

La calidad de vida en la población mayor

FERMINA ROJO-PÉREZ Y GLORIA FERNÁNDEZ-MAYORALAS*

RESUMEN

En este artículo se estudia la calidad de vida de los mayores, en el marco del envejecimiento de la población y sus perspectivas, y desde un enfoque multidimensional. Los ámbitos analizados son salud, redes familiares y sociales, recursos económicos y ocio y tiempo libre, los más relevantes para la calidad de vida en la vejez según han identificado los propios mayores. Estos ámbitos (o dominios) interactúan en el entorno residencial, que puede resultar favorable o limitante en función de las circunstancias personales y contextuales. Como objeto de investigación científica, la calidad de vida es una medida de apoyo en el diseño y la implementación de políticas públicas orientadas al mantenimiento de la autonomía e independencia de la población en su proceso de envejecimiento activo.

1. INTRODUCCIÓN: ENVEJECIMIENTO Y CALIDAD DE VIDA

La proporción actual de población mayor no tiene precedentes en la historia humana, y las proyecciones indican una tendencia al

* Instituto de Economía, Geografía y Demografía (IEGD), Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) (fermina.rojo@csic.es; gloria.fernandezmayoralas@csic.es).

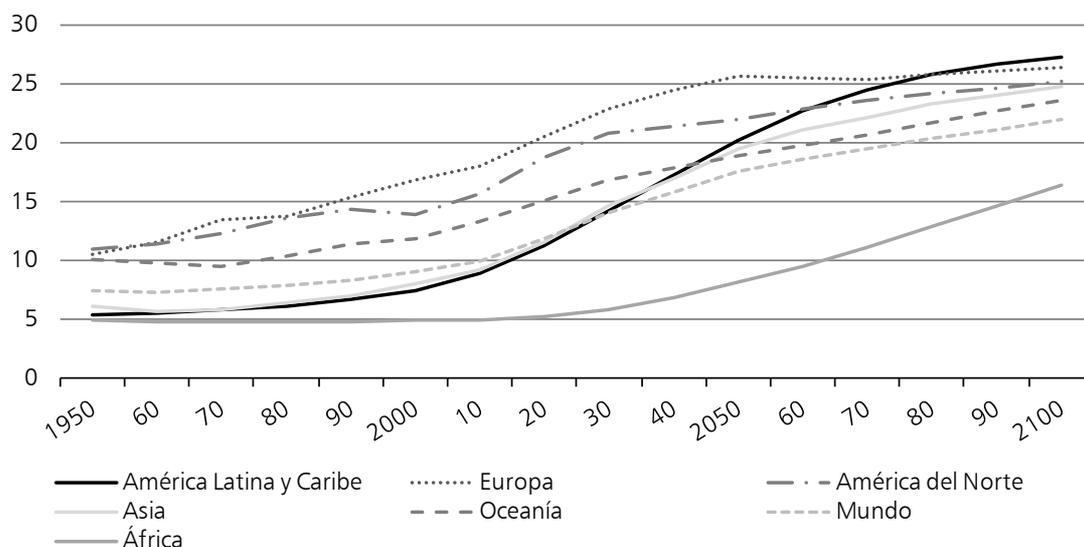
aumento en todo el mundo (gráfico 1), si bien con distinto ritmo según regiones. Asimismo, en números absolutos, se espera que la población con 60 o más años pase de 1.050 millones en 2020 a casi el doble en 2050 (2.080 millones), y exceda a la población entre 15 y 39 años hacia el año 2080 (Naciones Unidas, Interactive).

El cuadro 1 muestra los diez países con mayor proporción de población de 60 o más años en tres momentos. En 1980 los países más envejecidos se localizaban en Europa, Japón pasó a ocupar el primer lugar en 2017, seguido de otros países europeos, y España se situará en el año 2050 como segundo país más envejecido del mundo, después de Japón y junto a otros cuatro países europeos (Portugal, Grecia, Italia y Polonia), fecha en que la proporción de mayores superará el 39 por ciento en este conjunto de países (Naciones Unidas, 2017).

El envejecimiento demográfico es un proceso global, generalizado, que afecta a toda la sociedad y territorios. Es un logro y un éxito de la humanidad, porque nunca antes generaciones enteras habían tenido la posibilidad de vivir una vejez tan prolongada. Asimismo, el envejecimiento personal es un proceso biológico estudiado por las teorías biogerontológicas como un proceso interno de decaimiento y deterioro que cursa con la edad y termina en la muerte. También es un proceso contextual, afectado

GRÁFICO 1

PORCENTAJE DE POBLACIÓN DE 60 O MÁS AÑOS, SEGÚN REGIONES MUNDIALES (1950-2100)



Fuente: Elaboración propia a partir de Naciones Unidas, *World Population Prospects: The 2017 Revision* (<https://esa.un.org/unpd/wpp/DataQuery/>).

CUADRO 1

LOS DIEZ PAÍSES CON MAYOR PROPORCIÓN DE POBLACIÓN DE 60 O MÁS AÑOS

Rango	Año 1980		Año 2017		Año 2050	
	País	Pob. 60+ años (% sobre total)	País	Pob. 60+ años (% sobre total)	País	Pob. 60+ años (% sobre total)
1	Suecia	22,0	Japón	33,4	Japón	42,4
2	Noruega	20,2	Italia	29,4	España	41,9
3	Islas Chanell	20,1	Alemania	28,0	Portugal	41,7
4	Reino Unido	20,0	Portugal	27,9	Grecia	41,6
5	Dinamarca	19,5	Finlandia	27,8	República de Corea	41,6
6	Alemania	19,3	Bulgaria	27,7	Taiwán	41,3
7	Austria	19,0	Croacia	26,8	China, Hong Kong SAR	40,6
8	Bélgica	18,4	Grecia	26,5	Italia	40,3
9	Suiza	18,2	Eslovenia	26,3	Singapur	40,1
10	Luxemburgo	17,8	Letonia	26,2	Polonia	39,5

Fuente: Naciones Unidas, *World Population Ageing 2017* (highlights).

por muy diversos fenómenos y acontecimientos externos al individuo, que son analizados bajo múltiples disciplinas, enfoques y escalas (micro, meso, macro). Procurar y procurarse las mejores condiciones de vida según se envejece es hoy también un reto, tanto para la sociedad en su conjunto como para los individuos.

Si bien el envejecimiento de la población tiene larga trayectoria, solo hace unas décadas que ha sido tomado en consideración por legisladores y planificadores (Phellas, 2013). Los instrumentos de estrategia y de acción política internacional para afrontar sus repercusiones son muy variados, incluyendo planes para el fomento de la salud y el bienestar en la vejez y la creación de un entorno propicio y favorable (Naciones Unidas, 2003; Organización Mundial de la Salud, 2007b), la promoción del envejecimiento activo y la calidad de vida (Organización Mundial de la Salud, 2002) y, más recientemente, del envejecimiento saludable y el bienestar (Organización Mundial de la Salud, 2015). En síntesis, se subraya la importancia y necesidad de que individuos, comunidad, organizaciones sociales, países e instituciones nacionales e internacionales se sumen al desarrollo de iniciativas para favorecer una sociedad orientada a todas las edades, en general, y a las personas de edad y a las más vulnerables, en particular. El incremento de población mayor y sus causas y consecuencias en las distintas esferas de la vida y la sociedad son objeto de investigación científica, y los resultados ayudan en el diseño y la implementación de políticas públicas, especialmente aquellas orientadas al mantenimiento o la mejora de las condiciones de vida, al objeto de prolongar el tiempo de vida autónoma e independiente de los mayores.

En este contexto, “calidad de vida” se ha convertido en la expresión de referencia para examinar las condiciones de vida a todas las edades y especialmente en la vejez, por ser esta etapa una de las de mayor vulnerabilidad (Rojo-Pérez, Fernández-Mayoralas y Rodríguez-Rodríguez, 2015). Identificar tales condiciones es de extraordinaria relevancia para conocer su impacto sobre la calidad de vida a edades avanzadas, y examinar si algunos de esos factores son o no modificables en aras del mantenimiento o de la mejora de la calidad de vida.

El estudio de las condiciones de vida ha sido considerablemente utilizado en el ámbito científico, especialmente desde el último cuarto

del siglo XX, tanto en las disciplinas biomédicas como sociales, económicas, psicológicas y otras (Martínez Martín, 2006). También ha adquirido relevancia entre los responsables de políticas sociales y los proveedores de servicios, toda vez que permite establecer normas de actuación para mejorar esas condiciones. Pero el concepto de calidad de vida no ha cobrado solo importancia en los contextos profesional o científico y de política pública, sino también en el ámbito popular, donde se utiliza de forma intuitiva.

En efecto, la calidad de vida es un constructo relativamente reciente, pero de uso creciente sobre el que no se encuentra una definición comúnmente aceptada, mientras que las existentes pueden ser tan numerosas como los métodos de evaluación, de forma que algunos autores han afirmado que puede haber tantas definiciones como personas y ámbitos disciplinares¹. Esta situación ha llevado a Cummins *et al.* (1998) a proponer una conceptualización amplia señalando que la calidad de vida es “un constructo universal definido tanto objetiva como subjetivamente, donde los dominios objetivos incluirían medidas culturalmente relevantes de bienestar objetivo, y los dominios subjetivos comprenderían la satisfacción con las diferentes dimensiones ponderadas por su importancia para el individuo”.

Esta definición recoge varios aspectos de interés. En primer lugar, destaca el carácter multidimensional de la calidad de vida, que permite una aproximación desde diferentes perspectivas, disciplinas y dominios de la vida de la población. Así, su estudio se puede abordar tanto desde un enfoque holístico (calidad de vida global) como específico, atendiendo a uno de sus dominios o atributos, como las redes familiares y sociales, los recursos económicos, el entorno físico de residencia, la salud, la disposición de recursos de apoyo o cuidado, las actividades de ocio y la participación comunitaria, los factores psicológicos, la vida espiritual y religiosa, las expectativas de vida, etcétera. (Rojo-Pérez, Fernández-Mayoralas y Rodríguez-Rodríguez, 2015). En segundo lugar, considera el doble enfoque objetivo-subjetivo para valorar este constructo. La perspectiva objetiva alude a características de la persona o

¹ En torno a estas cuestiones pueden consultarse Farquhar (1995), Fernández-Mayoralas y Rojo Pérez (2005), Martínez Martín (2006), Walker y Lowenstein (2009), Fernández-Ballesteros (2011), y Hoe, Orrell y Livingston, (2011).

del entorno que pueden cuantificarse y en las que, por su naturaleza, no interviene la percepción humana (The International Wellbeing Group, 2006). En cambio, la perspectiva subjetiva se refiere a la percepción emitida por los individuos sobre sus circunstancias o dominios de vida (nivel micro), y a las condiciones y los estereotipos atribuidos a un contexto poblacional (nivel macro) (Fernández-Ballesteros, 2011). La forma de hacer operativo el enfoque subjetivo de calidad de vida es diversa, utilizándose indicadores variados y a veces poco diferenciados, como bienestar, bienestar subjetivo, calidad de vida subjetiva, satisfacción con la vida o felicidad, entre otros, en buena medida provenientes de modelos psicológicos y filosóficos (Rojo-Pérez, Fernández-Mayoralas y Rodríguez-Rodríguez, 2015). Y, en tercer lugar, reconoce que la medida de la calidad de vida ha de reflejar la importancia y percepción del individuo. Pero tampoco hay acuerdo en la forma de medida, y son muchos los instrumentos y escalas diseñados y utilizados, casi siempre relacionados con el carácter disciplinar de los autores (Rodríguez-Blázquez *et al.*, 2017). En general, y dependiendo del objeto de medida, se puede hablar de instrumentos genéricos e instrumentos específicos diseñados para medir la calidad de vida global o la específica (es decir, de cada dominio), respectivamente (Hoe, Orrell y Livingston, 2011).

Los instrumentos de medida de calidad de vida para la población general pueden ser también usados para población mayor, si bien para este colectivo etario se han desarrollado recientemente nuevos instrumentos. Entre ellos, Rodríguez-Blázquez *et al.* (2017) mencionan el cuestionario World Health Organization Quality of Life for Older people (WHOQOL-OLD), el Older People's QoL Questionnaire (OPQOL), y el CASP (de sus siglas en inglés Control, Autonomía, Satisfacción y Autorrealización). Otros instrumentos de carácter general también son empleados para medir el bienestar de la población mayor, como el Personal Well-Being Index (PWI), el Community Well-Being Index o el National Well-Being Index (Rojo-Pérez *et al.*, 2012; Rodríguez-Blázquez *et al.*, 2017; Forjaz *et al.*, 2012).

En esta aportación utilizamos el PWI, un indicador compuesto, desarrollado para medir la dimensión personal y subjetiva de la calidad de vida a partir de la satisfacción en varios

dominios (nivel de vida, estado de salud, logros que actualmente está alcanzando en la vida, relaciones personales, recursos y sentimientos de seguridad o protección futuras, sentimientos de pertenencia a una comunidad o grupo de personas, vida espiritual y creencias religiosas). Las puntuaciones de este índice varían de 0 a 100 (del más bajo al más alto nivel de satisfacción imaginable), y pueden ser utilizadas bien individualmente para cada dominio, bien como indicador compuesto y global, promedio del nivel de satisfacción de los ocho dominios de vida personal.

Sobre la base de uso del PWI, seguidamente se muestran resultados que ilustran cómo perciben los adultos mayores españoles su bienestar personal, como indicador subjetivo de calidad de vida, y su relación con factores de tipo sociodemográfico. Para ello se usan los datos provenientes de la encuesta *Estudio Longitudinal Envejecer en España (proyecto ELES)* realizada en 2011 a 1.747 personas con 50 o más años de edad residentes en vivienda familiar en España. Recoge información de diversos bloques temáticos: características sociodemográficas; salud física y psicosocial; economía, empleo y jubilación; redes familiar y social; cuidado y recursos de apoyo; ocio y tiempo libre; entorno residencial; biomarcadores (puede accederse a toda la información en la web de la *Encuesta*²).

En el año 2011, el PWI aplicado a la encuesta *ELES*, como indicador compuesto de calidad de vida, muestra un valor de 74,2 sobre 100, lo que indica un bienestar personal elevado (gráfico 2), en línea con los valores considerados como *gold standard* o valor de referencia en este instrumento (entre 70-80 sobre 100). Tomando este valor como promedio de los dominios que lo conforman, los mejor valorados son las relaciones personales, los sentimientos de seguridad y protección y los sentimientos de pertenencia a una comunidad o grupo de personas, lo que podría estar reflejando la integración personal y social, pero también el entorno de vida de las personas adultas-mayores en España. Por el contrario, los recursos y dispositivos de seguridad y protección futuras y el estado de salud aparecen como las áreas peor valoradas. Pero se han encontrado dife-

² La información sobre características técnicas de la encuesta, documentación y publicaciones puede verse en <http://proyectoeles.es>

GRÁFICO 2

BIENESTAR PERSONAL COMO INDICADOR DE CALIDAD DE VIDA SUBJETIVA (AÑO 2011)



Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta del proyecto ELES (<http://proyectoeles.es/>).

rencias según los rasgos sociodemográficos de los adultos mayores, de modo que el bienestar personal es más alto entre quienes no están viudos/as, y es especialmente destacable entre los casados/as o viviendo en pareja, los que han alcanzado estudios primarios o superiores y quienes pertenecen a clases sociales más elevadas. Si bien el bienestar personal se ha revelado independiente del género y de la edad en esta población, se observa una tendencia a ser más elevado entre los hombres, entre quienes se encuentran en el tramo de edad de 65 a 74 años, y entre quienes residen en localidades de mayor tamaño demográfico.

Estos resultados evidencian que si bien el nivel de calidad de vida es elevado, el diseño de políticas sociales habría de reforzar aquellas áreas hacia las que los adultos mayores muestran un nivel de satisfacción más bajo. Así, tanto la promoción de hábitos de vida saludables como el diseño de entornos sostenibles y adaptados a la población mayor podrían incidir en una mejor percepción en relación con su salud y su seguridad y protección. La mejora de los

recursos económicos y materiales también contribuiría a ello.

Investigaciones previas han permitido conocer que la calidad de vida entre la población adulta mayor en España se apoya fundamentalmente en cinco dominios de vida: salud, familia, recursos económicos, red social, ocio y tiempo libre³. En el mismo sentido, los determinantes subjetivos de la calidad de vida en la vejez se han relacionado con la satisfacción con la situación económica del individuo, la red de relaciones con vecinos y con familiares, el estado de salud general, la vivienda de residencia, la apariencia física y la forma de convivencia (Rojo-Pérez y Fernández-Mayoralas, 2011). Estos son los dominios que van a ser analizados más pormenorizadamente en los próximos apartados.

³ Estos cinco dominios se han obtenido de forma intuitiva y espontánea mediante la aplicación del instrumento SEIQOL-DW (Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life, Direct Weighting) en la encuesta "Calidad de Vida de Mayores" (CadeViMa), realizada a población con 60 o más años de edad residente en la Comunidad de Madrid. Véase Fernández-Mayoralas et al. (2011).

2. LOS DOMINIOS DE LA CALIDAD DE VIDA EN LA VEJEZ

2.1. La salud y la capacidad funcional

La salud es el dominio más nombrado por las personas mayores y también el que más acuerdo concita entre los investigadores sobre su contribución a la definición de la calidad de vida, tanto desde una perspectiva positiva (la buena salud añade calidad a la vida), como negativa (la mala salud deteriora la calidad de vida). Este reconocimiento proviene, en gran parte, de la propia definición de salud como un “estado de completo bienestar físico, mental y social” (Organización Mundial de la Salud, 1947; Fernández-Mayoralas y Rojo Pérez, 2005). Sin embargo, también se ha señalado que, aun con malas o muy malas condiciones de salud, las personas mayores pueden informar una elevada calidad de vida, lo que es posible gracias a los procesos de adaptación a los límites de la propia salud y el impacto positivo que ofrecen los contactos familiares, el apoyo social y los logros alcanzados (Prieto-Flores *et al.*, 2010).

Según datos de la encuesta *Estudio Longitudinal Envejecer en España (proyecto ELES)*, de los 21 problemas de salud investigados, los adultos mayores declaran tener diagnosticados una media de 2,6. El número de enfermedades se incrementa con la edad, y las mujeres y quienes tienen un menor nivel de instrucción suelen declarar mayor cantidad. Destaca el impacto de las osteomusculares y emocionales, tanto en el número de personas adultas mayores afectadas, como en la limitación que producen. Siguiendo el patrón del número de enfermedades y condiciones adversas de salud, también el consumo de medicamentos aumenta con la edad y es más elevado entre las mujeres, siendo así un posible factor de riesgo para una quinta parte de los adultos mayores que puede considerarse polimedicada (consumo de seis o más medicamentos).

Por lo que se refiere a la capacidad funcional, un tercio de la población de 50 o más años declara, en promedio, padecer siempre o a veces alguna dificultad para realizar actividades en su vida diaria, como conse-

cuencia de algún problema físico o de salud y con una duración de al menos tres meses. En la encuesta *ELES* se contemplaron hasta 24 actividades que tienen que ver con aspectos relacionados con el cuidado personal (como bañarse o vestirse), con las tareas domésticas o instrumentales (como hacer la compra o manejar dinero) o con la movilidad, tanto en el interior del ámbito doméstico (como atravesar una habitación andando) o hacia el exterior o entorno residencial (como caminar más de 1.000 metros).

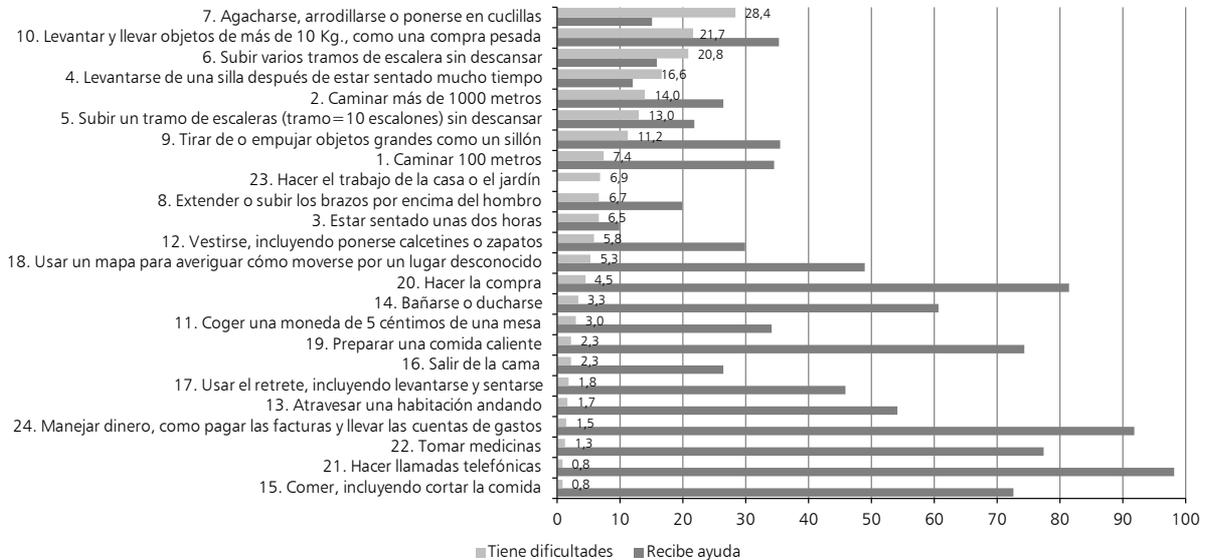
Las dificultades que afectan a mayor proporción de población son las relativas a la movilidad que requiere una mayor energía, mientras que, por el contrario, actividades instrumentales, como comer o manejar dinero, apenas implican dificultad para el 2 por ciento de los entrevistados (gráfico 3). Un término medio lo ocupan las actividades para el cuidado personal (vestirse, bañarse o ducharse) que requieren de un cierto esfuerzo y tan solo implican dificultad para el 3 por ciento de los individuos.

Por lo que se refiere al estado de salud percibido, el 64 por ciento de los adultos mayores informan que su salud es buena o muy buena. El estado de salud va empeorando con la edad de forma progresiva en las mujeres y, con un salto a los 70 años, en los hombres. Las mujeres refieren peor salud que los hombres en todos los grupos de edad. Además, los trabajadores manuales informan una peor salud que los no manuales, siendo esta diferencia por nivel socioeconómico aún más evidente entre las mujeres. En líneas generales, ser mujer con total dedicación al trabajo doméstico se asocia con un peor estado de salud percibido (Pino-Domínguez *et al.*, 2016). Sin embargo, otros estudios sugieren que el género no es un factor determinante en el estado de salud percibido cuando se combina con otros factores, como la condición económica, la depresión o la discapacidad (Fernández-Martínez *et al.*, 2012).

El estado de salud percibido mostró peores resultados entre la población adulta mayor que reside en la mitad sur de España, y mejor entre las personas que viven en el norte del país, observándose una relación entre las desigualdades relacionadas con el lugar donde se vive, la condición social y la calidad de vida, así como un mayor impacto negativo de los factores socioeconómicos en la salud percibida de los adultos mayores (Fernández-Martínez *et al.*, 2012). Ade-

GRÁFICO 3

PROPORCIÓN DE ADULTOS MAYORES CON DIFICULTAD PARA REALIZAR (SIEMPRE O A VECES) ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD) Y PROPORCIÓN QUE RECIBE AYUDA (AÑO 2011)



Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta del proyecto ELES (<http://proyectoeles.es>).

más, la satisfacción con los servicios comunitarios se asocia positivamente con la salud autopercebida y la independencia funcional, y negativamente, con la depresión y las afecciones médicas crónicas (Giraldez-García *et al.*, 2013).

¿Cómo se relacionan estos aspectos de la salud de los adultos mayores con su calidad de vida y su calidad de vida relacionada con la salud?

Según el *Estudio sobre Calidad de Vida de los Mayores en España de 2008*⁴, entre los problemas crónicos de salud que influyen más negativamente en la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) en la vejez destacan la depresión, seguida de la artrosis/artritis, el insomnio y la hipertensión arterial (Delgado-Sanz *et al.*, 2011). Además, las dimensiones de la CVRS en las que se observan peores situaciones son las que tienen que ver con el dolor/malestar y la movilidad (Delgado-Sanz *et al.*,

⁴ Sobre este proyecto (CadeViMa-España), véase Fernández-Mayoralas *et al.*, 2012.

2011). Efectivamente, la depresión parece ser el principal determinante de la CVRS de los adultos mayores, pero también del bienestar subjetivo (como indicador de calidad de vida global), mientras que la capacidad funcional (o la dependencia funcional) limita asimismo la CVRS, al tiempo que el apoyo social recibido es más relevante para explicar la calidad de vida global de esta población (Martínez-Martín *et al.*, 2012).

Como es previsible, las personas adultas mayores institucionalizadas presentan más problemas de salud que las que residen en vivienda familiar, lo que repercute negativamente en su CVRS y su calidad de vida global. En los centros de atención residencial en España, la disponibilidad de geriatras se asocia con una mejor calidad de vida que en los centros que no cuentan con estos especialistas entre su personal. Además, los centros públicos (propiedad pública y residentes financiados con fondos públicos) también se asociaron con una calidad de vida más alta que los centros privados o mixtos (Marventano *et al.*, 2015).

La explicación de muchas de las conexiones entre la salud subjetiva y otros dominios relevantes de la calidad de vida en los adultos mayores podría resumirse en cuatro factores, identificados mediante análisis cualitativo: la capacidad de adaptación a las limitaciones de la salud, la búsqueda de equilibrio entre la salud subjetiva y la calidad de vida, el sentido de ubicación y pertenencia en los centros para personas mayores, y las dimensiones familiares. Por ejemplo, la familia tiene un impacto positivo en la salud subjetiva y la calidad de vida por los contactos y el apoyo recibido, pero también podría tenerlo negativo como resultado de la muerte o enfermedad grave de un ser querido. Así, la perspectiva cualitativa de la calidad de vida contribuye a comprender la complejidad derivada de la multidimensionalidad tanto de la salud, como del envejecimiento y del significado del lugar (Prieto-Flores *et al.*, 2010).

2.2. Redes familiares y sociales como apoyo en la vejez

El estudio de las redes familiares y sociales en la vejez (diversidad estructural, relaciones, cuidado y otro tipo de transferencias, forma de convivencia, estado civil) permite profundizar en la repercusión de su interacción sobre las condiciones y calidad de vida. Esta interacción ha de entenderse de forma bidireccional, es decir, de los mayores con los miembros de las redes, y de estos con los mayores, y puede tener efectos tanto positivos como negativos que afectan a distintos ámbitos de la vida (Berkman *et al.*, 2012).

Las redes se entienden como la agrupación de personas y la estructura de relaciones en torno a ellas (Berkman *et al.*, 2012) y son fundamentales en la integración de las personas y el apoyo material, instrumental, emocional o económico en caso de necesidad. La red familiar puede estar vinculada por relaciones de parentesco (cónyuge o pareja, hijos, padres, hermanos), de dependencia o convivencia en el mismo hogar u otro tipo de interacción (afectiva, reproductiva, curso de vida, de protección social), lo que incide en el desarrollo físico y emocional (Bernardi, Keim y Klärner, 2014; Souza *et al.*, 2015). La red social no es de parentesco, y estaría compuesta por miembros no familiares (amigos, vecinos, colegas) (Rözer, Mollenhorst y Poortman, 2016). En la vejez, la red familiar

es más amplia que la red social, más reducida y débil por motivos relacionados con el declive en la salud y el funcionamiento (Puga, 2007; Rodríguez-Rodríguez, Rojo-Pérez y Fernández-Mayoralas, 2017).

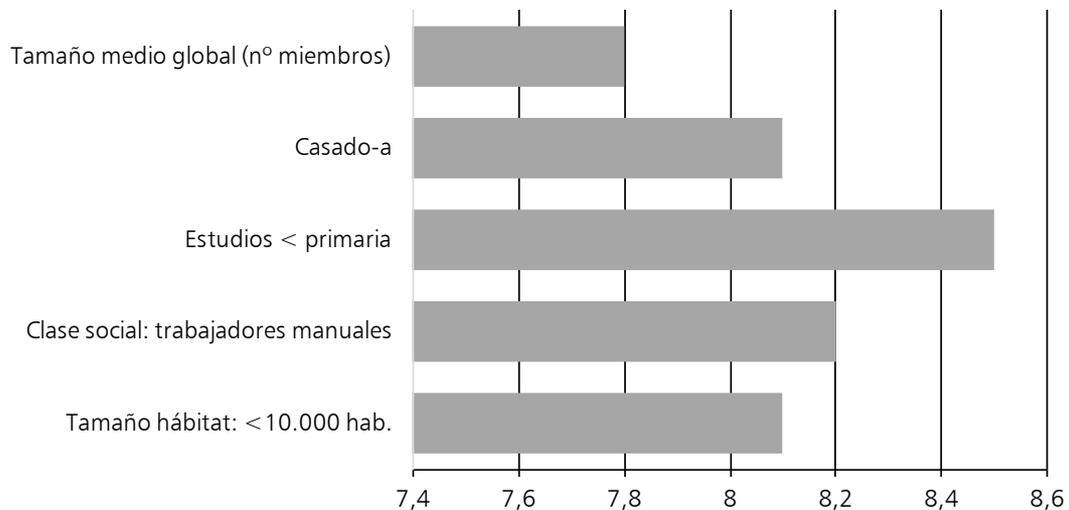
Las redes formadas por familiares y por otras personas cercanas están entre las dimensiones de calidad de vida más valoradas por los adultos mayores. Así, de las cinco dimensiones más mencionadas por este colectivo como elementos relevantes de su vida, estas redes se situaron en segundo y cuarto lugar, respectivamente, después de la salud, la situación económica y el ocio y tiempo libre (Fernández-Mayoralas *et al.*, 2011). Otros estudios y contextos corroboran su importancia como determinante de calidad de vida (Lassey y Lassey, 2001; Bowling *et al.*, 2013). En un modelo global de calidad de vida subjetiva entre los mayores, la satisfacción con las relaciones con los vecinos (como integrantes de la red social en el entorno residencial) y con las relaciones familiares fueron factores predictores significativos de la satisfacción con la vida como indicador de calidad de vida global (Rojo-Pérez y Fernández-Mayoralas, 2011). Otros factores relacionados, como la forma de convivencia y el tamaño del hogar, la percepción de soledad o de contar con apoyo social, también se encuentran entre los determinantes del bienestar personal (Rojo-Pérez *et al.*, 2012). En cuanto a los miembros de la red familiar, la relación "con" y el apoyo "de" los hijos son los que mayor bienestar producen, mientras un bajo apoyo de la red social y débiles lazos familiares, como rasgos caracterizadores de insuficiencia familiar (Souza *et al.*, 2015), pueden provocar la percepción de soledad y tener un impacto negativo en el bienestar y la calidad de vida de la población mayor.

En esta sección se examinan varias características de la red familiar y la red social que facilitan el conocimiento de los factores personales y contextuales que las afectan. Así, se analiza su calidad en función de su tamaño, la distancia al lugar de residencia, la frecuencia de contactos y la satisfacción con las relaciones con los miembros de las redes como indicador de la calidad de vida en este dominio. Asimismo, se sintetizan los factores personales y de contexto que pueden ayudar a entender las relaciones que se producen en su seno.

La red familiar de los adultos mayores se ha revelado como relativamente extensa, con

GRÁFICO 4

ALGUNOS RASGOS DE LA RED FAMILIAR (AÑO 2011)



Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta proyecto ELES (<http://proyectoeles.es>).

un tamaño medio de casi ocho miembros. Edad y número de miembros tienen una relación directa, de forma que según aumenta la edad, también lo hace el tamaño de la red. Es reseñable la diversidad de la red familiar, con una presencia importante de hermanos/as, primero, y de hijos/as, después. Así, para nueve de cada diez mayores está compuesta por hermanos/as, una proporción algo menor de hijos/as, y valores más bajos se observan con otros miembros de la red, de forma que la relación conyugal es relevante, como también lo es, debido a la edad de esta población, la presencia de los progenitores (un 11 por ciento y un 25 por ciento de sujetos declara, respectivamente, que su padre o su madre aún vive), en línea con la esperanza de vida de cada cohorte.

Algunos rasgos sobresalientes de la red familiar se pueden ver en el gráfico 4. El tamaño de la red es más elevado entre los casados, los que tienen estudios primarios o inferiores y, consecuentemente, son trabajadores manuales, y quienes residen en áreas geográficas con menos de 10.000 habitantes.

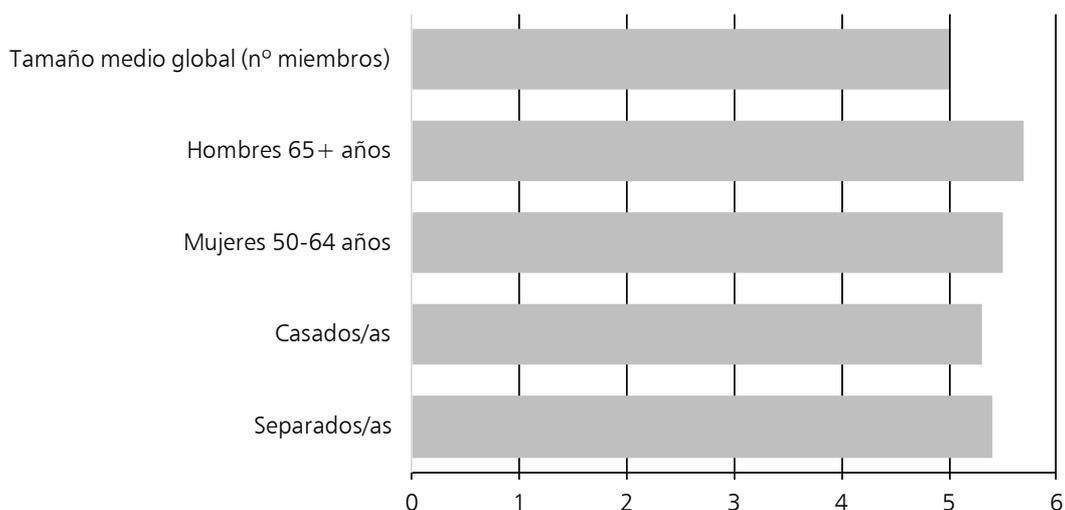
En cuanto a la red social, y considerando a aquellos miembros que los mayores declaran

intuitivamente como “sus mejores amigos/as”, se ha comprobado que su tamaño disminuye con la edad y es más reducida que la familiar, con una media de cinco miembros. Casi un 10 por ciento de la población adulta mayor declaró no tener amigos/as. El gráfico 5 muestra las características principales asociadas con la red social. Hombres de más edad, mujeres de menos edad y quienes no están viudos/as son quienes mantienen una red social más amplia. Los adultos mayores que han cursado estudios secundarios y superiores, y pertenecen a la clase de trabajadores no manuales, también cuentan con una red social más amplia.

La calidad de la red se puede evaluar también por el tipo y la frecuencia de contactos mantenidos con cada miembro de las subredes. El contacto puede ser presencial y no presencial (por teléfono, correo postal o electrónico, mensaje o carta). Según esta tipología, el más frecuente es el no presencial, con los hijos/as (con una frecuencia media de 19 días/mes), los padres (media de 13 días/mes) y los hermanos/as (media de 9 días/mes). En cambio, el contacto presencial más frecuente se da con los nietos/as (media de 16 días/mes), seguido, a mayor distancia, por yernos/nueras (media de 9 días/mes).

GRÁFICO 5

ALGUNOS RASGOS DE LA RED SOCIAL (AÑO 2011)



Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta proyecto ELES (<http://proyectoeles.es>).

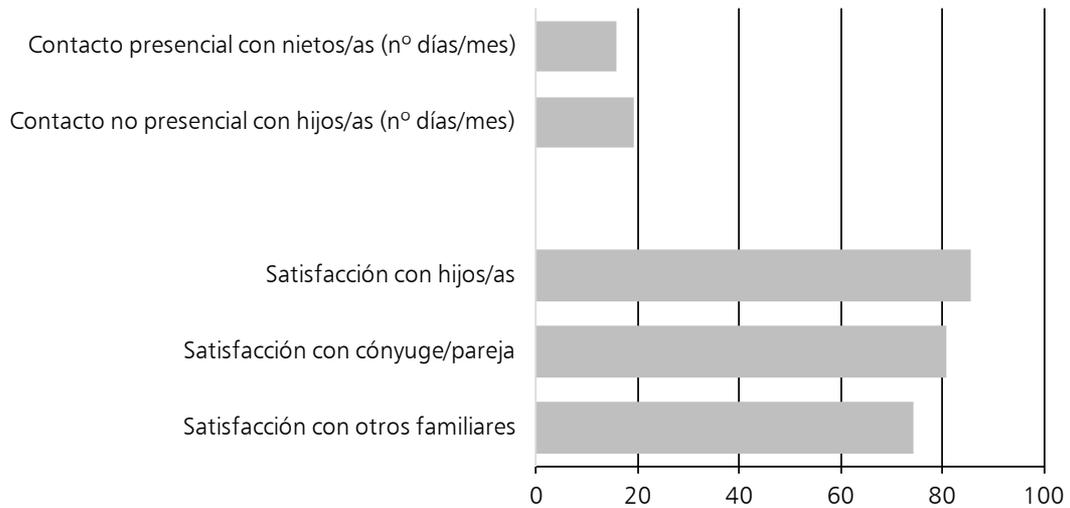
Entre los diversos factores condicionantes de esta red de contactos con familiares hay que considerar las circunstancias personales y las condiciones de vida de los adultos mayores, así como también otros aspectos de los miembros de las subredes. Uno de ellos es la distancia entre el lugar de residencia respectivo. Así, se ha observado que los mayores mantienen su independencia residencial, por cuanto más de siete de cada diez declararon que sus hijos residen en otros domicilios de la misma o distinta localidad, proporción que se eleva a casi nueve de cada diez en el caso de los padres. Una menor frecuencia de contacto presencial se asocia con una mayor distancia al lugar de residencia y, por el contrario, aumenta el contacto no presencial.

En la red de amigos/as la frecuencia de contacto presencial es superior a la no presencial. Pero el contacto decae a casi la mitad comparado con el mantenido con algunos miembros de la red familiar. Los valores reflejados en los gráficos 6 y 7 son muy expresivos. La pauta en el tipo de contacto es diferente según los rasgos sociodemográficos. De este modo, y por oposición al contacto no presencial, el contacto en persona aumenta con la edad, es superior entre quienes tienen un nivel de estudios más

bajo, y consecuentemente pertenecen a la clase de trabajadores manuales, y entre quienes residen en localidades de menor tamaño demográfico. Estas características se observan de igual manera entre hombres y mujeres. El contacto en persona con vecinos, como otros miembros de la red social, reveló una frecuencia similar a la mantenida con amigos/as.

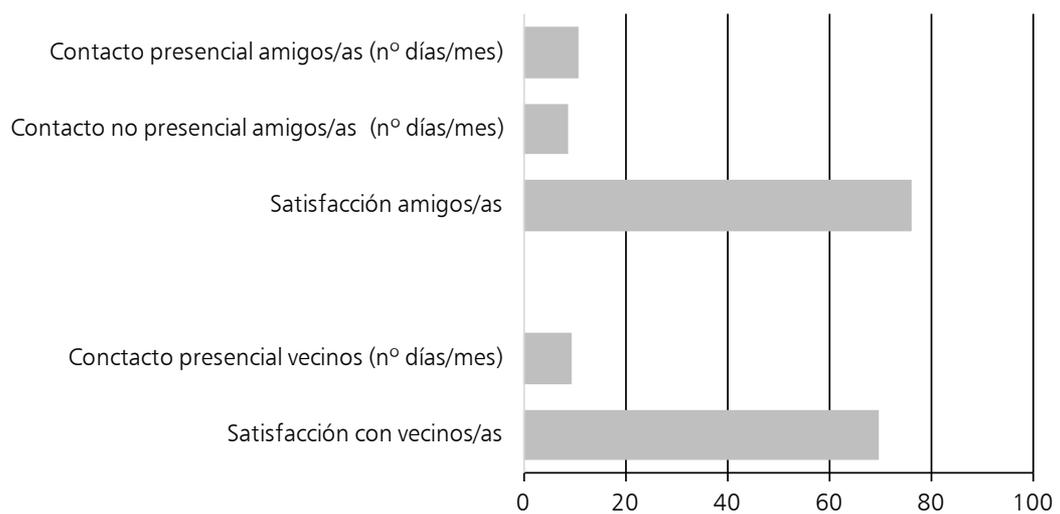
La satisfacción con las relaciones, como dominio específico de la calidad de vida, es elevada. Pero se han observado diferencias según el tipo de red. Así, la satisfacción más alta se observó con los hijos (85,7 en una escala de 0 a 100), seguida de la satisfacción con el cónyuge/pareja (80,7 sobre 100), los amigos/as, otros familiares y, en menor medida, la red social del entorno residencial, superando los valores obtenidos para la satisfacción global con la vida (74,2 sobre 100), lo que indica que los adultos mayores muestran una satisfacción muy elevada con los miembros de la red familiar de primer grado, mientras que la satisfacción con la red de amigos, vecinos y otros familiares se ha revelado algo más baja (si bien nunca por debajo de 70 sobre 100, en línea con el patrón que indica que la satisfacción es elevada).

GRÁFICO 6

RED FAMILIAR: CONTACTO Y SATISFACCIÓN

Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta proyecto ELES (<http://proyectoeles.es>).

GRÁFICO 7

RED SOCIAL: CONTACTO Y SATISFACCIÓN

Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta proyecto ELES (<http://proyectoeles.es>).

Estos resultados corroboran la importancia de la familia y de las amistades en las condiciones de vida de los mayores, que declaran mantener unas redes relativamente amplias en cuanto a número de miembros, pero también densas en contacto, presencial o no; todo ello, mientras conservan su independencia residencial respecto a los miembros de esas redes familiares y sociales.

La mayor presencia de hermanos/as, primero, y de hijos/as, después, está en línea con la abultada fecundidad en la generación de los padres de los actuales mayores, más alta que en la generación posterior, lo que explica que el número de hijos sea menor que el de hermanos. La red conyugal es relevante y también lo es la presencia de progenitores vivos. Estos resultados están en la base de la diversidad de la red familiar.

La fortaleza de relaciones con la subred de los hijos/as se refleja en la elevada frecuencia de contacto, especialmente no presencial, más alta que con hermanos/as. El contacto presencial elevado con los nietos/as puede obedecer a la transferencia de apoyo instrumental que prestan los adultos mayores a sus hijos/as a través del cuidado a los nietos/as.

El nivel de satisfacción con las relaciones que los mayores mantienen con los miembros de las subredes se ha revelado muy elevado comparado con el nivel de satisfacción global con la vida (Rodríguez-Rodríguez, Rojo-Pérez y Fernández-Mayoralas, 2017). Asimismo, se ha observado una relación directa y significativa entre la satisfacción y la frecuencia de contacto. No es despreciable la satisfacción con la red social, compuesta por amigos/as y vecinos/as con quienes los mayores mantienen una relativa frecuencia de contacto, si bien se sitúa por debajo de la satisfacción con la red familiar.

Otros estudios han observado que un menor contacto con la red familiar muestra un alto riesgo de limitación funcional (Micheli *et al.*, 2018). Asimismo, la coresidencia en hogares con más miembros, o incluso con una alta proporción de mujeres, se asocia con una mejor salud física en Malawi (Kendall y Anglewicz, 2018), si bien esta forma de convivencia intergeneracional, poco frecuente en Europa, podría responder a la solidaridad familiar ante necesidades o inseguridades económicas de los mayo-

res (Isengard y Szydlik, 2012). Pero también en Europa se han observado diferencias en cuanto a los tipos de redes y a la interacción entre sus miembros, de modo que en los países del sur son más prevalentes las redes familiares próximas, como sociedades familistas, mientras que en el norte y oeste lo son más las redes distales y las no familiares (Litwin y Stoeckel, 2014).

La relación entre las redes familiar y social y la calidad de vida se confirma también en otros contextos mundiales (Gallardo-Peralta *et al.*, 2018). En efecto, investigaciones sobre las relaciones familiares y el bienestar desde una perspectiva de curso de vida respaldan empíricamente esta asociación (Thomas *et al.*, 2017). Otro parámetro relevante de las redes es la existencia de una persona estable de confianza, que se relaciona con la menor incidencia de síntomas depresivos (Bookwala, 2017). Cuando se carece de interacción, apoyo y convivencia familiar, en lo que se conoce como “insuficiencia familiar”, los mayores se ven expuestos a situaciones de declive físico y emocional, lo que conduce a un deterioro en el nivel de bienestar en la vejez (Souza *et al.*, 2015).

2.3. Recursos económicos

Los recursos económicos conforman uno de los principales factores determinantes del envejecimiento activo porque facilitan independencia y autonomía en las decisiones, y el desarrollo de actividades (Organización Mundial de la Salud, 2002). Entre estos recursos se encuentran los ingresos mensuales de la persona y del hogar, las prestaciones sociales, la disponibilidad de la vivienda en propiedad u otros activos, o las transferencias familiares (Rodríguez-Rodríguez *et al.*, 2011; Rodríguez-Rodríguez *et al.*, 2016). Constituyen, además, la tercera dimensión que más citan los adultos mayores cuando definen su calidad de vida, tras la salud y la familia, si bien su importancia relativa se atenúa cuando se controla por variables psicosociales y de salud (Fernández-Mayoralas, 2011; Martínez-Martín *et al.*, 2012).

Un componente clave en el análisis de las condiciones económicas de las personas mayores es su grado de estabilidad en el mercado de trabajo. Según la encuesta *Estudio Longitudinal Envejecer en España* (proyecto ELES), las perso-

nas jubiladas han cotizado una media de 32 años y 10 meses y la elevada estabilidad de una mayoría de trabajadores parece confirmarse teniendo en cuenta que la media de permanencia en la misma ocupación de la población con 50 o más años es o ha sido de 24 años y 6 meses.

De acuerdo con lo anterior, para el 46 por ciento de los adultos mayores la pensión de jubilación es la principal fuente de ingresos de su hogar, seguida de los salarios (33 por ciento), las pensiones de viudedad (9 por ciento), las prestaciones por desempleo (3 por ciento) y las pensiones por invalidez (3 por ciento). El importe mensual de la pensión es desigual según la edad (gráfico 8); con todo, los ingresos mensuales familiares muestran una distribución aún más desigual, ya que tres de cada cuatro de quienes tienen menos de 70 años declaran ingresos del hogar superiores a 1.200€, pero el 43 por ciento de los mayores de 70 años declaran ingresos inferiores a los 1.200€. Se aprecia, por tanto, un importante efecto igualador de las pensiones entre los jubilados de más edad.

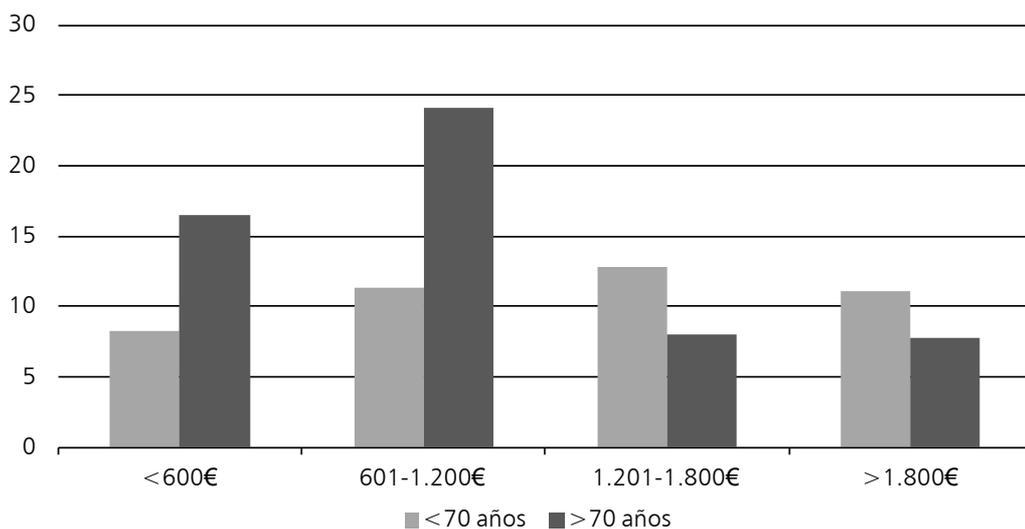
Las rentas patrimoniales y los ahorros suponen los complementos de renta más seña-

lados: un 29 por ciento de los adultos mayores los mencionan como su segunda vía de ingresos, y un 57,5 por ciento como la tercera. La teoría del ciclo vital señala que el ahorro suele concentrarse en los años centrales de la vida, mientras que el endeudamiento tiende a hacerlo en los períodos previos a la incorporación al mercado de trabajo y tras la salida del mismo, con la jubilación. Ello explicaría que los menores de 70 años declaren más activos económicos que los mayores de esa edad: el 87 por ciento de ellos reconocen tener plan/es de pensiones u otros activos financieros. Pese a todo, los activos financieros constituyen una forma de ahorro de gran importancia; un 53 por ciento de los adultos mayores cuenta con ahorros significativos en este ámbito, y el 12 por ciento tiene inversiones financieras en planes de pensiones.

El activo de ahorro y riqueza más importante en España es, sin duda, la propiedad de la vivienda habitual, con proporciones que rondan el 90 por ciento entre los mayores de 65 años. Sin embargo, la inversión en inmuebles pierde importancia cuando no se trata de la vivienda habitual. Según datos de la encuesta *ELES*, solo el 19 por ciento de la población de 50 o

GRÁFICO 8

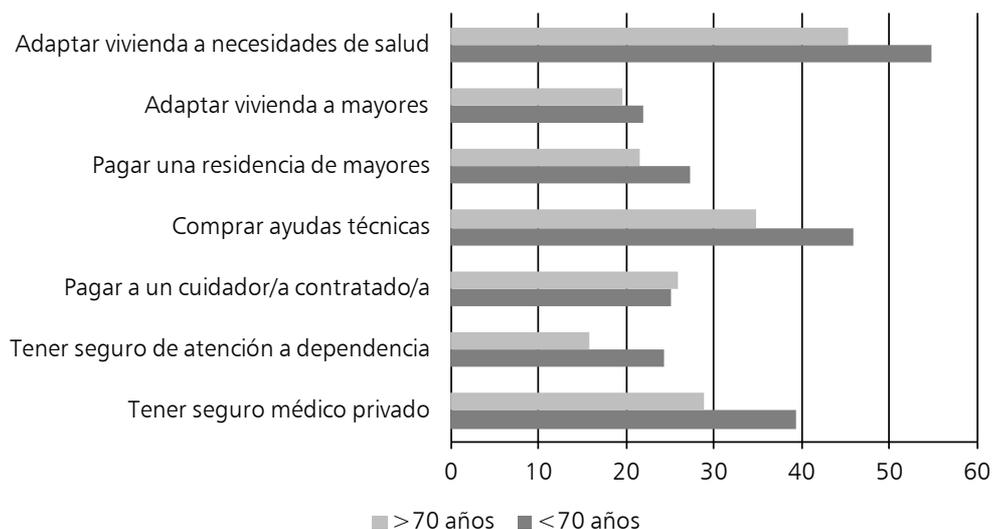
**IMPORTE MENSUAL DE LA PENSIÓN, POR EDAD (AÑO 2011)
(PORCENTAJE)**



Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta proyecto *ELES* (<http://proyectoeles.es>).

GRÁFICO 9

NECESIDADES ECONÓMICAS POR SATISFACER ENTRE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR (AÑO 2011)



Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta proyecto ELES (<http://proyectoeles.es>).

más años cuenta con inmuebles distintos de la vivienda en la que reside.

A medida que aumenta la edad de la población, se observa un comportamiento generalizado de disminución de los niveles de endeudamiento. Así, si un 18 por ciento de los adultos mayores tiene deudas significativas, la proporción es mayor para quienes tienen una edad entre 50 y 65 años (27 por ciento), pero menor entre los mayores de 65 años (7 por ciento). El principal componente de la deuda sigue siendo el préstamo hipotecario: el 16 por ciento de los encuestados afirma contar con esta deuda, si bien se halla más concentrada entre los menores de 70 años (22 por ciento) que entre quienes ya cumplieron esa edad (5 por ciento).

Por lo que se refiere a las transferencias económicas en el entorno familiar y social, según la *Encuesta de Condiciones de Vida de 2014* (INE, 2014), el 8,3 por ciento de las personas de 50 o más años entregó recursos económicos a otros hogares, casi 1,4 millones⁵. En

⁵ Pese a que los resultados de la ECV de 2017 ya se encuentran disponibles, se utilizan los de 2014 por su proximidad temporal con los de la encuesta ELES, principal fuente de este artículo.

cambio, la recepción de dinero desde otros hogares apenas afecta a 0,58 millones, un 3,4 por ciento. Los datos del proyecto ELES corroboran esta tendencia, aunque con ligera variación (13,6 y 2,6 por ciento, respectivamente) e indican una preferencia mayor por la donación que por el préstamo. Desde una perspectiva individual, los flujos de dinero se dirigen o provienen de círculos de referencia más cercanos, esencialmente los hijos/as, quienes son los primeros donantes o receptores de dinero, siendo la entrega de dinero a personas de más edad un comportamiento habitual (casi un 61 por ciento, según la encuesta ELES). Por tanto, como recursos voluntarios no sujetos a derecho legal, las transferencias económicas no están arraigadas, cualquiera que sea la fuente que se maneje, y la tendencia a entregar dinero está más asentada que a recibirlo (Rodríguez-Rodríguez, Rojo-Pérez y Fernández-Mayoralas, 2016).

En general, los adultos mayores no informan de problemas importantes para llegar a final de mes, pero quienes tienen 70 o más años declaran más dificultades. En el mismo sentido, los menores de 70 expresan que sus

recursos económicos pueden cubrir sus necesidades de tipo económico (como el seguro médico privado, las ayudas técnicas o la adaptación de la vivienda para cuidados de salud). Los mayores de 70 años priman su interés por tener contratados cuidados de salud, y entre este colectivo están poco generalizados el pago de una residencia o de un seguro de dependencia (gráfico 9).

ción que mantendrán las personas durante su proceso de envejecimiento y tras la jubilación, como las teorías de la actividad (Havighurst, 1961), de la continuidad (Costa y McCrae, 1980) y de la desvinculación (Cumming, Henry y Shanas, 1961). Siguiendo a Rowe y Kahn (1997), la participación activa se refiere a la realización de actividades productivas o con significado para la persona (que crean valor social), sean estas remuneradas (actividad económica) o no (actividades de ocio y participación social), así como a las relaciones interpersonales (contactos y relaciones con los demás, el intercambio de información, apoyo emocional y ayuda directa), incluyendo la satisfacción con el uso del tiempo libre.

2.4. Ocio y tiempo libre

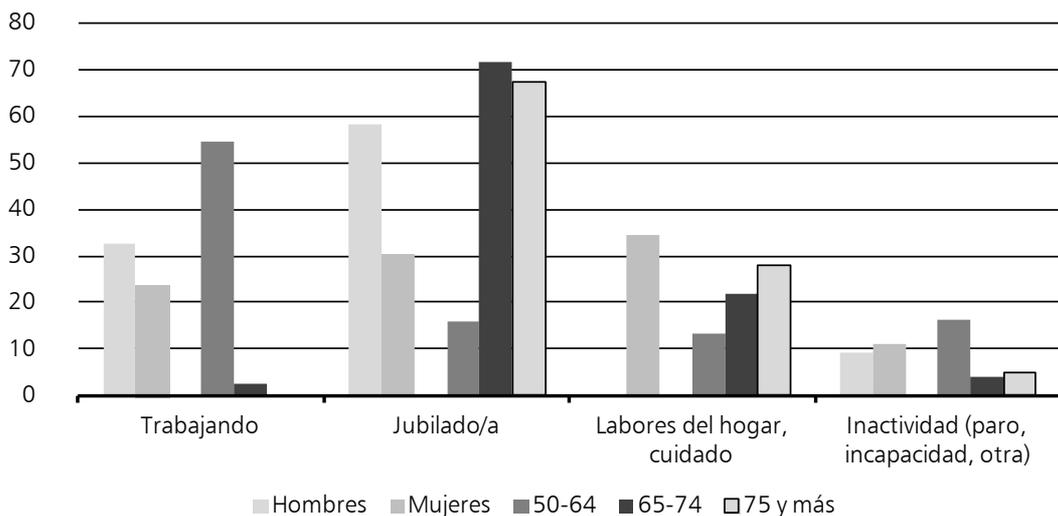
La participación es uno de los cuatro pilares del envejecimiento activo, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002), y, en forma de realización de actividades de ocio y tiempo libre, es el quinto dominio más nombrado por las personas mayores cuando definen su calidad de vida (Fernández-Mayoralas *et al.*, 2011).

Diferentes teorías surgidas a mediados del siglo XX en el ámbito psicosocial plantean escenarios diversos sobre la actividad y la participa-

De acuerdo con la encuesta *Estudio Longitudinal Envejecer en España* (proyecto ELES), la relación con la actividad es sustancialmente diferente por edad y sexo, con las mayores proporciones de población jubilada (alrededor de siete de cada diez) entre quienes tienen 65 o más años, mientras poco más de la mitad de la población entre 50 y 64 años se encuentra aún trabajando (gráfico 10). La condición de ser mujer solo predomina proporcionalmente entre las personas dedicadas a las labores del hogar y

GRÁFICO 10

RELACIÓN CON LA ACTIVIDAD, SEGÚN SEXO Y EDAD (AÑO 2011) (PORCENTAJE)



Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta proyecto ELES (<http://proyectoeles.es>).

tareas de cuidado, así como en la categoría de inactividad por paro, incapacidad u otra situación. Esta estructura, que ayuda a perfilar el tiempo libre disponible antes y después de la jubilación y por género, es el escenario para el desarrollo de actividades de ocio y participación social, como actividades no remuneradas y con significado para las personas.

Sin entrar en el debate sobre las diferentes clasificaciones de las diversas actividades de ocio y participación (Lardies-Bosque *et al.*, 2015), se utiliza aquí una tipología que permite distinguir siete conjuntos de actividades: unas que refuerzan el aprendizaje del individuo en la edad adulta (actividades culturales y formativas); otras que afectan a las relaciones del individuo en su esfera social (actividades sociales y de asociacionismo); y otras, finalmente, que exploran su relación con el entorno cercano (actividades en el ámbito doméstico y en el barrio) o más alejado (viajar, hacer turismo), que expresan distinto grado de movilidad.

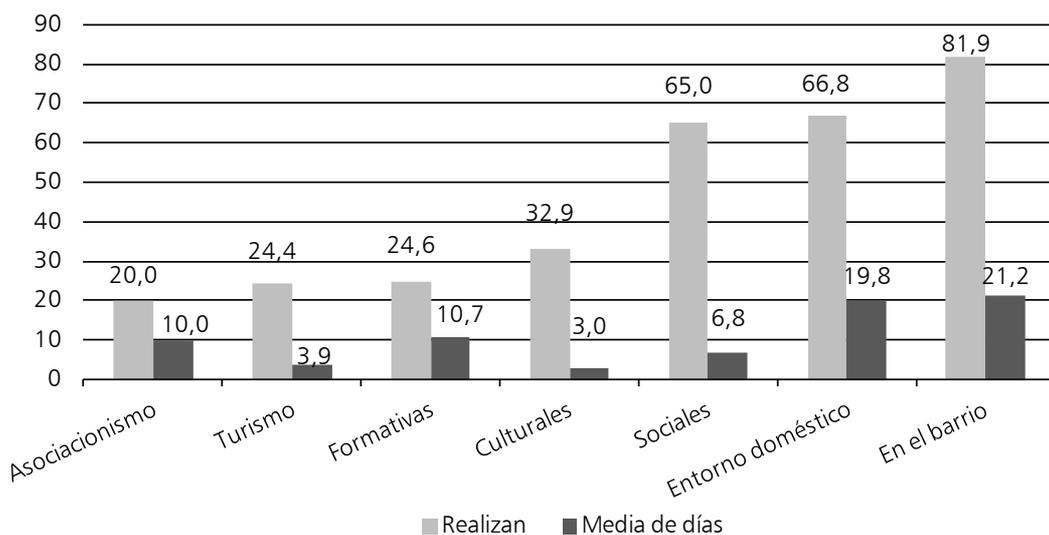
Así, las actividades de ocio más frecuentes y predominantes entre la población con

50 o más años son las relacionadas con el entorno de residencia, el propio barrio, tales como caminar, ir al parque, al centro deportivo, a la plaza, etcétera. (gráfico 11), seguidas de las que se desarrollan en el ámbito doméstico (jardinería, bricolaje, manualidades, costura, punto, etcétera.) y las actividades sociales (ir al club o centro de mayores, salir a comer o cenar, juntarse con amigos). Las actividades culturales (ir al cine, teatro, exposiciones), formativas (estudiar, hacer cursos, aprender cosas nuevas), hacer turismo/viajar, participar activamente en asociaciones de cualquier fin (voluntariado social, político, vecinal o comunitario, deportivo, etc.) involucran a una menor proporción de población aunque con un perfil cultural-instructivo relativamente alto, siendo así que, en línea con el modelo de envejecimiento activo de la OMS, estas actividades podrían tener un mayor significado para la persona (OMS, 2002).

Las actividades en el entorno doméstico son predominantes entre las mujeres, mientras que los hombres destacan en las actividades sociales.

GRÁFICO 11

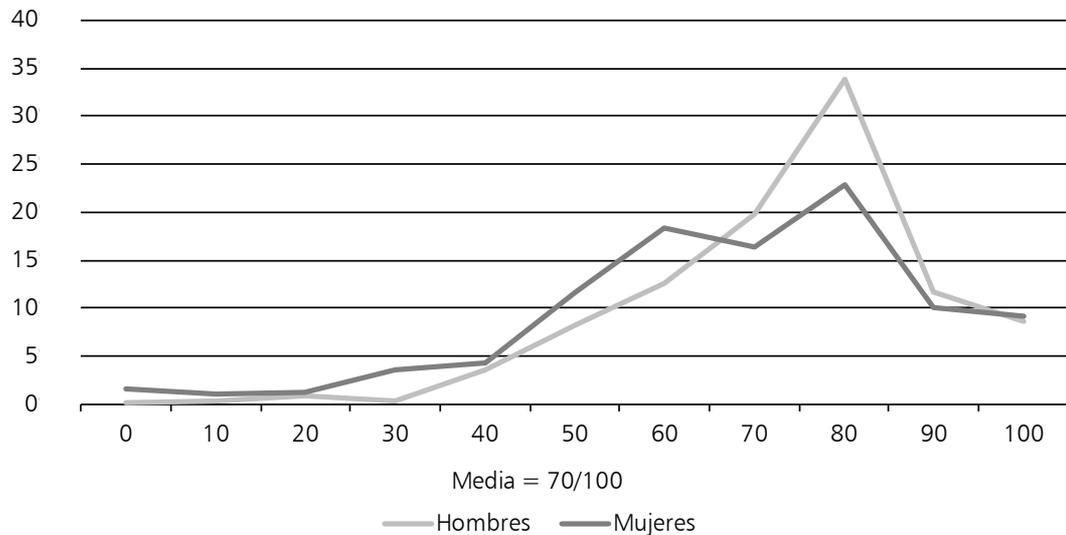
PORCENTAJE DE PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES DE TIEMPO LIBRE (AL MENOS UN DÍA AL AÑO) Y MEDIA DE DÍAS/MES (AÑO 2011)



Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta proyecto ELES (<http://proyectoeles.es>).

GRÁFICO 12

NIVEL DE SATISFACCIÓN CON LA FORMA EN QUE EMPLEA SU TIEMPO LIBRE, POR SEXO (AÑO 2011) (PORCENTAJE)



Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta proyecto ELES (<http://proyectoeles.es>).

Si bien la participación en actividades de ocio tiene aún un largo recorrido, especialmente en aquellas de tipo formativo/cultural y de participación comunitaria, la población adulta mayor en España siente una gran satisfacción con la forma en que emplea su tiempo libre: solo un 18 por ciento de los adultos mayores se muestra poco satisfecho, mientras un 62 por ciento está bastante satisfecho y un 20 por ciento muy o totalmente satisfecho (gráfico 12). Tener menos edad, ser hombre y haber alcanzado un nivel de estudios medio/superior son los rasgos que conforman el perfil asociado con una mayor realización de actividades de tiempo libre y con la satisfacción que de ello se obtiene.

Estos perfiles sociodemográficos muestran, además, relaciones claras con otros indicadores de las condiciones de vida de esta población, ya sea su salud y funcionamiento físico, mental y emocional, su entorno físico y social, y sus condiciones económicas, todos ellos factores que contribuyen a explicar la capacidad para envejecer activamente y con calidad de vida (Rodríguez-Rodríguez, Rojo-Pérez y Fernández-Mayoralas, 2018).

Comprensiblemente, el uso del tiempo libre mediante decisiones autónomas, como

expresión de envejecimiento activo, se restringe en buena medida cuando se trata de población adulta mayor que vive en residencias. En este caso, el declive en la salud física y mental, la pérdida de las capacidades funcionales y el debilitamiento de los lazos familiares y sociales representan una barrera significativa para el envejecimiento activo. Así, envejecer lo más activamente posible ha de ser el objetivo de propuestas terapéuticas ocupacionales en estos contextos de institucionalización (Fernández-Mayoralas *et al.*, 2015).

3. LA CALIDAD DE VIDA EN EL ENTORNO RESIDENCIAL

La forma habitual de residencia es en vivienda familiar, y esta es, además, la situación ideal y el deseo manifestado por la población mayor en su proceso de envejecimiento (Rojo-Pérez *et al.*, 2001; Rojo-Pérez, 2011; Fernández-Mayoralas y Rojo-Pérez, 2014). En este sentido se ha acuñado el término “envejecer en casa” o “envejecer en el lugar” (de la traducción lite-

ral del inglés *ageing at home* o *ageing in place*), que supone no tener que moverse de la vivienda o del lugar habitual de residencia donde se ha permanecido una buena parte del tiempo de la vida adulta. Pero, además, esta terminología implica vivir en comunidad con un cierto nivel de autonomía e independencia (bien recibiendo alguna ayuda de familiares, amigos o instituciones, bien adaptando el entorno a las circunstancias de sus residentes) para retrasar el mayor tiempo posible la institucionalización o el acceso a centros de cuidado, dos vías que conllevan la pérdida o reducción significativa de contactos con el espacio geográfico y social de vida.

En la última década, organizaciones internacionales y nacionales prestan atención al diseño de entornos físicos y sociales “amigables” para distintos grupos de edad, y especialmente para la población mayor, con el fin de facilitar la permanencia en el lugar y la integración social y comunitaria, que redundará en calidad de vida en la vejez.

El entorno físico es uno de los determinantes del marco conceptual del envejecimiento activo, junto a otros relevantes, como los sociales, económicos, los servicios sociales y de salud, personales, comportamentales, el género y la cultura (OMS, 2002; Faber, 2015a). Desde esta perspectiva, el entorno físico presenta tanto riesgos como factores de protección para la resiliencia en todas las etapas de la vida. En particular, en relación con la vejez, los entornos necesitan ajustar y compensar los declives en la capacidad funcional para favorecer la participación y el bienestar. Los entornos físicos deben facilitar la actividad física individual y reducir los riesgos de lesiones, y, al mismo tiempo, han de promover la participación, las relaciones sociales y apoyar la independencia. A nivel comunitario, un entorno físico acogedor fomenta las interacciones públicas, que crean cohesión social.

En el marco conceptual y político del envejecimiento activo para el fomento de la calidad de vida, la Organización Mundial de la Salud impulsó el proyecto “Ciudades amigables con los mayores” (OMS, 2007b), en respuesta no solo al envejecimiento de la población, sino también a la tendencia a la concentración de la población mayor en áreas urbanas.

Un entorno amigable es aquel que tiene en cuenta las capacidades de sus residentes en

la provisión de recursos para afrontar las necesidades, en la promoción de la integración en la vida comunitaria y en la protección y seguridad de los más vulnerables. En este sentido, “en una comunidad amigable con los mayores, existe una cultura de inclusión compartida por las personas de todas las edades y niveles de aptitud. Las políticas, servicios y estructuras relativas al entorno físico y social se diseñan para fomentar y permitir que las personas mayores ‘envejecan de forma activa’, es decir, que vivan con seguridad, gocen de buena salud y sigan participando totalmente en la sociedad” (OMS, 2007b). Este enfoque no solo se alinea con el ideal de las personas de envejecer en la propia casa y en su comunidad habitual, también trata de evitar o minorar los altos costes del cuidado en centros especializados. Ello lleva a las instituciones y a los gobiernos a diseñar y promover programas para prevenir o, en todo caso, retrasar la institucionalización (Gonyea y Hudson, 2015), y proveer de un modelo en torno al cual los individuos puedan ejercer su responsabilidad y conformar su conducta ideal según envejecen (Power, 2017).

En suma, los entornos físicos y sociales amigables con toda la población, en general, y con los mayores, en particular, facilitan la vida en el lugar de residencia, que, como espacio geográfico y social, es donde interactúan los elementos del envejecimiento activo.

En estudios previos se ha observado que, en caso de futura necesidad de ayuda o cuidado, las preferencias residenciales de los mayores se inclinan hacia la permanencia en casa, seguidas a mucha distancia por otras alternativas, como vivir en una residencia de mayores, vivir con los hijos/as o vivir en una vivienda compartida con otros mayores (Rojo-Pérez y Fernández-Mayoralas Fernández, 2007). En las últimas décadas se está gestando la vivienda colaborativa, como traducción del término inglés *cohousing*, si bien la terminología es muy variada. Según Brenton (1998), surge como respuesta al deseo de los mayores de desarrollar su propio proyecto comunitario residencial, de promover su independencia y de vivir en unidades residenciales separadas pero autocontenidas en un espacio colaborativo, de integración y de solidaridad. No representa todavía un gran porcentaje del conjunto de viviendas, pero está despertando el interés de muchos colectivos, no solo de los

mayores, para abordar estilos de vida sostenibles desde diversas perspectivas (social, económica, ambiental) (Labit, 2015; Tummers, 2015). También en España esta tipología residencial está poco extendida, pero en desarrollo (López y Estrada, 2016; Mogollón García y Fernández Cubero, 2016).

En una encuesta sobre alternativas residenciales realizada a población de 65 o más años en España en el año 2015 (Unión Democrática de Pensionistas, 2015), la casa propia recibió una valoración media de 8,9 (en una escala directa de 0 a 10), seguida de la vivienda colaborativa (5,1), de la residencia de mayores (4,5) y la casa de hijos/as/otros familiares (4,4). Más de la mitad de esta población consideró poco o nada probable ir a vivir a una residencia de mayores en un futuro, y casi dos tercios había oído hablar de la vivienda colaborativa, alternativa que recibió mejores puntuaciones entre los hombres, las personas de menos edad, quienes habían alcanzado estudios secundarios o superiores y los que residían en áreas urbanas.

La elección de envejecer en casa o hacerlo en residencia de mayores se ha relacionado con las circunstancias personales (Fernández-Carro, 2016). Así, la institucionalización se asocia con el incremento de la edad, ser mujer, estar viudo/a y padecer unas condiciones adversas de salud y funcionamiento, además de la percepción de soledad (Prieto-Flores *et al.*, 2011). No obstante, estos centros, como instituciones de atención y cuidado, representan un papel fundamental para cubrir las necesidades de los residentes y para aumentar su participación en la vida colectiva (Fernández-Mayoralas *et al.*, 2015).

En un estudio sobre población adulta mayor residente en vivienda familiar en España se examinaron las condiciones personales y contextuales y su relación con la satisfacción con la vida, como indicador global de calidad de vida bajo la asunción de que mejores condiciones del entorno físico de residencia y de salud y funcionamiento se asocian con una mejor calidad de vida (Fernández-Mayoralas *et al.*, 2012; Rojo-Pérez *et al.* 2016). Los resultados mostraron que una mejor calidad de vida se asocia con factores tales como la percepción de la posición económica del hogar y la satisfacción con la forma de convivencia, con la buena salud objetiva, la percepción subjetiva de salud, la ausencia de depresión y la satisfacción residencial elevada (con la

casa, el barrio o localidad donde se ubica, así como una percepción positiva de los vecinos).

Considerando estas relaciones, la calidad de vida en la vejez no ha de verse constreñida por aquellos factores del medioambiente residencial que puedan suponer obstáculos al desarrollo de la vida de los mayores en función de sus circunstancias personales. Las políticas encaminadas a minimizar los potenciales factores de riesgo y sus consecuencias orientadas a apoyar una vida independiente, saludable y participativa de los mayores, son los ejes del proyecto de ciudades amigables con la vejez. Este proyecto tiene un gran arraigo internacional y destaca por su desarrollo de abajo a arriba, es decir, desde los individuos y los proveedores de servicios públicos y privados hacia los diseñadores de políticas públicas. No obstante, Buffel y Phillipson (2016) llaman la atención sobre los retos del desarrollo de entornos amigables para todas las edades, y los centran en el impacto de los recortes económicos y de programas sociales, la presión sobre las características del desarrollo urbano y la tendencia a la privatización del espacio urbano. Consideran asimismo necesario combinar el modelo conceptual de ciudades amigables con el análisis de las fuerzas socioeconómicas que subyacen en la transformación de los entornos urbanos. En este sentido, el fortalecimiento de un modelo coherente de investigación multidisciplinar y políticas públicas de envejecimiento urbano, con la participación de los adultos mayores, puede ayudar a identificar áreas de interés, priorizarlas y asegurar una apropiada implementación de las políticas.

4. RECAPITULACIÓN Y CONCLUSIONES

El envejecimiento de la población es un fenómeno sociodemográfico y multidimensional, asentado y en crecimiento en todos los territorios del mundo. Las instituciones internacionales y nacionales con responsabilidad sobre las políticas públicas, pero también el mundo científico, están concienciados de ello y ponen todo su empeño en conocerlo y en trasladar los resultados para el diseño de acciones encaminadas a mejorar las condiciones y la calidad de vida de la población.

La multidimensionalidad del envejecimiento queda expresada en la conceptualización seminal del envejecimiento activo como el proceso de optimización de oportunidades en varios pilares para la actuación (salud, aprendizaje continuo a lo largo de la vida, participación y seguridad) y determinantes o factores interactivos (económicos, sociales, entorno físico, personales, comportamentales, servicios sociales y sanitarios, género y cultura) que indican si una persona envejece activamente en orden a mejorar su calidad de vida. Así, la calidad de vida, como una medida de resultado, permite conocer los efectos de los diferentes dominios o dimensiones sobre la vida diaria y las experiencias de vida de la población mayor. En este artículo se han sintetizado las condiciones de vida de los mayores sobre la base de esta medida, la calidad de vida, según los aspectos más relevantes expresados por la propia población mayor.

Salud y funcionamiento se muestran como las áreas más importantes para definir la calidad de vida desde la perspectiva de los propios mayores, pero también desde los profesionales académicos y agentes sociosanitarios. La población adulta mayor que reside en vivienda familiar expresa una buena salud y capacidad funcional, pero la edad suele conllevar un aumento de circunstancias adversas que, en cierta proporción y gravedad, pueden derivar en la institucionalización.

La población mayor quiere envejecer y envejece en su propia casa y en su entorno habitual de residencia, el que ha ocupado generalmente a lo largo de su vida y compartido con los miembros de su familia. Por tanto, este entorno constituye un elemento relevante asociado con su memoria y recuerdos de vida. Otras formas residenciales, como la institucionalización u otras menos extendidas, como la vivienda colaborativa, están motivadas por diferentes razones. Los factores de la estrategia residencial (edad, género, recursos económicos, salud y funcionamiento, redes familiares y sociales) subyacen a la percepción del nivel de calidad de vida de estos colectivos.

Por lo que se refiere a los recursos económicos, la población adulta mayor en España informa de unas buenas condiciones en términos de ingresos por pensión o disponibilidad de vivienda en propiedad, si bien las mujeres de estas cohortes, penalizadas por no haber acce-

dido de forma igualitaria al mercado laboral, son quienes más sufren vulnerabilidad en este dominio. Por otra parte, en los años de la crisis, la población adulta mayor se ha convertido en un verdadero colchón contra el escenario de desempleo de sus descendientes, mediante transferencias económicas, principalmente como donación en especie.

La realización de actividades de ocio y participación, con significado personal o valor social, aún tiene bastante recorrido entre la población adulta mayor que, de forma predominante, dedica su tiempo libre a actividades domésticas o en el entorno de residencia, siendo apenas representativas las actividades relacionadas con el asociacionismo o la participación comunitaria, las formativas y las culturales. Todo ello, de nuevo, se halla mediado por el género, como se aprecia en el hecho de que las mujeres dediquen su tiempo preferentemente a labores de cuidado de otros miembros del hogar.

Envejecer en casa, como ideal manifestado y seguido por la mayoría de los adultos mayores, conlleva también que residan en hogares de reducido tamaño, normalmente de dos personas que suelen constituir la pareja, ambos mayores. No obstante, las redes de familiares y amigos o conocidos representan ámbitos relevantes de la calidad de vida en la vejez. Redes familiares y sociales de calidad suponen menor riesgo de condiciones adversas de salud y funcionamiento, así como de padecer soledad, y también derivan en la posibilidad de contar con apoyo instrumental o emocional en caso de necesidad futura. El deseo de independencia residencial de los mayores, unido a contar con redes de calidad, favorece la calidad de vida en la vejez.

Envejecer activamente es tanto responsabilidad individual como social. Los individuos han de procurar optimizar sus condiciones de vida para vivir una vejez con bienestar y mantener o alcanzar una mejor calidad de vida. Pero el diseño, la implementación y el seguimiento de acciones estratégicas para un mejor envejecimiento competen también a las instituciones públicas en todos los órdenes (macro, meso, micro), los sectores privados y la sociedad civil, así como al sector de la ciencia. Conocer y entender mejor los dominios de la calidad de vida permite avanzar en el cumplimiento de esta responsabilidad.

BIBLIOGRAFÍA

BERKMAN, L. F.; SEKHER, T. V.; CAPISTRANT, B., e Y. ZHENG (2012), "Social Networks, Family, and Care Giving Among Older Adults in India", en SMITH, J. P., y M. MAJUMDAR (eds.), *Aging in Asia. Findings from New and Emerging Data Initiatives*, Washington D. C., The National Academies Press: 261-278.

BERNARDI, L.; KEIM, S., y A. KLÄRNER (2014), "Social networks, social influence, and fertility in Germany: Challenges and benefits of applying a parallel mixed methods design", en DOMÍNGUEZ, S. y B. HOLLSTEIN (eds.), *Mixed-methods social networks research. Design and applications*, Cambridge, Cambridge University Press: 121-152.

BOND, J., y L. CORNER (2004), *Quality of Life and Older People*, Maidenhead, Open University Press.

BOOKWALA, J. (2017), "Cofidant Availability (In)Stability and Emotional Well-Being in Older Men and Women", *The Gerontologist*, 57 (6): 1041-1050.

BOWLING, A.; HANKINS, M.; WINDLE, G.; BILOTTA, C., y R. GRANT (2013), "A short measure of quality of life in older age: The performance of the brief Older People's Quality of Life questionnaire (OPQOL-brief)", *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 56 (1): 181-187.

BRENTON, M. (1998), *We're in charge': CoHousing communities of older people in The Netherlands: lessons for Britain?*, Bristol, Policy Press, School for Policy Studies, University of Bristol.

BUFFEL, T., y C. PHILLIPSON (2016), "Can global cities be 'age-friendly cities'? Urban development and ageing populations", *Cities*, 55: 94-100.

COSTA, P. T. J., y R. R. MCCRAE (1980), "Still stable after all these years: Personality as a key to some issues in adulthood and old age", en BALTES, P. y O. G. BRIM (eds.), *Life Span Development and Behavior*, New York, Academic Press: 65-102.

CUMMING, E.; HENRY, W. E., y E. SHANAS (1961), *Growing Old. The process of disengagement*, Nueva York, Basic Books.

CUMMINS, R. A.; ANDELMAN, R.; BOARD, R.; CARMAN, L. L.; FERRISS, A.; FRIEDMAN, P.; MICHALOS, A.; SAMLI, J.; SHAPIRO, S.; SIRGY, J.; VITTERSO, J., y R. VEENHOVEN (1998), *Quality-of-Life Definition and Terminology: A discussion document from the international Society for Quality of Life Studies*, Blacksburg, VA, The International Society for Quality-of-Life Studies.

DELGADO-SANZ, M. C.; PRIETO-FLORES, M. E.; FORJAZ, M. J.; AYALA, A.; ROJO-PÉREZ, F.; FERNÁNDEZ-MAYORALAS, G., y P. MARTÍNEZ-MARTÍN (2011), "Influencia de los Problemas Crónicos de Salud en las Dimensiones del Cuestionario EQ-5D: Estudio en Personas Mayores Institucionalizadas y no Institucionalizadas", *Revista Española de Salud Pública*, 85 (6): 555-567.

FABER, P. (2015a), *Envejecimiento Activo. Un marco político ante la revolución de la longevidad*, Río de Janeiro, International Longevity Centre Brazil (ILC-Brazil).

FARQUHAR, M. (1995), "Elderly people's definitions of quality of life", *Social Science & Medicine*, 41 (10): 1439-1446.

FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. (2011), "Quality of Life in Old Age: Problematic Issues", *Applied Research in Quality of Life*, 6 (1): 21-40.

FERNÁNDEZ-CARRO, C. (2016), "Ageing at home, co-residence or institutionalisation? Preferred care and residential arrangements of older adults in Spain", *Ageing and Society*, 36 (3): 586-612.

FERNÁNDEZ-MARTÍNEZ, B.; PRIETO-FLORES, M.-E.; FORJAZ, M. J.; FERNÁNDEZ-MAYORALAS, G.; ROJO-PÉREZ, F., y P. MARTÍNEZ-MARTÍN (2012), "Self-perceived health status in older adults: regional and sociodemographic inequalities in Spain", *Revista de Saúde Pública*, 46 (2): 310-319.

FERNÁNDEZ-MAYORALAS, G. (2011), "La salud y el funcionamiento como dimensión de la calidad de vida", en ROJO-PÉREZ, F. y G. FERNÁNDEZ-MAYORALAS (eds.), *Calidad de Vida y Envejecimiento. La visión de los mayores sobre sus condiciones de vida*, Bilbao, Fundación BBVA: 113-167.

FERNÁNDEZ-MAYORALAS, G.; GIRALDEZ-GARCÍA, C.; FORJAZ, M. J.; ROJO-PÉREZ, F.; MARTÍNEZ-MARTÍN, P., y M. E. PRIETO-FLORES (2012), "Design, measures and sample characteristics of the CadeViMa-Spain

survey on quality of life in community-dwelling older adults", *International Psychogeriatrics*, 24 (3): 425-438.

FERNÁNDEZ-MAYORALAS, G., y F. ROJO PÉREZ (2005), "calidad de Vida y Salud: Planteamientos Conceptuales y Métodos de Investigación", *Territoris. Revista del Departament de Ciències de la Terra de la Universitat de les Illes Balears (Nº monográfico sobre Geografía de la Salud)*, (5): 117-135.

— (2014), "Housing and Aging", en Michalos, A. C. (ed.), *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research*, Dordrecht, Springer: 2975-2981.

FERNÁNDEZ-MAYORALAS, G.; ROJO-PÉREZ, F.; FRADES-PAYO, B.; MARTÍNEZ-MARTÍN, P., y M. J. FORJAZ (2011), "La calidad de vida de los mayores nominada y evaluada por ellos mismos a partir del instrumento SEIQoL-DW", en ROJO-PÉREZ, F. y G. FERNÁNDEZ-MAYORALAS (eds.), *Calidad de Vida y Envejecimiento. La visión de los mayores sobre sus condiciones de vida*, Bilbao, Fundación BBVA: 83-112.

FERNÁNDEZ-MAYORALAS, G.; ROJO-PÉREZ, F.; MARTÍNEZ-MARTÍN, P.; PRIETO-FLORES, M.-E.; RODRÍGUEZ-BLÁZQUEZ, C.; MARTÍN-GARCÍA, S.; ROJO-ABUÍN, J.-M., y M.-J. FORJAZ (2015), "Active ageing and quality of life: factors associated with participation in leisure activities among institutionalized older adults, with and without dementia", *Ageing & Mental Health*, 19 (11): 1031-1041.

FERNÁNDEZ-MAYORALAS, G.; ROJO PÉREZ, F.; PRIETO FLORES, M. E.; LEÓN SALAS, B.; MARTÍNEZ MARTÍN, P.; FORJAZ, M. J.; FRADES PAYO, B., y C. GARCÍA IZAGUIRRE (2007), El significado de la salud en la calidad de Vida de los mayores. Madrid, Portal Mayores, *Informes Portal Mayores*, nº 74.

FORJAZ, M. J.; AYALA, A.; RODRÍGUEZ-BLÁZQUEZ, C.; PRIETO-FLORES, M. E.; FERNÁNDEZ-MAYORALAS, G.; ROJO-PÉREZ, F., y P. MARTÍNEZ-MARTÍN (2012), "Rasch analysis of the International Wellbeing Index in older adults", *International Psychogeriatrics*, 24 (02): 324-332.

FORJAZ, M. J.; PRIETO-FLORES, M. E.; AYALA, A.; RODRÍGUEZ-BLÁZQUEZ, C.; FERNÁNDEZ-MAYORALAS, G.; ROJO-PÉREZ, F., y P. MARTÍNEZ-MARTÍN (2011), "Measurement properties of the Community Wellbeing Index in older adults", *Quality of Life Research*, 20 (5): 733-743.

GALLARDO-PERALTA, L. P.; BARRÓN LÓPEZ DE RODA, A.; MOLINA-MARTÍNEZ, M. A., y R. SCHETTINI DEL MORAL (2018), "Family and community support among older Chilean adults: the importance of heterogeneous social support sources for quality of life", *Journal of Gerontological Social Work*, 61: 1-21.

GIRALDEZ-GARCÍA, C.; FORJAZ, M. J.; PRIETO-FLORES, M. E.; ROJO-PÉREZ, F.; FERNÁNDEZ-MAYORALAS, G., y P. MARTÍNEZ-MARTÍN (2013), "Individual's perspective of local community environment and health indicators in older adults", *Geriatrics & Gerontology International*, 13 (1): 130-138.

GONYEA, J. G., y R. B. HUDSON (2015), "Emerging Models of Age-Friendly Communities: A Framework for Understanding Inclusion", *Public Policy & Aging Report*, 25 (1): 9-14.

HAVIGHURST, R. J. (1961), "Successful aging", *The Gerontologist*, 1: 8-13.

HOE, J.; ORRELL, M., y G. LIVINGSTON (2011), "Quality of life Measures in Old Age", en ABOU-SALEH, M. T.; C. KATONA y A. KUMAR (eds.), *Principles and Practice of Geriatric Psychiatry*, Londres, John Wiley & Sons: 183-192.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (2014), *Encuesta de Condiciones de Vida. Año 2014*, Madrid, INE.

ISENGARD, B., y M. SZYDLIK (2012), "Living Apart (or) Together? Coresidence of Elderly Parents and Their Adult Children in Europe", *Research on Aging*, 34 (4): 449-474.

KENDALL, J., y P. ANGLEWICZ (2018), "Living arrangements and health at older ages in rural Malawi", *Ageing and Society*, 38 (5): 1018-1040.

LABIT, A. (2015), "Self-managed co-housing in the context of an ageing populations in Europe", *Journal of Urban Research & Practice*, 8 (1): 32-45.

LARDIES-BOSQUE, R.; FERNÁNDEZ-MAYORALAS, G.; ROJO-PÉREZ, F.; FORJAZ, M.-J.; MARTÍNEZ-MARTÍN, P., y J.-M. ROJO-ABUÍN (2015), "Leisure Activities and Quality of Life Among Older Adults in Spain", en Maggino, F. (ed.), *A New Research Agenda for Improvements in Quality of Life (Social Indicators Research Series Vol. 57)*, Dordrecht, Springer: 163-189.

LASSEY, W. R., y M. L. LASSEY (2001), *Quality of life for older people: An international perspective*, Upper Saddle River, New Jersey, Prentice Hall.

LITWIN, H., y K. J. STOECKEL (2014), "Confidant Network Types and Well-Being Among Older Europeans", *The Gerontologist*, 54: 762-772.

LÓPEZ, D., y M. ESTRADA (2016), "¿Cómo avanzan las dinámicas de senior cohousing en España?", en EZQUERRA, S.; M. PÉREZ SALANOVA, M. PLA y J. SUBIRATS (eds.), *Edades en transición. Envejecer en el siglo XXI*, Madrid, Ariel: 227-237.

MARTÍNEZ MARTÍN, P. (coord.) (2006), *Calidad de vida en neurología*, Barcelona, Ars Medica.

MARTÍNEZ-MARTÍN, P.; PRIETO-FLORES, M. E.; FORJAZ, M. J.; FERNÁNDEZ-MAYORALAS, G.; ROJO-PÉREZ, F.; ROJO, J. M., y A. AYALA (2012), "Components and determinants of quality of life in community-dwelling older adults", *European Journal of Ageing*, 9 (3): 255-263.

MARVENTANO, S.; PRIETO-FLORES, M.-E.; SANZ-BARBERO, B.; MARTÍN-GARCÍA, S.; FERNÁNDEZ-MAYORALAS, G.; ROJO-PÉREZ, F.; MARTÍNEZ-MARTÍN, P.; FORJAZ, M. J., y ON BEHALF OF THE SPANISH RESEARCH GROUP ON QUALITY OF LIFE AND AGEING (2015), "Quality of life in older people with dementia: A multilevel study of individual attributes and residential care center characteristics", *Geriatrics and Gerontology International*, 15 (1): 104-110.

MICHELI, K.; RATSICA, N.; VOZIKAKI, M.; CHLOUVERAKIS, G., y A. PHILALITHIS (2018), "Family ties and functional limitation in the elderly: Results from the Survey of Health Ageing and Retirement in Europe (SHARE)", *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 78: 23-29.

MOGOLLÓN GARCÍA, I., y A. FERNÁNDEZ CUBERO (2016), *Arquitecturas del cuidado. Viviendas colaborativas para personas mayores. Un acercamiento al contexto vasco y las realidades europeas*, Zeberio, Gobierno Vasco.

NACIONES UNIDAS (2003), *Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento*, Nueva York, Naciones Unidas.

— (2017), *World Population Ageing 2017 [highlights]*, New York, United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division.

— *World Population Prospects: Data Query*, Department of Economic and Social Affairs y Population Division (Interactive).

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (1947), "The Constitution of the World Health Organisation", *WHO Chronicle* (1): 1-29.

— (2002), *Active Ageing. A Policy Framework*, Ginebra, World Health Organization.

— (2007a), *Global age-friendly cities: a guide*, Ginebra, World Health Organization.

— (2007b), *Metodología del proyecto de ciudades amigables con los Mayores de la OMS. Protocolo de Vancouver*.

— (2015), *Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud.

PHELLAS, C. (2013), "Introduction", en PHELLAS, C. (ed.), *Aging in European Societies. Healthy Aging in Europe*, Heidelberg, Springer, *International Perspectives on Aging*, vol. 6: 1-7.

PINO-DOMÍNGUEZ, L.; NAVARRO-GIL, P.; GONZÁLEZ-VÉLEZ, A. E.; PRIETO-FLORES, M.-E.; AYALA, A.; ROJO-PÉREZ, F.; FERNÁNDEZ-MAYORALAS, G.; MARTÍNEZ-MARTÍN, P., y M. J. FORJAZ (2016), "Self-perceived health status, gender, and work status", *Journal of Women & Aging*, 28 (5): 386-394.

POWER, E. R. (2017), "Housing, home ownership and the governance of ageing", *The Geographical Journal*, 183 (3): 233-246.

PRIETO-FLORES, M.-E.; FERNÁNDEZ-MAYORALAS, G.; FORJAZ, M. J.; ROJO-PÉREZ, F., y P. MARTÍNEZ-MARTÍN (2011), "Residential satisfaction, sense of belonging and loneliness among older adults living in the community and in care facilities", *Health & Place*, 17 (6): 1183-1190.

PRIETO-FLORES, M.-E.; FERNÁNDEZ-MAYORALAS, G.; ROSENBERG, M. W., y F. ROJO-PÉREZ (2010), "Identifying Connections Between the Subjective Experience of Health and Quality of Life in Old Age", *Qualitative Health Research*, 20 (11): 1491-1499.

PUGA GONZÁLEZ, M. D. (2007), "Redes sociales y salud", en ABELLÁN GARCÍA, A., DEL BARRIO TRUCHADO, E.; CASTEJÓN VILLAREJO, P.; ESPARZA CATALÁN, C.; FERNÁNDEZ-MAYORALAS FERNÁNDEZ, G.; PÉREZ ORTIZ,

G.; PUGA GONZÁLEZ, M. D.; ROJO PÉREZ, F., y M. SANCHO CASTIELLO (eds.), *A propósito de las condiciones de vida de las personas mayores. Encuesta 2006* (Colección Estudios, Serie Documentos Estadísticos, nº 22009), Madrid, Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO): 27-39.

RODRÍGUEZ-BLÁZQUEZ, C.; FERNÁNDEZ-MAYORALAS, G.; ROJO-PÉREZ, F.; MARTÍNEZ-MARTÍN, P., y M. J. FORJAZ (2017), "Quality of Life of Community-Dwelling Older Adults in Spain", en TONON, G. (ed.), *Quality of Life in Communities of Latin Countries*, Charm, Springer International Publishing: 269-286.

RODRÍGUEZ-RODRÍGUEZ, V.; ROJO-PÉREZ, F., y G. FERNÁNDEZ-MAYORALAS (2016), "Transferencias económicas en los ámbitos familiar y social", en DOMÍNGUEZ MÚGICA, J., y R. DÍAZ HERNÁNDEZ (eds.), *Población y territorio en la encrucijada de las ciencias sociales. Actas del XV Congreso de la Población Española*, Las Palmas de Gran Canaria, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, Servicio de Publicaciones y Difusión Científica: 59-73.

— (2017), "Family and Social Networks and Quality of Life Among Community-Dwelling Older-Adults in Spain", en TONÓN, G. (ed.), *Quality of Life in Communities of Latin Countries*, Charm, Springer International Publishing: 227-253.

— (2018), "Active ageing in Spain: Leisure, community participation and quality of life", en RODRÍGUEZ DE LA VEGA, L., y W. TOSCANO (eds.), *Handbook of Leisure, Physical Activity, Sports, Recreation, and Quality of Life*. Springer ed.: 237-257.

RODRÍGUEZ-RODRÍGUEZ, V.; ROJO-PÉREZ, F.; FERNÁNDEZ-MAYORALAS, G.; AHMED-MOHAMED, K.; LARDIÉS-BOSQUE, R.; PRIETO-FLORES, M. E., y J. M. ROJO-ABUÍN (2011), "Recursos económicos y calidad de vida en la población mayor", *Revista Internacional de Sociología*, 69 (1): 195-227.

ROJO-PÉREZ, F. (2011), "El entorno residencial como escenario del envejecimiento en casa y de calidad de vida en la vejez", en ROJO-PÉREZ, F., y G. FERNÁNDEZ-MAYORALAS (eds.), *calidad de Vida y Envejecimiento. La visión de los mayores sobre sus condiciones de vida*, Bilbao, Fundación BBVA: 271-319.

ROJO-PÉREZ, F., y G. FERNÁNDEZ-MAYORALAS (2007), "El entorno residencial", en ABELLÁN GARCÍA, A.; DEL BARRIO TRUCHADO, E.; CASTEJÓN VILLAREJO, P.; ESPARZA CATALÁN, C.; FERNÁNDEZ-MAYORALAS FERNÁNDEZ, G.; PÉREZ ORTIZ, G.; PUGA GONZÁLEZ, M. D.; ROJO PÉREZ, F., y M. SANCHO CASTIELLO (eds.), *A propósito de las condiciones de vida de las personas mayores. Encuesta 2006* (Colección Estudios, Serie Documentos Estadísticos, nº 22009), Madrid, Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO): 41-63.

— (2011), "Los determinantes subjetivos en la Calidad de vida en la vejez y factores explicativos", en ROJO-PÉREZ, F., y G. FERNÁNDEZ-MAYORALAS (eds.), *calidad de Vida y Envejecimiento. La visión de los mayores sobre sus condiciones de vida*, Bilbao, Fundación BBVA: 339-360.

ROJO-PÉREZ, F.; FERNÁNDEZ-MAYORALAS, G.; FORJAZ, M. J.; PRIETO-FLORES, M. E., y P. MARTÍNEZ-MARTÍN (2016), "Residential Environment and Health Conditions Among Older-Adults in Community-Dwelling in Spain: What Influences Quality of Life?", en SÁNCHEZ-GONZÁLEZ, D., y V. RODRÍGUEZ-RODRÍGUEZ (eds.), *Environmental Gerontology in Europe and Latin America. Policies and Perspectives on Environment and Aging* (Col. International Perspectives on Aging, Vol. 13), Heidelberg, Springer: 149-174.

ROJO-PÉREZ, F.; FERNÁNDEZ-MAYORALAS, G.; POZO-RIVERA, E., y J. M. ROJO-ABUÍN (2001), "Ageing in place: predictors of residential satisfaction of elderly", *Social Indicators Research*, 54 (2): 173-208.

ROJO-PÉREZ, F.; FERNÁNDEZ-MAYORALAS, G., y V. RODRÍGUEZ-RODRÍGUEZ (2015), "Global Perspective on Quality in Later Life", en GLATZER, W.; CAMFIELD, L.; MØLLER, V., y M. ROJAS (eds.), *Global Handbook of Quality of Life. Exploration of Well-Being of Nations and Continents*, Dordrecht, Springer: 469-490.

ROJO-PÉREZ, F.; FERNÁNDEZ-MAYORALAS, G.; RODRÍGUEZ-RODRÍGUEZ, V.; FORJAZ, M.-J.; RODRÍGUEZ-BLÁZQUEZ, C.; PRIETO-FLORES, M.-E.; ROJO-ABUÍN, J.-M., y P. MARTÍNEZ-MARTÍN (2012), "The Personal Wellbeing among Community-Dwelling Older Adults in Spain and Associated Factors", *Journal of Social Research & Policy*, 3 (2): 67-94.

ROWE, J. W., y R. L. KAHN (1997), "Successful aging", *The Gerontologist*, 37 (4): 433-40.

RÖZER, J.; MOLLENHORST, G., y A.-R. POORTMAN (2016), "Family and Friends: Which Types of Personal Relationships Go Together in a Network?", *Social Indicators Research*, 127 (2): 809-826.

SOUZA, A. D.; PELEGRINI, T. D. S.; RIBEIRO, J. H. D. M.; PEREIRA, D. S., y M. A. MENDES (2015), "Concept of family insufficiency in the aged: critical literature analysis", *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68 (6): 864-873.

THE INTERNATIONAL WELLBEING GROUP (2006), *Personal Wellbeing Index - Adult (PWI - A). Manual. 4th edition, revised 06-10-2010*, Melbourne, Australian Centre on Quality of Life, Deakin University.

THOMAS, P. A.; LIU, H., y D. UMBERSON (2017), "Family Relationships and Well-Being", *Innovation in Aging*, 1 (3): 1-11.

TUMMERS, L. (2015), "Understanding co-housing from a planning perspective: why and how?", *Urban Research & Practice*, 8 (1): 64-78.

UNIÓN DEMOCRÁTICA DE PENSIONISTAS (2015), *El "cohousing" (viviendas colaborativas) y las personas mayores*. Madrid, Unión Democrática de Pensionistas.

WALKER, A., y A. LOWENSTEIN (2009), "European perspectives on quality of life in old age", *European Journal of Ageing*, 6 (2): 61-66.