudios previos, como el meta-análisis realizado por Stock, Okun, Haring y Witter (1983), concluyeron que existe una relación positiva entre bienestar subjetivo y edad, pero la cantidad de varianza

explicada por este factor no superaba el 1% (en Satorre 2013). Otros estudios, sin embargo, han concluido que el bienestar subjetivo como medida global parece no experimentar cambios significativos asociados a la edad, ni en estudios de tipo transversal ni en estudios longitudinales (Triadó y Villar, 2003).

Los efectos del nivel educativo, por otro lado, tampoco parecen ser relevantes cuando se controlan otros factores, siendo posible que la educación pueda ejercer efectos indirectos en el bienestar subjetivo a través de su papel mediador, tanto en la consecución de las metas personales, como en la adaptación a los cambios vitales que acontecen (Satorre, 2013). Algunos estudios, sin embargo, muestran la relación entre el nivel de estudios y la participación en actividades de ocio y la salud, de tal forma que las personas con mayores niveles educativos participan más y tienen una mejor salud percibida (Steels, 2015; Minhat y Amin, 2012) que finalmente puede asociarse al bienestar.

Respecto al nivel de riqueza o los ingresos, también hay estudios que han obtenido que los países con mayor nivel de riqueza la correlación entre esta variable y el bienestar es casi nula (Veenhoven, 1994; Diener, 1994; Diener et al., 1999; Barrientos, 2005; Satorre, 2013), algo que podría estar asociado con los resultados obtenidos aquí. De tal manera que algunos autores sugieren que la relación entre ingresos y bienestar tendría efectos relevantes en situaciones de extrema pobreza donde el bienestar podría ser afectado por factores como el status y el poder (Diener, 1994), alegando que una pérdida de estatus puede producir infelicidad (Diener et al., 1999; Barrientos, 2005).

Pero como se comentaba con anterioridad, solo en las mujeres se han rescatado variables sociodemográficas como factores predictores del bienestar subjetivo, y estas son el origen (lugar de nacimiento) y la ruralidad (menor de 20.000 habitantes). Respecto a esta última variable, algunas investigaciones han analizado las diferencias

entre las comunidades urbanas y rurales y su relación con el bienestar, aunque con escasa referencia a las personas mayores (van Hoof, 2018). Según van Hoof (2018), estos estudios han corroborado que las áreas rurales se acercan o superan a las urbanas en cuanto a satisfacción con la vida o bienestar. Sin embargo, cuanto mayor es la densidad del asentamiento urbano se asegura una mayor proximidad a los servicios públicos, que influyen en la calidad de vida de las personas, muy importantes para las de más edad. El envejecimiento en entornos rurales se caracteriza por afectar a toda la comunidad, tener una población de personas mayores mucho más elevada que en el ámbito urbano, presentar una menor proporción de personas que viven solas y una mayor dificultad de acceso a cualquier servicio (Hink, 2004). Aunque la OMS introdujo la noción de amigabilidad en el contexto de las ciudades, el concepto se ha ampliado para incluir a las comunidades rurales (Menec y Nowicki, 2014). En la literatura los resultados sobre el entorno y la salud se centran en gran medida en las zonas urbanas y se conoce en menor medida cómo se relacionan las características de una comunidad amigable en relación con entornos rurales (Menec y Nowicki, 2014). El estudio del bienestar en las mujeres de ámbito rural también ha sido relativamente escaso (Mansfield, Preston y Crawford, 1988), aunque algunos autores encontraron relación entre el tipo de hábitat y la satisfacción con la vida en las mujeres, de tal manera que las mujeres rurales obtenían mayores resultados que las urbanas, aunque no de manera significativa (Mansfield et al., 1988). En nuestro estudio, residir en entornos menores de 20.000 habitantes predice el bienestar en las mujeres. Una posible causa de esto, puede estar relacionada con los resultados de algunos estudios en los que se evidencia que la satisfacción con las relaciones sociales es más elevada entre las personas mayores que viven en entornos más rurales (Monreal, Valle y Serda, 2009) ya que en los núcleos de población más pequeños la gente se conoce más. Y se destaca que los/as vecinos/as son una relación muy importante en los pueblos, sobre todo para las

mujeres (Triadó, 2003). Los elementos que configuran la comunidad en el entorno rural son las relaciones interpersonales, que se definen por ser relaciones basadas en el “cara a cara”; la historia compartida y los referentes comunes; el valor del apoyo/ayuda; el asociacionismo y los espacios naturales de encuentro (Monreal y del Valle, 2010). Estudios como el de Monreal y del Valle (2010) obtienen resultados en este sentido, mostrando que las mujeres tienen muy arraigado el papel y una función cuidadora, y en el entorno rural encuentran apoyos para seguir realizando de forma adecuada y satisfactoria su función en las redes de "buena vecindad".

Otro predictor del bienestar de las mujeres, incluido entre las variables sociodemográficas, es el origen; en concreto, haber nacido en el País Vasco. Esta variable podría estar relacionada con la anterior, desde el análisis de la importancia que tiene para ellas la comunidad y la pertenencia al lugar, otra de las variables predictoras del bienestar en las mujeres que se analizará más adelante. En este sentido, algunas investigaciones han corroborado que a medida que las mujeres envejecen, aumenta su dependencia de su vecindario (Yasuda et al., 1997) y que la estabilidad residencial está asociada con el apego a la comunidad (Bolan, 1997; Yasuda et al., 1997).

En los hombres, sin embargo, este estudio ha destacado que los factores predictores del bienestar no se encuentran entre las variables socio-demográficas, sino en factores de apoyo social, entre otros, donde destaca convivir con otras personas. Para los hombres residir en un hogar con otras personas, es decir, convivir, incide positivamente en su bienestar. Como ya se ha observado, los hombres conviven en mayor proporción que las mujeres, por causas anteriormente referidas, como la mayor supervivencia de ellas (Abellán et al., 2006). La convivencia con otras personas, normalmente con la pareja, supone para los varones mayores índices de bienestar que en las mujeres. Para los hombres el apoyo social, en este sentido, cobra una relevancia muy importante por

causas como el peor desempeño e independencia a la hora de llevar una vida en solitario de manera autónoma (Pérez Ortiz, 2006). De tal forma que estos resultados podrían estar relacionados con la asignación de roles tradicionales de género, que en este caso provoca una elevada dependencia de los varones en la realización de las tareas domésticas, lo que supone a su vez la necesidad de convivencia con otras personas para su desempeño. Varios estudios evidencian cómo la convivencia en pareja conlleva una mayor satisfacción vital, mejor estado de ánimo, salud física y mental, recursos económicos, integración social, apoyo y relaciones sociales (Abellán et al., 2006). Hay numerosos trabajos que demuestran que el matrimonio es uno de los mayores predictores de bienestar subjetivo y que las personas casadas informan de un mayor grado de satisfacción con la vida que las personas solteras, viudas o divorciadas (Satorre, 2013). Aunque algunos autores apuntan a que es la calidad de la relación el indicador más importante a tener en cuenta (Diener, 1994; Diener et al., 1999; Barrientos, 2005).

En este sentido, en nuestro estudio otra variable predictora del bienestar, en este caso tanto en hombres como en mujeres, es la satisfacción con las relaciones personales. Para unos y otras, las buenas relaciones con familiares, amigos/as y demás personas de su círculo social aumentan la probabilidad de un mayor bienestar subjetivo. Como se ha comentado, los resultados obtenidos en satisfacción con las relaciones personales son muy elevados en la población de 55 y más años en Euskadi. Las redes de apoyo social han sido identificadas como influencias importantes en los componentes afectivos y cognitivos del bienestar (Lu, Shih, Lin y Ju, 1997). Los efectos protectores de las redes sociales sobre la morbilidad y la mortalidad han sido reconocidos desde hace mucho tiempo (Yasuda et al., 1997; Young, Russell y Powers, 2004) y numerosas investigaciones han dado cuenta de ello analizando la correlación entre diversos tipos

de apoyo social con el bienestar en las personas mayores (Von Humboldt y Leal 2014), por lo que es un resultado en coherencia con estos estudios previos.

Entre las variables incluidas como potenciales factores predictores del bienestar subjetivo destaca la salud. La relación de la salud con el bienestar ha sido evidenciada también en muchas investigaciones (Pinquart y Sorensen, 2000; Von Humboldt y Leal 2014; Herrera et al. 2014; Román et al. 2017). En el estudio de Roman et al. (2017), por ejemplo, se concluyó que el principal componente explicativo del bienestar (satisfacción con la vida) era la autopercepción de la salud. En el estudio de Menec y Nowicki (2014), se obtuvo que la salud percibida tenía importantes efectos positivos para el entorno físico, el entorno social, las oportunidades de participación y las opciones de transporte. En nuestro estudio, la salud percibida es el factor predictor que tiene más peso en los modelos resultantes, tanto en hombres como en mujeres. El detentar un buen estado de salud aumenta la probabilidad de percibir un mayor nivel de bienestar subjetivo para ambos.

En las mujeres, además, permanece junto con la salud como predictor del bienestar, la situación de dependencia o autonomía. Para ellas, no necesitar ayuda para la realización de las actividades de la vida diaria también aumenta la probabilidad de percibir un mayor bienestar subjetivo. Como se ha comentado, la proporción de mujeres que tienen necesidad de ayuda, tanto en las actividades básicas como en las instrumentales, prácticamente se duplica respecto a los hombres y su media de bienestar varía en casi 20 puntos entre aquellas que no necesitan ayuda, las autónomas, y las que sí la necesitan, las dependientes. Estos resultados han sido corroborados en investigaciones previas donde se concluye que las limitaciones funcionales de las personas mayores están asociadas al bienestar subjetivo (Román et al. 2017; Satorre, 2013) y algunos estudios han evidenciado cómo esto afecta más a las mujeres (Satorre,



2013). Estos resultados pueden estar relacionados a su vez con los anteriores en los que se destacaba la importancia de la convivencia para los hombres, pero no para las mujeres. Se puede concluir que las mujeres mayores al detentar un estilo de vida más “autónomo”, respecto a su no necesidad de otras personas para la sobrellevar el hogar, pueden encontrar en las situaciones de dependencia funcional una mayor traba en su desempeño autónomo y obtener más peso esta variable en la predicción de su bienestar subjetivo.

Por otro lado, en los hombres la satisfacción con lo seguro y protegido que se siente se incluye como uno de los factores psicológicos que se suman al modelo de bienestar. Para ellos detentar una mayor satisfacción en este ámbito de la seguridad aumenta la probabilidad de bienestar subjetivo. Estos resultados pueden analizarse en coherencia con los anteriores sobre la convivencia. Los hombres para su mayor bienestar necesitan percibir una red de seguridad que empieza con la vida en pareja. La mayor dependencia en el desempeño de las actividades del ámbito privado, normalmente asociado a las mujeres, supone en la vejez mayores riesgos para su bienestar. En la vejez “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). El hombre al jubilarse, pasa de una relación socialmente abierta que transcurre en un ámbito laboral y que le proporciona referentes de identidad, prestigio, amistades, solidaridad y demás, a un estado que le exige ajustarse a unas nuevas realizaciones que se mueven el mundo matrimonial y familiar (Fericgla, 2002). En las mujeres, sin embargo, la continuidad de rol puede tener consecuencias positivas y suponer un mejor ajuste psico-social en esta etapa en este sentido.

Pero entre estos factores psicológicos, la satisfacción con los logros que está alcanzando en la vida es la variable predictora del bienestar que se mantiene tanto en hombres

como en mujeres. Aunque los resultados de la satisfacción con los logros es menor en las mujeres que en hombres, sigue siendo un factor que aumenta la probabilidad de percibir mayor bienestar tanto en ellos como en ellas. En este sentido, se ha demostrado que tanto la autoestima como la autoeficacia tienen relaciones positivas con el mayor nivel de bienestar subjetivo en personas mayores (Satorre, 2013). En cuanto a la autoeficacia, Gómez, et al. (2007) indican que cuanto más confiada se siente una persona en lograr sus metas y objetivos en la vida, mayor nivel de bienestar subjetivo presentará. Según Diener et al. (1999), la relación entre bienestar subjetivo y las metas está mediada no solo por el hecho de que las personas tengan unas metas claras, sino también por el progreso obtenido para alcanzarlas. Desde este punto de vista, la percepción de bienestar sería el resultado de comparar la situación actual en la que está la persona con ciertos estándares, entre los que estarían incluidos la condición percibida en la que están otras personas que nos sirven de referencia, los propios estados en el pasado y los ideales, necesidades o aspiraciones de satisfacción (Triadó y Villar, 2003). A nivel individual, la continuidad o el reemplazo de roles a través de la participación en actividades apropiadas y con el apoyo de personas conocidas puede contribuir al sentido de significado o propósito del individuo y al mantenimiento del sentido de identidad (Adams, Leibbrandt y Moon, 2011). La participación en actividades implica la búsqueda o el logro de metas personales, agregando así un sentido de dominio o logro personal (Lawton 1993; Lawton et al. 2002; Adams et al. 2011).

De esta forma, las actividades realizadas cobran especial relevancia para la percepción del bienestar. El otro gran grupo de variables incluidas en el modelo presentado en este estudio se encuentran las englobadas en los componentes de amigabilidad descritos con anterioridad. De las ocho áreas que componen la amigabilidad solo alguna de ellas permanecen en el modelo de predicción de bienestar en hombres y mujeres de 55 y más

años en Euskadi. Entre ellas, destacan las de participación, ya sea social o ciudadana. Como ya se ha comentado, las actividades que las personas realizan en su vida cotidiana repercuten en su posterior estado de ánimo, al verse influido este por el nivel de satisfacción que les produce el poder llevarlas a cabo (Satorre, 2013).

Entre las actividades de participación social predictoras el bienestar, tanto para hombres como para mujeres, predomina la realización de actividades físicas o deportivas, como hacer deporte o ejercicio, caminar, ir al monte, etc. Como ya se ha comentado, estas prácticas son mayoritarias entre la población mayor del País Vasco, tanto en hombres como en mujeres. Para ambos, realizar este tipo de actividad supone mayores índices de bienestar subjetivo. Varios estudios ya han constatado esta relación positiva entre la práctica de ejercicio físico y el sentimiento de bienestar y satisfacción personal (Poon y Fung, 2008; Aparicio, Carbonell y Delgado 2010; Satorre, 2013), también sus efectos sobre la salud física y psicológica en las personas mayores (Campos et al., 2003).

En hombres, también se ha concluido como predictor de bienestar la participación en actividades de ocio doméstico o hobbies, como es cuidar de un huerto o jardín, hacer manualidades, bricolaje, etc. Estas actividades, comúnmente más solitarias, han obtenido resultados contradictorios en anteriores investigaciones (Menec, 2003), aunque un estudio ha concluido que la actividad "solitaria-activa" se asocia con una reducción de riesgo de mortalidad para los hombres, pero no para las mujeres (Lennartsson y Silverstein, 2001), algo que corrobora los resultados de nuestro estudio. Es interesante destacar que este tipo de actividad, más relacionada con el ocio doméstico y, por tanto, más frecuente entre las mujeres, sea sin embargo una variable predictora del bienestar de los hombres. Quizás se pueda argumentar que este espacio, una vez conquistado por los hombres, puede llegar a ser una fuente de satisfacción para

ellos como continuidad a la actividad productiva, normalmente vinculada a beneficios psicológicos y físicos, lo que se refleja, por ejemplo, en una disminución del declive funcional y en una mayor longevidad (Glass et al., 1999).

Otro tipo de actividades que favorecen el bienestar subjetivo en hombres son aquellas de tipo social informal como ir al bar, reunirse con las amistades, ir a comer o a cenar, etc. Como ya se ha comentado, los hombres realizan con mayor frecuencia que las mujeres este tipo de actividades. Se ha podido comprobar que la participación social, y los contactos sociales, que de ella se derivan, presentan correlaciones positivas con medidas de bienestar personal, como así lo confirman diversos estudios (Menec, 2003) y desde donde emerge la teoría de la actividad del envejecimiento (Havighurst 1961). Esta conclusión es reafirmada por el meta-análisis llevado a cabo por Okun, Stock, Haring y Witter (1984), que indica que la actividad social se relaciona significativamente con los indicadores de bienestar subjetivo, incrementándose el porcentaje de varianza explicada por esta variable cuando se controlan otras covariables. En la revisión de Adams et al. (2011) se corrobora que la participación social informal, como puede ser la visita a amigos, tiene un resultado positivo en relación con el bienestar en la vejez. Según estos autores la actividad social es la que tiene mayores evidencias que apoya su asociación con el bienestar positivo ya que la intimidad social inherente parece ser un aspecto muy importante, si no el más importante, del compromiso que influye en el bienestar de las personas (Adams et al. 2011). Este tipo de actividad se encuentra, además, relacionada con la salud, y se supone que afecta al bienestar al reducir los riesgos de aislamiento social y al proporcionar intimidad emocional, apoyo socio-emocional, refuerzo del concepto de uno mismo y de los roles sociales, y la sensación de ser valorado (Adams et al., 2011). Siguiendo con la revisión de Adams et al. (2011), se sugiere que la relación actividad/bienestar debe tener en cuenta las variables moderadoras, el tipo de

actividad, incluyendo su contenido y contexto, y los posibles mediadores como el género, la edad, el funcionamiento físico, la depresión, el estar en situación de jubilación, el tiempo en soledad, etc. En este sentido, otros estudios han encontrado que es la cualidad (por ejemplo, intimidad, compañerismo, etc.) más que la frecuencia de la actividad social lo que se relaciona con el bienestar subjetivo (García Martín, 2002).

En las mujeres, sin embargo, es hacer turismo, viajes y/o excursiones la actividad de participación social que predice el bienestar subjetivo. Las mujeres que realizan este tipo de actividades tienen mayor probabilidad de detentar un bienestar elevado, frente a las que no. Las mujeres realizan este tipo de actividades con menor tasa que los hombres, pero aquellas que las realizan tienen una diferencia de casi 14 puntos en su índice de bienestar. Estos resultados se corroboran con estudios anteriores que han demostrado cómo realizar viajes en la vejez afecta a dimensiones físicas, psicológicas, sociales y espirituales como la integración, la aceptación, la contribución, la actualización y la coherencia; y que este de ocio ofrece oportunidades para una participación significativa en la edad adulta (Morgan et al. 2015; Liechty et al., 2009). En la revisión realizada por Morgan et al. (2015) se constata que el turismo puede mejorar el bienestar de las personas mayores y promover un renovado sentido de propósito, facilitando su transición del trabajo a la jubilación. Varios autores han evidenciado que el turismo ejerce un impacto psicológico positivo en las personas mayores, en su bienestar, calidad de vida, salud percibida y satisfacción con la vida, independientemente del tipo o la duración del viaje (Morgan et al. 2015). Sin embargo, no existe mucha evidencia sobre el análisis del turismo en la vejez con perspectiva de género (Small, 2003; Liechty et al., 2009). Algunos estudios recientes han comenzado a investigar la influencia del género en la experiencia del viaje y las motivaciones de las mujeres para viajar (Liechty et al., 2009). Entre las motivaciones de viajar entre las

mujeres se ha concluido que es más importante las oportunidades de desarrollar relaciones y la interacción social, que las actividades o el contexto del viaje (Liechty et al., 2009). Liechty et al. (2009), demostró que viajar en grupo con otras mujeres mayores promovía el sentimiento de pertenencia, el empoderamiento, los sentimientos de autodeterminación, de crecimiento personal, las emociones positivas y esto tiene implicaciones en el bienestar. Como se ha comentado, las mujeres mayores de estas generaciones están conquistando el ocio y el disfrute del tiempo libre que anteriormente se asociaba solo a los varones, como derecho vinculación al mercado laboral. Las mujeres, que tradicionalmente se han dedicado al trabajo doméstico, invisible y devaluado, no podían permitirse disfrutar de este tiempo. Sin embargo, las nuevas generaciones de mujeres reclaman ese derecho como propio, tanto por su incorporación el mercado laboral, como por la reivindicación de identificar las tareas domésticas como trabajo, aunque no esté remunerado (Duran, 1996). Al analizar los sistemas de género desde una perspectiva feminista, estos emergen como estructuras de opresión sobre las mujeres, pero al mismo tiempo, como medios que generan estrategias de empoderamiento y de ciudadanía activa, especialmente en la vejez (Toro, 2018).

Por otro lado, en el área o componente de la amigabilidad en el que se engloba el respeto y la inclusión, se rescató la variable sobre el sentimiento de pertenencia. Esta variable es también un predictor del bienestar en las mujeres, pero no en hombres. Las mujeres con baja satisfacción con su sentimiento de pertenencia a una comunidad o grupo de personas tienen hasta más de 30 puntos de diferencia en el bienestar subjetivo, respecto a aquellas que tienen elevada satisfacción. En el estudio de Tiraphat et al. (2017) se encontraron resultados similares, incluyendo la confianza social como uno de los predictores de los entornos amigables (Tiraphat et al., 2017). Como se ha comentado con anterioridad, varios estudios han evidenciado los efectos positivos del

capital social, medido por la participación en grupos, el sentido de pertenencia y la relación con los vecinos y vecinas (Norstrand et al., 2012) en la salud funcional percibida y psicológica de las personas mayores. Investigaciones previas han encontrado que el bienestar está estrechamente relacionado con el sentido de comunidad, y que éste actúa como factor predictor del bienestar social y del bienestar psicológico (Vega y Pereira, 2012). Por otra parte, el sentimiento de pertenencia a la comunidad, favorece la participación en actividades sociales, y estas actividades tienen a su vez un efecto positivo sobre el bienestar (Cicognani et al., 2007). Respecto a las mujeres mayores, Philipson et al. (1999) evidenció que las mujeres tenían una mayor preocupación por el deterioro del capital social, ya que ellas cumplen el rol de “guardianas del vecindario”. De manera que a medida que las mujeres envejecen, aumenta su dependencia a su vecindario (Yasuda et al., 1997). El sentimiento de pertenencia parece tener relación, a su vez, con otros de los predictores de bienestar en las mujeres como son el origen y la ruralidad. En el estudio de Young et al. (2004) otra variable asociada a un mayor sentimiento de pertenencia en las mujeres era vivir en soledad, es decir, aquellas mujeres que vivían solas tenían mayor sentimiento de pertenencia a la comunidad, argumentando que estas pueden haber desarrollado redes sociales de apoyo para compensar el vivir en solitario. Los resultados de nuestro estudio también han mostrado que vivir en solitario es algo más característico del género femenino, lo que también puede asociarse con que el sentimiento de pertenencia sea un factor predictor para ellas y no en los varones.

Por último, tanto para hombres como mujeres los modelos de regresión resultantes obtuvieron variables del componente de participación cívica o ciudadana, aunque para cada uno de ellos la variable predictora del bienestar subjetivo es diferente. En hombres, lo es participar en asociaciones educativas, culturales, deportivas, profesionales, gastronómicas, corales o literarias. Mientras que las mujeres es la

participación en asociaciones de vecinos/as la que predice mayores índices de bienestar. Como se ha comentado, varios estudios han comprobado que la participación de personas mayores en actividades socialmente productivas se asocia con el bienestar (McMunn et al. 2009) además de satisfacer necesidades de servicios en la comunidad (Van Dijk 2015).

Las diferencias entre hombres y mujeres en el tipo de participación ciudadana se vincula con el resto de variables predictoras y las diferencias de género encontradas a lo largo de todo el estudio. Las asociaciones de tipo cultural, deportiva, profesionales, corales o gastronómicas empezaron a extenderse en el País Vasco de manera masiva a partir del S.XX de la mano del proceso de urbanización (Luengo, 2003). Este tipo de sociedad, de enorme heterogeneidad de fines y objetivos, tienen en común que, en general, responden a unas características bastante similares en cuanto a su composición interclasista, con formas de solidaridad elemental o grupal –a menudo de cuadrillas de amigos–; y en cuanto a su espacio físico, la presencia de un local, en general modesto, pero donde no falta nunca la barra o el bar, sea cual sea el objeto definido de la sociedad (Luengo, 2003). Estas sociedades tradicionalmente están conformadas por hombres, algo que se refleja hoy en día en su mayor participación en este tipo de asociaciones. Hay que tener en cuenta que aquí se incluyen las asociaciones gastronómicas que tienen especial relevancia en el País Vasco. Estas sociedades son organizaciones cuyo propósito principal es cocinar y consumir alimentos (Hess, 2018) y, aunque la tendencia general ha sido la de incluir a las mujeres en este tipo de espacios, todavía siguen siendo lugares especialmente frecuentados por hombres (Hess, 2018).

Las asociaciones vecinales, por su parte, son unas agrupaciones que sufrieron un gran dinamismo en las décadas de los sesenta y setenta como reflejo de una compleja



evolución social, del rápido proceso de urbanización y de las crecientes demandas de participación política (Luengo, 2003). Estas jugaron un papel fundamental en la recuperación de ámbitos de sociabilidad, no sólo en el terreno más conocido de la autogestión, el movimiento asambleario o el control de la gestión municipal, sino también en otros como el de la revitalización o recuperación de las fiestas en el País Vasco (Luengo, 2003). Aunque los porcentajes de participación en este tipo de asociaciones son muy similares entre hombres y mujeres, para ellas participar en estas asociaciones aumenta la probabilidad de detentar un mayor bienestar subjetivo. Estos resultados concuerdan con los anteriores en los que las mujeres se asocian en mayor grado con la cultura del barrio y la vecindad, ámbito extradoméstico, pero también muy próximo al hogar. El vecindario es un espacio conquistado más allá del domicilio, que supone muchos beneficios en las mujeres, y que se relaciona con otras variables como la ruralidad, el origen o el sentimiento de pertenencia.

Por lo tanto, en los modelos resultantes no se mantuvieron como variables predictoras del bienestar subjetivo ninguna de las variables introducidas dentro de los componentes de amigabilidad relacionados con el entorno físico. Otros estudios, sin embargo, han encontrado que las áreas de "espacios y edificios al aire libre", "transporte" y "vivienda", junto con "apoyo comunitario y servicios de salud", parecían ser los elementos esenciales para las personas mayores (van Dijk, 2015). Según los resultados de este estudio estas variables, aunque tienen una relación positiva con el bienestar subjetivo, desaparecen en los modelos finales de predicción del bienestar subjetivo tanto en hombre como en mujeres al introducir otras de más relevancia, como son las relacionadas con el entorno social. Por lo que según estos resultados, un entorno social propicio puede predecir un mayor bienestar subjetivo en hombres y mujeres mayores, mientras que el entorno físico pierde relevancia.

Finalmente, según los resultados de este estudio es importante analizar separadamente las percepciones de hombres y mujeres para avanzar en el conocimiento de las diversas realidades. De esta forma se pueden establecer programas de acción y políticas dirigidas de manera más concreta incluyendo la perspectiva de género, para promover estrategias efectivas que promuevan el bienestar de ambos.

Desde la evidencia se ha encontrado que para los hombres la red familiar de convivencia tiene una gran importancia como red de seguridad y apoyo, que a su vez puede estar relacionada con su mayor dependencia para el desarrollo de una vida autónoma en el desempeño de las actividades cotidianas y de mantenimiento del hogar. Por lo que puede resultar relevante apoyar desde programas de intervención su vida autónoma en este sentido.

En las mujeres, sin embargo, el vecindario ha resultado ser un recurso de vital importancia, por lo que en ellas se debe seguir promoviendo programas comunitarios de acercamiento al barrio como son las redes de apoyo mutuo, los espacios de intercambio, y el conocimiento entre vecinos/as.

Y como tanto hombres como mujeres tienen en común la importancia de la buena salud, de la satisfacción con las relaciones personales, los logros alcanzados y la realización de ejercicio físico como predictores del bienestar, cuestiones que se debe seguir promoviendo desde las políticas públicas con programas de promoción de la salud, hábitos saludables, la participación en actividades con sentido, y las buenas relaciones interpersonales.

## **6. CONCLUSIONES**

En conclusión, los resultados de este estudio suponen un avance en el conocimiento de la interrelación entre amigabilidad, ciudadanía activa y bienestar subjetivo, en concreto al explorar el efecto de la percepción de amigabilidad del entorno y sus componentes (tanto físicos como sociales) sobre el bienestar subjetivo en hombres y mujeres de 55 años y más en Euskadi, evidenciando las diferencias de género entre unos y otras.

Por un lado, se han detallado las características de esta población según el análisis de la Encuesta de Condiciones de Vida (ECV+55 2014), donde destaca el marcado perfil femenino en las edades avanzadas, el predominio de la convivencia en pareja y los hogares multigeneracionales, la fuerte red de proximidad y contacto familiar, la buena percepción del estado de salud, la reciprocidad en los cuidados, y la elevada satisfacción con la vida en general.

En segundo lugar, destaca el alto grado de bienestar subjetivo de esta población y cómo está asociado a factores sociodemográficos, de apoyo social, de salud o psicológicos. Donde destacan la edad, el nivel de riqueza, el hábitat, el estado civil, el tipo de hogar, la satisfacción con las relaciones personales, el estado de salud, la situación de dependencia, la satisfacción con los logros alcanzados, la satisfacción con la seguridad en el futuro, y, en el caso de las mujeres, también: el nivel educativo, el origen, y el mantener contacto con otras personas.

En tercer lugar, se ha analizado la elevada percepción sobre la amigabilidad del territorio vasco, tanto en hombres como en mujeres, y su relación con el hábitat y la satisfacción. Además de la relación positiva con el bienestar subjetivo y los componentes de amigabilidad, como: las barreras con el entorno inmediato, la percepción del entorno seguro, la dificultad de acceso al supermercado o tienda de alimentación, la barreras en el edificio, el régimen de tenencia, la dificultad de acceso al transporte público, la realización de actividades como las de ejercicio físico, las

culturales, las sociales o el turismo, o el sentimiento de pertenencia a la comunidad, entre otros.

Y finalmente, se ha determinado el efecto de los componentes de la amigabilidad sobre el bienestar subjetivo de las personas de 55 y más años en Euskadi, encontrado evidencia en las diferencias entre hombres y mujeres. Siendo importante, en el bienestar de ambos la salud, la satisfacción con las relaciones personales, los logros alcanzados y la práctica de ejercicio físico, aspectos relacionados con el apoyo social, los factores psicológicos, el estado de salud y la participación social. Y encontrándose peculiaridades en los hombres en la necesidad de convivencia, la percepción de seguridad y protección, la participación en actividades sociales y de ocio, además de la participación en actividades cívicas desde el ámbito del movimiento asociativo más lúdico. Mientras que en las mujeres, son predictores del bienestar variables del entorno como el hábitat rural, ser de origen vasco, la pertenencia al lugar, mantener contactos, no estar en situación de dependencia, realizar actividades como turismo o viajes, y participar como ciudadanas activas en el ámbito del movimiento asociativo vecinal.

Por lo que, desde los componentes y áreas que forman parte la amigabilidad son los relacionados con el entorno social (la participación social, la participación ciudadana y la inclusión), los elementos fundamentales que predicen el bienestar de las personas y, sin embargo, se quedan relegados otros aspectos como los relacionados con el entorno físico (espacios al aire libre, vivienda y transporte) y con los servicios municipales (comunicación e información, y servicios sociales y sanitarios). Aunque hay que tener en consideración que no se incluyeron en este estudio variables suficientes sobre los servicios sociales y sanitarios que posibilitaran obtener resultados significativos sobre el impacto de estos factores en el bienestar de las personas.

Por lo tanto, según los resultados obtenidos en este estudio, se debe seguir trabajando desde la planificación y la programación de las políticas públicas en el ámbito de la vejez, en la consecución de la meta del envejecimiento activo desde el ámbito de la participación social y ciudadana. Desde una estrategia efectiva de envejecimiento activo basada en las contribuciones combinadas del ejercicio de ciudadanía y la sociedad (Foster and Walker, 2015). Avanzando de las teorías sobre los entornos sociales en la vejez normalmente se ha posicionado a la persona como receptora o usuaria de los recursos sociales, en lugar de como a una persona activa que se involucra en la construcción o incluso en la producción del entorno social (Wahl y Lang, 2004: 11). Insistiendo en el desarrollo de un espacio de búsqueda y construcción compartida que genere nuevas formas de interacción y participación social de unas personas que ya no son consideradas como “pasivas” o “dependientes”, sino como personas “ciudadanas” (Fantova, 2001). La participación tiene que ser capaz de tener en cuenta la experiencia particular de cada persona permitiéndola encontrar una plataforma de vinculación al mundo desde la que pueda desempeñar un papel en el que se reconoce, en continuidad con lo que ha sido a lo largo de su vida (Prieto et al., 2015). Por lo que el reto social en la actualidad está en la capacidad de generar espacios que den respuesta a esta búsqueda de reconocimiento a través de un desarrollo personal compartido. Según Subirats (2011), la manera de repensar esta realidad precisa partir de una concepción plena de ciudadanía, en la que estén reconocidas todas las personas, sea cual sea su edad, género u origen. De tal forma que el debate sobre envejecimiento activo toma otra dimensión; no se trata sólo de adaptar o acomodar lo que se hacía a un nuevo paradigma más complejo e integral, sino de ver cuál es el papel de los poderes públicos en el nuevo escenario (Subirats, 2016).

Si ese cambio en las políticas publicas no se produce, serán las propias personas que envejecen las que conquisten esos nuevos roles, cargados de protagonismo y voluntad

de tomar decisiones propias. Las nuevas generaciones de personas mayores reclaman un espacio donde poder desarrollarse y posicionarse con relación a la posibilidad de aportación a la sociedad (del Barrio, Marsillas y Sancho, 2018: 42). La participación tiene que ser capaz de tener en cuenta la experiencia particular de cada persona permitiéndola encontrar una plataforma de vinculación al mundo desde la que pueda desempeñar un papel en el que se reconoce, en continuidad con lo que ha sido a lo largo de su vida (Prieto et al., 2015).

Las personas mayores tienen el derecho de gozar de una ciudadanía plena y de participar activamente de manera integral en la sociedad (Barrio et al. 2018, Subirats, 2016), reclamando ser sujetos sociales y no objetos de atención y de administración. Esto implica que han de estar presentes en las dinámicas sociales y políticas de cada ciudad y de cada comunidad (Subirats, 2016). Superando las barreras que han sido construidas en torno al envejecimiento activo que tergiversan su sentido más radical y transformador como sugiere Subirats (2016 y 2018).

En este sentido, los proyectos sobre ciudades y comunidades con la edad son una posible herramienta para garantizar nuevas formas de empoderamiento para las personas mayores (Moulaert y Garon, 2016). Algunos investigadores abogan por el surgimiento de un nuevo tema de investigación que aborde las perspectivas y teorías de la innovación social para la sociedad que envejece (Klimczuk y Tomczyk, 2020), en el que se incluye la evaluación crítica de la imagen social de las personas mayores. Apostando por cómo ellas mismas están definiendo nuevos roles desde la participación activa en sus comunidades y eliminando los estereotipos negativos sobre el envejecimiento (Aoo, Abe y Kano, 2019). Desde la generación de proyectos a favor de la comunidad que sean atractivos para todas las generaciones, donde la edad no sea un

hecho diferenciador o excluyente (Barrio et al., 2018:42) y avanzando desde el concepto de envejecimiento activo al de ciudadanía activa.



## **7. BIBLIOGRAFÍA**

## **BIBLIO**

- Abbott, P. S., Carman, N., Carman, J., & Scarfo, B. (2009). *Recreating neighborhoods for successful aging*. Baltimore: Health Professions Press.
- Abellán, A., del Barrio, E., Castejón, P., Catalán, C., Fernández, G., & Pérez-Ortiz, L. (2007). A propósito de las condiciones de vida de las personas mayores.
- Abellán, A., & del Barrio, E. (2009). Indicadores demográficos. En: Díaz, R. (Coord). *Las Personas Mayores en España. Datos estadísticos estatales y por Comunidades Autónomas*. Madrid: IMSERSO.
- Abellán, A., & Esparza, C. (2009). Solidaridad familiar y dependencia entre las personas mayores. Madrid: Informes Portal Mayores, nº 99.
- Abellán, A., & Puyol, R. (2006). *Envejecimiento y dependencia: una mirada al panorama futuro de la población española*. Madrid: Mondial Assistance.
- Abellán, A., Ayala, A., & Pujol, R. (2017). A vueltas con el umbral de inicio de la vejez. *Blog Envejecimiento [en-red]*.
- Abellán, A., Ayala, A., & Pujol, R. (2017). Un perfil de las personas mayores en España, 2017. *Indicadores estadísticos básicos. Envejecimiento en Red*, 15, 48.
- Acevedo, J., & González J. (2014). No envejecemos igual: la religiosidad y el género en adultos mayores del noreste de México. *Revista Reflexiones*, 93(1), 133-144.
- Adams, D. L. (1971). Correlates of satisfaction among the elderly. *The Gerontologist*, 11(4 Pt 2), 64-68.

- Adams, K.B., Leibbrandt, S., & Moon, H. (2011). A critical review of the literature on social and leisure activity and wellbeing in later life. *Ageing & Society*, 31(4), 683-712.
- Angner, E. (2011). The evolution of eupathics: The historical roots of subjective measures of well-being. *International Journal of Wellbeing*, 1(1), 4-41.
- Agudo, S., Pascual, M. Á., & Fombona, J. (2012). Usos de las herramientas digitales entre las personas mayores. *Comunicar*, 20(39), 193-201.
- Agut, S., & Martín, P. (2007). Factores que dificultan el acceso de las mujeres a puestos de responsabilidad. *Apuntes de Psicología*, 25(2), 201-214.
- Allen, J., Barlow, J., Leal, J., Maloutas, T., & Padovani, L. (2004). *Housing y Welfare in Southern Europe*. London: Blackwell Publishing.
- Alley, D., Liebig, P., Pynoos, J., Banerjee, T., & Choi, I. H. (2007). Creating elder-friendly communities: preparations for an aging society. *Journal of Gerontological Social Work*, 49(1-2), 1-18.
- Alonso, L. (2011). Ordenadores y aprendizaje en la tercera edad: Estudios internacionales desde 1990 a 2011. *REDEX. Revista de Educación de Extremadura*, 2, 11-35.
- Altintas, E., Gallouj, K., & Guerrien, (2012). A Social support, depression and self-esteem in older persons: cluster analysis results. *Annales Médico-Psychologiques Revue Psychiatrique*, 170(4), 256-262.
- Alvarado, X., Toffoletto, M.C., Oyanedel, J.C., Vargas, S., & Reynaldos, K. (2017). Factors associated to subjective wellbeing in older adults. *Texto & Contexto Enfermagem*, 26(2), 1-10.

- Alves, F., Tato, M., Sousa, J.E., & Paúl, C. (2015). Age-Friendly Cities Performance Assessment Indicators System Validation. *Psychology*, 6(5), 622-632.
- Anheier, H.K., & Salamon, L.M. (1999). Volunteering in Cross-National Perspective: Initial Comparisons. *Law and Contemporary Problems*, 62, 43-65.
- Antares Consulting. (2000). Seguro de dependencia. Estimación del nivel de dependencia, necesidades de recursos y proyecciones de futuro. Barcelona: UNESPA.
- Antonucci, T.C. (1986). Hierarchical mapping technique. *Generations*, 10(4), 10-12.
- Aoo, K., Abe, N., & Kano, M. R. (2019). To be supported, or not to be: images of older people in policy and the reality in local communities in Japan. *Frontiers in Sociology*, 4, 16.
- Aparicio, V., Carbonell, A., & Delgado, M. (2010). Beneficios de la actividad física en personas mayores. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, 10(40), 556-576.
- Ardemans, I. (2003). Actividad de ocio-turístico y personas mayores. Análisis de diferencias sociales entre "viajeros" y "no viajeros". Tesis Doctoral. Universitat de Barcelona.
- Arendt, H. (1988). *Sobre la revolución*. Madrid: Alianza.
- Armadans, I. (2003). Actividad de ocio-turístico y personas mayores. Análisis de diferencias sociales entre 'viajeros' y 'no viajeros'. [PhD Tesis, Universitat de Barcelona]. <https://www.tdx.cat/handle/10803/2662>

- Association Internationale de Techniciens, Experts et Chercheurs. (24 de octubre de 2004). Proposition de Charte Mondiale du Droit à la Ville. Foro Social de las Américas, Quito. <http://aitec.reseau-ipam.org/spip.php?article106>
- Avlund K., Lund R., Holstein B.E., Due P., Sakari R. & Heikkinen R.L. (2004). The impact of structural and functional characteristics of social relations as determinants of functional decline. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 59(1), 44-51.
- Awata, S., Bech, P., Koizumi, Y., Seki, T., Kuriyama, S., Hozawa, A., Ohmori, K., Nakaya, N., Matsuoka, H., & Tsuji, I. (2007). Validity and utility of the Japanese version of the WHO-Five Well-Being Index in the context of detecting suicidal ideation in elderly community residents. *International Psychogeriatrics*, 19(1), 77-88.
- Badenes, N., & López, M.T. (2011). Doble dependencia: abuelos que cuidan nietos en España. *Zerbitzuan*, 49, 107-125.
- Bailly, Antoine & Jean-Marie Huriot (1999), *Villes et croissance. Théories, modèles, perspectives*, París, Anthropos.
- Balcázar, F. (2003a). La investigación-acción participativa en la psicología comunitaria: principios y retos. *Apuntes de Psicología*, 21 (3), 419-435.
- Balcázar, F. (2003b). Investigación-acción-participativa: Aspectos conceptuales y dificultades de implementación. *Fundamentos en Humanidades*, 7-8, 59-77.
- Balcázar, F. E., Keys, C. B., Kaplan, D. L. & Suárez-Balcázar, Y. (1998). Participatory Action Research and people with disabilities: Principles and challenges. *Canadian Journal of Rehabilitation*, 12, 105-112.

- Baltes, P.B., & Baltes, M.M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: the model of selective optimization with compensation. En: Baltes, P.B., & Baltes, M.M. (Eds). *Successful aging: perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bandura, A. (1974). Behavior theory and the models of man. *American Psychologist*, 29(12), 859–869.
- Bandura, A. (1978). The self-system in reciprocal determinism. *American Psychologist*, 33(4), 344–358.
- Barker, C., & Martin, B. (2011). Participation: the happiness connection. *Journal of Public Deliberation*, 7(1), 1-16.
- Barrientos, J. (2005). *Calidad de vida, bienestar subjetivo: una mirada psicosocial*. Santiago de Chile: Universidad Diego Portales
- Barua, A., & Kar, N. (2010). Screening for depression in elderly Indian population. *Indian Journal of Psychiatry*, 52, 150–153.
- Bassand, M., Kaufmann, V., & Joye D. (2001). *Enjeux de la sociologie urbaine*. Lausana: Presses Polytechniques et Universitaires Romandes.
- Bauman, Z. (2005). *Modernidad líquida*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Beard, J. R., & Petitot, C. (2010). Ageing and urbanization: can cities be designed to foster active ageing?. *Public health reviews*, 32(2), 427-450.
- Bech, P., Gudex, C., & Johansen, K. S. (1996). The WHO (Ten). Well-Being Index: validation in diabetes. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65(4), 183–190.

- Bergan, A., & McConatha, J. (2001). Religiosity and life satisfaction, activities. *Adaptation & Aging, 24*(3), 23-34.
- Berinsky, A. J., & Lenz, G. S. (2011). Education and political participation: exploring the causal link. *Political Behavior, 33*(3), 357-373.
- Bevan, M., & Croucher, K. (2011). *Lifetime neighbourhoods*. London: Department for Communities and Local Government.
- Biggs, S. (2001). Toward a critical narrativity: Stories of aging in contemporary social policy. *Journal of Aging Studies, 15*, 303–316.
- Blancafort, J., & Reus, P. (2016). *La participación en la construcción de la ciudad*. Universidad Politécnica de Cartagena.
- Blom, E. H., Bech, P., Högberg, G., Larsson, J. O., & Serlachius, E. (2012). Screening for depressed mood in an adolescent psychiatric context by brief self-assessment scales--testing psychometric validity of WHO-5 and BDI-6 indices by latent trait analyses. *Health and Quality of Life Outcomes, 10*, 149.
- Bolan, M. (1997). The mobility experience and neighborhood attachment. *Demography, 34*(2), 225-237.
- Boldy, D., Grenade, L., Lewin, G., Karol, E., & Burton, E. (2011). Older people's decisions regarding 'ageing in place': A Western Australian case study. *Australasian Journal on Ageing, 30*, 136-142.
- Bonsignore, M., Barkow, K., Jessen, F., & Heun, R. (2001). Validity of the five-item WHO well-being Index (WHO-5) in an elderly population. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 251*(Suppl 2), II27-31.

- Bookman A. (2008). Innovative models for aging in place: Transforming our communities for an aging population. *Community, Work, & Family*, 11, 419–438.
- Borgonovi, F. (2008). Doing well by doing good. The relationship between formal volunteering and self-reported health and happiness. *Social Science & Medicine*, 66(11), 2321-2334.
- Borja, J. (2005). Un futuro urbano con un corazón antiguo. *Geograficando*, 1(1), 11-22.
- Bosch, P.M., & Gómez, A.D.V. (2010). Las personas mayores como actores en la comunidad rural: innovación y empowerment. *Athenea Digital*, 19, 171–187.
- Bosch, P.M., Gómez, A.D.V., & Ferrer, B.S. (2009). Los Grandes Olvidados: Las personas mayores en el entorno rural. *Psychosocial Intervention*, 18, 269–277.
- Boudiny, K. (2013). Active ageing: From empty rhetoric to effective policy tool. *Ageing & Society*, 33, 1077-1098.
- Boudiny, K., & Mortelmans, D. (2011). A critical perspective: Towards a broader understanding of active ageing. *Electronic Journal of Applied Psychology*, 7(1), 8-14.
- Boufford, J.I. (2017). Advancing an Age-Friendly NYC. *Journal of urban health: bulletin of the New York Academy of Medicine*, 94(3), 317–318.
- Bowling, A. (2005). *Ageing well: Quality of life in old age*. Maidenhead: Open University Press.
- Bowling, A., Banister, D., Sutton, S., Evans, O., & Windsor, J. (2002). A multidimensional model of the quality of life in older age. *Aging & Mental Health*, 6, 355–371.



- Bronfenbrenner, U. (1994). Ecological models of human development. En: Husen, T., & Poslethwaite, T. (Eds.). *International Encyclopedia of Education*. New York: Elsevier Science.
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (2006). The Bioecological Model of Human Development. In R. M. Lerner & W. Damon (Eds.), *Handbook of child psychology: Theoretical models of human development*. Hoboken: John Wiley & Sons Inc.
- Broome, K., Worrall, L., Fleming, J., & Boldy, D. (2013). Evaluation of age-friendly guidelines for public buses. *Transportation Research Part A: Policy and Practice*, 53, 68-80.
- Broome, K., Worrall, L., McKenna, K., & Boldy, D. (2010). Priorities for an Age-Friendly Bus System. *Canadian Journal on Aging*, 29(3), 435-444.
- Buckner, S., Mattocks, C., Rimmer, M., & LaFortune, L. (2018). An evaluation tool for Age-Friendly and Dementia Friendly Communities. *Work. Older People*, 22, 48-58.
- Buckner, S., Pope, D., Mattocks, C., LaFortune, L., Dherani, M., & Bruce, N. (2019). Developing Age-Friendly Cities: an evidence-based evaluation tool. *Journal of Population Ageing*, 12, 203-223.
- Buffel, T., & Phillipson, C. (2016). Can global cities be 'age-friendly cities'? Urban development and ageing populations. *Cities*, 55, 94-100.
- Buffel, T., Handler, S., & Phillipson, C. (2018). *Age-Friendly Cities and Communities: A Global Perspective*. Bristol: Policy Press.

- Buffel, T., Phillipson, C., & Scharf, T. (2012). Ageing in urban environments: Developing 'age-friendly' cities. *Critical Social Policy*, 32, 597–617.
- Burns V., Lavoie J. & Rose D. (2012). Revisiting the Role of Neighbourhood Change in Social Exclusion and Inclusion of Older People. *Journal of Aging Research* 2012, 1-12.
- Calahan, B. (October 27, 2011) Dublin Welcomes the World: The First International Conference on Age-Friendly Cities. <https://www.nypl.org/blog/2011/10/27/international-conference-age-friendly-cities>
- Campos, J., Huertas, F., Colado, J. C., López, A. L., Pablos, A., & Pablos, C. (2003). Efectos de un programa de ejercicio físico sobre el bienestar psicológico de mujeres mayores de 55 años. *Revista de Psicología del deporte*, 12(1), 7-26.
- Caprara, M., Molina, M.A., Schettini, R., Santacreu, M., Orosa, T., Mendoza-Núñez, V.M., Rojas, M., & Fernández-Ballesteros, R. (2013). Active aging promotion: Results from the vital aging program. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 13, 14.
- Carrasco, C. (1998). Género y valoración social: la discusión sobre la cuantificación del trabajo de las mujeres. *Mientras Tanto*, 71, 61-79.
- Carrasco, C., Alabart, A., Domínguez, M., & Mayordomo, M. (2004). El trabajo con mirada de mujer. Propuesta para una encuesta de población activa no androcéntrica. Madrid: Consejo Económico y Social.
- Carrascosa-Gil, R., Vázquez-Calatayud, M., & Canga-Armayor, A.D. (2010). Successful aging: un enfoque holístico. *Gerokomos*, 21(4), 146-152.

- Casado, D., & López-Casnovas, G. (2002) Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Barcelona: Fundación La Caixa.
- Castellanos Soriano, F., & López, A. (2012). Prácticas religiosas en un grupo de personas mayores en situación de discapacidad y pobreza. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 14 (2), 51-61.
- Castells, M. (1974). *La cuestión urbana*. Madrid: Siglo XXI.
- Castro, M. (2007). *Relaciones intergeneracionales y bienestar de las personas mayores*. Tesis doctoral. Universidad de Granada.
- Causapié, P., Balbontín, A., Porras, M., & Mateo, A. (Coord). (2011): *Libro Blanco: Envejecimiento Activo*. Madrid. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- Centro de Investigación Sociológicas (01 de julio, 1980). *Residencias y clubes de ancianos. Residentes. (Es. 1226)*. Recuperado de [http://www.cis.es/cis/opencm/ES/1\\_encuestas/estudios/ver.jsp?estudio=218&cuestionario=263](http://www.cis.es/cis/opencm/ES/1_encuestas/estudios/ver.jsp?estudio=218&cuestionario=263)
- Centro de Investigación Sociológicas (01 de marzo, 1982). *Ancianos (Es. 1304)*. Recuperado de [http://www.cis.es/cis/opencm/ES/1\\_encuestas/estudios/ver.jsp?estudio=297&questionario=349&muestra=1907](http://www.cis.es/cis/opencm/ES/1_encuestas/estudios/ver.jsp?estudio=297&questionario=349&muestra=1907)
- Centro de Investigación Sociológicas (15 de febrero, 1989). *Tercera Edad (Es. 1792)*. Recuperado de [http://www.cis.es/cis/opencm/ES/2\\_bancodatos/estudios/ver.jsp?questionario=893&estudio=784&muestra=3483](http://www.cis.es/cis/opencm/ES/2_bancodatos/estudios/ver.jsp?questionario=893&estudio=784&muestra=3483)

- Cevedio, M. (2004). *Arquitectura y género*. Barcelona: Icaria.
- Chirinos, M. (2011). Care Ethics: la revalorización del cuidado cotidiano en el ámbito familiar. En: Miranda, M. & López, D. (Eds.). *Ideología de género: perspectivas filosófica, antropológica, social y jurídica*. San José de Costa Rica: Promesa; Pamplona: Universidad de Navarra.
- Choi, Y. J., & Matz-Costa, C. (2018). Perceived Neighborhood Safety, Social Cohesion, and Psychological Health of Older Adults. *The Gerontologist*, 58(1), 196–206.
- Christensen, H. (2011). *Political participation beyond the vote: how the institutional context shapes patterns of political participation in 18 Western European democracies*. Helsinki: Åbo Akademi University Press.
- Cieśla, A. (2019). Book Review: *Age-Friendly Cities and Communities in International Comparison: Political Lessons, Scientific Avenues, and Democratic Issues*. *Frontiers in Sociology*, 4, 2.
- Clark, K., & Glicksman, A. (2012). Age-friendly Philadelphia: Bringing diverse networks together around aging issues. *Journal of Housing for the Elderly*, 26, 121–136.
- Clarke, A., & Warren, L. (2007). Hopes, fears and expectations about the future: what do older people's stories tell us about active ageing? *Ageing & Society*, 27, 465-488.
- Clavel, M. (2002), *Sociologie de l'urbain*. París: Anthropos.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300–314.

- Coen, S., & Banister, E. (2012). *What a Difference Sex and Gender Make: A Gender, Sex and Health Research Casebook*. Ottawa: Canadian Institutes of Health Research.
- Cohen, U., & Weisman, G. D. (1991). *Holding on to home: Designing environments for people with dementia*. Johns Hopkins University Press.
- Coleman, P. G., Carare, R. O., Petrov, I., Forbes, E., Saigal, A., Spreadbury, J. H., Yap, A., & Kendrick, T. (2011). Spiritual belief, social support, physical functioning and depression among older people in Bulgaria and Romania. *Aging & Mental Health*, 15(3), 327–333.
- Comisión Europea (2001). *Libro Blanco sobre la gobernanza*. Recuperado de: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=LEGISSUM%3A110109>
- Confederación Española de Cajas de Ahorros. (1975). *La situación del anciano en España*. Informe GAUR. Madrid: Centro de Estudios GAUR.
- Corburn, J., & Cohen, A. K. (2012). Why we need urban health equity indicators: Integrating science, policy, and community. *PLoS Medicine*, 9(8), e1001285.
- Costa-Font, J. (2012). Housing-related Well-being in Older People: The Impact of Environmental and Financial Influences. *Urban Studies*, 50(4), 657–673.
- Costa-Font, J., Elvira, D., & Mascarilla-Miro, O. (2009). Ageing in place? Exploring elderly people's housing preferences in Spain. *Urban studies*, 46, 295-316.
- Costa-Font, J., Gil-Trasfí, J., & Mascarilla-Miró, O. (2007). *Capacidad de la Vivienda en Propiedad como Instrumento de Financiación de las Personas Mayores en España*. Barcelona: Fundación Edad y Vida.

- Costes, L. (2011). Del "derecho a la ciudad" de Henri Lefebvre a la universalidad de la urbanización moderna. *Urban*, (2), 89-100.
- Cramm, J. M., Van Dijk, H. M., & Nieboer, A.P. (2013). The importance of neighborhood social cohesion and social capital for the well-being of older adults in the community. *The Gerontologist*, 53(1), 142-152.
- Cramm, J. M., van Dijk, H., Lötters, F., van Exel, J., & Nieboer, A. P. (2011). Evaluating an integrated neighbourhood approach to improve well-being of frail elderly in a Dutch community: a study protocol. *BMC Research Notes*, 4, 532.
- Cramm, J.M., & Nieboer, A.P. (2015). Social cohesion and belonging predict the well-being of community-dwelling older people. *BMC Geriatrics*, 15(1), 30.
- Cruces, F. (2006). *Símbolos en la ciudad. Lecturas de Antropología Urbana*. Madrid: UNED Ediciones.
- Cruz, A. C., Noriega, M., & Garduño, M. A. (2003). Trabajo remunerado, trabajo doméstico y salud. Las diferencias cualitativas y cuantitativas entre mujeres y varones. *Cadernos de Saúde Pública*, 19 (4), 1129-1138.
- Csikszentmihalyi, M. (1998). *Creatividad el flujo y la psicología del descubrimiento y la invención*. Barcelona: Paidós.
- Cucó, J. (2004). *Antropología urbana*. Barcelona: Ariel.
- Cueto, R. M., Espinosa, A., Guillén, H., & Seminario, M. (2016). Sentido de comunidad como fuente de bienestar en poblaciones socialmente vulnerables de Lima, Perú. *Psyche (Santiago)*, 25(1), 1-18.
- Cutchin, M.P. (2003). The process of mediated aging in place: A theoretically and empirically based model. *Social Science and Medicine*, 57(6), 1077-1090.

- Cutchin, M. P. (2004). Using Deweyan philosophy to rename and reframe adaptation to environment. *American Journal of Occupational Therapy*, 58(3), 303–312.
- Darke, J. (1998). Búsqueda de una vivienda en la ciudad. En: Booth, Ch., Darke, J., & Yeandle, S. (coord.) *La vida de las mujeres en las ciudades. La ciudad, un espacio para el cambio*. Madrid: Narcea.
- Davey, J., Nana, G., de Joux, V., & Arcus, M. (2004). Accommodation options for older people in Aotearoa-New Zealand. Wellington: NZ Institute for Research on Ageing.
- Day, K., Carreon, D., & Stump, C. (2000). The therapeutic design of environments for people with dementia: a review of the empirical research. *The gerontologist*, 40(4), 397-416.
- de Echegaray Corta, B. (1932). La vecindad. Relaciones que engendra en el País Vasco. *Revista Internacional de los Estudios Vascos*, 23(2), 376-405.
- del Barrio, E. & Sancho, M. (2012). Vida cotidiana, valores, actitudes y la experiencia de envejecer. En: INFORME 2010: Las Personas Mayores en España. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas. Madrid: IMSERSO.
- del Barrio, E. (2007). Uso del tiempo entre las personas mayores. Observatorio de personas mayores. *Perfiles y Tendencias*, 27. Madrid: IMSERSO.
- del Barrio, E., Tomasena, A., Indart, A., Elortza, G., Llana, L. & Sancho, M. (2014). Euskadi Lagunkoia. Guía práctica para la implantación y uso en municipios. Gasteiz: Gobierno Vasco. Recuperado de: <https://www.matiainstituto.net/es/publicaciones/euskadi-lagunkoia-sustraietatik-guia-practica-para-la-implantacion-y-uso-en-municipios>

- del Barrio, E., & Sancho, M. (2009). Proyecto Red mundial de ciudades amigables con las personas mayores. Observatorio de personas mayores. Perfiles y Tendencias, 39. Madrid: IMSERSO.
- del Barrio, E., Marsillas, S., Buffel, T., Smetcoren, A.S., & Sancho, M. (2018). From Active Aging to Active Citizenship: The Role of (Age) Friendliness. *Social Sciences*, 7(8), 134.
- del Barrio, E., Marsillas, S. & Sancho, M. (2018). Del envejecimiento activo a la ciudadanía active: el papel de la amigabilidad. *Aula abierta*, 47(1), 37-44.
- del Barrio, E., Mayoral, O., & Sancho, M. (2015). Estudio sobre las condiciones de vida de las personas de 55 y más años en Euskadi: ECVPM-Euskadi 2014. Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- del Barrio, E., Sancho, M., & Urraco, M. (2009), Donostia-San Sebastián Ciudad Amigable con las personas mayores. Donostia: Ayuntamiento de Donostia. Recuperado de: <https://www.matiainstituto.net/es/publicaciones/donostia-san-sebastian-ciudad-amigable-con-las-personas-mayores>
- del Barrio, E., Sancho, M., & Yanguas, J. (2011). Estudio sobre las condiciones de vida de las personas mayores de 60 años en la comunidad autónoma del País Vasco. Gasteiz: Departamento de Empleo y Asuntos Sociales. Gobierno Vasco.
- del Barrio, E., Tomasena, A., Criado, B., Allur, E., & Sancho, M. (2017). Euskadi Lagunkoia: Informe Diagnóstico. Plan de Amigabilidad. Gasteiz: Departamento de Empleo y Políticas Sociales. Gobierno Vasco. Recuperado de: [https://www.euskadilagunkoia.net/images/DIAGNOSTICO\\_Cas.pdf](https://www.euskadilagunkoia.net/images/DIAGNOSTICO_Cas.pdf)
- del Barrio, E., Tomasena, A., Elortza, G., & Sancho, M. (2015). Euskadi Lagunkoia: Informes Diagnósticos de municipios. Recuperado de:



[https://euskadilagunkoia.net/images/DIAGNOSTICO\\_HONDARRIBIA\\_ES1.pdf](https://euskadilagunkoia.net/images/DIAGNOSTICO_HONDARRIBIA_ES1.pdf)

del Barrio, E., Pinzón, S., Sancho, M., & Peña, F. G. (2020). Ciudadanía activa y personas mayores: viejos conceptos, nuevos abordajes. Una revisión sistemática y metasíntesis cualitativa. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*.

Departamento de Trabajo y Seguridad Social (1993): Encuesta tercera Edad. Gobierno Vasco.

Díaz Casanova, M. (1995), El cambio en el modelo de jubilación y la aportación económica de los mayores. En: SECOT. Las actividades económicas de las personas mayores. Madrid: Banco Central Hispano.

Diener, E. & Lucas, R.E. (2000). Subjective emotional well-being. En: Lewis, M., & Haviland, J.M. (Eds). *Handbook of emotions*. New York: Guilford.

Diener, E. (1994). El bienestar subjetivo. *Psychosocial Intervention*, 3(8), 67-114.

Diener, E., & Chan, M. Y. (2011). Happy people live longer: Subjective well-being contributes to health and longevity. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 3(1), 1–43.

Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological bulletin*, 125(2), 276.

Dikken, J., van den Hoven, R., van Staaldunen, W. H., Hulsebosch-Janssen, L., & van Hoof, J. (2020). How Older People Experience the Age-Friendliness of Their City: Development of the Age-Friendly Cities and Communities Questionnaire. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(18), 6867.

- Dogan, M., & Pahre, R. (1993). *Las nuevas ciencias sociales. La marginalidad creadora*. México: Grijalbo.
- Dolan, P., Peasgood, T., & White, M. (2008). Do we really know what makes us happy? A review of the economic literature on the factors associated with subjective well-being. *Journal of Economic Psychology*, 29(1), 94–122.
- Donald, I.P. (2009). Housing and health care for older people. *Age and Ageing*, 38, 364-367.
- dos Santos Tavares, D.M., & Dias, F.A. (2012). Functional capacity, morbidities and quality of life of the elderly. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 21(1), 112-120.
- Douglas, W.A. (1973). *Muerte en Murélagu. El contexto de la muerte en el País Vasco*. Barcelona: Editorial Barral.
- Durán, M.A. (1996). El trabajo invisible en España: aspectos económicos y normativos. *Documentación Social*, 105, 137-158.
- Durán, M.A. (2000). *La contribución del trabajo no remunerado a la economía española: alternativas metodológicas*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- Durán, M.A. (2006). *La cuenta satélite del trabajo no remunerado en la Comunidad de Madrid*. Madrid: Consejería de Empleo y Mujer de la Comunidad de Madrid.
- Dutton, R. (2014). The Built Housing Environment, Wellbeing, and Older People. *Wellbeing*, 1-38.
- EAPN (2009). *Guía metodológica de la participación social de las personas en situación de pobreza y exclusión social*. Contributor, Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social en el Estado Español. Publisher, EAPN España, 2009. ISBN, 8461356128, 9788461356126

- Eggers, S. (2003). Older adult spirituality: what is it? A Factor analysis of three related instruments. *Journal of Religious Gerontology*, 14(4), 3-33.
- Ekman, J., & Amn, E. (2012). Political participation and civic engagement: towards a new typology. *Human Affairs*, 22(3), 283-300.
- Emlet, C. A., & Mocerri, J. T. (2012). The importance of social connectedness in building age-friendly communities. *Journal of Aging Research*, 2012, 173247.
- Erikson, E. (1971). *Identidad, juventud y crisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Escudero, M.C., Sánchez, I., López, N., Fernández, G., López, A., Ibáñez, R., García, J.C., & Delgado, A. (1999). Prevalencia de incapacidad funcional no reconocida en la población mayor de 74 años. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 34, 86-91.
- Euskadi Lagunkoia (2021). Euskadi Lagunkia. Recuperado de <https://www.euskadilagunkoia.net/es/municipios/municipios-amigables>
- European Commission. (1999). *Towards a Europe for All Ages*. COM(1999) 221 final.
- European Commission. (2001). *La gobernanza europea - Un Libro Blanco*. COM(2001) 428 final.
- European Commission. (2005a). *Common actions for growth and employment: The Community Lisbon Programme*. COM(2005) 330 final.
- European Commission. (2005b). *Working together, working better: A new framework for the open coordination of social protection and inclusion policies in the European Union*. COM(2005) 0706 final.

EUROSTAT. (December, 28, 2020). Looking at the Lives of Older People in the EU.

[https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Ageing\\_Europe -  
looking\\_at\\_the\\_lives\\_of\\_older\\_people\\_in\\_the\\_EU](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Ageing_Europe_-_looking_at_the_lives_of_older_people_in_the_EU)

Evans, S. (2009). Community and ageing: Maintaining quality of life in housing with care settings. Bristol: Policy Press.

Fantova, F. (2001). La gestión de organizaciones no lucrativas. Madrid: CCS.

Ferguson, S.J., & Goodwin, A.D. (2010). Optimism and wellbeing in older adults: The mediating role of social support and perceived control. *International Journal of Aging Human Development*, 71(1), 43-68.

Fericgla, J. M. (1992). Envejecer: una antropología de la ancianidad. Barcelona: Anthropos.

Fernández M. (2016) Towards a creative approach. *Revista 180º*, 01, 8-11.

Fernández, G., Schettini, R., Sánchez, M., Rojo, F., Agulló, M.S., & João, M. (2018). El Papel del género en el buen envejecer. Una revisión sistemática desde la perspectiva científica. *Prisma Social*, 21, 149-176.

Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M.D., López, M.D., Molina, M.A., Díez, J., Montero, P., & Schettini, R. (2010). Envejecimiento con éxito: criterios y predictores. *Psicothema*, 22(4), 641-647.

Fernández-Ballestos, R. (2009). Envejecimiento activo. *Contribuciones de la Psicología*. Madrid: Pirámide.

Finkel, S. E. (1985). Reciprocal effects of participation and political efficacy: a panel analysis. *American Journal of Political Science*, 29(4), 891-913.

- Fisher, B. J. (1995). Successful aging, life satisfaction, and generativity in later life. *International Journal of Aging & Human Development*, 41, 239-50.
- Fitzgerald, K.G. & Caro, F. (2014). An overview of age-friendly cities and communities around the world. *Journal of Aging & Social Policy*, 26(1), 1-18.
- Flaquer, L. (2004). La articulación entre familia y el Estado de bienestar en los países de la Europa del sur. *Papers*, 73, 27-58.
- Flavin, P., & Keane, M. J. (2012). Life satisfaction and political participation: evidence from the United States. *Journal of Happiness Studies*, 13(1), 63-78.
- Folkman, S. (1997). Positive psychological states and coping with severe stress. *Social Science & Medicine*, 45, 1207–1221.
- Foreman, K. J., Marquez, N., Dolgert, A., Fukutaki, K., Fullman, N., McGaughey, M., Pletcher, M.A., Smith, A.E., Tang, K., Yuan, Ch.W., Brown, J.C., Friedman, J., He, J., Heuton, K.R., Holmberg, M., Patel, D., Reidy, P., Carter, A., Cercy, K., Chapin, A., Douwes-Schultz, D., Frank, T., Goettsch, F., Liu, P.Y., Nandakumar, V., Reitsma, M.B., Reuter, V., Sadat, N., Sorensen, R.J.D., Srinivasan, V., Updike, R.L., York, H., Lopez, A.D., Lozano, R., Lim, S.S., Mokdad, A.H., Vollset, S.E., & Murray, Ch.J.L. (2018). Forecasting life expectancy, years of life lost, and all-cause and cause-specific mortality for 250 causes of death: reference and alternative scenarios for 2016–40 for 195 countries and territories. *The Lancet*, 392(10159), 2052-2090.
- Foster, L., & Walker, A. (2013). Gender and active ageing in Europe. *European Journal of Ageing*, 10, 3-10.
- Foster, L., & Walker, A. (2015). Active and successful aging: a European policy perspective. *The Gerontologist*, 55(1), 83–90.

- Fozard, J. L. (2005). Gerontechnology: Optimising relationships between ageing people and changing technology. En: Minichiello, V., & Coulson, I. (Eds). Contemporary issues in gerontology: Promoting positive ageing. New York: Routledge
- Freedman, V. A., Stafford, F., Schwarz, N., Conrad, F., & Cornman, J. C. (2012). Disability, participation, and subjective wellbeing among older couples. *Social Science & Medicine*, 74(4), 588-596.
- Freixas, A. (1993). *Mujer y envejecimiento. Aspectos psicosociales*. Barcelona: Fundación La Caixa.
- Frey, B. S., & Stutzer, A. (2000). Happiness, economy and institutions. *The Economic Journal*, 110(466), 918-938.
- Frey, B. S., & Stutzer, A. (2010). *Happiness and economics: how the economy and institutions affect human well-being*. Princeton: Princeton University Press.
- Fundación Pfizer, CSIC, IMSERSO. (2002). *Dependencia y necesidades asistenciales de los mayores en España. Provisión al año 2010*. Madrid: Fundación Pfizer.
- Gabriel Z. & Bowling A. (2004). Perspectives on quality of life in older age: older people talking. *Ageing and Society* 24, 675-91.
- Gala, F., Lupiani, M., Raja, R., Guillen, C., González, J., Villaverde, M., & Sánchez, A. (2002). Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo. Una revisión conceptual. *Cuadernos de Medicina Forense*. 30, 39-50.
- Galuzá, E., Francés, F.J., (2008). ¿ A qué llamamos participar en democracia? Diferencias y similitudes en las formas de participación. *Revista Internacional de Sociología*, 66(49), 89-113.

- Gallardo-Peralta, L., Conde-Llanes, D., & Córdova-Jorquera, I. (2016). Asociación entre envejecimiento exitoso y participación social en personas mayores chilenas. *Gerokomos*, 27(3), 104-108.
- García, A.J., Bohórquez, M. R., & Lorenzo, M. (2015). La implicación en la actividad física como fuente de felicidad en personas mayores. *European Journal of investigation in health, psychology and education*, 4(1), 19-30.
- García, B. (1996). *La sociedad rural ante el siglo XXI*. Madrid: Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación.
- García, C.N., & Vega, C.V. (2013). Relaciones abuelos-nietos: una aproximación al rol del abuelo. *Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales*, 41, 464-482.
- García, F.G., & Angulo, J. (2016). Análisis de rasgos de personalidad positiva y bienestar psicológico en personas mayores practicantes de ejercicio físico vs no practicantes. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte*, 11(1), 113-122.
- García, R.I.C., Fernández, C.C., & Cortés, C.C. (2012). Envejecer activamente desde una perspectiva de género. En: *Identidades Culturales y Educación en la Sociedad Mundial*. Huelva: Universidad de Huelva.
- García, S., & García, C. (2000). Para una valoración del trabajo más allá de su equivalente monetario. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 17, 39-64.
- García-Calvente, M.M., Jiménez, M.L., & Martínez, E. (2013). *Guía Para Incorporar la Perspectiva de Género a la Investigación en Salud*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.

- García-Calvente, M.M., Mateo, I., Gutiérrez, P. (1999). Cuidados y cuidadores en el sistema informal de salud. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública e Instituto Andaluz de la Mujer.
- García-Calvente, M.M., Mateo-Rodríguez, I., & Eguiguren, A.P. (2004). El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. *Gaceta Sanitaria*, 18(Supl. 1), 132-139.
- García-Molina, V.A., Carbonell-Baeza, A., & Fernández, M.D. (2010). Beneficios de la actividad física en personas mayores. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte*, 10(40), 556-576.
- Gardner P.J. (2011). Natural neighborhood networks: important social networks in the lives of older adults aging in place. *Journal of Aging Studies* 25, 263-271.
- Garrido, A. (2003). La distribución del trabajo generado por el cuidado de otras personas. Gasteiz: Instituto Vasco de la Mujer.
- Gaviria, S. (2007). Juventud y familia en Francia y en España. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Gehl, J. (2014). Ciudades para la gente. Ediciones Infinito, Buenos Aires, Argentina.
- George, L.K. (2010). Still happy after all these years: Research frontiers on subjective well-being in later life. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 65(3), 331-339.
- Gibney, S., Zhang, M., & Brennan, C. (2020). Age-friendly environments and psychosocial wellbeing: a study of older urban residents in Ireland. *Aging & Mental Health*, 24(12), 2022–2033.



- Gitlin, L. N. (1998). Testing home modification interventions: Issues of theory, measurement, design, and implementation. *Annual review of gerontology and geriatrics*, 18(1), 190-246.
- Glass, T.A., De Leon, C.M., Marottoli, R.A., & Berkman, L.F. (1999). Population based study of social and productive activities as predictors of survival among elderly Americans. *BMJ*, 319(7208), 478-483.
- Global Network Age-Friendly Cities (2011), The Dublin Declaration. Dublin: The International Federation on Ageing.
- Gobierno Vasco & Matia Instituto. (2015). Estrategia Vasca de Envejecimiento Activo 2015–2020. Gasteiz: Departamento de Empleo Y Políticas Sociales. Gobierno Vasco.
- Gobierno Vasco, Departamento de Empleo y Servicios Sociales. (2011). 'Cien propuestas para avanzar en el bienestar y el buen trato a las personas que envejecen. Bases para un Plan de Acción'. Gasteiz: Gobierno Vasco, Departamento de Empleo y Servicios Sociales.
- Golant, S.M. (1984). *A Place to Grow Old: The Meaning of Environment in Old Age*. New York: Columbia University Press.
- Golant, S.M. (2003). Conceptualizing time and space in environmental gerontology: a pair of old issues deserving new thought. *The Gerontologist*, 43(5), 638–648.
- Golant, S.M. (2011). *The Changing Residential Environments of Older People*. New York: Academic Press.
- Golant S.M. (2014). *Age-friendly communities: Are we expecting too much?* Canada: Institute for Research on Public Policy.

- Gómez, M.E., Pastor, G., Pérez, O., Iriarte, M.T., Mena, A.L., Escudero, M.C., García, I., Blanco, M.G., & Martín, A. (2017). Análisis de las buenas prácticas de participación ciudadana en las unidades de gestión clínica del Servicio Andaluz de Salud. *Gaceta Sanitaria*, 31(2), 139–144.
- Gómez, V., de Posada, C.V., Barrera, F., Cruz, JE. (2007). Factores predictores de bienestar subjetivo en una muestra colombiana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39, 311–325.
- Gómez, V., Villegas, C., Barrera, F. & Cruz, J. E. (2007). Factores predictores de bienestar subjetivo en una muestra colombiana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39, 311-325.
- Goonewardena, K. (2011). Henri Lefebvre y la revolución de la vida cotidiana, la ciudad y el Estado. *Urban*, 2, 1-15.
- Gracia, E., & Herrero, J. (2006). La comunidad como fuente de apoyo social: Evaluación e implicaciones en los ámbitos individual y comunitario. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(2), 327-42.
- Grafmeyer, Y. (1994). *Sociologie urbaine*. París: Nathan.
- Green, G., Jackisch, J., & Zamaro, G. (2015). Healthy cities as catalysts for caring and supportive environments. *Health Promotion International*, 30(Suppl 1), i99–i107.
- Greenfield E. A. (2018). Age-Friendly Initiatives, Social Inequalities, and Spatial Justice. *The Hastings Center Report*, 48(Suppl 3), S41–S45.

- Greenfield, E.A., Oberlink, M., Scharlach, A.E., Neal, M.B., & Stafford, P.B. (2015). Age-friendly community initiatives: conceptual issues and key questions, *The Gerontologist*, 55(2), 191–198.
- Grosjean, M., & Thibaud, J.P. (2001). *L'espace urbain en méthode*. Marseille: Parenthèses.
- Grundy, E., & Glaser, K. (2000). Socio-demographic differences in the onset and progression of disability in early old age: a longitudinal study. *Age and Ageing*, 29, 149-157.
- Guadalupe, S., Testa Vicente, H., & Daniel, F. (2020). La galaxia relacional en la vejez según sexo y edad: contracción y gendarización de la red en cuestión. *Andamios*, 17(42), 387-406.
- Guijarro-Morales, A., Guijarro-Huertas, A., & Guijarro-Huertas, G.M. (2001). *El Síndrome de la Abuela Esclava. Pandemia del Siglo XXI*. Granada: Grupo Editorial Universitario.
- Guzman, S., & Harrell, R. (2015). Increasing community livability for people of all ages. *Public Policy & Aging Report*, 25(1), 28–29.
- Hall, T., Krahn, G. L., Horner-Johnson, W., Lamb, G., & Rehabilitation Research and Training Center Expert Panel on Health Measurement (2011). Examining functional content in widely used Health-Related Quality of Life scales. *Rehabilitation Psychology*, 56(2), 94–99.
- Handler, S. (2014) *A research y evaluation framework for age-friendly cities*. Manchester: UK Urban Ageing Consortium.

- Handler, S. (2015). *An alternative age-friendly handbook*. Manchester: University of Manchester
- Hank, K., Erlinghagen, M., Börsch-Supan, A., Brugiavini, A., Jürges, J., Mackenbach, J., Siegrist, J., & Weber, G. (2005). *Health, ageing and retirement in Europe – First results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*. Mannheim: Mannheim Research Institute for the Economics of Aging.
- Hardill, I., & Baines, S. (2009). Active citizenship in later life: older volunteers in a deprived community in England. *The Professional Geographer*, 61(1), 36-45.
- Hasmanová, J. (2011). Leisure in old age: Disciplinary practices surrounding the discourse of active ageing. *International Journal of Ageing and Later Life*, 6(1), 5-32.
- Havighurst, R. J., & Albrecht, R. (1953). *Older people*. New York: Longmans, Green.
- Havighurst, R.J. (1961). Successful aging. *The Gerontologist*, 1(1), 8–13.
- Havighurst, R.J., & Albrecht, R. (1954). Older People. *Population*, 9(2), 357.
- Heidari, S., Babor, T.F., De Castro, P., Tort, S., & Curno, M. (2019). Equidad según sexo y de género en la investigación: justificación de las guías SAGER y recomendaciones para su uso. *Gaceta Sanitaria*, 33, 203–210.
- Hendryx, M.S., Ahern, M.M., Lovrich, N.P., & McCurdy, A.H. (2002). Access to health care and community social capital. *Health Services Research*, 37(1), 85.
- Herero, V.G., & Extremera, N. (2010). Daily life activities as mediators of the relationship between personality variables and subjective well-being among older adults. *Personality and Individual Differences*, 49, 124– 129.

- Herrea, M.S., Elgueta, R.P., & Fernandez, M.B. (2014). Social capital, social participation and life satisfaction among Chilean older adults. *Revista de Saude Publica*, 48(5), 739–749.
- Herzog, A.R., Franks, M.M., Markus, H.R., & Holmberg, D. (1998). Activities and well-being in older age: effects of self-concept and educational attainment. *Psychology & Aging*, 13, 179–185.
- Hess A. (2018) Gastronomic Societies in the Basque Country. En: Glückler J., Suddaby R., & Lenz R. (Eds). *Knowledge and Institutions. Knowledge and Space*. Berlin: Springer.
- Heun, R., Bonsignore, M., Barkow, K., & Jessen, F. (2001). Validity of the five-item WHO Well-Being Index (WHO-5) in an elderly population. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 251, 27–31.
- Heun, R., Burkart, M., Maier, W., & Bech, P. (1999). Internal and external validity of the WHO Well-Being Scale in the elderly general population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 99(3), 171–178.
- Hinck, S. (2004). The lived experience of oldest-old rural adults. *Qualitative health research*, 14(6), 779-791.
- Hirst, M. (2005). Carer distress: a prospective, population-based study. *Social science & medicine*, 61(3), 697-708.
- Holgado, M., Salinas, J. & Rodríguez J. (2015). A synthetic indicator to measure the economic and social cohesion of the regions of Spain and Portugal. *Revista de Economía Mundial*, (39), 223-239.

- Holstein, M. B., & Minkler, M. (2003). Self, society, and the new gerontology. *The Gerontologist*, 43, 787-796.
- Hudson, S., & Gilbert, D. (2000). Tourism constraints: the neglected dimension of consumer behavior research. En: Woodside, A.G., Crouch, G.I, Mazanec, J.A., Oppermann, M., & Sakai, M.Y (Eds.). *Consumer Psychology of Tourism, Hospitality and Leisure*. Nueva York: Cabi Publishing.
- Hultsch, D.F., Hertzog, C., Small, B.J., & Dixon, R.A. (1999). Use it or lose it: Engaged lifestyle as a buffer of cognitive decline in aging? *Psychology & Aging*, 14, 245–263.
- Humboldt, S., & Leal, I. (2014). ¿Qué Influye en el Bienestar Subjetivo de los Adultos Mayores? Una revisión sistemática de la literatura. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 23, 219-230.
- Hunter, R.H., Anderson, L.A., Belza, B., Bodiford, K., Hooker, S.P., Kochtitzky, C.S., Marquez, D.X., & Satariano, W.A. (2013). Environments for healthy aging: linking prevention research and public health practice. *Preventing Chronic Disease*, 10, e55.
- Ibáñez, J. 2002. *Por una sociología de la vida cotidiana*. Madrid: Siglo XXI.
- Inal, S., Subasi, F., Ay, S.M., & Osman, H. (2007). The links between health-related behaviors and life satisfaction in elderly individuals who prefer institutional living. *BMC Health Services Research*, 7, 1–7.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales. (2000). *Las personas mayores en España. Informe 2000*. Madrid: IMSERSO.

Instituto de Mayores y Servicios Sociales. (2010). Encuesta Mayores. Madrid: IMSERSO.

Instituto de Mayores y Servicios Sociales. (2014). Protocolo de Vancouver, adaptación al contexto de España. Madrid: IMSERSO.

Instituto de Mayores y Servicios Sociales. (2015). Las personas mayores en España. Informe 2014. Madrid: IMSERSO.

Instituto de Mayores y Servicios Sociales. (2017). Newsletter informativa de la Red de Ciudades y Comunidades Amigables con las Personas Mayores en España. Madrid: IMSERSO. Recuperado de: [https://ciudadesamigables.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/newsletter\\_n1\\_2017.pdf](https://ciudadesamigables.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/newsletter_n1_2017.pdf)

Instituto de Mayores y Servicios Sociales. (2020). Red de Ciudades Amigables en España. Madrid: IMSERSO. Recuperado de: [https://ciudadesamigables.imserso.es/ccaa\\_01/ciu\\_amig/queo/index.htm](https://ciudadesamigables.imserso.es/ccaa_01/ciu_amig/queo/index.htm)

Instituto de Migraciones y Servicios Sociales & Centro de Investigaciones Sociológicas (04 de febrero, 1998). La soledad en las personas mayores (Es. 2279). Recuperado de [http://www.cis.es/cis/opencm/ES/1\\_encuestas/estudios/ver.jsp?estudio=1268&cuestionario=1439%CE%BCestra=4540](http://www.cis.es/cis/opencm/ES/1_encuestas/estudios/ver.jsp?estudio=1268&cuestionario=1439%CE%BCestra=4540)

Instituto Nacional de Servicios Sociales. (1988). Encuesta de necesidades sociales y familiares de la tercera edad. Madrid: IMSERSO.

Instituto Nacional de Servicios Sociales. (1990) La tercera edad en España: necesidades y demandas. Madrid: INSERSO, 211 p. Fuente: Encuesta de necesidades sociales y familiares de la tercera edad (1988).

Instituto Nacional de Servicios Sociales & Centro de Investigaciones Sociológicas (25 de noviembre, 1993). Apoyo Informal a las personas mayores, 1ª Fase (Es. 2702). Recuperado de [http://www.cis.es/cis/opencm/ES/1\\_encuestas/estudios/ver.jsp?estudio=1064&cuestionario=1193&muestra=3506](http://www.cis.es/cis/opencm/ES/1_encuestas/estudios/ver.jsp?estudio=1064&cuestionario=1193&muestra=3506)

Instituto Nacional de Estadística. (2015a). Padrón Municipal de Habitantes. Madrid: INE.

Instituto Nacional de Estadística (2015b). Proyecciones de población 2014-2064. Madrid: INE.

Instituto Nacional de Estadística. (2017). Padrón Municipal de Habitantes. Madrid: INE.

Instituto Nacional de Estadística. (2017). Encuesta de condiciones de vida. Base 2004. Vivienda. Hogares por régimen de tenencia de la vivienda y edad y sexo de la persona de referencia. Madrid: INE.

Instituto Nacional de Tecnologías de la Comunicación. (2009). Centro de Referencia en Accesibilidad y Estándares Web. Accesibilidad en contenidos web para móviles. <https://www.incibe.es/extfrontinteco/img/File/accesibilidad/boletin/0908/index.html>

Instituto Vasco de Estadística. (2016). Estadística Municipal de Habitantes (EMH). Vitoria-Gasteiz: Eustat.

Instituto Vasco de Estadística. (2018). Panorama demográfico 2018. Vitoria-Gasteiz, España: Eustat.



- Iwarsson, S. (2004). Assessing the fit between older people and their physical home environments: an occupational therapy research perspective. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 23, 85-109.
- Jacobs, J. (1961). *The death and life of great American cities*. New York: Vintage.
- Janke, M. C., Nimrod, G., & Kleiber, D. A. (2008). Reduction in Leisure Activity and Well-Being During the Transition to Widowhood. *Journal of Women & Aging*, 20(1-2), 83-98.
- Johansen, K.S. (1989). *Multicentre Continuous Subcutaneous Infusion Pump Feasibility and Acceptability Study Experience*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Jones, T.G., Rapport, L.J., Hanks, R.A., Lichtenberg, P.A., & Telmet, K. (2003). Cognitive and psychological predictors of subjective well-being in urban older adults. *Clinical Neuropsychologist*, 17(1), 3-18.
- Juncos, O., Pereiro, A., & Facal, D. (2006). Lenguaje y comunicación. En: Triadó, C., & Villar, F. (Eds). *Psicología de la vejez*. Madrid: Alianza.
- Junta de Extremadura (14 de Mayo, 2013). Cristina Herrera apoya la Red Extremeña de Ciudades Amigables con el Mayor por su contribución al envejecimiento activo. Recuperado de: <http://www.juntaex.es/comunicacion/noticia?idPub=8470#.YKEjr6gzaUk>
- Jurado, T., & Naldini, M. (1996). Is the South so Different? Italian and Spanish Families in Comparative Perspective. *South European Society and Politics*, 1 (2): 42-66.

- Jurado, T. (2006). El creciente dinamismo familiar frente a la inflexibilidad del modelo de vivienda español. *Cuadernos de Información Económica*, 193, 117-126.
- Kahneman, D., & Krueger, A.B. (2006). Developments in the measurement of subjective well-being. *Journal of Economic Perspectives*, 20, 3–24.
- Kailis, E., & Pilos, S. (2005). L'apprentissage tout au long de la vie en Europe », *Statistiques en bref, population et conditions sociales*. Eurostat.
- Kalache, A., & Kickbush, I. (1997). *A global strategy for healthy ageing*. Geneva: WHO.
- Kalache, A. (2016). Active ageing and age-friendly cities—A personal account. In *Age-friendly cities and communities in international comparison* (pp. 65-77). Springer, Cham.
- Kano, M., Rosenberg, P.E. & Dalton, S.D. (2018). A Global Pilot Study of Age-Friendly City Indicators. *Social Indicators Research*, 138, 1205–1227.
- Katz, S. (2000). Busy Bodies: Activity, aging, and the management of everyday life. *Journal of Aging Studies*, 14, 135-152.
- Katz, S. Branch, L.G. Branson, M.H., Papsidero, J.A., Beck, J.C., & Creer, D.S. (1983). Active Life Expectancy. *New England Journal of Medicine*, 309(2), 1218-1224.
- Kaufmann, J.C. (1994). Vie hors couple, isolement et lien social: figures de l'inscription relationnelle. *Revue Française de Sociologie*, 35(4), 593-617.
- Kendig, H. (2003). Directions in environmental gerontology: A multidisciplinary field. *The Gerontologist*, 43(5), 611–615.
- Kendig, H., Mealing, N., Carr, R., Lujic, S., Byles, J., & Jorm, L. (2012). Assessing patterns of home and community care service use and client profiles in

- Australia: a cluster analysis approach using linked data. *Health & social care in the community*, 20(4), 375-387.
- Klimczuk, A., & Tomczyk, Ł. (2020). Perspectives and Theories of Social Innovation for Ageing Population. *Frontiers in Sociology*, 5, 6.
- Kluge, F.A., Zagheni, E., Loichinger, E., & Vogt, T. (2014). The advantages of demographic change after the wave: Fewer and older, but healthier, greener, and more productive? Rostock: Max Planck Institute for Demographic Research.
- Kobau, R., Snizek, J., Zack, M. M., Lucas, R. E., & Burns, A. (2010). Well-being assessment: An evaluation of well-being scales for public health and population estimates of well-being among US adults. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 2(3), 272-297.
- Koopman-Boyden, P. G., & Reid, S. L. (2009). Internet/e-mail usage and well-being among 65-84-year olds in New Zealand: policy implications. *Educational Gerontology*, 35(11), 990–1007.
- Krause, N. (2004). Religion, aging and health: explorer new Frontiers in medical care. *Southern Medical Journal*, 97(12), 1215-1222.
- La Gory, M., Ward, R., & Sherman, S. (1985). The ecology of aging: Neighbourhood satisfaction in an older population. *Sociological Quarterly*, 26(3), 405-418.
- Landwerlin, G.M. (1997). La participación masculina en el cuidado de los hijos en la nueva familia urbana española. *Papers*, 53, 77-99.
- Larrañaga, I., Arregi, B., & Arpal, J. (2004). El trabajo reproductivo o doméstico. *Gaceta Sanitaria*, 18 (Supl 1), 31-37.

- Larrañaga, P, Valderrama, M.J., Martín, U., Begiristain, J.M., Bacigalupe de la Hera, A., & Arregi, B. (2009). Mujeres y hombres ante el cuidado informal: diferencias en los significados y las estrategias. *Facultad Nacional de Salud Pública*, 27(1), 50-55.
- Larson, R. (1978). Thirty years of research on the subjective well-being of older Americans. *Journal of Gerontology*, 33, 109-125.
- Lassen, A.J., & Moreira, T. (2014). Unmaking old age: political and cognitive formats of active ageing. *Journal of Aging Studies*, 30, 33-46.
- Lawton, M. P. (1977). An ecological theory of aging applied to elderly housing. *Journal of architectural education*, 31(1), 8-10.
- Lawton, M. P., Moss, M. S., Winter, L., & Hoffman, C. (2002). Motivation in later life: personal projects and well-being. *Psychology and Aging*, 17(4), 539-547.
- Lawton, M. P., Winter, L., Kleban, M. H., & Ruckdeschel, K. (1999). Affect and quality of life. *Journal of Aging and Health*, 11, 169-198.
- Lawton, M.P. & Brody, E.M. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist* 9, 179-186.
- Lawton, M.P. (1989). Behavior-relevant ecological factors. En: Schaie, K.W., & Schooler, C. (Eds). *Social structure and aging: psychological processes*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Lawton, M.P., & Cohen, J. (1974). The Generality of Housing Impact on the Well-Being of Older People. *Journal of Gerontology*, 29(2), 194-204.

- Lawton, M.P., & Nahemow, L. (1973). Ecology and the aging process. En: Eisdorfer, L., & Lawton, M.P. (Eds). *The Psychology of Adult Development and Aging*. Washington D.C.: American Psychological Association.
- Lawton, M.P., Lawton, M.P., Windley, P.G., & Byerts, T.O. (1982). Competence, environmental press, and the adaptation of older people. *Aging and the environment: Theoretical approaches*. New York: Springer.
- Ledrut, R. (1976). *Sociología urbana*. Madrid: Instituto de Estudios de Administración Local.
- Lee, K.H., & Kim, S. (2019). Development of age-friendly city indicators in South Korea. Focused on measurable indicators of physical environment. *Urban Design International*, 25(3), 1–12.
- Lefebvre, H. (1972). *La revolución urbana*, Madrid: Alianza.
- Lehning, A.J., Scharlach, A.E., & Wolf, J.P. (2012). An emerging typology of community aging initiatives. *Journal of Community Practice*, 20, 293–316.
- Lemon, B.W., Bengtson, V.L., & Peterson, J.A. (1972). An exploration of the activity theory of aging: Activity types and life satisfaction among in-movers to a retirement community. *Journal of Gerontology*, 27, 511–523.
- Lennartsson, C., & Silverstein, M. (2001). Does engagement with life enhance survival of elderly people in Sweden? The role of social and leisure activities. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 56(6), S335-S342.

- Leung, B.W., Moneta, G.B., & McBride-Chang, C. (2005). Think positively and feel positively: Optimism and life satisfaction in late life. *International Journal of Aging and Human Development*, 61(4), 335–365.
- Levasseur, M., Richard, L., Gauvin, L., & Raymond, É. (2010). Inventory and analysis of definitions of social participation found in the aging literature: Proposed taxonomy of social activities. *Social science & medicine*, 71(12), 2141-2149.
- Lewin K. (1943). Defining the Field at a Given Time. *Psychological Review*. 50: 292–310.
- Lewin, K. (1951). *Field theory in social science: selected theoretical papers*. Oxford: Harpers.
- Lewis, J.P. (2011). Successful aging through the eyes of Alaska Native elders. What it means to be an elder in Bristol Bay, AK. *Gerontologist*, 51(4), 540-549.
- Leyden, K.M., Goldberg, A., & Michelbach, P. (2011). Understanding the Pursuit of Happiness in Ten Major Cities. *Urban Affairs Review*, 47(6), 861-888.
- Lezaun, J. J. Y., Arrazola, F. J. L., & Arrazola, M. L. (2000). Apoyo informal y cuidado de las personas mayores dependientes. *Papeles del psicólogo*, (76), 23-32.
- Liechty, T., Ribeiro, N. F., & Yarnal, C. M. (2009). I travelled alone, but never felt alone: an exploration of the benefits of an older women's group tour experience. *Tourism Review International*, 13(1), 17-29.
- Litwin, H. (2000). Activity, social network, and well-being: An empirical examination. *Canadian Journal on Aging*, 19, 343–362.

- Llobet, M.P., Ávila, N.R., Farràs, J.F., & Canut, M.T. (2011). Quality of life, happiness and satisfaction with life of individuals 75 years old or older cared for by a home health care program. *Revista Latinoamericana Enfermagem*, 19(3), 467-475.
- Llorca, E., Amor, M.T., Merino, B., Márquez, F.J., Gómez, F., & Ramírez, R. (2010). Ciudades saludables: una estrategia de referencia en las políticas de salud pública. *Gaceta Sanitaria*, 24(6), 435-436.
- López Doblas, J. 2005. *Personas mayores viviendo solas. La autonomía como valor en alza*. Madrid: IMSERSO.
- López-Cabanas, M. & Chacón, F. (1997). *Intervención psicosocial y servicios sociales. Un enfoque participativo*. Madrid: Síntesis
- López-Doblas, J., & Díaz-Conde, M.P. (2013). La modernización social de la vejez en España. *Revista Internacional de Sociología*, 71(1), 65-89.
- Lord, S., Després, C., & Ramadier, T. (2011). When mobility makes sense: a qualitative and longitudinal study of the daily mobility of the elderly. *Journal of Environmental Psychology*, 31(1), 52-61.
- Lord, S., Joerin, F., & Thériault, M. (2009). Daily mobility of aging and elderly suburbanites: trips, aspirations and meanings of mobility. *Canadian Geographer*, 53(3), 357-375.
- Lu, L., Shih, J.B., Lin, Y.Y., & Ju, L.S. (1997). Personal and environmental correlates of happiness. *Personality and Individual Differences*, 23(3), 453-462.
- Lucas-Carrasco, R., Allerup, P., & Bech, P. (2012). The Validity of the WHO-5 as an Early Screening for Apathy in an Elderly Population. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 2012, 171857.

- Lui, C. W., Everingham, J. A., Warburton, J., Cuthill, M., & Bartlett, H. (2009). What makes a community age-friendly? A review of international literature. *Australian Journal on Aging, 28*(3), 116–121.
- Lynott, J., Harrell, R., Guzman, S., & Gudzin, B. (2018). *The Livability Index 2018: Transforming Communities for All Ages*. Washington D.C.: AARP Public Policy Institute.
- Madsen, D. (1987). Political self-efficacy tested. *American Political Science Review, 81*(02), 571-581.
- Mansfield, P. K., Preston, D. B., & Crawford, C. O. (1988). Rural-urban differences in women's psychological well-being. *Health Care for Women International, 9*(4), 289-304.
- Marien, S., Hooghe, M., & Quintelier, E. (2010). Inequalities in non-institutionalised forms of political participation: a multi-level analysis of 25 countries. *Political Studies, 58*(1), 187-213.
- Márquez, M. (2014). Una metodología para pensar la ciudad. En: Nebot, N., González, V., & Fernández, R. *Pensar la ciudad. Nuevas herramientas de regeneración urbana*. Málaga: Área de Participación Ciudadana, Inmigración y Cooperación al Desarrollo.
- Marsillas, S. (2016). Desarrollo y validación de un Índice Personal de Envejecimiento Activo adaptado al contexto gallego. [PhD Tesis, Universidad de Santiago de Compostela]. <http://hdl.handle.net/10347/14997>
- Marsillas, S., De Donder, L., Kardol, T., van Regenmortel, S., Dury, S., Brosens, D., Smetcoren, A. S., Braña, T., & Varela, J. (2017). Does active ageing contribute to



- life satisfaction for older people? Testing a new model of active ageing. *European journal of ageing*, 14(3), 295–310.
- Martín, M. (2002). El bienestar subjetivo. *Escritos de Psicología*, 6, 18-39.
- Martín, M., Barriopedro, M.I., Martínez del Castillo, J., Jiménez-Beatty, J.E., & Rivero-Herráiz, A. (2014). Diferencias de género en los hábitos de actividad física de la población adulta en la Comunidad de Madrid. *Revista Internacional de Ciencias del Deporte*, 38(10), 319-335.
- Martín, M.Á.G. (2002). La actividad y el ocio como fuente de bienestar durante el envejecimiento. *Revista Digital*, 8(47), 1-7.
- McAuley, E., Morris, K.S., Motl, R.W., Hu, L., Konopack, J.F., & Elavsky, S. (2007). Long-term follow-up of physical activity behavior in older adults. *Health Psychology*, 26, 375–380.
- McMunn, A., Nazroo, J., Wahrendorf, M., Breeze, E., & Zaninotto, P. (2009). Participation in socially-productive activities, reciprocity and wellbeing in later life: baseline results in England. *Ageing & Society*, 29(5), 765-782.
- Meil, G. (2006). *Padres e hijos en la España actual*. Barcelona: La Caixa Colección Estudios Sociales 19.
- Mellor, D., Firth, L., & Moore, K. (2008). Can the Internet improve the wellbeing of the elderly? *Ageing International*, 32, 25–42.
- Mendes, F.R. (2013). Active ageing: A right or a duty? *Health Sociology Review*, 22, 174-185.

- Menec, V. & Nowicki, S. (2014). Examining the relationship between communities' 'age-friendliness' and life satisfaction and self-perceived health in rural Manitoba, Canada. *Rural and Remote Health*, 14, 2594.
- Menec, V. (2003). The relation between everyday activities and successful aging: A 6-year longitudinal study. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 58(2), S74-S82.
- Menec, V. H., Means, R., Keating, N., Parkhurst, G., & Eales, J. (2011). Conceptualizing age-friendly communities. *Canadian Journal on Aging/La revue canadienne du vieillissement*, 30(3), 479-493.
- Miller, D.A. (1981). The 'sandwich' generation: adult children of the aging. *Social Work*, 26, (5), 419-423.
- Minhat, H.S., & Mohd Amin, R. (2012). Sociodemographic determinants of leisure participation among elderly in Malaysia. *Journal of Community Health*, 37(4), 840-847.
- Mischel, W. (1977). On the future of personality measurement. *American Psychologist*, 32(4), 246-254.
- Mollenkopf, H., Hieber, A., & Wahl, H.W. (2011). Continuity and change in older adults' perceptions of out-of-home mobility over ten years: a qualitative-quantitative approach. *Ageing and Society*, 31(5), 782-802.
- Monge, F. (2007). La ciudad desdibujada. Aproximaciones antropológicas para el estudio de la ciudad. *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares*, 62(1), 15-31.

- Monreal, P., & Valle, A.D. (2010). Las personas mayores como actores en la comunidad rural: innovación y empowerment. *Athenea Digital*, 19, 171-187.
- Monreal, P., & Vilà, A. (2008). Programa Integral de Atención a las Personas Mayores en una zona rural. *Anuario de Psicología*. 39, 351-370.
- Monreal, P., Valle, A., & Serda, B. (2009). Los grandes olvidados: las personas mayores en el entorno rural. *Psychosocial Intervention*, 18(3), 269-277.
- Monteagudo, M., Cuenca, J., & San Salvador, R. (2014). Aportaciones al Envejecimiento satisfactorio. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Montero, M. (2004). Introducción a la psicología comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Montigny, G. (1992). De la ville à l'urbanisation. París: L'Harmattan.
- Moos, R.H., Lemke, S. (1979). Multiphasic environmental assessment procedure: preliminary manual. Palo Alto: Stanford University.
- Moreno, A. (2002). El mito de la ruptura intergeneracional en los jóvenes españoles. *Revista de Estudios de Juventud*, 58, 24-40.
- Moreno, A. (2010). Vida familiar y trabajo en el proceso de transición a la vida adulta de los jóvenes españoles en perspectiva comparada. *Revista de Estudios de Juventud*, 90, 123-141.
- Morgan, N., Pritchard, A., & Sedgley, D. (2015). Social tourism and well-being in later life. *Annals of Tourism Research*, 52, 1-15.
- Morroni, W.; Salamon, A. (2003): Cap. 4: Los aspectos sociales. En Manual para el Diseño de Planes Maestros para la Mejora de la Infraestructura y la Gestión del

Drenaje Urbano. Presidencia de la Nación. Secretaría de Obras Públicas. Unidad Coordinadora de Programas con Financiación Externa. Buenos Aires.

Morrow-Howell, N., Hinterlong, J., Rozario, P.A., & Tang, F. (2003). Effects of volunteering on the well-being of older adults. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 58(3), S137-S145.

Mosquera, I., Martín, U., Larrañaga, I. (2018). El cuidado informal en la Comunidad Autónoma del País Vasco. Análisis de la Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma del País Vasco 2013. Gasteiz: Departamento de Salud del Gobierno Vasco.

Moulaert, T., & Garon, S. (2016). *Age-friendly cities and communities in international comparison*. Cham: Springer International.

Moulaert, T., & Paris, M. (2013). Social policy on ageing: the case of Active Ageing as a theatrical metaphor. *International Journal of Social Science Studies*, 1(2), 113-123.

Moulaert, T., Wanka, A., & Drilling, M. (2018). The social production of age, space and exclusion: Towards a more theory-driven understanding of spatial exclusion mechanisms in later life. *Social Studies*, 15 (1), 9-23.

Murguialday, C., Pérez de Armiño, K., & Eizagirre, M. (2000). *Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo*. Barcelona: Hegoa-Icara.

Murua, J.R. (17-19 de noviembre de 2010). La dinámica demográfica espacial en el País Vasco: su relación con la actividad económica, la oferta residencial y las redes viarias. *International Meeting on Regional Science. The future of the cohesion policy*, Badajoz.

<https://old.aecr.org/web/congresos/2010/htdocs/pdf/p224.pdf>

- Muxí, Z., Casanovas, R., Ciocchetto, M.F. & Gutiérrez, B. (2011). ¿Qué aporta la perspectiva de género al urbanismo? *Feminismo/s*, 17, 105-129.
- Naciones Unidas. (2003). Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento.
- Naciones Unidas. (2014). La situación demográfica en el mundo. Nueva York: Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. División de Población.
- Naciones Unidas (2017). Nueva Agenda Urbana Español. Nueva York: Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. División de Población.
- Naredo, J.M. (2009). La cara oculta de la crisis: el final del boom inmobiliario y sus consecuencias. *Revista de Economía Crítica*, 7, 118-133.
- National Institute on Aging and World Health Organization. (2011). Global health and aging. Washington, D.C.: National Institute on Aging.
- Neal, M.B., & Wernher, I. (2014). Evaluating your age-friendly community program: A step-by-step guide. Portland: Institute on Aging Publications.
- Netz, Y., & Wu, M. J. (2005). Physical activity and psychological well-being in advanced age: A meta-analysis of intervention studies. *Psychology & Aging*, 20, 272–284.
- Neugarten, B. L., Havighurst, R. J., & Tobin, S. S. (1961). The measurement of life satisfaction. *Journal of gerontology*.
- Nieboer, A., Lindenberg, S., Boomsma, A., & van Bruggen, A. (2005). Dimensions Of Well-Being And Their Measurement: The Spf-II Scale. *Social Indicators Research*, 73, 313–353.

- Nieboer, A. P., & Cramm, J. M. (2018). Age-friendly communities matter for older people's well-being. *Journal of Happiness Studies*, 19(8), 2405-2420.
- Nivón, E. (1997). La ciudad vista por Nueva Antropología. *Nueva Antropología. Revista de Ciencias Sociales*, 51, 71-82.
- Noordzij, J. M., Beenackers, M. A., Diez Roux, A. V., & van Lenthe, F. J. (2019). Age-friendly cities: challenges for future research. *Bulletin of the World Health Organization*, 97(6), 436-437.
- Nordbakke, S., & Schwanen, T. (2013). Well-being and mobility: a theoretical framework and literature review focusing on older people. *Mobilities*, 9(1), 104-129.
- Norstrand, J. A., Glicksman, A., Lubben, J., & Kleban, M. (2012). The role of the social environment on physical and mental health of older adults. *Journal of Housing for the Elderly*, 26, 290-307.
- Novas, M. (2014). *Arquitectura y género. Una reflexión teórica*. TFM. Castelló de la Plana: Universitat Jaume I.
- Ocampo, J., Romero, N., Saa, H., Herrera, J., & Reyes-Ortiz, C. (2006). Prevalencia de las prácticas religiosas, disfunción Familiar, soporte social y síntomas depresivos en adultos mayores. *Colombia Médica*, 37(2 Supl 1), 26-30.
- Oerlemans, W.G.M., Bakker, A.B., & Veenhoven, R. (2011). Finding the key to happy aging: a day reconstruction study of happiness. *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 66(6), 665-674.
- Office for Senior Citizens. (2007). *Positive ageing indicators*. Wellington: Ministry of Social Development.

- Okun, M. A., Stock, W. A., Haring, M. J., & Witter, R. A. (1984). Health and subjective well-being: A meta-analysis. *The International journal of aging and human development*, 19(2), 111-132.
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (1994). *New Orientations for Social Policy Social Policy Studies 12*, Paris: OECD.
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2015). *Ageing in cities*. Paris: OECD.
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2015). *Pensions at a glance. Estimates of remaining life expectancy are calculated based from the UN World Population Prospects. The 2012 revision dataset*. Paris: OECD.
- Orpana, H., Chawla, M., Gallagher, E., & Escaravage, E. (2016). Developing indicators for evaluation of age-friendly communities in Canada: Process and results. *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada*, 36(10), 214–223.
- Ostrowetsky, S. (1996). *Sociologues en ville*. París: L'Harmattan.
- Osuna, M.J. (2006). Relaciones familiares en la vejez: vínculos de los abuelos y de las abuelas con sus nietos y nietas en la infancia. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 16(1), 16-25.
- Otero, A., Zunzunegui, M.V., Rodríguez, A., Aguilar, M.D., & Lázaro, P. (2004). Volumen y tendencias de la dependencia asociada al envejecimiento de la población española. *Revista Española de Salud Pública*, 78, 201-213.
- Palacios-García, A.J. (2008). Fuentes estadísticas sobre la vivienda en España: un obstáculo para el diseño de la política de vivienda. *Scripta Nova*, 12, 270.

- Pardo, A. & Ruiz, M. A. (2002): SPSS 11. Guía para el análisis de datos. Mc Graw Hill. Madrid.
- Park, R.E. (1925). *The City: Suggestions for the Investigation of Human Behavior in the City Environment*. En: Park, R.E., Burgess, E.W., & McKenzie, R.D. *The City*. Chicago and London: The University of Chicago Press.
- Park, S., & Lee, S. (2017). Age-friendly environments and life satisfaction among South Korean elders: person–environment fit perspective. *Aging & mental health*, 21(7), 693-702.
- Pavlova, M. K., & Silbereisen, R. K. (2012). Perceived level and appraisal of the growing expectations for active ageing among the young-old in Germany. *Research on Aging*, 34, 80-99.
- Peace, S. M., & Holland, C. (Eds.). (2001). *Inclusive housing in an ageing society: Innovative approaches*. Bristol, UK: Policy Press.
- Peace, S., Holland, C., & Kellaher, L. (2005). *Environment and identity in later life*. Maidenhead, UK: Open University Press.
- Pearlin, L. I., Schieman, S., Fazio, E. M., & Meersman, S. C. (2005). Stress, health, and the life course: some conceptual perspectives. *Journal of Health and Social Behavior*, 46(2), 205–219.
- Penedo, F.J., & Dahn, J.R. (2005). Exercise and well-being: A review of mental and physical health benefits associated with physical activity. *Current Opinion in Psychiatry*, 18, 189–193.
- Perek-Białas, J., Ruzik, A., & Vidovičová, L. (2008). Active ageing policies in the Czech Republic and Poland. *International Social Science Journal*, 58, 559-570.



- Pérez Ortiz, L. (2006). Jubilación, género y envejecimiento. En Giró, J. (Coord). Envejecimiento activo, envejecimiento en positivo. Logroño: Universidad de La Rioja.
- Pérez, J., & Abellán, A. (2016). Estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud. Madrid: Envejecimiento en Red. <http://bit.ly/2duGIA9>
- Pérez, & Abellán, A. (2018). Envejecimiento demográfico y vejez en España. *Panorama social*, 28, 11-47.
- Pérez-Ortiz, L. (2003). Envejecer en femenino: las mujeres mayores en España a comienzos del siglo XXI. Madrid: Instituto de la Mujer.
- Pérez-Ortiz, L. (2006). Estructura Social de la Vejez en España. Nuevas y viejas formas de envejecer. Madrid: IMSERSO.
- Pérez-Ortiz, L. (2003). Construcción social de la vejez: el sexo y la dependencia. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 38, 308–310.
- Petersson, I., Kottorp, A., Bergström, J., & Lilja, M. (2009). Longitudinal changes in everyday life after home modifications for people aging with disabilities. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 16(2), 78-87.
- Phillipson, C. (2004). Urbanization and ageing: Towards a new environmental gerontology. *Ageing and Society*, 24(6), 963–971.
- Phillipson, C. (2012). *Developing Age-Friendly Cities: Policy Challenges y Options*. Manchester: University of Manchester.
- Phillipson, C. (2018). Developing age-friendly work in the twenty-first century: new challenges and agendas. *Working with Older People*, 22(1), 3-8.

- Phillipson, C., & Buffel, T. (2017). Can global cities be age-friendly cities? Urban development and ageing populations. *Innovation in Aging*, 1(Suppl 1), 745.
- Phillipson, C., Bernard, M., Phillips, J., & Ogg, J. (1999). Older people's experiences of community life: Patterns of neighbouring in three urban areas. *The Sociological Review*, 47(4), 715-743.
- Pinheiro, F., Diogo, M., Góis, J. & Paúl, C. (2015). Age-Friendly Cities Performance Assessment Indicators System Validation. *Psychology*, 6, 622-632.
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2000). Influences of socioeconomic status, social network, and competence on subjective wellbeing in later life: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, 15, 187-224.
- Plouffe L., Kalache A., Voelcker I. (2016) A Critical Review of the WHO Age-Friendly Cities Methodology and Its Implementation. In: Moulaert T., Garon S. (eds) *Age-Friendly Cities and Communities in International Comparison. International Perspectives on Aging*. Springer, Cham
- Plouffe, L., & Kalache, A. (2010). Towards global age-friendly cities: determining urban features that promote active aging. *Journal of urban health*, 87(5), 733-739.
- Plouffe, L.A., & Kalache, A. (2011). Making communities age friendly: State and municipal initiatives in Canada and other countries. *Gaceta Sanitaria*, 25 (Suppl. 2), 131-137.
- Ponce de León Romero, L., & Andrés Cabello, S. (2017). Envejecimiento activo en el ámbito rural en España. *EHQUIDAD. Revista Internacional de Políticas de Bienestar y Trabajo Social*, (7), 175-198.

- Poon, C. Y., & Fung, H. H. (2008). Physical activity and psychological well-being among Hong Kong Chinese older adults: exploring the moderating role of self-construal. *International Journal of Aging & Human Development*, 66(1), 1–19.
- Porteous, J.D. (1976). Home: the territorial core. *Geographical Review*, 66(4), 383.
- Poveda-Puente, R., Hernandis, S. P., Pérez-Cosín, J. V., & Lois, J. M. B. (2015). Personas mayores usuarias habituales de Tecnología de la Información y la Comunicación: análisis del perfil. *Azarbe, Revista Internacional de Trabajo Social y Bienestar*, (4), 51-58.
- Prado, S.A., Cadavieco, J F., & Sevillano, M.A.P. (2013). Ventajas de la incorporación de las TIC en el envejecimiento. *Revista Latinoamericana de Tecnología Educativa*, 12(2), 131-142.
- Prieto, D., Etxeberría, I., Galdona, N., Urdaneta, E., & Yanguas, J.J. (2009). Las dimensiones subjetivas del envejecimiento. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Public Health Agency of Canada. (2015). *Age-friendly communities evaluation guide: Using Indicators to measure progress*. Ottawa: Public Health Agency of Canada.
- Pujol, R., Abellán, A., Ramiro, D. (2014). La medición del envejecimiento. *Informes Envejecimiento en Red*, 9. Madrid: Laboratorio Envejecimiento en Red.
- Pynoos, J., & Nishita, C.M. (2007). Aging in place. En: Carmel, S., Morse, C.A., & Torres-Gil, F.M. (Eds). *Lessons on Aging from Three Nations. The Art of Aging Well*. New York: Baywood.
- Pynoos, J., Nishita, C., Cicero, C., & Caraviello, R. (2008). Aging in place, housing, and the law. *Elder Law Journal*, 16, 77–105.

- Quintana, J. M. (1986). *Investigación Participativa. Educación de Adultos*. Madrid: Narcea
- Raitanen, T., Törmäkangas, T., Mollenkopf, H., & Marcellini, F. (2003). Why do older drivers reduce driving? Findings from three European countries. *Transportation Research Part F: Traffic Psychology and Behaviour*, 6(2), 81-95.
- Ranzijn, R. (2010). Active ageing--another way to oppress marginalized and disadvantaged elders? Aboriginal elders as a case study. *Journal of Health Psychology*, 15, 716-723.
- Rasch, G. (2012). From Guttman's pioneer work to item response theory analysis (IRT). En: Bech, P. (Ed). *Clinical Psychometrics*. Oxford: Wiley- Blackwell.
- Rémillard-Boilard, S.; Buffel, T.; Phillipson, C. Involving older residents in age-friendly developments: from information to coproduction mechanisms. *Journal of Housing for the Elderly*, 31(2), 146-159.
- Rifkin, S.B., Lewando-Hundt, G., & Draper, A.K. (2000). *Participatory approaches in health promotion and health planning: A literature review*. London: Greener Books.
- Rogero-Garcia J., Prieto-Flores M. & Rosenberg M.W. (2008). Health services use by older people with disabilities in Spain: do formal and informal care matter? *Ageing & Society*, 28, 959-978.
- Roh, H.W., Hong, C.H., Lee, Y., Oh, B.H., Lee, K.S., Chang, K.J., Kang, D.R., Kim, J., Lee, S., Back, J.H., Chung, Y.K., Lim, K.Y., Noh, J.S., Kim, D., & Son, S.J. (2015). Participation in physical, social, and religious activity and risk of depression in the elderly: a community-based three-year longitudinal study in Korea. *PloS one*, 10(7), e0132838.

- Román, X.A.S., Toffoletto, M.C., Sepúlveda, J.C.O., Salfate, S.V., & Grandón, K.L.R. (2017). Factores asociados al bienestar subjetivo en los adultos mayores. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 26(2), e5460015.
- Rosenmayr, L., & Köcheis, E. (1963). Propositions for a sociological theory of ageing and the family. *International Social Science Journal*, 15, 410-426.
- Rowles, G., & Bernard, M. (2013). *Environmental gerontology: making meaningful places in old age*. New York: Springer Publishing Company.
- Rowles, G.D. (1993). Evolving images of place in aging and aging in place. *Generations*, 17(2), 65-70.
- Rubio, L., Dumitrache, C.G., & Rubio-Herrera, R. (2016). Activity involvement and extraversion as predictors of psychological wellbeing in older people. *Revista Española de Geriatria & Gerontología*, 51(2), 75-81.
- Ryan, R.M., & Deci, E.L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55, 68-78.
- Rydin, Y., Bleahu, A., Davies, M., Dávila, J. D., Friel, S., De Grandis, G., Groce, N., Hallal, P. C., Hamilton, I., Howden-Chapman, P., Lai, K. M., Lim, C. J., Martins, J., Osrin, D., Ridley, I., Scott, I., Taylor, M., Wilkinson, P., & Wilson, J. (2012). Shaping cities for health: complexity and the planning of urban environments in the 21st century. *The Lancet*, 379(9831), 2079-2108.
- Saladié, O., & Oliveras, J. (2010). *Desenvolupament sostenible*. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili.

- Sánchez, B. (2008). Comparación entre el bienestar espiritual de pacientes del programa de enfermería cardiovascular y el de personas aparentemente sanas. *Avances en Enfermería*, 26(1), 65-74.
- Sánchez, P. (2009). Viudedad y vejez. Estrategias de adaptación a la viudedad de las personas mayores en España. Valencia: Nau Llibres.
- Sánchez-Herrero Arbide, S., Sánchez-López, M. del P., & Dresch, V. (2009). Hombres y trabajo doméstico: Variables demográficas, salud y satisfacción. *Anales de Psicología*, 25(2), 299-307.
- Sánchez, M. J. & Pozo, M. (Mayo, 2014). Red Mundial de Ciudades y Comunidades Amigables con las Personas Mayores: desarrollo en España. Enlace... en Red. Recuperado de: <https://sid.usal.es/ficheros/enlace26.pdf>
- Sánchez-Vera, P., Algado, M. T., Centelles, F., López, J., & Jiménez, B. (2009). Viudedad y vejez. Estrategias de adaptación a la viudedad de las personas mayores en España. Valencia: Nau Llibres.
- Sancho, M. & Barrio, E. (2010). Donostia-San Sebastián, ejemplo de ciudad amigable. La ciudad y los mayores. *Metrópolis. Revista de Información y Pensamiento Urbanos*, 80, 59-61.
- Sancho, M. (2010). Cien propuestas para avanzar en el bienestar y el buen trato a las personas que envejecen. Bases para un Plan de Acción. Gasteiz: Departamento de Empleo y Asuntos Sociales. Gobierno Vasco.
- Sancho, M., Díaz, R., Castejón, P., & del Barrio, E. (2007). Las personas mayores y las situaciones de dependencia. *Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración*, 70, 13-43.

- Sasidharan, V., Payne, L., Orsega-Smith, E., & Godbey, G. (2006). Older adults' physical activity participation and perceptions of well-being: Examining the role of social support for leisure. *Managing Leisure*, 11(3), 164–185.
- Satorres, E. (2013). Bienestar psicológico en la vejez y su relación con la capacidad funcional y la satisfacción vital. [PhD Tesis, Universitat de València]. <https://roderic.uv.es/handle/10550/26298>
- Saunders, P. (1986). *Social theory and the urban question*. New York: Holmes & Meier.
- Scharf T., Phillipson C., Smith A.E. & Kingston P. (2002). *Growing Older in Socially Deprived Areas: Social Exclusion in Later Life*. London: Help the Aged.
- Scharf, T., Phillipson, C., & Smith, A. (2003). Older people's perceptions of the neighbourhood: Evidence from socially deprived urban areas. *Sociological Research Online*, 8(4), 153-164.
- Scharlach A. (2012). Creating aging-friendly communities in the United States. *Ageing International*, 37, 25–38.
- Scharlach A.E. Lehning A.J. (2013). Ageing-friendly communities and social inclusion in the United States of America. *Ageing and Society*, 33, 110–136.
- Scharlach, A., Davitt, J., Lehning, A., Greenfield, E., & Graham, C. (2014). Does the village model help to foster age-friendly communities? *Journal of Aging & Social Policy*, 26(1–2), 181–196.
- Scheidt, R. J., & Windley, P. G. (2006). Environmental gerontology: Progress in the post-Lawton era. En: Birren, J.E., & Schaie, K.W. (Eds). *Handbook of the psychology of aging*. Amsterdam: Elsevier.

- Schwarz, B., & Scheidt, R. J. (Ed.). (2012). Environmental gerontology [Special Issue]. *Journal of Housing for the Elderly*, 26, 1–3.
- Schwarz, N., & Strack, F. (1999). Reports of subjective wellbeing: Judgmental processes and their methodological implications. En: D. Kahneman, E. Diener & N. Schwarz, (Eds). *Well-Being: The foundations of hedonic psychology*. New York: Russel Sage Foundation.
- Seligman, M. (2013). *Lourish, a visionary new understanding of happiness and well-being*. New York: Simon and Schuster.
- Sener, A., Terzioglu, R. G., & Karabulut, E. (2007). Life satisfaction and leisure activities during men's retirement: A Turkish sample. *Aging y Mental Health*, 11(1), 30-36.
- Sibai, A. M., Chaaya, M., Tohme, R. A., Mahfoud, Z., & Al-Amin, H. (2009). Validation of the Arabic version of the 5-item WHO Well Being Index in elderly population. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(1), 106–107.
- Siegrist, J., Von dem Knesebeck, O., & Pollack, C. E. (2004). Social productivity and well-being of older people: A sociological exploration. *Social Theory & Health*, 2(1), 1-17.
- Sierra I. (2015) *Ciudades para las personas: Escenarios de vida*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Silva P. A. (2014). Individual and social determinants of self-rated health and well-being in the elderly population of Portugal. *Cadernos de Saude Publica*, 30(11), 2387–2400.



- Small, J. (2003). The voices of older women tourists. *Tourism Recreation Research*, 28(2), 31-39.
- Smith, R. J., Lehning, A. J., & Dunkle, R. E. (2013). Conceptualizing age-friendly community characteristics in a sample of urban elders: An exploratory factor analysis. *Journal of Gerontological Social Work*, 56(2), 90-111.
- Sonnentag, S. (2001). Work, recovery activities and individual well-being: A diary study. *Journal of Occupational Health Psychology*, 3, 196–210.
- Steels, S (2015). Key characteristics of age-friendly cities and communities: a review. *Cities*, 47, 45-52.
- Stephoe, A, Deaton, A., & Stone, A. (2015). Subjective wellbeing, health, and ageing. *The Lancet*, 385, 640-648.
- Stoeckel, K. J., & Litwin, H. (2015). Accessibility to neighbourhood services and well-being among older Europeans. *Ageing in Europe: Supporting policies for an inclusive society*, 39-48.
- Stokols, D. (1992). Establishing and maintaining healthy environments: toward a social ecology of health promotion. *American Psychologist*, 47(1), 6-22.
- Stokols, D. (1996). Translating social ecological theory into guidelines for community health promotion. *American Journal of Health Promotion*, 10(4), 282-298.
- Subirats, (2011): Ciudadanía y personas mayores. En Causapié, P. (dir.). y VVAA., Libro Blanco: Envejecimiento Activo. Madrid. IMSERSO. 2, 87-102.
- Sugranyes, A., & Mathivet, C. (2010). Ciudades para todos por el derecho a la ciudad propuestas y experiencias. Santiago de Chile: Habitat International Coalition.

- Tanner, B., Tilse, C., & de Jonge, D.M. (2008). Restoring and Sustaining Home: The Impact of Home Modifications on the Meaning of Home for Older People. *Journal of Housing for the Elderly*, 22:3, 195-215.
- Teixidor, F.L. Los marcos de la sociabilidad en el País Vasco contemporáneo. *Vasconia* 2018, 33, 139-157.
- Temkin, B., & Flores-Ivich, G. (2017). Tipos de participación política y bienestar subjetivo: un estudio mundial. *Estudios Sociológicos XXXV*, 104, 320-341.
- Tennant, R., Hiller, L., Fishwick, R., Platt, S., Joseph, S., Weich, S., ... & Stewart-Brown, S. (2007). The Warwick-Edinburgh mental well-being scale (WEMWBS): development and UK validation. *Health and Quality of life Outcomes*, 5(1), 1-13.
- Thayer, R.E., Newman, J.R., & McClain, T.M. (1994). Self-regulation of mood: Strategies for changing a bad mood, raising energy, and reducing tension. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 910–925.
- Thomas, W.H., & Blanchard, J.M. (2009). Moving beyond place: aging in community. *Generations*, 33, 12–17.
- Tilson, D. (1990). *Aging in place: Supporting the frail elderly in residential environments*. Glenview: Scott, Foresman & Company.
- Tiraphat, S., Peltzer, K., Thamma-Aphiphol, K., & Suthisukon, K. (2017). The role of age-friendly environments on quality of life among thai older adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(3), 282.
- Tobin, S. S., & Neugarten, B. L. (1961). Life satisfaction and social interaction in the aging. *Journal of Gerontology*, 16, 344–346.

- Toma, A., Hamer, M., & Shankar, A. (2015). Associations between neighborhood perceptions and mental well-being among older adults. *Health & place*, 34, 46-53.
- Tomioka, K., Kurumatani, N., & Hosoi, H. (2015). Social participation and the prevention of decline in effectiveness among community-dwelling elderly: a population-based cohort study. *PLoS One*, 10(9), e0139065.
- Topp, C. W., Østergaard, S. D., Søndergaard, S., & Bech, P. (2015). The WHO-5 Well-Being Index: a systematic review of the literature. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(3), 167–176.
- Torku, A., Chan, A.P.C., & Yung, E.H.K. (17-21 June, 2019). The status of age-friendly community research. Proceedings of the CIB World Building Congress 2019. Constructing Smart Cities, Hong Kong. <http://hdl.handle.net/10397/88017>
- Toro, M. (14 de abril de 2015). Hacia un urbanismo participativo. *La Ciudad Viva Blog*. <http://www.laciudadviva.org/blogs/?p=28279>
- Toro, M. (2018). Estudio etnográfico sobre el envejecer de las mujeres mayores desde una perspectiva de género y de curso vital. *Prisma Social: revista de investigación social*, (21), 75-107.D
- Torres, W.I., & Flores, M.M. (2018). Factores predictores del bienestar subjetivo en adultos mayores. *Revista de Psicología*, 36(1), 9-48.
- Totterdell, P., & Parkinson, B. (1999). Use and effectiveness of self-regulation strategies for improving mood in a group of trainee teachers. *Journal of Occupational Health Psychology*, 4, 219–232.

- Townsend, J., Godfrey, M., & Denby, T. (2006). Heroine, villains and victims: older people's perceptions of others. *Ageing & Society*, 26, 883-900.
- Triadó, C., Villar, F., Solé, C., Celdrán, M., Pinazo, S., Conde, L., & Montoro-Rodríguez, J. (2008). Las abuelas/os cuidadores de sus nietos/as: tareas de cuidado, beneficios & dificultades del rol. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 4(1), 455-464.
- Triadó, M.C., & Villar, P.F. (2003). *Envejecer en entornos rurales*. Madrid: IMSERSO.
- Trinidad, A. (2006): El nuevo discurso de los mayores: la construcción de una nueva identidad social. *Revista Española de Sociología*, 6, 65-90.
- Ullán de la Rosa, F.J. (2014). *Sociología urbana: de Marx & Engels a las escuelas posmodernas* Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- United Nations Population Fund and HelpAge International. (2012). *Ageing in the twenty-first century: a celebration and a challenge*. New York: UNFPA.
- United Nations. (2006). *Living conditions of low-income older people in human settlements: A global survey in connection with the International Year of Older People 1999*. Nairobi: UN-Habitat.
- United Nations. (2011). *World Population Ageing: Profiles of Ageing 2011*. New York: Department of Economic and Social Affairs. Population Division.
- United Nations. (2017). *World population prospects: the 2017 revision, key findings and advance tables*. New York: Department of Economic and Social Affairs. Population Division.

- Valera, S. (1993). El significado social del espacio. Estudio de la identidad social y los aspectos simbólicos del espacio urbano desde la Psicología Ambiental. Barcelona: Universitat de Barcelona.
- Valle, T. (2009). Personas mayores y ciudad: vivencias y significados del espacio. En: Martínez, A., Gil, L., Serrano, P., & Ramos, J.M. Nuevas miradas del envejecimiento. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.
- van Dijk H.M., Cramm J.M., van Exel J. & Nieboer A.P. (2015). The ideal neighbourhood for ageing in place as perceived by frail and non-frail community-dwelling older people. *Ageing and Society*, 35(8), 1771-1795.
- van Dijk, H.M. (2015). Neighbourhoods for ageing in place. [PhD Tesis, Erasmus University Rotterdam]. <http://hdl.handle.net/1765/78306>
- van Dyk, S. (2014). The appraisal of difference: critical gerontology and the active-ageing paradigm. *Journal of Aging Studies*, 31, 93-103.
- van Hoof, J., Kazak, J., Perek-Białas, J., & Peek, S. (2018). The challenges of urban ageing: Making cities age-friendly in Europe. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(11), 2473.
- Van Kamp, I., Leidelmeijer, K., Marsman, G., & De Hollander, A. (2003). Urban environmental quality and human well-being: Towards a conceptual framework and demarcation of concepts; a literature study. *Landscape and urban planning*, 65(1-2), 5-18.
- Van Malderen, L., Mets, T., De Vriendt, P., & Gorus, E. (2013). The Active Ageing–concept translated to the residential long-term care. *Quality of life research*, 22(5), 929-937.

- van Willigen M. (2000). Differential benefits of volunteering across the life course. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 55(5), S308–S318.
- Vázquez, C., Hervás, G., Rahona, J., Gómez, D. (2009). Bienestar psicológico y salud: aportaciones desde la psicología positiva. *Annuary of Clinical and Health Psychology*, 5, 15-28.
- Vecchione, M., & Caprara, G. V. (2009). Personality determinants of political participation: the contribution of traits and self-efficacy beliefs. *Personality and Individual Differences*, 46(4), 487-492.
- Veenhoven, R. (1994). El estudio de la satisfacción con la vida. *Intervención Psicosocial*, 3, 87-116.
- Veenhoven, R. (2012). Cross-national differences in happiness: Cultural measurement bias or effect of culture? *International Journal of Wellbeing*, 2(4), 333-353.
- Vega, M.T., & Pereira, M.A. (2012). Sentido de comunidad y bienestar en usuarios de asociaciones sociales de salud. *Global Journal of Community Psychology Practice*, 3(4), 1-5.
- Vera-Villarroel, P., & Celis-Atenas, K. (2014). Positive and negative affect as mediator of the relationship optimism-health: evaluation of a structural model. *Universitas Psychologica*, 13, 1017-1025.
- Verdaguer, C., Velázquez, I. (2016). Participación y paradigma ecológico. La participación como opción ineludible para la sostenibilidad urbana. En Blancafort, J., & Reus, P. (2016). *La participación en la construcción de la ciudad*. Universidad Politécnica de Cartagena. Cartagena. UPCT.

- Vergheze, J., Lipton, R.B., Katz, M. J., Hall, C.B., Derby, C.A., Kuslansky, G., Ambrose A.F., Sliwinski, M., & Buschke, H. (2003). Leisure activities and the risk of dementia in the elderly. *New England Journal of Medicine*, 348, 2508–2516.
- Victor, C.R., Scambler, S., Bowling, A., & Bond, J. (2005) The prevalence of and risk factors for, loneliness in later life: a survey of older people in Great Britain. *Ageing and Society*, 25(6), 357-375.
- Villar, F., López, O., & Celdrán, M. (2013): La generatividad en la vejez y su relación con el bienestar: ¿Quién más contribuye es quien más se beneficia? *Anales de Psicología*, 29(3), 897-906.
- Vinuesa, J. (2004). Análisis del envejecimiento demográfico. *Encuentros Multidisciplinarios*, 6, 16, 30-37.
- von Humboldt, S.; Leal, I. (2014). ¿Qué influye en el bienestar subjetivo de los adultos mayores? Una revisión sistemática de la literatura. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 23(3), 219-230.
- Vráblíková, K. (2013). How context matters? Mobilization, political opportunity structures, and nonelectoral political participation in old and new democracies. *Comparative Political Studies*, 47(5), 1-27.
- Wahl, H.-W. (2001). Environmental influences on aging and behavior. In J. E. Birren & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (p. 215–237). Academic Press.
- Wahl, H. W., Fänge, A., Oswald, F., Gitlin, L. N., & Iwarsson, S. (2009). The home environment and disability-related outcomes in aging individuals: what is the empirical evidence? *The Gerontologist*, 49(3), 355–367.

- Wahl, H. W., Iwarsson, S., & Oswald, F. (2012). Aging well and the environment: toward an integrative model and research agenda for the future. *The Gerontologist*, 52(3), 306–316.
- Wahl, H.-W., & Weisman, G. D. (2003). Environmental gerontology at the beginning of the new millennium: Reflections on its historical, empirical and theoretical development. *The Gerontologist*, 4(5), 616–627.
- Wahl, H.W., Schilling, O., Oswald, F., & Iwarsson, S. (2009). The home environment and quality of life-related outcomes in advanced old age: findings of the ENABLE-AGE project. *European Journal of Ageing*, 6(2), 101-111.
- Waidmann, T.A., & Liu, K. (2000). Disability Trends among Elderly Persons and Implications for the Future. *Journal of Gerontology*, 55(5), S298-307.
- Walker, A. (2002). A strategy for active ageing. *International social security review*, 55(1), 121-139.
- Walker, A. (2009). The emergence and application of active aging in Europe. *Journal of Aging & Social Policy*, 21, 75-93.
- Walker, A. (2010). The emergence and application of active ageing in Europe. En: Naegele, G. (Ed). *Soziale lebenslaufpolitik*. Meppel: Springerlink.
- Walker, A., & Maltby, T. (2012). Active ageing: a strategic policy solution to demographic ageing in the European Union. *International Journal of Social Welfare*, 21(Suppl. 1), 117–130.
- Walker, A., & Foster, L. (2013). Active ageing: Rhetoric, theory and practice. In *The making of ageing policy*. Edward Elgar Publishing.



- Wang, J. Y., Zhou, D.H., Li, J., Zhang, M., Deng, J., Tang, M., Gao, C., Li, J., Lian, Y., & Chen, M (2006). Leisure activity and risk of cognitive impairment: The Chongqing aging study. *Neurology*, 66, 911–913.
- Wankel, L. M., & Berger, B. G. (1990). The psychological and social benefits of sport and physical activity. *Journal of Leisure Research*, 22, 167–182.
- Warr, P., Banks, M., & Ullah, P. (1985). The experience of unemployment among black and white urban teenagers. *British Journal of Psychology*, 76, 75–87.
- Warr, P., Butcher, V., & Robertson, I. (2004). Activity and psychological well-being in older people. *Aging & mental health*, 8(2), 172-183.
- Weitz-Shapiro, R., & Winters, M. S. (2011). The link between voting and life satisfaction in Latin America. *Latin American Politics and Society*, 53(4), 101-126.
- Werngren-Elgström, M., Brandt, Å., & Iwarsson, S. (2006). Everyday activities and social contacts among older deaf sign language users: Relationships to health and well-being. *Occupational therapy international*, 13(4), 207-223.
- White, W.H. (1980). *The Social Life of small urban spaces*. New York: Project for Public Spaces.
- Wiles, J. L., Leibing, A., Guberman, N., Reeve, J., & Allen, R.E. (2012). The meaning of aging in place to older people. *The Gerontologist*, 52(3), 357–366.
- Williams, S. J., Higgs, P., & Katz, S. (2012). Neuroculture, active ageing and the older brain: problems, promises and prospects. *Sociology of Health and Illness*, 34, 64-78.
- World Health Organization and UN-HABITAT. (2010). *Hidden cities: unmasking and overcoming health inequities in urban settings*. Geneva: WHO Press.

- World Health Organization and UN-HABITAT. (2016). Global report on urban health: equitable, healthier cities for sustainable development. Geneva: WHO Press
- World Health Organization. (2002). Active Ageing: a policy framework. Geneva: WHO Press
- World Health Organization. (2004a). Towards Age-friendly Primary Health Care. Geneva: WHO Active Ageing Series.
- World Health Organization. (2004b). Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: summary report. Geneva: WHO Department of Mental Health and Substance Abuse.
- World Health Organization. (2006). Age-Friendly Cities Project methodology. Vancouver Protocol. Ageing & Life Course Programme. Geneva: WHO Press.
- World Health Organization. (2007a). Global Age-Friendly Cities: a guide. Geneva: WHO Press.
- World Health Organization. (2007b). The Checklist of Essential Features of Age-Friendly Cities. Geneva: WHO Press.
- World Health Organization. (2007c). Age-Friendly Cities Project Methodology: Vancouver Protocol. Geneva: OMS.
- World Health Organization. (2010). Red Mundial OMS de ciudades amigables con las personas mayores. Envejecimiento y ciclo de vida. Salud de la Familia y la Comunidad. Geneva: WHO Press.
- World Health Organization. (2012). Measurement of and target-setting for well-being: an initiative by the WHO Regional Office for Europe.

- World Health Organization. (2013). *The European health report 2012. Charting the way to well-being*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization. (2014). *Global Network of Age-friendly Cities and Communities*. Geneva: WHO Press.
- World Health Organization. (2015a). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Geneva: WHO Press.
- World Health Organization. (2015b). *Measuring the Age-Friendliness of Cities: a guide to using core indicators*. Geneva: WHO Press.
- World Health Organization. (2018). *The Global Network for Age-Friendly Cities and Communities: looking back over the last decade, looking forward to the next*. Geneva: WHO Press.
- World Health Organization. (2021). *Age-Friendly World*. <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/>
- Yasuda, N., Zimmerman, S. I., Hawkes, W., Fredman, L., Hebel, J. R., & Magaziner, J. (1997). Relation of social network characteristics to 5-year mortality among young-old versus old-old white women in an urban community. *American Journal of Epidemiology*, 145(6), 516–523.
- Yazaki, Y. (2002). Assessing the suitability of the elderly for employment. *The Geneva Papers on Risk and Insurance*, 27, 534–539.
- Yen, I. H., Michael, Y. L., & Perdue, L. (2009). Neighborhood environment in studies of health of older adults: a systematic review. *American journal of preventive medicine*, 37(5), 455-463.

- Young, A. F., Russell, A., & Powers, J. R. (2004). The sense of belonging to a neighbourhood: can it be measured and is it related to health and well-being in older women? *Social Science & Medicine* (1982), 59(12), 2627–2637.
- Zaidi, A. (2014). Changing the way, we age: evidence on active ageing from Europe. social science evidence and the policy process. *International Insights*, 4(2), 4-8.
- Zaidi, A., Gasior, K., Hofmarcher, M., Lelkes, O., Marin, B., Rodrigues, R., Schmidt, A., Vanhuysse, P., & Zolyomi, E. (2013): *Active Ageing Index 2012. Concept, methodology and final results*. Vienna: European Centre Vienna.
- Zaman, A.U., & Thornton, K. (2018). Prioritization of local indicators for the development of an age-friendly city: a community perspective. *Urban Science*, 2(3), 51.
- Zarit, S.H. (1996). Intervention with family caregivers. En: Zarit, S.H. & Knight, B.G. (Eds). *A guide to psychoteharpy and aging. Effective clinical interventions in a life stage context*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Zeitler, E., Buys, L., Aird, R., & Miller, E. (2012). Mobility and Active Ageing in Suburban Environments: Findings from In-Depth Interviews and Person-Based GPS Tracking. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, (3), 257186.
- Zimmer, Z., Hickey, T., & Searle, M.S. (1995). Activity participation and well-being among older people with arthritis. *The Gerontologist*, 35, 463–471.

## **8. ANEXO**

CUESTIONARIO N°:

## ESTUDIO SOBRE LAS CONDICIONES DE VIDA DE LAS PERSONAS MAYORES EN EUSKADI

MUNICIPIO: .....    PROVINCIA: .....

RUTA:    DISTRITO:   SECCIÓN:

Nº DE ENTREVISTA    SEXO: EDAD:

Buenos días/tardes. La Fundación Instituto Gerontológico MATIA por encargo del Departamento de Empleo y Políticas Sociales del Gobierno Vasco, está realizando un estudio para conocer las condiciones de vida de las personas mayores de 55 años. Su contribución puede ser muy importante para que las instituciones puedan conocer sus problemas y buscarles soluciones. Por este motivo solicitamos su colaboración y se la agradecemos anticipadamente. Esta vivienda ha sido seleccionada al azar. Le garantizamos el absoluto anonimato y secreto de sus respuestas en el más estricto cumplimiento de las Leyes sobre secreto estadístico y protección de datos personales. Una vez introducida en el ordenador la información de forma anónima, los cuestionarios individuales son destruidos inmediatamente.

## COMPOSICIÓN DEL HOGAR

**EN PRIMER LUGAR, LE VAMOS A REALIZAR VARIAS PREGUNTAS REFERIDAS A USTED Y A LAS PERSONAS QUE VIVEN EN ESTA CASA:**

P.1. ¿CUÁNTAS PERSONAS VIVEN NORMALMENTE EN ESTA VIVIENDA INCLUYÉNDOLE A USTED?:  personas

P.2. TABLA DE COMPOSICIÓN DEL HOGAR: (Entrevistador/a: Describa para cada miembro del hogar las características que se relacionan en la tabla adjunta)

MIEMBROS DEL HOGAR:	1	2	3	4	5	6	7	8
<b>a) Parentesco con la persona entrevistada:</b>								
• Cónyuge o pareja.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
• Hijo	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
• Hija.	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
• Otros familiares	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9
• Otra persona sin vínculo familiar.	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 10

P.3. ¿Cuál es su estado civil?

- Soltero ..... 1
- Casado/conviviendo ..... 2
- Separado/Divorciado ..... 3
- Viudo/a ..... 4

P.4. ¿Nació en España?

Sí→ P.4B Provincia  
No

## REDES FAMILIARES

P.5. Por término medio, pensando en las personas que viven fuera de su hogar, ¿con qué frecuencia ve o se encuentra con...? REPUESTA ÚNICA POR ÍTEM: SI TIENE VARIOS HIJOS, QUE CONTESTE SOBRE EL QUE EL ENCUESTADO VE CON MÁS FRECUENCIA:

	5.1. Uno de sus hijos	5.2. Su madre o su padre	5.3. Un hermano/a u otro familiar	5.4. Alguno de sus amigos o vecinos
Todos o casi todos los días	5	5	5	5
Al menos una vez la semana	4	4	4	4
Una a tres veces al mes	3	3	3	3
Con menor frecuencia	2	2	2	2
Nunca	1	1	1	1
No tiene ese vínculo	8	8	8	8
No tengo este tipo de vínculo que viva fuera del hogar	8	8	8	8
(NO LEER) Ns/Nc	9	9	9	9

P.6. Por término medio, ¿con qué frecuencia tiene contacto con amigos o familiares que viven fuera del hogar por teléfono, a través de internet o por correo postal?

	6.1. Uno de sus hijos	6.2. Su madre o su padre	6.3. Un hermano/a u otro familiar	6.4. Alguno de sus amigos o vecinos
Todos o casi todos los días	5	5	5	5
Al menos una vez la semana	4	4	4	4
Una a tres veces al mes	3	3	3	3
Con menor frecuencia	2	2	2	2
Nunca	1	1	1	1
(NO LEER) Ns/Nc	9	9	9	9

P.7. ¿Podría decirme dónde reside su hijo/a, el que vive más cerca de Vd.?

- En el mismo domicilio..... 1
- En el mismo edificio, pero no en la misma casa ..... 2
- A menos de 1 kilómetro ..... 3
- Entre 1 y 5 kilómetros ..... 4
- Entre 5 y 25 kilómetros ..... 5
- Entre 25 y 100 kilómetros ..... 6
- Entre 100 y 500 kilómetros ..... 7
- A más de 500 kilómetros, en el mismo país ..... 8
- A más de 500 kilómetros, en otro país..... 9
- No tengo hijos ..... 10
- NS/NC..... 99

P.9. ¿Con qué frecuencia se involucra en alguna de las siguientes actividades fuera del trabajo remunerado?

	9.1 Cuidado de hijos/as (excluyendo hijos discapacitados)	9.2 Cuidado de nietos/as	9.3 Cocinar/tareas del hogar	9.4 Cuidando de parientes mayores y/o discapacitados
Todos los días	5*	5*	5*	5*
Varios días a la semana	4*	4*	4*	4*
Una o dos veces a la semana	3*	3*	3*	3*
Con menor frecuencia	2	2	2	2
Nunca	1	1	1	1
No tiene el vínculo o no necesita cuidado	8	8	8	8
(NO LEER) Ns/Nc	9	9	9	9

(Si cuida una o dos veces a la semana, varios días a la semana o todos los días)

P.10. Por término medio, ¿cuántas horas a la semana emplea en las siguientes actividades fuera de su trabajo remunerado? LA RESPUESTA NO PUEDE SER DECIMAL, NO SE PERMITE CERO.

	Horas a la semana
10.1. Cuidado de hijos	
10.2. Cuidado de nietos	
10.3. Cocinar/tareas del hogar	
10.4. Cuidado de parientes mayores o enfermos	

P.11 Y ese cuidado de parientes mayores y/ o discapacitados, ¿en qué consiste fundamentalmente? RESPUESTA MÚLTIPLE.

11S1. Cuidado personal (lavarse, levantarse, vestirse, desvestirse, comer, desplazarse por la casa, etc.)	
11S2. Ayuda doméstica (labores del hogar, compra, pequeños arreglos, etc.)	
11S3. Ayuda en trámites y gestiones (acompañamiento al médico, ir al banco, etc.)	
11S4. Hacerle compañía	
11S5. NS/NC	



P.12 Y ¿cuántas son las personas a las que presta cuidados: hijos, nietos, parientes mayores y enfermos?

P.13. Y ¿cuántas de estas personas viven en su mismo hogar?

P.14. Pensando en la persona a la que más ayuda ¿La ayuda que Vd. presta a esa persona es?:

**Entrevistador/a, pensar solamente en la persona a la que dedica más tiempo de cuidado.**

- La única ayuda que recibe ..... 1
- No es la única, pero sí la principal ..... 2
- Es una ayuda secundaria ..... 3
- P14B. Otra respuesta, ¿cuál? \_\_\_\_\_
- No sabe..... 9

P.15. ¿Cuánto tiempo lleva Vd. prestando ese cuidado?

Años  Meses

No recuerdo ..... 99

P.16. Y, ¿Ayuda Vd. a alguna persona de fuera de su hogar de la siguientes formas...? (INCLUYENDO HIJOS EMANCIPADOS) MULTIRESPUESTA

	Sí	No
16.1 Económicamente		
16.2 Con las tareas domésticas (comidas, limpieza, pequeños arreglos en el hogar, etc...)		
16.3. De otra forma		
16.4 Compañía		
16.5 Cuidado de nietos/as		

**Si económicamente,**

P.16a ¿Y con qué frecuencia le presta esta ayuda?

- Todas o casi todas las semanas
- Todos o casi todos los meses
- Cada dos o tres meses.
- Cada cuatro o seis meses
- Cada seis meses o más.
- Son ayudas esporádicas, no periódicas.

P.16b ¿De qué cantidad estamos hablando?

- menos de 100 euros,
- de 100 a 500,
- de 500 a 1000,
- de 1000 a 3000,
- de 3000 a 6000,
- más de 6000

P.16c Desde cuándo realiza este tipo de ayuda económica:

Años  Meses

**Con tareas domésticas**

P.18a ¿Y con qué frecuencia le presta esta ayuda?

- 
- Todas o casi todas las semanas
  - Todos o casi todos los meses
  - Cada dos o tres meses.
  - Cada cuatro o seis meses
  - Cada seis meses o más.
  - Son ayudas esporádicas, no periódicas.

P.18b Desde cuándo realiza este tipo de ayuda doméstica:

Años  Meses

P.ha\_acogid. Ha acogido a algún familiar o amigo/a en su hogar?

Ej: retorno al hogar de hijos/as emancipados.

*ENTREVISTADOR: preguntamos por persona que al no poder sustentar su propio hogar han sido acogidas en el hogar del entrevistado.*

- Si
- No
- Ns-Nc

P. 17. Desde cuándo.

Ay\_cris. Pensando en las ayudas que presta, ¿usted diría que han incrementado últimamente a causa de la crisis?

ENTREVISTADOR: Ayudas en el cuidado (hijos, nietos, mayores, etc) y ayudas de otro tipo (económicas, acogimiento, tareas domésticas...)

	Si	No	Ns-Nc
1. Cuidado de hijos	1	2	9
2. Cuidado de nietos	1	2	9
3. Cuidado de parientes mayores y/o discapacitados	1	2	9
4. Ayudas económicas			
5. Tareas domesticas (comidas, limpieza, pequeños arreglos en el hogar, etc..) a otros hogares (no remunerado)	1	2	9
6. Acogiendo en el hogar alguna persona de su familiar	1	2	9

## VIVIENDA

Ahora, me gustaría preguntarle sobre algunas características de su vivienda:

P.19. La casa en la que vive en estos momentos es:

De su propiedad/del cónyuge	1	Prestada o cedida	5
De propiedad de los hijos	2	Otras situaciones	8
De propiedad otro familiar	3	Ns/Nc	9
De alquiler	4		

P.20. Y, ¿dispone de...:

20.1 Teléfono móvil	1
20.2 Teléfono fijo	3
20.3 Ordenador/tablet	3
20.4 Acceso a internet (incluido por el móvil o tablet)	4

P.22 ¿Encuentra obstáculos o barreras físicas para moverse o desplazarse en?:

	Sí	No	NS/NC
22.1 El interior de su vivienda (al moverse en su casa, por ej: utilizar la bañera, coger utensilios de los armarios de la cocina, tender la ropa, meter o sacar ropa de la lavadora, etc...)	1	2	9
22.2 El acceso al edificio (al entrar y salir de su casa, por ej: escaleras, puerta pesada, etc...)	1	2	9
22.3 El entorno inmediato (barreras urbanísticas, por ej: mal estado de aceras o calles, obras, suciedad, zonas inseguras, etc)	1	2	9
22.4 Moverse en transporte público	1	2	9

P.23. Considerando la cercanía física, los horarios de apertura, la distancia y similares, ¿cómo describiría su acceso a los siguientes servicios?

	Con mucha dificultad	Con algo de dificultad	Fácilmente	Muy fácilmente	No uso ese servicio	NS/ NC
23.1 Banco						
23.2 Cine, teatro o centro cultural						
23.3 Parque o zona verde						
23.4 Transporte público (bus, tren, etc)						
23.5 Centro de salud						
23.6 Supermercado o tienda de alimentación						

P.25 Si en el futuro llegase a necesitar ayuda o más ayuda, ¿su hogar estaría adaptado a esa situación?

- Sí
- No
- NS/NC

P.26 Y, ¿sabría dónde acudir para solicitar información sobre las posibilidades de vivienda para estas situaciones?

- Sí → P.26a ¿A dónde acudiría? RESP. ABIERTA
- No
- NS/NC

## ACTIVIDADES

Pasando a otro tema...

P.24 Pensando en el lugar en el que reside, ¿tiene usted problemas de delincuencia, violencia o vandalismo en el lugar donde vive?

- Sí
- No

P.36 Cuando se dice que un lugar es "amigable" significa que el entorno está adaptado a las necesidades de personas y dónde es fácil la convivencia. Vd diría que.... es "amigable" o no?

	Sí	no	NS/NC
36.1 El País Vasco			
36.2 Su municipio			
36.3. Su barrio			

P.37 Y en su opinión, ¿qué habría que mejorar para hacer su municipio más amigable? MÁXIMO 3 RESPUESTAS

- 37.1 El Transporte público, con más paradas, más frecuencia, más asequible, etc. (ej. bus, tren).
- 37.2 La Vivienda, viviendas más asequibles y adaptadas.
- 37.3 La vida comunitaria, favoreciendo que los vecinos se conozcan y ayuden.
- 37.4 El Respeto entre personas y la inclusión.
- 37.5 Los espacios al aire libre y edificios públicos (Ej: calles, parques, polideportivos, etc.)
- 37.6 La Comunicación e información para conocer todo lo que ofrece su municipio.
- 37.7 Los Servicios sociales y de salud, facilitando su uso.
- 37.8 La participación ciudadana, colaborando entre todos en la mejora su municipio
- 37.9 Otros (especificar) P.37\_otros
- 37.10 Ns-Nc

P.27 De las siguientes actividades que vamos a leer, para cada tipo dígame con qué frecuencia las ha realizado en el último año.

Actividades (MULTIRRESPUESTA)	Todos o casi todos los días	Al menos una vez a la semana	1-3 veces al mes	Con menor frecuencia	Nunca	P.27a. Y, ¿le gustaría realizarlas o realizarlas con más frecuencia?
1. Actividades físicas o deportivas (ej.: hacer deporte, ejercicio, andar, ir al monte, cazar, etc.)	5	4	3	2	1	No
2. Actividades sedentarias (ej.: ver la TV, escuchar la radio, leer)	5	4	3	2	1	No
3. Actividades de ocio – hobbies (ej.: cuidar de un huerto o jardín, hacer manualidades, bricolaje, punto, ganchillo, etc.)	5	4	3	2	1	No
4. Actividades culturales (ej.: ir al cine, al teatro, exposiciones, charlas)	5	4	3	2	1	No
5. Actividades sociales (ej.: ir al club o centro de mayores, salir a comer o cenar, reunirse con amigos, ir al bar-cafetería, ir a bailar, etc.)	5	4	3	2	1	No
6. Hacer turismo, viajes, excursiones.	5	4	3	2	1	No
7. Ir a actos religiosos	5	4	3	2	1	No
8. Uso de nuevas tecnologías o? internet para temas distintos del trabajo	5	4	3	2	1	No
9. Actividades educativas (cursos, Universidad de la Experiencia, clases, etc.)	5	4	3	2	1	No

P28s En el caso de: "me gustaría realizarlas o realizarlas con más frecuencia, ¿qué se lo impide?"

Actividades (MULTIRRESPUESTA)	1. Su estado de salud	2. No tiene tiempo	3. No tiene dinero	4. Es demasiado caro	5. Porque no hay oferta	6. Por falta de tiempo	7. No tengo información	8. Otros	9. NS/NC
1. Actividades físicas o deportivas									
2. Actividades sedentarias									
3. Actividades de ocio – hobbies									
4. Actividades culturales									
5. Actividades sociales									
6. Hacer turismo, viajes, excursiones.									
7. Ir a actos religiosos									
8. Uso de nuevas tecnologías									
9. Actividades educativas									

P.29. ¿Asistió a algún curso, seminario, conferencias o clases particulares en las últimas 4 semanas?

- Sí
- No
- Ns-Nc

P.30 Por favor preste atención al siguiente listado de organizaciones y díganos, ¿con qué frecuencia ha realizado trabajos voluntarios no retribuidos a través de las siguientes organizaciones en los últimos 12 meses?

	Cada Semana	Mensualmente	Con menor frecuencia / esporádicamente	No he hecho nunca	NS/NC
30.1 Servicios sociales y para la comunidad (ej. Organizaciones que asisten a personas mayores, jóvenes, discapacitados y otros colectivos con necesidades especiales)					
30.2 Asociaciones educativas, culturales, deportivas o profesionales, gastronómicas, corales y literarias					
30.3 Movimientos sociales (p ej.: medioambiental, derechos humanos) o benéficos (recaudación de fondos, campañas)					
30.4 Partidos políticos, sindicatos					
30.5 Asociaciones de vecinos					
30.6 Grupos parroquiales (ej, catequesis, cofradías)					
30.7 Otras organizaciones					

P.31. Para cada una de las anteriores. ¿Y le gustaría participar?

- Si
- No
- Ns-Nc

P.32. ¿Qué se lo impide?

Actividades (MULTIRRESPUESTA)	1. Su estado de salud	2. Porque no hay oferta	3. Por falta de tiempo	4. No tengo información	5. Otras razones	6. NS/NC
Servicios sociales y para la comunidad (ej. Organizaciones que asisten a personas mayores, jóvenes, discapacitados y otros colectivos con necesidades especiales)						
Asociaciones educativas, culturales, deportivas o profesionales, gastronómicas, corales y literarias						
Movimientos sociales (p ej.: medioambiental, derechos humanos) o benéficos (recaudación de fondos, campañas)						
Partidos políticos, sindicatos						
Asociaciones de vecinos						
Grupos parroquiales (ej, catequesis, cofradías)						

P.34. Y en los últimos doce meses usted ha, .....?

	Sí	No
34.1 Asistido a una reunión de un sindicato, un partido político o grupo de acción política		
34.2 Asistido a una protesta o manifestación		
34.3 Contactado un político o funcionario público (que no sea el contacto de rutina como consecuencia del uso de los servicios públicos)		

P.35. Indique el grado de interés que tendría en participar en un programa de participación social o de voluntariado a través del cual....

	Muy interesante	Bastante interesante	Poco interesante	Nada interesante	NS/NC
35.1 Pudiese enseñar a otras personas algo relacionado con mi trabajo o quehacer					
35.2 Pudiese enseñar mi ciudad/pueblo y sus monumentos o museos a visitantes					
35.3 Pudiese compartir con otras personas mi principal afición/hobbie					
35.4 Pudiese colaborar en tareas de información y orientación ciudadana (ayuda en trámites, apoyo en servicios municipales, centros culturales, etc.)					
35.5 Pudiese intercambiar ayuda con sus vecinos en tareas cotidianas y puntuales (Banco de tiempo)					

## SALUD

P.38 Actualmente, ¿cómo calificaría su estado de salud?

- Muy bueno ..... 1
- Bueno ..... 2
- Regular ..... 3
- Malo ..... 4
- Muy malo ..... 5
- N.S. .... 8
- N.C. .... 9

P.38b Durante al menos los últimos seis meses, ¿en qué medida se ha visto limitado debido a un problema de salud para realizar las actividades que la gente habitualmente hace? Usted diría que...

- Gravemente limitado/a
- Limitado pero no gravemente
- Nada limitado/a
- Ns-Nc

P.42 Para cada una de las actividades que le voy a mencionar a continuación, dígame si puede hacerlas sin ayuda, si necesita ayuda para realizarlas, si no las puede hacer y otra persona las tiene que hacer por Vd. o si no las ha realizado nunca. **Entrevistador/a: matizar "si es capaz de realizar las acciones" aunque nunca las haya realizado.**

Actividades (MULTIRRESPUESTA)	Puedo hacerlo sin ayuda	Puedo hacerlo con ayuda	No puedo hacerlo de ninguna manera	No lo he hecho nunca	Ns/Nc
1. Vestirse, incluyendo ponerse calcetines o zapatos, desvestirse	1	2	3	4	9
2. Desplazarse por la casa	1	2	3	4	9
3. Bañarse o ducharse	1	2	3	4	9
4. Asearse (lavarse, peinarse, afeitarse)	1	2	3	4	9
5. Comer, incluyendo cortar la comida e introducirla en la boca	1	2	3	4	9
6. Acostarse y levantarse	1	2	3	4	9
7. Usar el váter, incluyendo levantarse y sentarse	1	2	3	4	9
8. Preparar una comida caliente	1	2	3	4	9
9. Hacer la compra	1	2	3	4	9
10. Utilizar el teléfono (buscar número/marcar)	1	2	3	4	9
11. Tomar medicación (acordarse de cantidad y momento en que la tiene que tomar)	1	2	3	4	9
12. Hacer el trabajo de la casa	1	2	3	4	9
13. Administrar su propio dinero (pagar recibos, tratar con el banco, firmar cheques)	1	2	3	4	9
14. Utilizar el transporte público (autobús, metro, taxi, ...) o conducir el coche	1	2	3	4	9

P.39 ¿Recibe algún tipo de ayuda por su estado de salud?  
(NO ECONOMICA)

Si

No

Ns-Nc

P39b Y, ¿En qué consiste esa ayuda principalmente?  
RESPUESTA MÚLTIPLE.

	Si	No
1. Cuidado personal (lavarse, levantarse, vestirse, desvestirse, comer, desplazarse por la casa, etc.)	1	2
2. Ayuda doméstica (labores del hogar, compra, pequeños arreglos, etc.)	1	2
3. Ayuda en trámites y gestiones (acompañamiento al médico, ir al banco)	1	2
4. Hacerle compañía	1	1

P.39<sup>a</sup> En caso afirmativo, ¿Con qué frecuencia? (para cada una de ellas)

Todos los días
Varios días a la semana
Una o dos veces a la semana
Con menor frecuencia

P.39c ¿Quiénes, por orden, son las tres personas u organismos que más le ayudan? **ENTREVISTADOR/A: HASTA TRES FUENTES DE AYUDA**

	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>
Su cónyuge o pareja			
Un/a hijo/a con el que convive			
Un/a hijo/a con el que no convive			
Otros familiares con los que convive			
Otros familiares con los que no convive			
Los servicios sociales públicos			
Una empleada de hogar o cuidadora contratada de forma privada			
Voluntarios (Cáritas u otros)			
Un/a vecino/a			

P. 42a Durante los últimos 12 meses, hubo alguna ocasión en la que realmente necesitó consultar a un médico (excepto dentista) pero no lo hizo?

Si, al menos en una ocasión

No, en ninguna ocasión

Ns-Nc

P.42b Durante los últimos 12 meses, hubo alguna ocasión en la que realmente necesitó consultar a un dentista pero no lo hizo?

Si, al menos en una ocasión

No, en ninguna ocasión

Ns-Nc

### **A TODOS/AS**

P.40 Y, ¿Recibe Vd. ayuda de alguna persona de fuera de su hogar de la siguientes formas...? SÓLO AYUDA INFORMAL FAMILIAR (MULTIRESUESTA)

	Sí	No
1. Económicamente		
2. Se ha ido a vivir con esa/s persona/s		
3. Con las tareas domesticas (comida, limpieza, pequeños arreglos en el hogar,etc...)		
4. De otra forma (especificar)		

### **Si económicamente,**

P.40ª ¿Y con qué frecuencia le prestan esta ayuda?

- Todas o casi todas las semanas
- Todos o casi todos los meses
- Cada dos o tres meses.
- Cada cuatro o seis meses
- Cada seis meses o más.
- Son ayudas esporádicas, no periódicas.

P.40b ¿De qué cantidad estamos hablando?

- menos de 100 euros,
- de 100 a 500,
- de 500 a 1000,
- de 1000 a 3000,
- de 3000 a 6000,
- más de 6000

P.40c Desde cuándo le prestan este tipo de ayuda económica:

Años  Meses

### **Si se ha ido a vivir con esa/s persona/s**

P.41 ¿Cuánto tiempo lleva viviendo con ella/s?

Años  Meses

Ay\_rec Pensando en las ayudas que recibe, ¿usted diría que las ha recibido con más frecuencia últimamente a causa de la crisis?

	Sí	No
1.Cuidado		
2. Ayudas económicas		
3. Tareas domésticas		
4. Se ha ido a vivir con algún familiar, amigo, vecino		

### **RECURSOS SOCIALES**

P.43 ¿Donde preferiría (o le gustaría) vivir en el caso de necesitar ayuda?

- En su casa 1 (pasar a P.44)
- Fuera de su casa 2 (pasar a P.45)

P.44 ¿Qué tipo de ayuda o prestación preferiría?

- Ayuda familiar 1
- Ayuda de los servicios sociales públicos 2
- Ayuda privada contratada (ej: empleada o cuidadora en el hogar) 3
- Una combinación de varias de las anteriores 4

P.45 ¿Dónde le gustaría trasladarse?

- A casa de algún hijo/a 1
- A una residencia 2
- A una vivienda adaptada a las necesidades de las personas mayores 3

### **BIENESTAR**

P.47 Le voy a preguntar sobre su sentimiento de SATISFACCIÓN CON SU SITUACIÓN ACTUAL, CON SU VIDA EN GENERAL. Para ello, piense en una escala de 0 a 10. Diría que su satisfacción con la vida en su conjunto es de:

**ENTREVISTADOR/A: MOSTRAR TARJETA A**

NADA						COMPLETAMENTE				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

P.48 Para las siguientes preguntas piense también en una escala de 0 a 10. Entonces, diría que su **SATISFACCIÓN CON ... es de ... :ENTREVISTADOR/A: MOSTRAR TARJETA A**

Satisfacción con....	Nivel
1- ... su nivel de vida	
2- ... su estado de salud	
3. ... los logros que está alcanzando en la vida	
4. ... sus relaciones personales	
5. ... lo seguro y protegido que Vd. Se siente	
6. ... su sentimiento de pertenencia a una comunidad o grupo de personas	
7. ... su seguridad respecto a su futuro	
8. ... su vida espiritual y sus creencias religiosas	

P.49. Por favor, indique para cada una de las cinco afirmaciones cual define mejor como se ha sentido usted durante la últimas dos semanas. Observe que cifras mayores significan mayor bienestar.

	Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Más de la mitad del tiempo	Menos de la mitad del tiempo	De vez en cuando	Nunca
1. Me he sentido alegre y de buen humor						
2. Me he sentido tranquilo y relajado						
3. Me he sentido activo y enérgico						
4. Me he despertado fresco y descansado						
5. Mi vida cotidiana ha estado llena de cosas que me interesan						

P.50 ¿En qué medida le preocupa su propia vejez?

- Mucho..... 1
- Bastante..... 2
- Algo ..... 3
- Poco ..... 3
- Nada ..... 4

¿Por qué motivo? (máx. dos respuestas)

- 1. Por el deterioro físico (peor estado de salud, menor atractivo, no poder valerse por sí mismo) ..... 1
- 2. Por el deterioro intelectual (pérdida de memoria)..... 2
- 3. Por la jubilación o el descenso en el ritmo de las actividades. .... 3
- 4. Por si llego a necesitar ayuda y tener que depender de otras personas..... 4
- 5. Por el descenso del poder adquisitivo ..... 5
- 6. Por la pérdida de red social (pérdida de personas cercanas, disminución de contactos, soledad, etc.) ..... 6
- 7. Otros (especificar) \_\_\_\_\_

### CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

P.51. ¿Podría decirme cuál es el nivel de estudios más alto terminado por Vd. mismo/a?

**(ENTREVISTADOR, leer las respuestas).**

Nivel de estudios más alto terminado	Entrevistado/a
1. No sabe leer ni escribir: (NO LEER) Analfabeto	1
2. Sin estudios, pero sabe leer y escribir	2
3. Educación Primaria incompleta	3
4. Educación Primaria (Bachiller Elemental)	4
5. Educación Secundaria (Bachillerato Superior)	5
6. Formación Profesional	6
7. Enseñanza Universitaria	7
8. Otros estudios no reglados	8
(NO LEER) Ns/Nc	9

P.52. ¿En cuál de las siguientes situaciones que le voy a mencionar se encuentra Vd. ahora?

**(ENTREVISTADOR, leer las respuestas).**

Relación con la actividad	Entrevistado/a
Trabaja	1
Jubilado /prejubilado	2
Pensionista (anteriormente ha trabajado)	3
Pensionista (anteriormente no ha trabajado)	4
Parado (ha trabajado antes)	5
Parado (no ha trabajado antes)	6
Actividades domésticas (ama/o de casa)	7
Otra situación ( <i>especificar</i> ): .....	98
(NO LEER) Ns/Nc	99

**(ENTREVISTADOR/A:).**



P.52<sup>a</sup> De entre las siguientes situaciones que voy a mencionar, ¿podría decirme cuál es o era la suya?  
**(ENTREVISTADOR, leer las respuestas).**

Condición Socioeconómica	Entrevistado/a
<b>TRABAJADORES POR CUENTA PROPIA</b>	
1. Agricultor de pequeña explotación	1
2. Agricultor de gran explotación	2
3. Autónomo o empresario con 5 empleados o menos	3
4. Autónomo o empresario con 6 a 9 empleados	4
5. Autónomo o empresario con 10 o más empleados	5
6. Sin asalariados	6
<b>TRABAJADORES POR CUENTA AJENA</b>	
7. Dirección / Gerencia con 5 subordinados o menos	7
8. Dirección / Gerencia con 6 a 9 subordinados	8
9. Dirección / Gerencia con 10 subordinados o más	9
10. Capataz, Supervisor, Encargado	10
11. Mandos intermedios	11
12. Otros empleados con trabajo de oficina	12
13. Otros empleados con trabajo fuera de oficina y obrero cualificado	13
14. Trabajador manual no cualificado	14
(NO LEER) Ns/Nc	99

## JUBILACIÓN

**(ENTREVISTADOR/A: Sólo para los que están jubilados/prejubilados actualmente).**

P.53 ¿A qué edad se jubiló Vd.?

P.54 A los jubilados, ¿le hubiese gustado seguir trabajando si hubiese tenido oportunidad?

- Sí
- No

P.55 ¿a qué edad le gustaría o le hubiese gustado jubilarse?

P.56 ¿Cuál es su opinión sobre incrementar la edad de jubilación?

- Estoy totalmente de acuerdo
- Estoy de acuerdo
- Estoy en desacuerdo
- Estoy totalmente en desacuerdo.

P.57 ¿En qué grado le gustaría que existiera la posibilidad de poder combinar la jornada laboral según su interés complementándola con una pensión parcial en vez de la jubilación?

- Me gustaría mucho
- Me gustaría
- No me gustaría
- No me gustaría nada
- Ns-Nc

P.58 Según su opinión, la jubilación es un tiempo que hay que dedicar a, máximo 2 respuestas:

1. La familia y amigos (relaciones sociales)
2. Las aficiones y el ocio (disfrutar del tiempo libre)
3. Las actividades de beneficio a la sociedad, como el voluntariado.
4. Seguir aportando el conocimiento adquirido a lo largo de la vida profesional
5. Aprender cosas nuevas,
6. El descanso.
7. Otros (especificar)
8. Ns-Nc

P.59 ¿Podría decirme en qué tramo de la siguiente escala se encuentran los ingresos totales mensuales del hogar, considerando tanto la pensión, si la tiene, como otros ingresos que Vd. pueda tener (o su cónyuge o pareja)?

**(ENTREVISTADOR/A: LEER todas las respuestas, e insistir, aunque la respuesta sea aproximada, sólo queremos que el ENTREVISTADO se posicione en un intervalo).**

(NO LEER) No tiene ingresos	0
Menos de 300 € (Menos de 50.000 Pts)	1
De 301 a 600 € (de 50.001 a 100.000 Pts)	2
De 601 a 900 € (de 100.001 a 150.000 Pts)	3
De 901 a 1.200 € (de 150.001 a 200.000 Pts)	4
De 1.200 a 1.800 € (de 200.000 a 300.000 Pts)	5
De 1.800 € a 2.700 (Más de 300.000 Pts)	6
De 2.701 a 3.600	
De 3.601 a 6.000	
Más de 6.000	
(NO LEER) Ns/Nc	9

P.61 Teniendo en cuenta todos los ingresos del hogar, así como otros bienes patrimoniales (vivienda, ahorros, coche, segunda residencia, etc.), ¿dónde situaría económicamente a su hogar, no a Vd. personalmente, sino a su hogar en una escala de 0 a 10, en donde 0 correspondería a un hogar muy pobre y 10 a un hogar muy rico?

Muy Pobre											Muy Rico
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

P.62 Dígame si el hogar puede permitirse

	Si	No
1. Pagar la renta, hipoteca o los gastos corrientes (luz, agua, gas, etc)	1	2
2. Mantener su vivienda a una temperatura adecuada	1	2
3. Hacer frente a un gasto imprevisto de 650 euros	1	2
4. Comer carne o proteínas (pollo, pescado o equivalente para los vegetarianos) habitualmente	1	2
5. Ir de vacaciones al menos una semana al año	1	2
6. Tener televisión a color	1	2
7. Tener lavadora	1	2
8. Tener teléfono (móvil o fijo)	1	2
9. Automóvil (se incluye coche de empresa disponible para uso privado)	1	2

**DATOS DE LA ENTREVISTA**

**FECHA DE REALIZACIÓN:**

Día: ..... Mes: ..... Año: .....

**DÍA DE LA SEMANA:**

Lunes .....	1	Viernes .....	5
Martes .....	2	Sábado .....	6
Miércoles .....	3	Domingo .....	7
Jueves .....	4		

**DURACIÓN DE LA ENTREVISTA:**  minutos

**SINCERIDAD DEL ENTREVISTADO:**

Mucha .....	1	Poca .....	3
Bastante .....	2	Ninguna .....	4

NOMBRE DEL/LA ENTREVISTADOR/A:

.....

OBSERVACIONES:.....

.....

.....

**VÁLIDO EXCLUSIVAMENTE A EFECTOS DE VALIDACIÓN, SUPERVISIÓN DE LA ENTREVISTA:**

NOMBRE DE LA PERSONA ENTREVISTADA:

.....

DIRECCIÓN:.....

.....

CODIGO POSTAL..... LOCALIDAD.....

PROVINCIA.....TELÉFONO.....