

# UNIVERSIDAD DE BURGOS

FACULTAD DE EDUCACIÓN

Programa de Doctorado en Educación



Tesis doctoral

ANÁLISIS DE LA CALIDAD DE VIDA DEL ALUMNADO  
DEL PROGRAMA INTERUNIVERSITARIO DE LA  
EXPERIENCIA DE LA UNIVERSIDAD DE BURGOS EN  
LAS SEDES DE BURGOS Y ARANDA DE DUERO

Autora: Vanesa Baños Martínez

Directora: Dra. Dña. Carmen Palmero Cámara

Codirector: Dr. D. Alfredo Jiménez Palmero

Burgos, 2017





UNIVERSIDAD DE BURGOS  
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

Dra. **Carmen Palmero Cámara**, profesora Titular de Universidad, adscrita al Departamento de Ciencias de la Educación de la Universidad de Burgos y Dr. **Alfredo Jiménez Palmero**, profesor de la Kedge Business School en Burdeos

**HACEN CONSTAR:**

Que el trabajo de investigación titulado "*Análisis de la calidad de vida del alumnado del Programa Interuniversitario de la Experiencia de la Universidad de Burgos en las sedes de Burgos y Aranda de Duero*", realizado por D<sup>a</sup>. **Vanesa Baños Martínez** para la colación del Grado de Doctor por la Universidad de Burgos, ha sido realizado bajo su dirección y que hallándose finalizado y cumpliendo con los requisitos formales y el rigor científico exigidos, autoriza su presentación ante el Tribunal correspondiente que ha de juzgarlo en la Universidad de Burgos.

Para que así conste y surta los oportunos efectos, firmamos en Burgos, a veintisiete de marzo de dos mil diecisiete.

DIRECTORES DE TESIS

Fdo.: Carmen Palmero Cámara

Fdo.: Alfredo Jiménez Palmero



*A mi familia y a quienes siempre están conmigo*

## **AGRADECIMIENTOS**

La realización de un trabajo de investigación si bien puede parecer una acción solitaria, requiere de la ayuda, el apoyo y el refuerzo de muchas personas. Es por ello, que al concluir esta tesis quiero dedicar las próximas líneas al agradecimiento de quienes me han apoyado incondicionalmente en este proceso.

A mis directores de tesis, la Dra. Dña. Carmen Palmero Cámara y el Dr. D. Alfredo Jiménez Palmero, por sus inestimables consejos que me guiaron cuando estaba perdida, por el continuo ánimo que me sirvió para seguir adelante y por la confianza que han depositado en mí, que me ha permitido descubrir qué es investigar y desarrollarme tanto a nivel personal como profesional. Son un ejemplo de trabajo y tesón que me sirve de referente en múltiples aspectos.

A Dr. Don Alfredo Jiménez Eguizábal por ser la persona que más ha insistido en que trabajara sin descanso en la realización de esta tesis y que me ha iluminado con su rigor metodológico y esa exquisita combinación de ciencia y sabiduría.

No tengo más que palabras de agradecimiento para la familia Jiménez-Palmero porque me han abierto las puertas no solo de la Universidad, sino también de su casa.

A mi amiga, la matemática María Rodrigo, sin cuya orientación, ayuda y consejo no hubiese podido desarrollar los análisis estadísticos de este trabajo y que siempre ha estado disponible para escucharme y apoyarme, siendo en muchos momentos de dificultad, mi vía de escape.

A mis compañeros del Área de Teoría e Historia de la Educación y del Grupo de Investigación FORMADESA de quienes he aprendido a desenvolverme en el ámbito universitario y que me han dado la oportunidad de colaborar con ellos en múltiples proyectos.

A mis padres, pues gracias a su esfuerzo y dedicación por y para la familia he podido llegar hasta donde estoy sin tener mayor preocupación que centrarme

en lo que realmente me apasiona. Ellos siempre han estado junto a mí en todo momento sin esperar nada a cambio y sin pedir explicaciones.

Por otro lado, cómo no agradecer el ánimo, el apoyo y, en algunos momentos, la ayuda de mis hermanos, que en situaciones de presión y desesperación se prestaron a colaborar conmigo.

A Luis, por su infinita paciencia y porque el tiempo que le he dedicado a esta tesis ha sido tiempo robado al “nosotros”.

A los adultos mayores y coordinadores del Programa Interuniversitario de la Experiencia de la Universidad de Burgos que amablemente han colaborado en la fase empírica de esta tesis y que siempre están dispuestos a participar en todo aquello que se les propone. Doy las gracias por haber tenido la oportunidad de haber conocido gente maravillosa de la que solamente se puede aprender y que me han mostrado el camino de cómo quiero ser de “mayor”.

Agradecer también a las diferentes corporaciones municipales, como el Ayuntamiento de Aranda, que desde el primer momento confiaron en la apuesta de ofrecer formación universitaria a sus ciudadanos y ofrecieron las dependencias municipales para este fin.

Finalmente, a mis amistades y familiares por estar siempre cerca de mí, alentándome y preocupándose por el estado de la investigación.

A todos ellos, muchas gracias.





## ÍNDICE

Agradecimientos

Introducción	15
I. Motivación.	15
II. Estado de la cuestión.	19
III. Metodología.	27
IV. Articulación de la tesis doctoral.	31
<b>PARTE I: FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN</b>	<b>35</b>
<b>CAPÍTULO 1:</b> Demografía y envejecimiento de la población. El envejecimiento mundial, en Europa y España.	<b>36</b>
1.1 Introducción.	36
1.2 El envejecimiento mundial.	37
1.3 El envejecimiento en Europa, España y Castilla y León a nivel demográfico.	43
<b>CAPÍTULO 2:</b> Envejecimiento activo y aprendizaje a lo largo de la vida.	<b>53</b>
2.1 Introducción.	53
2.2 Envejecimiento activo.	53
2.3 Aprendizaje a lo largo de la vida. Los Programas Universitarios para Mayores.	62
2.3.1 Educación y aprendizaje a lo largo de la vida.	62
2.3.2 Los Programas Universitarios de Personas Mayores.	68
2.3.3 El Programa Interuniversitario de la Experiencia de Castilla y León.	79
2.3.4 El Programa Interuniversitario de la Experiencia en la Universidad de Burgos.	86

<b>CAPÍTULO 3: Calidad de vida.</b>	89
3.1 Introducción.	89
3.2 Orígenes de la calidad de vida.	90
3.3 Revisión de la literatura. Definición de calidad de vida.	91
3.4 Marcos para comprender el concepto de calidad de vida.	98
3.5 Dominios de calidad de vida de las personas mayores.	103
3.6 Medición de la calidad de vida.	110
<b>CAPÍTULO 4: Instrumentos globales de medida del envejecimiento y/o de la calidad de vida.</b>	115
4.1 Introducción.	115
4.2 Índice Global del Envejecimiento.	116
4.3 Índice de Envejecimiento Activo.	125
4.4 Índice de Desarrollo Humano.	130
4.5 Encuesta de Condiciones de Vida e Indicadores de Calidad de Vida.	132
4.5.1 Indicadores de calidad de vida.	138
4.6 Índice para una vida mejor o Better Life Index e Informe ¿Cómo va la vida? o How's Life? (OCDE).	142
4.7 Encuesta de Salud, Envejecimiento y Jubilación en Europa- The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE).	149
<b>PARTE II: ESTUDIO EMPÍRICO</b>	155
<b>CAPÍTULO 5: Diseño metodológico.</b>	157
5.1 Fases de la investigación.	157
5.2 Objetivos e hipótesis.	158
5.3 Metodología.	161
5.4 Población y muestra.	163
5.5 Descripción de los instrumentos de recogida de información.	164

5.5.1 Encuesta europea sobre calidad de vida (EQLS) 2012 del Eurofound.	165
5.5.2 Cuestionario de Salud EQ-5D-5L EVA (2009) del EuroQol Group.	170
<b>CAPÍTULO 6:</b> Encuesta Europea sobre la calidad de vida 2012 del Eurofound. Aplicación al alumnado del Programa Interuniversitario de la Experiencia de la Universidad de Burgos.	173
6.1 Análisis descriptivo de los datos clasificatorios.	173
6.1.1 Introducción.	173
6.1.2 Sede, sexo, edad y curso de matriculación.	174
6.1.3 Estado civil, número de hijos, situación de convivencia y nacionalidad.	182
6.1.4 Estudios cursados, situación laboral (empleo) y zona de residencia.	191
6.1.5 Equilibrio entre la vida laboral y la personal.	201
6.1.6 Relación de las variables sexo, curso y sede con el resto de datos clasificatorios.	208
6.2 Análisis descriptivo de las diferentes áreas de calidad de vida.	218
6.2.1 Introducción.	218
6.2.2 Bienestar subjetivo.	219
6.2.3 Calidad de la sociedad.	224
6.2.4 Vivienda y entorno local.	231
6.2.5 Exclusión social y participación en la comunidad.	235
6.2.6 Nivel de vida y privaciones.	240
6.2.7 Vida familiar y social.	246
6.2.8 Salud y servicios públicos.	252
6.3 Comparativa entre los resultados de Europa y España y los resultados del alumnado del Programa Interuniversitario de la Experiencia de la Universidad de Burgos de las sedes de Burgos y Aranda de Duero.	260

6.3.1	Introducción.	260
6.3.2	Bienestar subjetivo.	261
6.3.3	Calidad de la sociedad.	265
6.3.4	Vivienda y entorno local.	267
6.3.5	Exclusión social y participación en la comunidad.	269
6.3.6	Nivel de vida y privaciones.	272
6.3.7	Vida familiar y social.	274
6.3.8	Salud y servicios públicos.	278
<b>CAPÍTULO 7:</b>	<b>Cuestionario de Salud EQ-5D-5L EVA (2009) del EuroQol Group. Aplicación al alumnado del Programa Interuniversitario de la Experiencia de la Universidad de Burgos.</b>	<b>283</b>
7.1	Introducción.	283
7.2	Análisis descriptivo.	285
7.3	Análisis correlacional.	301
7.4	Análisis comparativo.	307
<b>CAPÍTULO 8:</b>	<b>Inferencia estadística a partir de los resultados de la muestra en la Encuesta Europea sobre la calidad de vida 2012 del Eurofound y en el Cuestionario de Salud EQ-5D-5L EVA (2009) del EuroQol Group.</b>	<b>309</b>
8.1	Introducción.	309
8.2	Inferencia estadística.	315
8.3	Modelo completo a partir del método denominado <i>stepwise backward regression</i> .	344
8.3.1	Introducción.	344
8.3.2	Análisis de las variables dependientes.	347
8.3.3	Resultados del modelo completo.	351
<b>CAPÍTULO 9:</b>	<b>Resultados y discusión.</b>	<b>361</b>
9.1	Análisis de los resultados por hipótesis.	361

9.2 Análisis de los resultados mediante una comparativa con los instrumentos globales de medida del envejecimiento y/o de la calidad de vida.	366
9.3 Discusión	377
<b>CAPÍTULO 10: Conclusiones.</b>	<b>391</b>
10.1 Conclusiones	391
10.2 Limitaciones del estudio.	395
10.3 Futuras líneas de investigación.	396
<b>REFERENCIAS DOCUMENTALES</b>	<b>399</b>
1. Bibliografía.	400
2. Referencias en Internet.	438
<b>ÍNDICES</b>	<b>447</b>
Índice de figuras	448
Índice de tablas	460
Índice de siglas	463
<b>ANEXOS</b>	<b>465</b>
1. CUESTIONARIO EQLS 2012.	466
2. CUESTIONARIO DE SALUD (EQ-5D-5L) del EuroQol Group.	492



## INTRODUCCIÓN

### I.- Motivación.

La aproximación al tema objeto de estudio **<El análisis de la calidad de vida del alumnado del Programa Interuniversitario de la Experiencia de la Universidad de Burgos en las sedes de Burgos y Aranda de Duero>** vino motivada por varios precedentes, que justifican de manera clara esta investigación.

El primer acercamiento a este aspecto se nos planteó tras un análisis del perfil del alumnado mayor universitario y las diferentes circunstancias que envolvían su participación en el mismo y, más concretamente, el hecho de que muchos de ellos no respondieran a las características estereotipadas que comúnmente se asocian a las personas de edad.

Los cambios producidos a nivel demográfico, no solo en España sino en la mayoría de países desarrollados, obligan a los gobiernos y en especial a los agentes socio-educativos, a hacer frente a esta nueva circunstancia con herramientas bien calibradas. Una de ellas hace referencia al envejecimiento activo, elemento cada vez más utilizado a nivel político por los enormes beneficios que reporta no solo a nivel individual sino a nivel económico, político o sanitario. Una de las iniciativas enmarcadas en ese modelo de envejecimiento activo es el “Programa Interuniversitario de la Experiencia” (PIE) de la Junta de Castilla y León.

Por tanto, en el caso de la universidad, conocer la realidad del alumnado y cómo percibe su calidad de vida, nos acerca a sus necesidades y nos obliga a plantearnos nuevos retos profesionales enfocados a la consecución de objetivos en esa línea. Así, esta exploración inicial nos llevó a formular diversas cuestiones como ¿cuál es el perfil del alumnado mayor universitario?, ¿cómo es su calidad de vida?, si se compara este colectivo con la población en general o con otros grupos de personas mayores, ¿cómo son sus resultados?, ¿qué dimensiones son las que realmente influyen más en su percepción subjetiva de calidad de vida?, ¿es realmente la salud un elemento determinante? y ¿lo son las condiciones materiales?, ¿son significativas las diferencias entre sexos?,

¿influye el aprendizaje a lo largo de la vida en la percepción subjetiva de la calidad de vida? o ¿les provee este aprendizaje de herramientas para el envejecimiento activo?

Algunas de estas cuestiones y otras más generales se han planteado también en diferentes instituciones internacionales y nacionales, como universidades, el Instituto Nacional de Estadística (INE), la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) o la Unión Europea (UE) a través de sus diferentes instituciones como la Comisión Europea.

De este modo, las temáticas de la calidad de vida y el envejecimiento activo se presentan como cuestiones de máxima actualidad e interés, lo que justifica que se realicen estudios centrados en analizar dichos fenómenos y se puedan presentar resultados y propuestas que contribuyan al desarrollo de ambos conceptos.

A partir de aquí y para lograr dar respuesta a las cuestiones planteadas, centrarnos en la calidad de vida fue una razón casi obligada para iniciar nuestra andadura y la realización de la tesis doctoral. Una investigación que, además de colmar nuestras inquietudes iniciales, nos ha permitido analizar y profundizar más en esta temática tan vigente, tanto en conversaciones cotidianas como académicas, sirviendo de impulso para plantear nuevas líneas de investigación, tanto a medio como a largo plazo.

Los intereses preliminares fueron concretándose y ampliándose lo que nos supuso una exposición a diferentes estudios e investigaciones que se desarrollan periódicamente tanto a nivel regional, como estatal, europeo y mundial sobre bienestar, desarrollo humano, calidad de vida o envejecimiento. De este modo, durante el análisis y elaboración de la parte teórica, nos acercamos a múltiples concepciones que nos aportaron informaciones valiosas sobre una realidad en constante cambio.

Siendo conscientes de nuestras limitaciones y no pudiendo abarcar la realización de un estudio nacional o incluso regional, optamos por parcelar la realidad y seleccionar al alumnado mayor universitario de la Universidad de Burgos al ser ésta la que nos es más cercana y conocida.



Ligados a las cuestiones anteriores se encuentran, además mis propios intereses personales pues durante mi formación como estudiante de la Licenciatura en Pedagogía tuve la oportunidad de conocer en primera persona el Programa Interuniversitario de la Experiencia de la Universidad de Burgos (UBU) de la mano de la Dra. Palmero. Corría el año 2004 y pude compartir mi conocimiento en nuevas tecnologías con alumnos del programa que, por aquel entonces, se acercaban por primera vez a un equipo informático. La experiencia para los alumnos mayores fue muy satisfactoria, pero los que más aprendimos de aquel intercambio fuimos los alumnos más jóvenes. Tras aquel primer acercamiento como estudiante tuve la gran suerte de poder comenzar a formar parte del profesorado en la sede de Aranda de Duero y un año más tarde, la Dra. Palmero depositó en mí su confianza para coordinar el programa en esa misma sede.

En todo este tiempo de continuo aprendizaje he conocido personas maravillosas con muchas ganas de vivir, con altos niveles de actividad, amplias relaciones sociales, ansiosos por aprender y, sobre todo, agradecidos de poder participar en un programa educativo de carácter universitario. Cada día de clase era y es un canto a la vida y en este sentido se podía intuir que su calidad de vida era alta, que sus niveles de satisfacción y felicidad no eran los mismos que los de otros mayores que dedicaban su tiempo libre a otro tipo de actividades, pero sin embargo los responsables no teníamos ninguna evidencia para poder afirmar esta circunstancia. El hecho de querer profundizar en este aspecto nos llevó a plantearnos la realización de esta tesis.

Desde aquellos primeros contactos como estudiante de Pedagogía y hasta la actualidad, mi relación con el Programa ha sido constante y mi acceso a la profesión docente en la Facultad de Educación de la UBU, ha aumentado mi interés investigador por la formación a lo largo de la vida.

De estas consideraciones preliminares, así como de los intereses propios, surge la defensa de nuestra investigación cuyo objetivo principal se centra en describir, de manera coherente, precisa y detallada cómo es la calidad de vida de los alumnos de las sedes que inauguraron el Programa Interuniversitario de

la Experiencia en la Universidad de Burgos en octubre de 2002: Burgos y Aranda de Duero.

## **II. Estado de la cuestión.**

En el contexto actual, son varias las preocupaciones que se nos presentan si hablamos de los principales conceptos que comprende la investigación aquí presentada: personas mayores, calidad de vida, envejecimiento activo y aprendizaje a lo largo de la vida. Solo hace unas décadas, plantear un estudio acerca de tales nociones y su interrelación hubiese sido osado y posiblemente, hubiera estado fuera de lugar al no cubrir necesidades reales.

Afortunadamente, el desarrollo del estado de bienestar nos ha conducido a poner la atención en estas cuestiones en las que, de ser otras las circunstancias históricas o políticas, ni siquiera hubieran prosperado.

En primer lugar, el envejecimiento de la población es uno de los retos más importantes a los que se enfrenta la Europa contemporánea (Mackowicz y Wnek-Gozdek, 2016). Las previsiones no dejan lugar a las dudas, a mediados del siglo XXI, uno de cada tres ciudadanos tendrá más de 60 años (Comisión Europea, 2012). Todo ello en el marco de una crisis económica global que comenzó en 2008 y que cambió las economías y las sociedades (Van Kersbergen, Vis y Hemerijck, 2014).

Las medidas para contrarrestar los efectos de una población que envejece deben estar diseñadas teniendo en mente una perspectiva longitudinal (Komp y Johansson, 2016). Sin embargo, los resultados de las intervenciones actuales en materia de envejecimiento de la población tendrán impacto en el futuro, no se verán a corto o medio plazo (Kvist, 2015). Por otra parte, las intervenciones en una población que envejece han de ser específicas en los diferentes países y grupos de población (Börsch-Supan, Hank, Jürges y Schröder, 2009).

Los responsables políticos han de afrontar estos cambios tratando de minimizar las posibles circunstancias adversas que este hecho genere, como pueden ser enfermedades crónicas y problemas de discapacidad (Michel, Newton y Kirkwood, 2008).

Frente al envejecimiento de la sociedad, el concepto de envejecimiento activo se ha convertido en un tema clave en las políticas europeas (Comisión

Europea, 2006). Esta forma de actuación está dirigida a combatir los efectos negativos que puede tener el envejecimiento como pueden ser enfermedades crónicas y problemas de discapacidad (Michel et al., 2008).

En este sentido, comprobamos que el año 2002 supuso un hito pues se apostó decididamente por el envejecimiento activo en la II Asamblea Mundial sobre Envejecimiento de Madrid en la que se adoptó el “Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento” (<https://social.un.org/ageing-working-group/documents/mipaa-sp.pdf>). En el mismo se marcan diferentes prioridades para las acciones futuras entre las que podemos destacar el desarrollo personal y la auto-realización a través del acceso a la educación (educación a lo largo de la vida).

Es más, la estrategia Europa 2020 (<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=URISERV%3Aem0028>) se basa en la idea de la educación a lo largo de la vida, lo que implica un cambio de actitud hacia la educación. La educación se entiende más allá del sistema escolar y cubre todas las etapas del desarrollo humano (Mackowicz y Wnek-Gozdek, 2016). El fin último de las instituciones que se dedican a la educación de personas mayores debería ser incrementar el número de mayores que adquieren nuevas habilidades, las cuales tienen un impacto directo en su bienestar y su calidad de vida (Escuder Mollón y Gil, 2014).

Recientemente, a iniciativa de la OMS, se aprobó la “Estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud 2016-2020” ([http://envejecimiento.csic.es/documentos/blog/WHO\(2016\)ResolucionWHA69.3EstrategiaPlanAccionMundialesEnvejecimientoSalud.pdf](http://envejecimiento.csic.es/documentos/blog/WHO(2016)ResolucionWHA69.3EstrategiaPlanAccionMundialesEnvejecimientoSalud.pdf)) con el objetivo de proponer un modelo conceptual sobre el envejecimiento saludable entendiendo que el mismo abarca toda la vida y, por tanto, se pueden tomar medidas a cualquier edad. Entre los objetivos propuestos dentro del nuevo plan de acción no se hace ninguna referencia expresa a la formación ni a la calidad de vida, elementos que consideramos de vital importancia en este sentido.

Por otra parte, desde instituciones españolas como el Consejo Estatal de Personas Mayores y el IMSERSO

[http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/t\\_map\\_m\\_cas.pdf](http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/t_map_m_cas.pdf)) se ha consensuado que el marco de actuación para las personas mayores se concentre en torno a cuatro bloques: empleo, igualdad de oportunidades y no discriminación, vida independiente y saludable y participación activa en la sociedad. En este último punto se incluye la posibilidad de aprendizaje permanente como un elemento de prevención de situaciones de dependencia y enfocado a la utilización de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC).

Por todo lo anteriormente expuesto, merece la pena animar a las personas mayores a tomar parte en acciones educativas y así poner en práctica la idea de aprendizaje a lo largo de la vida (Mackowicz y Wnek-Gozdek, 2016). En este sentido, las Universidades de Mayores representan un esfuerzo muy loable para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores y hacer frente al aumento de la longevidad y responder así a los supuestos erróneos que asocian envejecimiento con declive físico y/o mental (Formosa, 2010).

Desde nuestro punto de vista, para facilitar el desarrollo personal y social de las personas mayores y conseguir que el proceso de envejecimiento se pueda calificar como “activo”, es conveniente y necesario implicar en esta tarea formativa a la universidad como depositaria y potenciadora “oficial” de la cultura. La universidad no puede, ni debe, eludir la función de colaborar en el desarrollo cultural de la sociedad en la que está inmersa y de la cual forma parte. Esta colaboración en la formación de las personas mayores le supone adaptar y desarrollar las funciones clásicas que son propias de las instituciones universitarias como son la docencia, la investigación y la extensión cultural añadiendo la formación a lo largo de toda la vida. Esta nueva universidad debe ser interdisciplinar, es decir, capaz de afrontar los problemas emergentes que exceden las disciplinas tradicionales y expandida, sea, que integre los procesos educativos informales (Freire y Brunet, 2010). De esta manera la universidad podrá dar respuesta a la demanda de las personas mayores para acceder a la cultura independientemente de los conocimientos previos que se tengan y de la edad, así como también de su procedencia geográfica, lo que justifica compensar

las desigualdades de las personas mayores que viven en zonas rurales creando extensiones de los Programas que se impartan en sus localidades.

Es en la década de los 90 cuando comienzan a impartirse los Programas Universitarios de Mayores (PUMs) en las universidades españolas: Pontificia de Salamanca, Alcalá de Henares o Granada.

En ese marco de actuación surge en 2004 la Asociación Estatal de Programas Universitarios para Personas Mayores (AEPUM) con la intención de fomentar y desarrollar del diálogo y comunicación entre las Universidades, las Administraciones Públicas y entidades privadas, impulsar la cultura, la búsqueda de soluciones para la satisfacción de necesidades formativas y para actuar como centro de información y asesoramiento interuniversitario para los Programas de Mayores, adecuándose en su actuación a los principios de autonomía, participación y relación con el entorno (<http://www.aepumayores.org/es/contenido/estatutos>).

De esta forma se busca que los PUMs, sean una realidad reconocida a todos los niveles y puedan llegar a todos los rincones de España conscientes de los grandes beneficios que obtiene el alumnado de la participación en los mismos. La educación superior ha sido transformada por primera vez en la historia por una combinación de jubilación obligatoria, pensiones e incremento de la longevidad que hace que se haya convertido en un catalizador potencial del envejecimiento activo (Borg y Formosa, 2016). En conclusión, podemos decir que las Universidades de Mayores representan un esfuerzo muy loable para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores (Formosa, 2010).

Con respecto a la calidad de vida, son numerosos los autores que se han acercado al concepto de calidad de vida. En nuestra investigación, la percepción de la Calidad de Vida (CdV) orientada subjetivamente es esencial, ya que se conecta a las experiencias de vida (Murphy y Murphy, 2006), como la felicidad y la satisfacción con la vida en general (Megens y van Meijel, 2006; Murphy y Murphy, 2006) y por lo tanto representa micro componentes del individuo.

En general, la CdV se entiende como un multidimensional, multisectorial y multidisciplinar (Baldwin, Godfrey y Propper, 2002; Noll, 2004; Hajiran, 2006) en el que los dominios importantes desde el punto de vista de las personas mayores son el ser, la pertenencia y el devenir o llegar a ser (Raphael, Renwick, Brown y Rootman, 1994).

El presente estudio tiene en cuenta aspectos relacionados con las condiciones objetivas de vida y la percepción de la calidad de vida del alumnado del Programa Interuniversitario de la Experiencia de la Universidad de Burgos. La calidad de vida se basa en supuestos individuales y depende de las situaciones de la vida a lo largo del tiempo, describe la satisfacción individual de deseos y necesidades que es influenciada por factores tales como el estado de salud, el ocio, las oportunidades de aprendizaje y la interacción social.

Por otra parte, es interesante conocer qué instrumentos se están utilizando cuando hablamos de medir la calidad de vida y/o el envejecimiento para poder comparar resultados y conocer si los individuos o los grupos presentan un envejecimiento activo. Entre ellas podemos destacar el Índice de Envejecimiento Activo, la encuesta SHARE, la Encuesta de Condiciones de Vida o el Índice para una vida mejor. Cada una recoge diferentes dimensiones y si bien la información que nos aportan es muy valiosa, podemos encontrar problemas a la hora de establecer comparaciones por la variedad de metodologías utilizadas.

Así las cosas, una de nuestras principales fuentes de información ha sido la Encuesta Europea sobre Calidad de Vida (EQLS) de 2012 del Eurofound. Fue creada en 2003 con el propósito de investigar todos los aspectos relacionados con las condiciones objetivas de vida y la percepción de la calidad de vida de los ciudadanos europeos. Los resultados de la EQLS son el producto de un gran esfuerzo de análisis por parte de un equipo de profesionales multidisciplinares y abarcan todas las dimensiones relacionados con el fenómeno de la calidad de vida.

Finalmente, de acuerdo con la base conceptual de este estudio (Figura 1), el concepto de PUMs cubre el dominio de satisfacción de los deseos y

necesidades individuales. Desde el punto de vista de la calidad de vida, vemos que los deseos y necesidades de los mayores afectan a su voluntad de aprender y, por otro, representan las consecuencias positivas de la interacción de la formación en su calidad de vida.

Figura 1. Marco conceptual del estudio.



Fuente: Elaboración propia.

Desde nuestra perspectiva, los PUMs pueden ser un recurso de las personas mayores para satisfacer diversas necesidades de las que depende su calidad de vida individual. Podemos decir que tanto la satisfacción como la calidad de vida de las personas mayores se ven afectadas por la formación a través de la interacción social con otras personas, lo que también podría dar lugar a un aumento del nivel de actividad general, así como la posibilidad de acceder a un conocimiento que puede desembocar en un mayor empoderamiento. Este hecho les permitiría cooperar y contribuir a la sociedad y, de esta manera, co-crear la sociedad del conocimiento.

En vez de concentrarnos por separado en los conceptos de calidad de vida y PUMs, es esencial entender que la calidad de vida de las personas mayores se inicia con el cumplimiento de sus deseos y necesidades, lo que nos lleva a los indicadores subjetivos de la calidad de vida. Es sólo aquí cuando podemos empezar a desarrollar las ideas de cómo el concepto de PUMs podría y debe ser incorporado en la calidad de vida de las personas mayores.



Para la investigación aquí presentada es esencial comprender cómo las diferentes definiciones de CdV podrían combinarse con las definiciones de las PUMs. Más específicamente, para comprender y conceptualizar los conceptos teóricos más básicos hay que explorar los puntos de intersección de ambas ideas.

Se plantean en este sentido las preguntas de nuestra investigación ¿cómo es la vida, en términos de calidad, de aquellos mayores que han decidido ser alumnos de un programa educativo universitario?, ¿cuál es la realidad del alumnado del Programa Interuniversitario de la Experiencia de la Universidad de Burgos?, ¿presentan mejor calidad de vida que otros grupos de personas mayores?

Si bien algunas investigaciones han abordado esta cuestión en pequeñas poblaciones, no tenemos datos que podamos generalizar y aplicar a nuestra muestra por lo que el estado de conocimiento nos obliga a profundizar en este sentido. Las grandes encuestas tanto nacionales como internacionales no se detienen en aspectos como la formación a lo largo de la vida, elemento que consideramos de gran importancia en cualquier investigación que intente aportar luz sobre la salud, la calidad de vida o el envejecimiento activo.

Sin ningún género de duda, participar en alguna actividad educativa permite al alumno mantener su capacidad intelectual durante el máximo tiempo posible, ayuda a mejorar la autoestima y el desarrollo personal, ofrece oportunidades para adaptarse a una realidad cambiante, ayuda a mantener las relaciones sociales y a participar activamente en la vida social (Escuder Mollón, 2014).

La información anterior nos muestra que existe una sensibilidad especial por el colectivo de personas mayores y por todos los elementos que pueden hacer de la etapa de la madurez un momento lleno oportunidades que contribuyan a percibir que la vida merece la pena ser vivida. Gobiernos e instituciones están actuando para conseguir visibilizar una realidad que no existía hace solamente unos años. Por otra parte, si bien la formación de las personas mayores ha tenido un amplio desarrollo, sigue siendo un elemento

residual en los diferentes planes, programas o proyectos relacionados con el envejecimiento o la calidad de vida.

No obstante, a pesar de los esfuerzos no debemos cejar en el empeño de seguir profundizando en el conocimiento del grupo de población de personas mayores pues sus características son cada vez más heterogéneas y sus necesidades más exigentes.

En definitiva, la investigación que se presenta es importante porque contribuye a afianzar la necesidad de la formación de las personas mayores justificando la misma en que mantiene la calidad de vida del alumnado. Por otra parte, busca comprender qué dimensiones son las más influyentes para la calidad de vida de los mayores lo que puede ayudar a los gestores y a cualquier agente educativo o social relacionado con los PUMs a ajustar mejor la programación para dar respuesta a necesidades reales. En resumen, el problema expuesto está correctamente delimitado y es relevante a nivel científico porque aporta nuevos conocimientos, a nivel humano pues busca mejorar la vida social y presenta relevancia contemporánea porque da solución a un problema actual como es el del envejecimiento.

### **III. Metodología, objetivos e hipótesis de la investigación.**

Siguiendo al gran humanista, epistemólogo y filósofo argentino Mario Bunge, que habiendo nacido en 1919 sigue hoy en activo y es uno de los mejores ejemplos de envejecimiento activo y calidad de vida que podemos encontrar actualmente, podemos considerar la ciencia como un sistema de ideas establecidas provisionalmente (conocimiento científico) y como una actividad productora de buenas ideas (investigación científica) (Bunge, 2014).

En la gran división de la ciencia, entre formal y fáctica, la investigación aquí presentada se reconoce en la segunda opción al ser nuestro objeto de investigación la calidad de vida y necesitar la observación o el experimento para poner a prueba los enunciados propuestos.

Tradicionalmente se han reconocido dos grandes tradiciones metodológicas en ciencias sociales, etiquetadas como investigación cuantitativa e investigación cualitativa (Botella Ausina, 2000). En este sentido comprobamos que la ciencia se caracteriza no por lo que estudia sino por el rigor con el que lo hace, es decir, por el método que utiliza: el método científico. Por tanto, lo que distingue a la investigación científica de otras formas de indagación acerca de nuestro mundo es que ésta se guía por el denominado método científico (Sabino, 2014).

Pardinas (1989) afirma que el método de trabajo científico es la sucesión de pasos que debemos dar para descubrir nuevos conocimientos. Por su parte, Cohen et al. (1993) concretan que el método científico es la aplicación de la lógica para poner a prueba nuestras opiniones o conjeturas (hipótesis) examinando para ello evidencias tanto a favor como en contra.

El método no es un camino fijo o predeterminado ni un recetario de acciones que se siguen como una rutina, por ello es que el método ni es obligatorio, en el sentido de que si no se sigue de una determinada manera nos aguarda inevitable el fracaso, ni es tampoco garantía absoluta de que se arribará a un resultado exitoso (Sabino, 2014).

El objetivo de la investigación científica es el enunciado claro y preciso de las metas que seguimos, es lo palpable, lo medible, lo verificable, algo que podemos vincular con la lógica de las acciones y el significado (Quisbert Vargas y Ramirez Flores, 2011).

Las características más importantes del método científico serían que es fáctico, trasciende los hechos, se atiene a reglas metodológicas, se vale de la verificación empírica, es autocorrectivo y progresivo, sus formulaciones son de tipo general y es objetivo (Ander-Egg, 2001).

Así pues, el método científico es importante porque sigue unos pasos que van desde el planteamiento de un problema a través de su descomposición, pasando por la formulación de hipótesis, el análisis y la interpretación de los datos recogidos y la extracción de conclusiones. En palabras de Cronbach y Suppes (1973), estaríamos hablando de una búsqueda sistemática en la que se establecen controles para evitar los errores.

En el caso que nos ocupa, el objetivo general es analizar la calidad de vida de las personas mayores inscritas en un programa educativo universitario, el Programa Interuniversitario de la Experiencia de la Universidad de Burgos, en las sedes de Burgos y Aranda de Duero. La investigación cobra sentido en tanto que todos los agentes implicados en el proceso educativo pueden ser conscientes de la importancia del mismo y/o porque gracias a los resultados se pueden introducir mejoras no solo en el programa sino también a otros niveles educativos. En resumen, la investigación proporciona información válida y conocimientos precisos sobre la educación con el propósito de tomar decisiones informadas (McMillan y Schumacher, 2005).

Tras la investigación bibliográfica y la elaboración del marco teórico, se han podido sustentar las hipótesis en relación a los objetivos específicos. Los mismos se concretaron, por un lado, para explicar cómo es la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) del alumnado del PIE y por otro, para conocer cuáles son las variables o dimensiones que influyen en mayor medida cuando hablamos de mayores universitarios y calidad de vida.

Partimos de hipótesis que consideran que los mayores universitarios tienen una buena calidad de vida en términos generales y más concretamente si hablamos de salud, vida social, nivel económico y participación. En este sentido, somos conscientes de que estudios previos afirman que los PUMs influyen positivamente en su calidad de vida y de que este grupo de población presenta unas singularidades (nivel educativo, apoyo social) que les diferencia de la población en general y a su vez les beneficia. Es por todo lo expuesto que deseamos comprobar si la calidad de vida de los mayores del PUMs de la Universidad de Burgos presenta esas características.

Por otra parte, nos interesa centrarnos en la salud por ser uno de los elementos más estudiados en relación a la calidad de vida y sobre el que parece haber una opinión más clara y certera cuando nos referimos a las personas mayores. Así, creemos que las mujeres tienen peor calidad de vida porque son más longevas pero más dependientes, que los más mayores también tienen peor salud pues hay índices más elevados de enfermedades crónicas o síntomas de depresión que en cualquier otro grupo de edad y que hay una estrecha relación entre tener buena salud y sentirse feliz y satisfecho.

Finalmente, se nos presenta la hipótesis relacionada con las dimensiones que son relevantes para nuestra muestra y creemos que el estado civil y la situación laboral influyen en la percepción de salud, que en la calidad de vida influye la situación económica y el nivel de estudios o que quienes llevan más años como alumnos del programa están más satisfechos que los alumnos más noveles.

Así las cosas, la investigación que se presenta en esta tesis es de carácter cuantitativo y se ha optado por una modalidad no experimental y de carácter descriptivo, comparativo y correlacional. Si hablamos de funciones de la investigación podemos situar nuestra investigación como aplicada pues busca aumentar el conocimiento científico en un campo determinado tratando de establecer relaciones empíricas y generalizaciones analíticas en el campo de los PUMs (McMillan y Schumacher, 2005).

Siguiendo a Fernández-Ballesteros (2000) el diseño utilizado en este estudio sería de observación pasiva, pues el investigador no interviene activamente en lo que estudia. Dentro de este diseño nos enmarcamos en la investigación mediante encuestas pues no estudian los comportamientos directamente, sino que se pregunta a los individuos por ellos y porque se administra a una muestra, empleándose la información recogida para realizar inferencias sobre la población.

Por todo lo anteriormente expuesto, la técnica seleccionada para recoger los datos sobre la calidad de vida de los mayores universitarios de la Universidad de Burgos es la encuesta de diseño transversal a través de la aplicación de dos cuestionarios, la EQLS 2012 del Eurofound y el EQ-5D-5L VAS del EuroQol Group.

La técnica de muestreo aplicada es un muestreo no probabilístico por conveniencia, pues se ha seleccionado el grupo de sujetos que comprende al alumnado de la Universidad de Burgos del Programa Interuniversitario de la Experiencia de las sedes de Burgos y Aranda de Duero dada la accesibilidad y la idoneidad de los mismos. Finalmente, la muestra se compone de 332 sujetos de ambas sedes.

No podemos terminar este apartado sin expresar un sentimiento de impotencia por las limitaciones metodológicas de este estudio que no nos ha permitido seleccionar una muestra más amplia ni añadirle una perspectiva longitudinal, si bien nos mantenemos abiertos a continuar investigando en este ámbito en el futuro.

#### **IV. Articulación de la tesis doctoral.**

La evolución de la investigación nos ha llevado a estructurar el trabajo en dos partes o apartados principales. El contenido de la primera parte corresponde con la “*Fundamentación teórica*” conformada a partir del marco científico que sustenta nuestro trabajo. A este bloque corresponden los capítulos que van del primero al cuarto.

El primer capítulo aborda el tema del envejecimiento poblacional y el mismo se ha enfocado desde el punto de vista demográfico partiendo de los datos mundiales para finalizar en el contexto más cercano de la comunidad de Castilla y León.

En el segundo capítulo nos acercamos a los aspectos principales referidos al tema de estudio. Partimos de una aproximación conceptual fundamentada en la definición de envejecimiento activo, relacionamos este concepto con el de aprendizaje a lo largo de la vida y finalmente llegamos hasta los Programas Universitarios de Mayores. En este último punto nos detenemos en la realidad del Programa Interuniversitario de la Experiencia de la Universidad de Burgos acercándonos a sus objetivos, su plan de estudios, el tipo de asignaturas y todo lo que sirve para conocer de qué tipo de programa educativo estamos hablando.

El capítulo tercero comprende la definición de calidad de vida, el origen de un concepto tan ambiguo como utilizado, cuáles son sus componentes o dimensiones y cómo diferentes investigadores se han acercado a su medición.

Una vez delimitadas las cuestiones principales, el capítulo cuarto recoge diferentes instrumentos globales de medida tanto del envejecimiento como de la calidad de vida que se han desarrollado en el ámbito internacional y nacional. Nos detenemos en los resultados de España en los estudios publicados más recientemente pues nos ofrecen información muy valiosa para, posteriormente, profundizar en las diferencias entre la población en general y nuestro alumnado.

La segunda parte, titulada “*Estudio empírico*”, se centra precisamente en clarificar aspectos relacionados con el método y abarca del capítulo quinto hasta el noveno. Es el capítulo quinto el que recoge la información relativa a las fases

de investigación, los objetivos, las hipótesis que orientan la investigación, el diseño metodológico, la población y la muestra. También es en este apartado donde se incluye una amplia descripción de los cuestionarios que se utilizaron para la recogida de la información y que se incluyen en los Anexos para su consulta.

Cada uno de los tres capítulos siguientes (del sexto al octavo) están directamente relacionados con los objetivos específicos de esta investigación. Así, el capítulo sexto está dedicado a la Encuesta Europea sobre la calidad de vida 2012 del Eurofound y su aplicación al alumnado del Programa Interuniversitario de la Experiencia de la Universidad de Burgos. En este sentido se recoge un análisis tanto de los datos clasificatorios como de las diferentes dimensiones que comprende la calidad de vida para concluir con una comparativa entre los resultados del alumnado del PIE con respecto a los resultados nacionales y europeos.

El séptimo capítulo nos acerca al Cuestionario de Salud EQ-5D-5L EVA (2009) del EuroQol Group a partir del que realizamos un análisis comparativo y correlacional a partir de los datos obtenidos de su aplicación al alumnado del PIE de la Universidad de Burgos en sus sedes de Burgos y Aranda de Duero.

El capítulo octavo se dedica a realizar una inferencia estadística a partir de los resultados de la muestra tanto en el EQLS 2012 como en el Cuestionario de Salud EQ-5D-5L EVA (2009). Por otra parte, se presentan los resultados del modelo completo que se ha realizado a partir del método denominado *stepwise backward regression* y que nos ofrece información relevante para el análisis de las variables dependientes. Este análisis nos permite determinar qué variables son las más influyentes en la calidad de vida de los mayores del Programa Interuniversitario de la Experiencia de la Universidad de Burgos.

El capítulo noveno, comprende el análisis de los resultados por las hipótesis propuestas, una comparación entre los resultados de la muestra de la Universidad de Burgos y una discusión en la que se ha buscado el paralelismo con otras investigaciones y donde se puede resaltar que los resultados



encontrados en este estudio están en la misma línea que otras indagaciones anteriores.

El último capítulo, el décimo, abarca las conclusiones, las limitaciones que han sido encontradas al realizar este estudio y las futuras líneas de investigación que se proponen a la vista de los resultados obtenidos.

Para concluir se presentan las referencias documentales, un espacio dedicado a todos los textos que han sido citados en el desarrollo de la tesis, distinguiendo por un lado la bibliografía y por otro las referencias encontradas en Internet; también los índices de figuras, tablas y siglas y los anexos o documentación complementaria en los que se recogen los dos instrumentos utilizados para la recogida de datos en la realización de esta tesis.

En definitiva, con este trabajo inicial se pretende profundizar en el conocimiento del alumnado del Programa Interuniversitario de la Experiencia de la Universidad de Burgos a través de su calidad de vida, con el objetivo de poder servir de herramienta de reflexión y análisis de esta realidad, clave para la mejora de los procesos de intervención que envuelven la formación de personas mayores.



## **PARTE I: FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN**



## **CAPÍTULO 1: Demografía y envejecimiento de la población. El envejecimiento mundial, en Europa y España.**

### **1.1 Introducción.**

El envejecimiento de la población es uno de los grandes retos sociales y económicos a los que se enfrenta la Unión Europea (UE) como conjunto y cada uno de sus miembros en particular. Las proyecciones prevén una proporción y un número cada vez mayor de personas mayores (65 años y más), con un incremento particularmente rápido en el número de personas de edad muy avanzada (85 años y más). Este desarrollo demográfico es probable que tenga un impacto considerable en un amplio espectro de áreas; no solo las de salud y atención de las personas mayores, sino también en el mercado laboral, los sistemas de seguridad social y pensiones, así como en las políticas educativas.

La UE promueve el envejecimiento activo y designó el año 2012 como el “Año europeo del envejecimiento activo y la solidaridad entre las generaciones” (<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=URISERV%3Aem0038>). En este marco, se puso de relieve el potencial de las personas mayores, se promovió su participación activa en la sociedad y la economía y se buscó transmitir una imagen positiva del envejecimiento de la población.

Actualmente, la UE tiene como objetivos de la estrategia “Europa 2020”, entre otros, hacer frente a los retos asociados con una población que envejece y elevar dos años la esperanza de vida saludable de los ciudadanos. En 2012, la Comisión Europea adoptó una Comunicación sobre “Asociación Europea para la Innovación sobre un Envejecimiento Activo y Saludable” (COM (2012) 83 final). La asociación tiene como objetivo: permitir a las personas mayores vivir más tiempo, más saludable y una vida más independiente; mejorar la sostenibilidad y la eficiencia de los sistemas de salud y asistencia; y crear crecimiento y oportunidades de mercado para las empresas en relación con el envejecimiento de la sociedad.

Los fondos estructurales de la UE ofrecen posibilidades para apoyar la investigación, la innovación y otras medidas para este envejecimiento activo y saludable. El envejecimiento activo es un área importante de la inversión social,

como se subraya en la Comunicación de la Comisión Europea "Hacia la inversión social para el crecimiento y la cohesión" (COM (2013) 83 final) y es por lo tanto una de las prioridades de inversión del Fondo Social Europeo (FSE) y el Fondo Europeo de Desarrollo regional (FEDER) durante el período 2014-2020.

La investigación en este sentido es actual y necesaria pues nos puede ser de gran utilidad para regular la nueva situación a la que nos enfrentamos desde la perspectiva de la calidad de vida. Los esfuerzos están siendo dirigidos hacia el envejecimiento activo y entendemos que la idea que prevalezca detrás de los mismos esté orientada a conseguir las condiciones necesarias para que el mismo produzca calidad de vida.

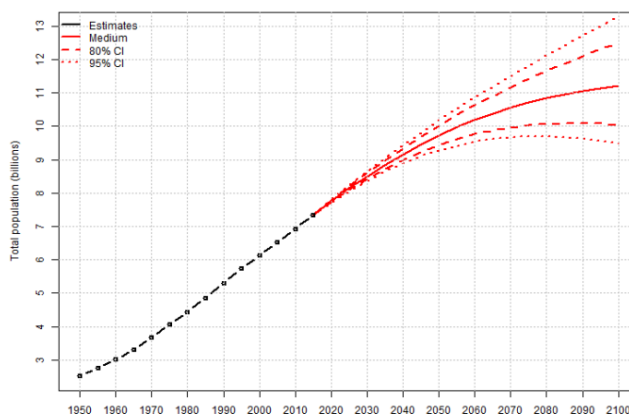
## **1.2 El envejecimiento mundial.**

El envejecimiento es motivo de celebración, pues el triunfo del desarrollo ha propiciado que haya vidas más largas. Los avances en sanidad y saneamiento, nutrición, educación y la prosperidad económica han dado lugar a la disminución de las tasas de fertilidad, menor mortalidad infantil y el aumento de la supervivencia en edades más avanzadas. Ciertamente, todavía no han llegado a todas las partes del mundo, aunque las proyecciones auguran que los datos de los países en desarrollo se aproximarán en un futuro no muy lejano a los de los países desarrollados. El resultado final es que estos avances del siglo XXI han generado una transición demográfica mundial sin precedentes que obligará a tener en cuenta a las personas mayores por la importante contribución a la estructura de nuestras sociedades (OMS, 2002).

Los últimos datos publicados por Naciones Unidas (2017), nos muestran que somos más de 7,5 billones de habitantes en el planeta Tierra. El crecimiento ha sido espectacular desde los años 60, ya que por entonces éramos poco más de 3 billones y en este momento esa cifra ha crecido más de un 243%. Siguiendo una variación media, se espera que en 2030 superemos los 8,5 billones de habitantes y que en 2050 ya seamos más de 9,7 billones, cada vez con mayores desigualdades sociales y diferencias entre ricos y pobres. Sin embargo, el ritmo

al que está creciendo la población mundial se ralentizará en las próximas décadas (Figura 2).

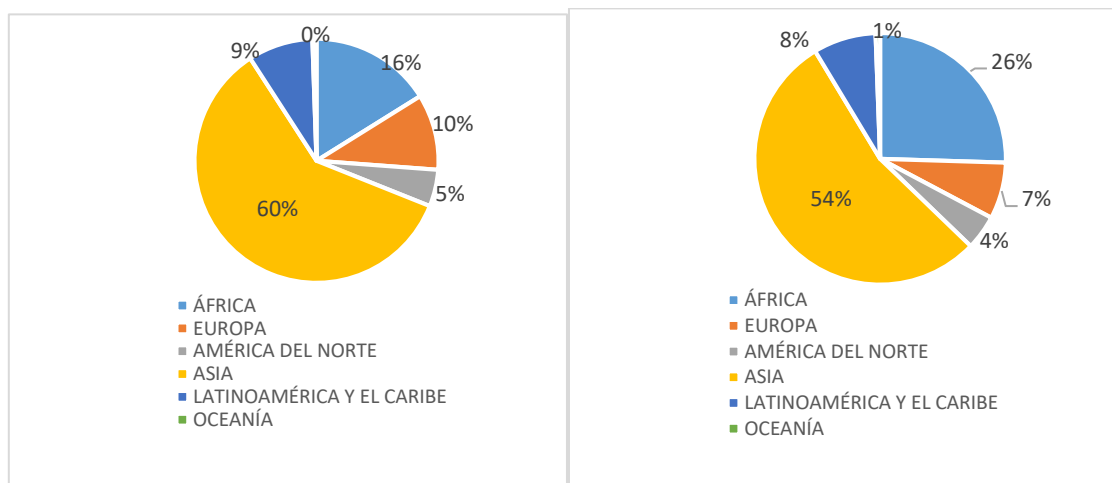
Figura 2. Población mundial: estimación, 1950-2015, proyección media-variante e intervalos de predicción al 80 y 90 por ciento para el 2015-2100.



Fuente: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2015). World Population Prospects: The 2015 Revision. New York: United Nations.

En relación a la distribución de la población comprobamos que la misma variará sustancialmente del 2015 al 2050 en las diferentes regiones. Asia perderá un 6% de su población, Europa se quedará en un 7% de la población mundial total perdiendo de esta manera un 3% de habitantes y Latinoamérica y El Caribe perderán un 1%. Oceanía y América del Norte mantienen su población y únicamente sería África la que ganaría población, pasando de representar un 16% de la población mundial a un 26% (Figura 3).

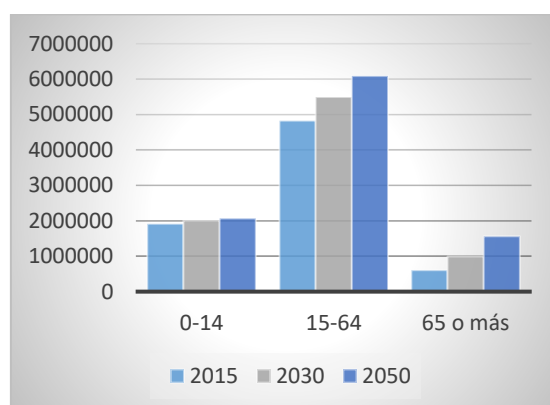
Figura 3. Porcentaje de población por continente en el año 2015 (izquierda) y proyección para el año 2050 (derecha).



Fuente: Elaboración propia a partir de United Nations, Department of Economic and Social Affairs (UNDESA), Population Division (2015). World Population Prospects: The 2015 Revision.

Aparte de los cambios en la magnitud de la población que ya hemos visto anteriormente, la población mundial avanza progresivamente hacia el envejecimiento de su estructura por edades. En la Figura 4 se muestra la población de 2015 y las proyecciones para 2030 y 2050 teniendo en cuenta una variación media. En las mismas se observa que a pesar del crecimiento de la población entre los más jóvenes, éste es mínimo hasta los 14 años y sostenido de los 15 a los 54 años. Es significativo que, a partir de los 60, la proporción de la población no va a parar de crecer, llegando en algunos tramos de edad a triplicar en 2050 la población que presentaba en 2015. Queda claro que pasaremos de un tipo de pirámide expansiva en 2015 a una pirámide estacionada moderna en 2050, en el que la población mayor de 60 años será más numerosa que la de 0 a 14 años.

Figura 4. Distribución de la población por grupo de edad en el año 2015 y proyecciones para los años 2030 y 2050.



Fuente: Elaboración propia a partir de United Nations, Department of Economic and Social Affairs (UNDESA), Population Division (2015). World Population Prospects: The 2015 Revision.

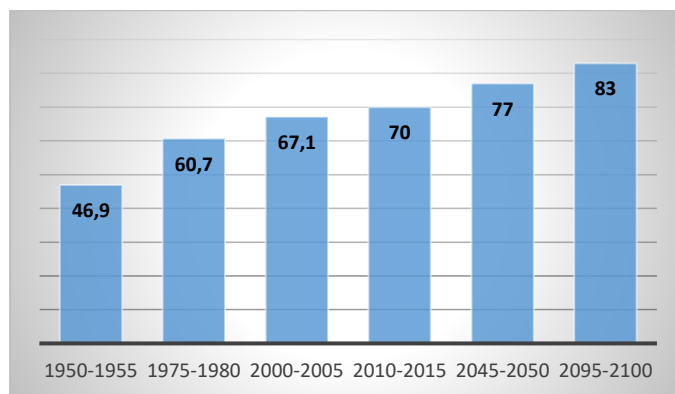
Queda de manifiesto que las personas mayores, como grupo de edad, adquirirán mayor protagonismo en una sociedad en la que su presencia se está incrementando progresivamente. En este contexto merece la pena analizar la realidad de estas personas y realizar un análisis exhaustivo sobre su situación, expectativas, necesidades y conocimientos para poder hacer frente a esta nueva perspectiva que puede tomarse como llena de posibilidades o de dificultades.

El envejecimiento de la población queda patente en los datos sobre esperanza de vida al nacer, que en el periodo 2010-2015 se situaba en los 70 años, pero gracias al progresivo desarrollo de los diferentes países y los avances



científico-tecnológicos, se ha podido lograr un aumento de la esperanza de vida del 67% en 65 años (ver Figura 5).

Figura 5. Evolución y proyecciones de la esperanza media de vida al nacer a nivel mundial.



Fuente: Elaboración propia a partir de United Nations, Department of Economic and Social Affairs (UNDESA), Population Division (2015). World Population Prospects: The 2015 Revision.

En este sentido, las proyecciones de Naciones Unidas confirman que la esperanza de vida seguirá aumentando hasta situarse en los 83 años en el año 2100. Si bien estos datos son muy optimistas, la esperanza de vida es muy desigual en los diferentes países. A la cabeza se encuentran la Europa de los 27, Canadá, Argentina, Japón o Australia y a la cola la mayoría de países de África Central, curiosamente, prácticamente los mismos que las proyecciones futuras sitúan como aquellos que más van a incrementar su población. Queda patente que África destaca por la extraordinaria juventud de su población, su baja esperanza de vida y su alta natalidad. Por otra parte, en los países desarrollados existe una diferencia importante en cuanto al género, viviendo más años las mujeres que los hombres. Estas diferencias se producen en estos países ya que en los que están en vías de desarrollo la mortalidad en edades tempranas y en relación al parto es aún muy elevada, disminuyendo la esperanza de vida de las mujeres.

Es considerable el avance realizado, si bien creemos que el verdadero éxito y lo que marcará un antes y un después será acompañar el término esperanza de vida con el de calidad de vida el mayor número de años posible.

Si nos centramos en la fertilidad total mundial, en el periodo 2010-2015 era de 2,5 hijos por mujer, prácticamente un 50% menos que entre 1950 y 1955. Esta magnitud no dejará de bajar y podrá llegar a situarse, a nivel mundial, en los 1,99 hijos por mujer en el 2100, todo ello teniendo en cuenta proyecciones basadas en una variación media. Al igual que con la esperanza de vida, la fertilidad es muy desigual en los diferentes países del mundo.

Con un índice de fecundidad de únicamente 1,6 hijos por mujer, Europa continental es la única zona que registra un descenso de población y pasará de 738 millones de habitantes en 2015 a 726 millones en 2050 (INED, 2015).

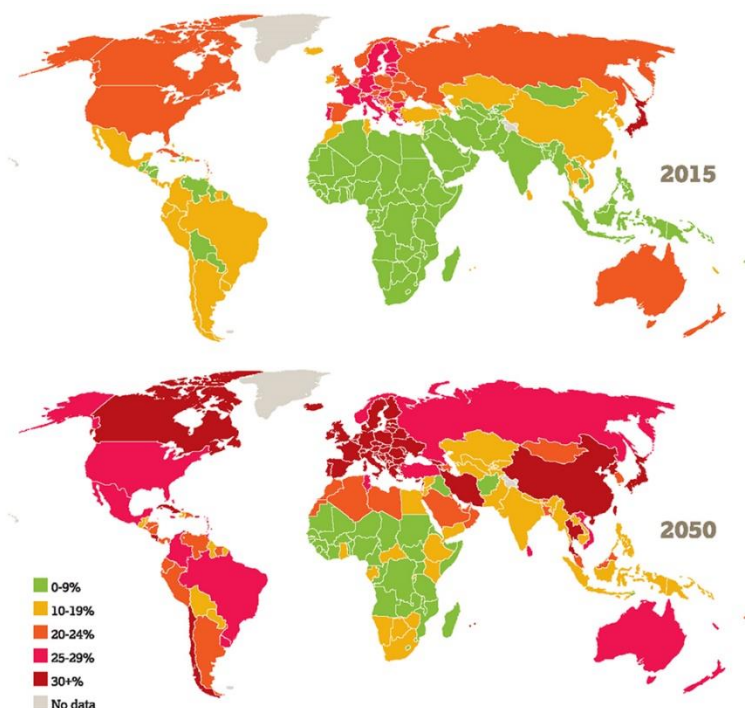
Lo anteriormente expuesto nos lleva al año 2015, momento en el que el porcentaje mundial de adultos mayores de 65 años se situó en el 8,27% de la población total. Comprobamos como las poblaciones mayores también están envejeciendo, dando lugar a los “muy mayores” (más de 80 años) cuyo incremento, proporcionalmente hablando, es mayor que el de los mayores de 65 años. El número de centenarios en el mundo está previsto que pase de alrededor de los 500.000 que había en 2015 a los 3,2 millones en el año 2050 (UNFPA, 2012).

Las tendencias previstas por las Naciones Unidas, basadas en variaciones medias, confirman que la población de personas mayores aumentará de manera progresiva en las próximas décadas.

Por regiones vemos que los porcentajes de población mayor también son muy desiguales (Figura 6). En 2015 Europa era la región que más personas mayores de 65 años acumulaba, un 17,58%; seguida por Norteamérica con un 14,92%. La diferencia entre Europa y Norteamérica es que la importante inmigración de esta última, con gran mezcla de grupos étnicos, retrasa el fenómeno del envejecimiento. Según datos de la División de Población, Envejecimiento y Desarrollo del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas (UNDESA), esta tendencia se consolidaría en 2025 y se afianzará de manera definitiva en 2050, cuando en Europa cerca de un 28% de la población sea mayor de 65 años. África conseguirá poco o poco que su población sea cada vez más mayor y Asia y Latinoamérica y El Caribe

doblarán su porcentaje de mayores del 2015 al 2050. Todas las regiones sin excepción están avanzando claramente hacia el envejecimiento de su población; son buenas noticias y un gran reto mundial en el que trabajar. No se puede pensar en el envejecimiento de la población como un proceso lineal que se está produciendo a nivel mundial de la misma forma y con igual intensidad, ya que existen zonas del planeta en los que las personas mayores todavía tienen una baja representación.

Figura 6. Proporción de población de 60 o más años en 2015 y 2050.



Fuente: UNDESA Population division, World population prospects: the 2015 revision, DVD Edition, 2015.

Tras este breve bosquejo de la situación demográfica mundial y una vez puesto de manifiesto el éxito de los avances tecnológicos o sanitarios en términos demográficos, el siguiente paso es concentrar los esfuerzos en la calidad de vida y en este sentido consideramos de vital importancia apoyar las políticas educativas por y para todos como herramienta de cambio.

### **1.3 El envejecimiento en Europa y España a nivel demográfico.**

Ya hemos visto que la población de los países desarrollados está incrementando progresivamente su esperanza de vida. Esta transformación social se manifiesta en que la mayoría de sus miembros pasan de los 65 años una vez alcanzada la madurez.

Europa es el continente más envejecido del mundo y es por esta razón demográfica que Europa alberga la aprobación de los dos Planes Internacionales de Acción sobre Envejecimiento elaborados por Naciones Unidas y firmados por los países involucrados en sendas Asambleas que han sido sancionados hasta la fecha: Viena (documento de Naciones Unidas publicado en 1982, [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/plan\\_de\\_accion\\_internacional\\_de\\_viena\\_sobre\\_el\\_envejecimiento.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/plan_de_accion_internacional_de_viena_sobre_el_envejecimiento.pdf)) y Madrid (documento de Naciones Unidas publicado en 2002, <https://social.un.org/ageing-working-group/documents/mipaa-sp.pdf>).

En el continente europeo, el aumento de las personas mayores es el resultado de la combinación de una esperanza de vida elevada con una baja tasa de fertilidad. En 2015, en Europa había cerca de 130 millones de habitantes con más de 65 años.

Numerosos estudios y múltiples reivindicaciones afirman que, en general, la atención que reciben las personas mayores se muestra insuficiente y presenta grandes carencias. Se calcula que la Europa de 2050 tendrá alrededor de un 30% de mayores de 65 años y es por ello que urge la adopción de medidas y de políticas que consigan mantener la calidad de vida de este numeroso grupo.

La estructura actual de la población de la UE se caracteriza por un número particularmente elevado de personas que nacieron en las dos décadas posteriores a la finalización de la Segunda Guerra Mundial, aunque este aumento de los nacimientos varía mucho entre los Estados miembros; esta generación es a menudo conocida como la generación del baby-boom y comprende las cohortes de población que nacieron entre mediados y finales de 1940 y finales de 1960. La primera de las cohortes del baby-boom está plenamente jubilada. Las proyecciones de población de Eurostat prevén que el número de personas

mayores de 60 años se incrementará en cerca de dos millones de personas por año en las próximas décadas, mientras que el de la población en edad laboral empezará a disminuir (como resultado de las tasas de fertilidad más bajas entre las generaciones post-babyboom). Esto dará lugar a un número creciente de personas de edad muy avanzada (80 o más años) y un menor número de personas jóvenes que se ocupen de ellos (familiares o profesionales de la salud).

En la UE se han expresado preocupaciones de que el envejecimiento acelerado en toda la zona podría dar lugar a que las generaciones mayores se conviertan en una carga demasiado pesada para las personas en edad de trabajar (Eurostat, 2012). Desde nuestro punto de vista, consideramos que políticas firmes y concretas en torno al envejecimiento activo harían que las personas mayores se empoderaran y pudiesen seguir contribuyendo en diferentes ámbitos de la sociedad, no solo en el económico, para ser lo menos gravosos.

Observamos que en aquellos países en los que una mayor proporción de personas de edad están libres de cualquier forma de discapacidad es probable que estas personas sean más activas, sanas y participativas y a su vez necesiten menos recursos médicos y de atención a la dependencia. Suecia se destaca del resto de Estados miembros a este respecto, ya que los hombres suecos de 65 años tenían, de media, una esperanza de vida de 13,6 años libres de cualquier tipo de discapacidad en 2013, mientras que la cifra para las mujeres sería de un año más, 14,6 años. Juzgamos conveniente la adaptación de estos modelos y que sirvan para guiar las políticas y las propuestas de otros países.

Eurostat en sus proyecciones de población indica que habrá menos de dos personas en edad de trabajar (15 a 64 años) por cada persona mayor de 65 en la UE-28 en 2060, en comparación con la proporción de cuatro a uno que hay en la actualidad. Los cambios más rápidos en el tamaño de la población en edad de trabajar se esperan para el período de 2015 a 2035, cuando una gran parte de la generación del baby-boom se jubile.

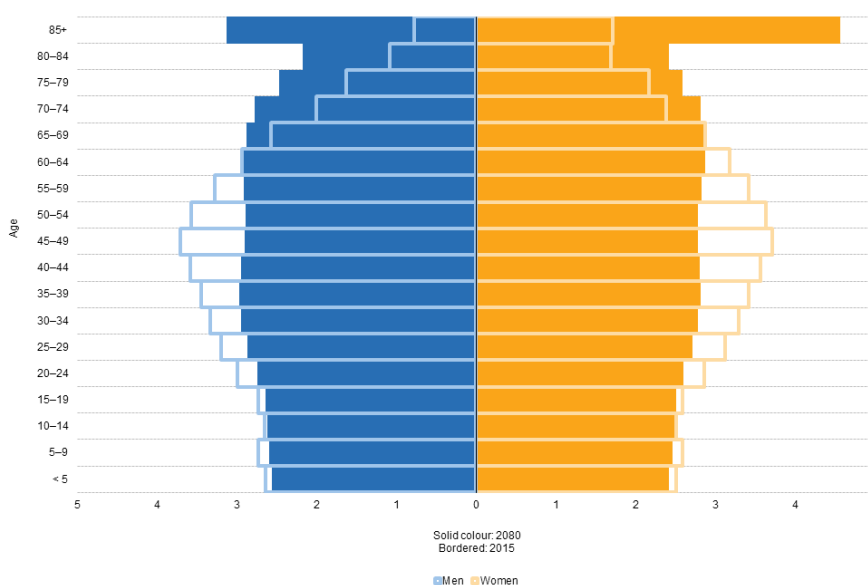
Las proyecciones demográficas auguran pocos cambios generales en la estructura de la población de la UE-28 entre 2017 y 2060, aparte del progresivo

envejecimiento. De hecho, los cambios previstos no tienen precedentes, ya que no existen ejemplos históricos de distribuciones de edad con forma de pirámides invertidas. El reto que se presenta es indiscutible y parece claro que todos los implicados en el afrontamiento del mismo han de poner especial atención a la realidad de las personas mayores.

Eurostat pronostica que habrá un aumento sustancial en el número de personas de edad muy avanzada en la UE-28 con el patrón de una población que envejecerá progresivamente en las próximas seis décadas y media. La proporción de los muy ancianos – aquellos de 80 años o más - en el total de la población de la UE-28 aumentará del 5,3% en 2015 al 12,3% en el año 2080. En cifras absolutas, el número se prevé que represente más del doble, pasando de 27 millones de personas de edad muy avanzada en 2015 a 64 millones para el año 2080.

Estos cambios en la estructura de la población de la UE-28 se pueden ver más claramente en la Figura 7, que proporciona una representación gráfica de los cambios de población por edad y sexo a través de la superposición de dos pirámides de población (para 2015 y 2080).

Figura 7. Pirámides de población, UE-28, 2015 y 2080 (% de población total).



(\*) 2015: provisional; estimate. 2080: projections (EUROPOP2013).  
Source: Eurostat (online data codes: demo\_pjangroup and proj\_13npms)

Las diferencias entre estas pirámides muestran los cambios proyectados en la composición de la población de la UE-28, sabiendo que:

- ✓ Se prevé que continúe el ya bajo número de nacimientos, ya que la base de la pirámide se mantendrá relativamente sin cambios, lo que indica que habrá poco o ningún crecimiento de la población.
- ✓ La población en edad de trabajar se reducirá considerablemente entre 2015 y 2080, lo que aumenta aún más la carga sobre las personas en edad de trabajar para sostener a la población dependiente.
- ✓ La proporción de personas de edad avanzada crecerá mucho más tal y como lo demuestra el ensanchamiento en la parte superior de la pirámide que refleja el envejecimiento de la población de la UE como consecuencia de la reducción de las tasas de mortalidad.
- ✓ El número de mujeres centenarias se prevé que sea considerablemente mayor que el número de hombres centenarios.

La pirámide de población 2015 puede ser descrita como un romboide, debido al número relativamente alto de hombres y mujeres de 45-50 años de edad, una cohorte que nació a finales de 1960. Estas personas se jubilarán en los próximos años, mientras que hay un menor número de personas en edad de trabajar en las generaciones que siguen. De hecho, este cambio en la distribución de la edad proporciona una confirmación adicional del actual proceso de envejecimiento de la población, ya que la proporción de personas en edad de trabajar disminuye en la UE-28 y la proporción de personas de edad avanzada aumenta.

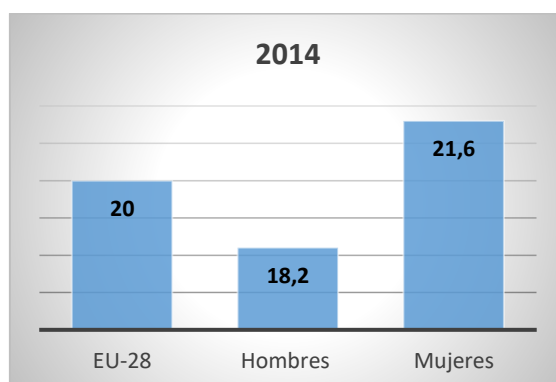
En relación a la edad media constatamos que en la UE-28 en 2015 era de 42,4 años y las proyecciones indican que en 2080 la media se situará en 46,4 años. Solamente dos países en ese periodo conseguirían que la edad media de su población descendiera (Letonia y Lituania) y son once los países que superarán esa cifra, algunos de los cuales, como Alemania, Portugal y Eslovaquia, con más de 50 años de media.

La esperanza de vida al nacer en la UE-28 se estimó en 80,9 años en 2014 (últimos datos disponibles), alcanzando los 83,6 años para las mujeres y

78,1 años para los hombres. Durante más de una década, entre 2002 (primer año para el que están disponibles los datos para todos los Estados miembros de la UE) y 2014, la esperanza de vida en la UE-28 aumentó en 3,2 años, de 77,7 a 80,9 años; el aumento fue de 3,8 años para las mujeres y 2,7 años para los hombres. Mientras que la esperanza de vida ha aumentado en todos los Estados miembros de la UE, todavía hay grandes diferencias entre y dentro de los países. Para los hombres, la esperanza de vida más baja en 2014 se registró en Letonia (69,1 años) y la más alta en Chipre (80,9 años). Para las mujeres, el rango era más estrecho, entre un mínimo de 78,0 años en Bulgaria y una máxima de 86,2 años en España. A modo de comparación, en 2010, las expectativas de menor a mayor y la vida se registraron en Lituania (67,6 años) y Suecia (79,6) para los hombres y en Bulgaria (77,0 años) y España (85,5) para las mujeres. En los 15 años transcurridos entre 2000 y 2014, el aumento de la esperanza de vida al nacer para los hombres en los Estados miembros de la UE osciló entre un mínimo de 2,5 años (en Lituania) y un máximo de 6,8 años (en Estonia). Para las mujeres, el aumento varió de 2,2 años (en Suecia) a 5,5 años (en Estonia), teniendo en cuenta que los datos de Letonia para 2000 no están disponibles. En 2000, las diferencias entre las expectativas de vida más altas y más bajas entre los Estados miembros de la UE ascendieron a 11,8 años para los hombres y 8,2 para las mujeres; se observaron las mismas diferencias en 2014.

Acercando de la esperanza de vida a los 65 años (Figura 8), vemos que la media de la UE-28 es de 20 años habiendo una diferencia significativa de más de 3 años entre mujeres y hombres a favor de las primeras.

Figura 8. Esperanza de vida a los 65 años en la UE-28.



Fuente: Elaboración propia a partir de Eurostat (online data code: demo\_mlexpec).

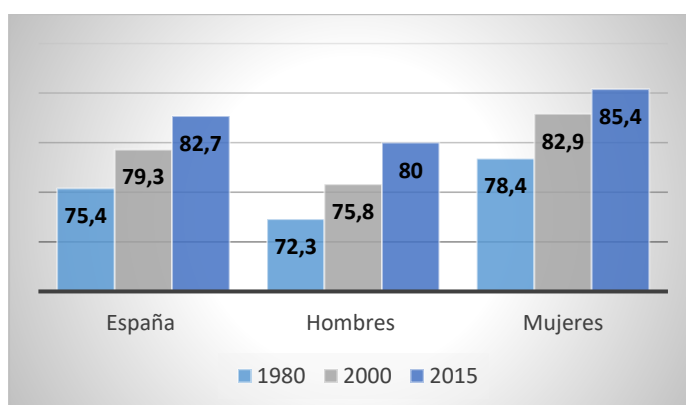


Por otra parte, desde la perspectiva de la fertilidad, corroboramos que desde la década de 1960 hasta el comienzo del siglo XXI, el número de nacidos vivos en la UE-28 se redujo bruscamente de 7,5 millones a un mínimo de 5,0 millones en 2002, seguido de un modesto repunte en el número de nacidos vivos en 2008, con 5,4 millones de niños nacidos hasta situarse en 2015 en 5,1 millones. En las últimas décadas los europeos en general han tenido menos hijos y este patrón explica en parte la desaceleración del crecimiento de la población de la UE-28. La tasa global de fecundidad (el número de nacidos vivos por mujer) en la UE-28 se redujo a un nivel muy por debajo del nivel de reemplazo en las últimas décadas (una tasa global de fecundidad de 2,1 niños nacidos vivos por mujer se considera que es el nivel de reemplazo, es decir, el nivel requerido para mantener el tamaño constante de la población en ausencia de movimientos migratorios reseñables). En 2015, la tasa de fecundidad era de 1,58 nacimientos por mujer en la UE-28. España, con 1,33 nacimientos, es uno de los países que presenta una de las tasas más bajas.

En el caso de España comprobamos que en el año 2015, según el Banco Mundial, un 18,8% de la población total contaba con 65 años o más, si bien en 2031 el porcentaje aumentará hasta el 25,6%. Debido a las bajas tasas de fertilidad, España presenta un crecimiento negativo de la población.

La esperanza de vida en España ha ido aumentando progresivamente desde los años 80, cuando se generalizaron políticas orientadas hacia la consecución de un bienestar global. En la Figura 9, se refleja tanto esa evolución positiva como la diferencia existente entre hombres y mujeres, que en el año 2000 fue de 7,1 años y que actualmente, con los últimos datos disponibles de 2015, la misma ha disminuido.

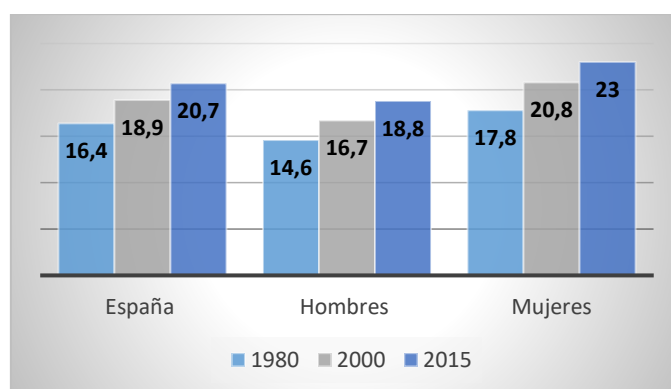
Figura 9. Evolución de la esperanza de vida al nacer en España.



Fuente: Elaboración propia a partir de Eurostat (online data code: demo\_mlexpec) e INE.

También es importante detenernos en otro indicador importante como es la esperanza de vida a los 65 años. Este indicador ha ido mejorando progresivamente en los últimos 30 años y, tal y como indicábamos anteriormente, son las mujeres quienes presentan una mejor esperanza de vida una vez que han cumplido los 65 años (Figura 10). Sin embargo, según el INE, las mujeres solo vivirían 9,4 de esos 23,5 con buena salud mientras que los hombres vivirían 10,1 de 19,3 años con buena salud. Queda claro que las mujeres presentan una mayor longevidad pero en peores condiciones de salud.

Figura 10. Evolución de la esperanza de vida a los 65 años en España.



Fuente: Elaboración propia a partir de Eurostat (online data code: demo\_mlexpec).

En la región de Castilla y León los datos son aún más alarmantes puesto que es un área con tendencia a la despoblación, con amplias comunidades de carácter rural y con una bajísima tasa de natalidad, por lo tanto, el envejecimiento es un rasgo totalmente característico de la misma. En 2016, el índice de envejecimiento (personas de 65 años o más multiplicado por 100 y dividido por

las personas de entre 0 y 15 años) se situaba en 187,53 cuando el total para todo el territorio español era de 116,36. Al analizar la evolución de la tasa bruta de natalidad con mayor perspectiva temporal, se comprueba que a partir del año 2008 se invierte la tendencia ascendente que se mantenía desde finales de los años 90, con un patrón muy similar al experimentado en el conjunto nacional. En Castilla y León y según el INE, la tasa bruta de natalidad se situó en 2015 en 6,94 siendo solo menor la del Principado de Asturias, mientras que en el conjunto de España, la tasa era de 9.

En Castilla y León las personas de 65 y más años, respecto al total de población, representan el mayor porcentaje de todo el territorio español con un 24,44%, donde más de un 56% son mujeres. La situación en la provincia de Burgos, cuyo alumnado universitario se estudia en esta investigación, es similar, siendo un 22,71% de la población mayor de 65 años. En este último caso, comprobamos que el porcentaje de hombres mayores es ligeramente superior a los datos de la comunidad y estatales (Tabla 1).

Tabla 1. Cifras de población: Resultados nacionales, de Castilla y León y de la provincia de Burgos.

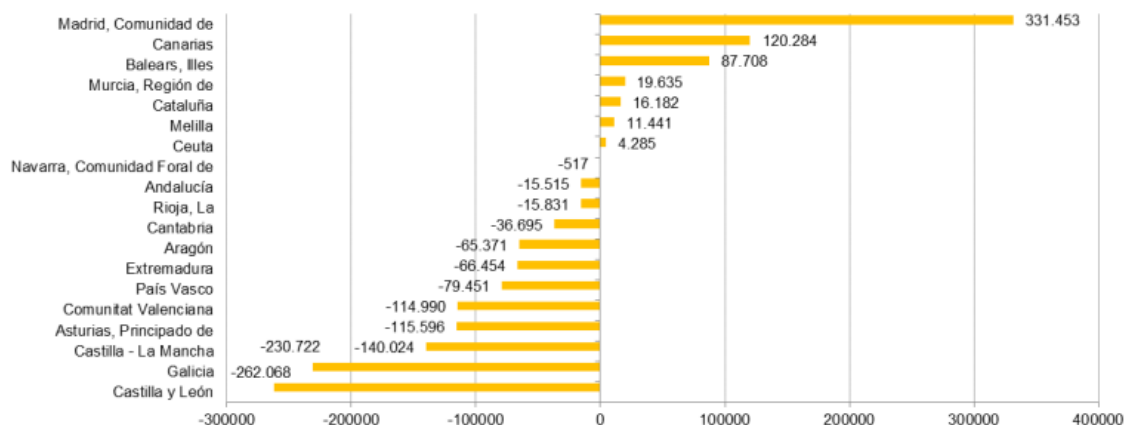
	POBLACIÓN TOTAL	65 AÑOS O MÁS	HOMBRES	MUJERES
<b>PROVINCIA DE BURGOS</b>	<b>360.995</b>	<b>81.999</b> 22,71%	<b>36.364</b> 44,35%	<b>45.635</b> 55,65%
<b>CASTILLA Y LEÓN</b>	<b>2.447.519</b>	<b>598.231</b> 24,44%	<b>261.994</b> 43,79%	<b>336.237</b> 56,21%
<b>ESPAÑA</b>	<b>46.557.008</b>	<b>8.665.111</b> 18,61%	<b>3.716.525</b> 42,89%	<b>4.938.586</b> 57,11%

Fuente: Elaboración propia, con base en INE, Padrón a 1 de enero 2016.

En los últimos años España está perdiendo población de manera progresiva, en este sentido, de 2015 a 2016 ha sufrido una variación relativa de -0,14% siendo Castilla y León la comunidad autónoma que presenta una mayor pérdida de población presentando una variedad relativa de -0,99%. Las

proyecciones del INE muestran que en los próximos 50 años, Castilla y León será la región con un menor crecimiento absoluto (Figura 11).

Figura 11. Crecimiento absoluto proyectado por CC.AA. 2016-2031.



Fuente: INE, Notas de prensa. Proyecciones de población 2016-2066.

Se calcula que, de mantenerse la evolución demográfica observada, la pérdida de población se extendería a la mayoría de comunidades autónomas en los 15 próximos años, siendo ésta especialmente fuerte en Castilla y León (-10,7%) (INE, 2016).

En términos cuantitativos, el colectivo de personas mayores ha adquirido una enorme importancia en nuestra estructura poblacional, tanto en el conjunto nacional, como en el caso de Castilla y León que es una de las regiones más envejecidas de España. Si observamos los datos de población a partir de los 50 años, casi la mitad de la población, al menos en el caso concreto de Castilla y León, puede participar, potencialmente, en los PUMs. Parece que, por primera vez, los mayores forman parte de la pirámide social.

## **CAPÍTULO 2: Envejecimiento activo y aprendizaje a lo largo de la vida.**

### **2.1 Introducción.**

El envejecimiento es motivo de celebración porque supone un triunfo global del desarrollo. El siglo XXI está siendo testigo de una transición demográfica global, en la que la población está envejeciendo a una velocidad sin precedentes. Es una oportunidad única para crear una sociedad para todas las edades que aproveche el potencial de conocimientos y experiencias de las personas mayores que a su vez redunde en una mejor calidad de vida.

No podemos estudiar el envejecimiento solo desde el punto de vista pesimista y limitante que nos aporta la dependencia, apostamos en esta investigación por conocer cómo la calidad de vida se ve afectada por esa gran apuesta de envejecimiento activo que son los PUMs.

Consideramos que la formación es un aspecto muy relevante para las sociedades modernas en tanto que contribuye, no solo al crecimiento personal, sino también a crear entornos y comunidades que valoran a sus ciudadanos, a reducir la inversión en recursos de atención socio-sanitaria y, en resumen, a hacer realidad las expectativas europeas relacionadas con la equidad y la igualdad.

En este capítulo se abordarán los conceptos de envejecimiento activo y aprendizaje a lo largo de la vida, para detenernos en los Programas Universitarios de Personas Mayores y su singularidad por ser su alumnado el objeto de esta investigación.

### **2.2 Envejecimiento activo.**

El proceso de envejecimiento ha sido motivo de inquietud y preocupación para los humanos en diferentes épocas y culturas. La opinión sobre este hecho ha ido variando a través de los tiempos, manifestándose contradictoria en algunos momentos. Así, se pasó de ensalzar las cualidades de los mayores, a realizar duras afirmaciones sobre sus capacidades, basadas en las consecuencias de los cambios que acontecen durante esta etapa de la vida.

Entre los griegos, Platón destacaba que «el gobierno debe estar en manos de los ancianos» porque consideraba que tenían una mayor experiencia y «lealtad probada». Por otra parte, en Roma los ancianos ya no recibían la misma consideración. Cicerón exponía cuatro razones para considerar la vejez una desgracia de los humanos: «prohíbe la vida activa, disminuye las fuerzas físicas, priva de todos los placeres y está próxima a la muerte». Sin embargo, él mismo reconoce que la senescencia puede ser muy gratificante si se sabe integrar en el proceso de la vida. A lo largo de todos los tiempos se encuentran manifestaciones en la literatura que demuestran la opinión social que se ha tenido en torno al envejecimiento y a las personas mayores.

Lo que es indiscutible es que el envejecimiento se ve como parte del curso de la vida (Elder y Giele, 2009), es una etapa directamente relacionada con el paso del tiempo y, en consecuencia, con los cambios que se van produciendo dentro de él.

En la actualidad, la sociedad asume, en algunos aspectos, un concepto diferente del envejecimiento y de las personas mayores, del que se tenía a principios del siglo XX. Víctor Alba (1992) afirma que durante milenios la vejez es un estado excepcional ante el cual caben, al parecer, dos actitudes: el respeto o la eliminación. El primero siempre ha sido más frecuente que el segundo. Sin embargo, algunas situaciones vitales que sufren ciertas personas mayores han creado una serie de estereotipos con respecto a la vejez que cuentan, aún hoy, con una gran vigencia social.

La palabra «viejo» posee, en efecto, una connotación negativa (Pinillos, 1994). Nadie quiere ser viejo y, no en vano, se trabaja en muchos sentidos para retrasar el envejecimiento: alimentación antioxidante, cosmética y estética antiedad, tratamientos farmacológicos antienvjecimiento, etc. Por otra parte, existe una cierta incompatibilidad entre el ritmo del mundo actual y el envejecimiento. La necesidad de adaptación constante a la velocidad de los cambios que sufre la civilización contemporánea, está reñida con las modificaciones que se suceden en los individuos como consecuencia del proceso de envejecer.

Cabe señalar que las definiciones cronológicas de "tercera " y "cuarta edad " son un tanto arbitrarias. En gerontología, el comienzo de la "tercera edad" a menudo se define como la transición que desemboca en la jubilación y/o la edad de 65 años y el comienzo de la "cuarta edad " se sitúa en torno a la edad de 85 años.

Presuponer una homogeneidad dentro de este grupo de edad constituye un error que todavía hoy se comete con frecuencia, creando una imagen negativa en torno a las personas mayores como individuos, en una sociedad que pretende ser para todas las edades. Las diferencias interindividuales son enormes lo que podría explicarse por los diferentes estilos de vida o la desigualdad acumulada a lo largo de todo el ciclo vital (Ferraro y Shippee, 2009). Por lo tanto, la disparidad es una realidad en la vejez y la misma se presenta en ámbitos como la salud, la capacidad física, el funcionamiento cognitivo y la integración social.

Sabemos que los mayores tienen intereses múltiples y que desean vivir esta etapa de la vida con la misma intensidad que vivieron el pasado. Aunque puede haber eventos disruptivos en la vejez, como puede ser la aparición de la demencia, las trayectorias biográficas a través de las primeras etapas de la vida van dando forma a las siguientes y son por tanto estas la piedra angular de un envejecimiento exitoso.

En la actualidad hay pocas realidades tan relevantes como la prolongación de la vida del ser humano. El envejecimiento no es solamente un proceso demográfico específico de los países desarrollados. Como ya hemos visto, todas las sociedades están caracterizadas por ser partícipes de este fenómeno, teniendo en cuenta, sin embargo, que hay diferencias entre países, regiones y continentes.

Es en este contexto social en el que surge una nueva forma de entender el envejecimiento, un modelo que favorece a toda la sociedad en su conjunto. Se trata del envejecimiento activo, un concepto que se ha ido construyendo poco a poco en los últimos sesenta años. Las sociedades han ido avanzando, cambiando y tomando conciencia de la necesidad de dar forma a una idea tan

amplia como la de envejecimiento activo. Limón y Ortega (2011) resumen la génesis del término a partir de los siguientes hitos:

1953 – Havinghurst y Albrecht proponen la “teoría de la actividad”.

1972 – Informe de E. Faure, “*Aprender a Ser*”.

1982 – I Asamblea Mundial del Envejecimiento (Viena).

1991 – Principios de las Naciones Unidas a favor de las personas de edad.

1993 – Año Europeo de la Solidaridad Intergeneracional.

1996 – Informe de J. Delors, “*La Educación encierra un tesoro*” y Año Europeo de la Educación y la Formación Permanente.

1999 – Año Internacional de las Personas Mayoras, “*Hacia una sociedad para todas las edades*”.

2000 – Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea.

2002 – II Asamblea Mundial del Envejecimiento (Madrid).

2007 – Reunión en León sobre la II Asamblea Mundial del Envejecimiento.

2010 – Conferencia sobre Envejecimiento Activo y Saludable (Logroño) e Informe Libro Blanco sobre Envejecimiento Activo (documento de trabajo).

2012- Año Europeo del Envejecimiento Activo y Solidaridad entre las Generaciones.

En el proceso de determinar a qué hace referencia el adjetivo “activo” se han ido subrayando diversos aspectos que son relevantes. En primer lugar, observamos los que aluden a las condiciones de salud (envejecimiento saludable). En segundo lugar, se pueden resaltar los resultados del envejecimiento entendido como la intencionalidad del mismo, como contribución social (envejecimiento productivo) y finalmente se podría hablar de los beneficios individuales y más íntimos de cada persona (envejecimiento satisfactorio o exitoso). El concepto final de envejecimiento activo logra superar todas estas concepciones y ofrecernos un modelo con el que poder orientarnos.



A partir de todas estas aportaciones, se ha conformado un nuevo paradigma que ha venido tomando distintos nombres: *Ageing well* (Fries, 2002), *Successful ageing* (Baltes y Baltes, 1993; Rowe y Khan, 1998) o *Competent ageing* (Baltes y Baltes, 1993; Fernández-Ballesteros, 2002; Rowe y Khan, 1998; Schroots, 1995). Como vemos, han sido muchos los investigadores que se han interesado por el fenómeno del envejecimiento. Por ejemplo, Rowe y Kahn (1997) trazaron los componentes de lo que ellos denominaron envejecimiento con éxito (*Successful ageing*, Rowe y Kahn, 1997): “baja probabilidad de enfermedad y de discapacidad asociada, alto funcionamiento cognitivo y capacidad física funcional (estado óptimo de salud física y mental) y compromiso activo con la vida (relaciones de intimidad y actividades productivas)”.

Frazier et al. (2002) afirman que alcanzar un envejecimiento exitoso no debe ser interpretado como una huida de la enfermedad o la discapacidad, sino como un proceso de adaptación a los cambios biológicos, cognitivos, sociales y emocionales. Por lo tanto, llegar a la madurez supone que aún hay tiempo suficiente para pararse a pensar qué hacer con el mismo.

Por otra parte, Baltes y Carstensen (1996) consideraron que el “buen envejecer” está determinado por la salud física y mental, habilidades funcionales, satisfacción con la vida, apoyo social percibido y el compromiso social.

Otros autores, pusieron su atención principalmente en los términos de actividad y productividad social. Así, Butler y Schechter (1995) definieron el envejecimiento productivo como la capacidad de un sujeto para desempeñar un trabajo remunerado, actividades de voluntariado, ayuda en la familia y mantenerse independiente.

Todas estas ideas en torno al “envejecer bien”, que podemos adjetivar y entender de múltiples maneras pero que, en el fondo, nos trasladan a un único concepto multidimensional formado por un gran conjunto de factores biopsicosociales y que incluye condiciones cognitivas, emocionales y sociales que podemos resumir como “envejecimiento activo” (Tabla 2).

Tabla 2. Síntesis de los términos relacionados con envejecimiento activo.

denominación	objetivo	destinatarios
Envejecimiento saludable (1)	<i>Salud</i>	el propio sujeto
Envejecimiento con éxito (2)	<i>Implicación activa en el proceso de envejecimiento: bienestar físico, psicológico, intelectual</i>	
Envejecimiento competente (3)		
Envejecimiento satisfactorio (4)		
Envejecimiento óptimo (5)	<i>Participación social</i>	la comunidad
Envejecimiento activo (6)		
Envejecimiento productivo (7)	<i>Contribución social</i>	
<small>(1)OMS (1990), <i>Healthy Ageing</i>. Ginebra: WHO; Fries (1989), <i>Ageing well</i>. Reading, Mass: Addison-Wesley Pub. (2, 3, 4, 5) Baltes y Baltes (1990), <i>Successful Aging</i>. Nueva York: Pergamon Press; Klein y Bloom (1997), <i>Successful Aging</i>. Londres: Plenum Press; Rowe y Kahn (1996); <i>Successful Aging</i>. Nueva York: Pantheon Books.(6) OMS (2002) <i>Active Ageing</i>. Ginebra: WHO.(7) Caro y Sanchez (2005), Envejecimiento productivo. Concepto y factores explicativos. En SPinazo y MSanchez, <i>Gerontología. Actualización, innovación y propuestas</i>. Madrid: Pearson; Bass, Caro y Chen (1993), <i>Achieving a productive ageing society</i>. Westport: Auburn House; Morrow-Howell, Hinterlong Y Sherranden (eds.) (2002), <i>Productive Ageing. Concepts and challenges</i>. Baltimore, MD: The Johns Hopkins University Press.</small>		

Fuente: Pinazo S. en Triadó, Celdrán, Conde, Montoro, Pinazo y Villar (2008).

Aunque las concepciones teóricas expuestas destacan diferentes características del proceso de envejecimiento, se asemejan entre sí en aspectos importantes. Estos pueden ser recogidos en las características generales de los procesos de envejecimiento: perspectiva del curso de la vida, heterogeneidad, plasticidad, contextualidad y cambio social (Tesch-Roemer, 2012).

La OMS propuso el término envejecimiento activo en la II Asamblea Mundial del Envejecimiento celebrada en Madrid (2002) con el objetivo de ampliar el sentido de “envejecimiento saludable” y tener en cuenta los otros muchos determinantes que influyen en cómo envejecen los individuos y las poblaciones (Kalache y Kickbusch, 1997) pues los individuos son capaces de envejecer de manera sana y activa, mientras que las sociedades ofrecen oportunidades para un envejecimiento activo.

En este sentido, la OMS entiende por envejecimiento activo “*el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad, con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen. Más concretamente indica que es el proceso que permite a las personas realizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y*

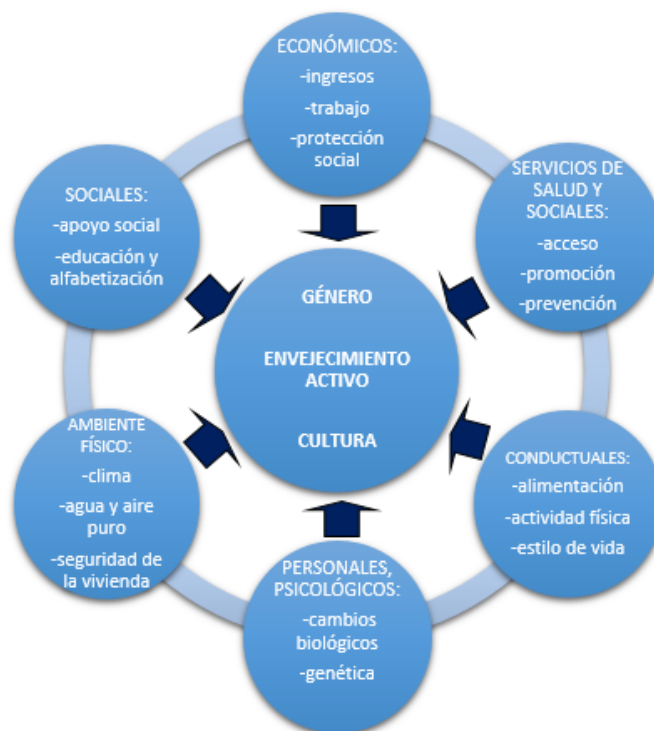
*capacidades, mientras que les proporciona: protección, seguridad y cuidados adecuados cuando necesitan asistencia” OMS (2002:79).*

Es interesante ver como esta definición presenta un carácter inclusivo ya que tiene en cuenta la diversidad del colectivo de personas mayores, así como el valor de la vida vivida, es decir, de la experiencia acumulada con el paso del tiempo. Por otra parte, de este concepto se desprenden los tres pilares básicos del envejecimiento activo que son: participación, salud (bienestar físico, mental y social) y seguridad.

Estos tres pilares están conectados entre sí y se enriquecen mutuamente. Es reconocido el hecho de que la participación y la relación social que ésta implica, mejoran la salud y la seguridad (Limón y Ortega, 2011). Triadó y Villar (2008) afirman que *“la calidad de nuestras relaciones sociales se relaciona con menores niveles de depresión y con menor frecuencia de enfermedades, menor mortalidad y mejor funcionamiento del sistema inmunológico”*.

Así, tal y como se puede apreciar en la Figura 12, la Organización Mundial de la Salud (OMS) a la hora de establecer los determinantes del envejecimiento activo, aparte de incluir los factores macrosociales como son el ambiente físico, la economía o los servicios sociales y sanitarios, también incluye los factores conductuales o estilos de vida y los personales. En estos últimos se mencionan las habilidades de afrontamiento, autoeficacia y control interno, el comportamiento prosocial y el pensamiento positivo, como condiciones psicológicas de la personalidad que aparecen asociadas a la longevidad y al envejecimiento satisfactorio (Fernández-Ballesteros, Caprara, Iñiguez y García, 2005).

Figura 12. Determinantes del envejecimiento activo según la OMS.



Fuente: Elaboración propia a partir de los componentes del envejecimiento activo de la OMS (2002).

Pinazo (2012) entiende el envejecimiento activo como un recurso fundamental para que las personas puedan alcanzar su potencial de calidad de vida, encontrar el significado de sus vidas y participar en la sociedad de acuerdo a sus capacidades, necesidades y deseos.

Hay un gran cuerpo de evidencia científica que demuestra que las intervenciones para el envejecimiento exitoso son eficaces (Braveman, Egerter y Williams, 2011; Coberley, Rula y Pope, 2011; Peel, McClure y Bartlett, 2005).

El “ser activo” se manifiesta en una responsabilidad del sujeto hacia el cuidado de su propia salud (desarrollo de hábitos saludables, estar físicamente activo, atender las emociones, fomentar la actividad cognitiva) y la inserción participativa en la realidad social (relacionarse con otras personas, asociarse, estar presente en la vida de la comunidad). La formación permanente es uno de los campos en los que se puede optimizar el bienestar social.

En la Asamblea del año 2002 se adoptó un Plan de Acción Internacional cuyo objetivo principal era que las personas, independientemente de su edad,

podrían ejercer una participación activa en su sociedad a todos los niveles: económico, social, cultural y político. Tal y como describió Maslow en su pirámide de necesidades, para cubrir las necesidades superiores como son las de la integración-relación, autoestima y autorrealización es necesaria la participación del sujeto.

Si hablamos de participación, una de las propuestas a nivel político pasaría por proporcionar oportunidades de educación y aprendizaje durante todo el ciclo vital pues las transiciones entre las diferentes etapas vitales se han vuelto más complejas (Comisión Europea, 2006) y actualmente la formación no está reservada únicamente para los más jóvenes con la simple finalidad de encontrar la manera de incorporarse al mercado laboral.

Por tanto, el envejecimiento activo reafirma al sujeto como ser libre de decidir, protagonista de su propia vida, con una serie de derechos, capaz de participar en todos los niveles y de relacionarse a nivel intergeneracional desde un enfoque comunitario e integral. La Comisión Europea (CE) decidió que una de sus prioridades de la Estrategia Horizon 2020 fuese el envejecimiento activo buscando así afrontar los cambios demográficos que se están produciendo, coordinar los esfuerzos de los Estados miembros e incrementar la esperanza de vida libre de discapacidad.

Este cambio de perspectiva desde la que ahora se mira a las personas mayores, les ve como potenciales en vez de como cargas y trata de hacerles protagonistas de una realidad en la que son mayoría numérica pero que de momento reciben atención social y política como minoría.

El capital humano que encarnan los mayores es un recurso excepcional para el desarrollo, la renovación y la mejora de la calidad de vida de la sociedad, pero para ello hay que abrir las opciones de participación de las personas mayores y hacerles conscientes de su potencial.

En este sentido, los PUMs son una de tantas alternativas para optar por el envejecimiento activo de la población mayor que aseguran el incremento en

los niveles de integración y actividad social de los mayores (Montoro y Pinazo, 2005).

## **2.3 Aprendizaje a lo largo de la vida. Los Programas Universitarios para Mayores.**

### **2.3.1 Educación y aprendizaje a lo largo de la vida.**

Una de las características más significativas de los países desarrollados en la actualidad es el proceso de generalización de la educación a todos los sectores sociales, tanto a hombres como a mujeres, en todos los territorios y a todas las edades, haciendo posible la idea del aprendizaje a lo largo de la vida (Orte y Cerdá, 2007). El aprendizaje permanente en la adultez se ha convertido en un elemento decisivo en las estrategias que abogan por el envejecimiento positivo y activo (Formosa, 2012).

El colectivo de personas mayores representa, como grupo, un cambio importante con respecto a las generaciones anteriores de personas mayores ya que manifiestan nuevas necesidades de tipo cultural. Comprobamos que el aprendizaje permanente en la adultez se ha convertido en un elemento decisivo en las estrategias que abogan por el envejecimiento positivo y activo (Formosa, 2012).

Entendemos en este trabajo que tanto el aprendizaje como la formación son experiencias de ocio enriquecedor y preventivo y estas se han revelado como un factor de calidad de vida y un recurso para estimular el desarrollo personal a lo largo de la vida (Martínez y Gómez, 2005). Al ser la formación una actividad que reviste cierto grado de complejidad y un posicionamiento activo por parte del individuo, los estudios han confirmado que los mayores que participan en las mismas presentan un mayor bienestar psicológico y menores índices de depresión (Dupuis y Smale, 1995).

La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) comenzó a tener en cuenta el envejecimiento en 1958; sin embargo, es en 1974 a partir de su 18ª Conferencia General, cuando

envejecimiento y educación quedaron unidos. A nivel internacional, la Asamblea Mundial sobre Envejecimiento (Naciones Unidas, 1982) formuló una petición especial para que se reconociera la necesidad de desarrollar modelos educativos hechos a medida para las personas mayores.

Faure (1973) desarrolla el informe "Learning to Be: The World of Education Today and Tomorrow" sobre cuatro pilares: es una tendencia internacional; fe ciega en la democracia; necesidad de posibilitar que todas las personas desarrollen todo su potencial; y que la educación debe de ser global y permanente (Nava, 2001) mediante el desarrollo de un saber en constante evolución a lo largo de toda la vida.

En enero de 1996 se lleva a cabo la cuarta reunión del Comité de Educación de la OCDE en París denominada "Hacer del aprendizaje a lo largo de la vida, una realidad para todos". De este encuentro surge la idea de que el aprendizaje a lo largo de la vida se entiende que ha de ir desde la infancia hasta la jubilación y ha de promover el empleo, la democracia y la cohesión social. Hablan de la necesidad de motivar a los alumnos desde jóvenes para que se formen durante toda su vida y a los adultos a adquirir o mejorar su formación.

También en 1996, Jaques Delors redacta "La educación encierra un tesoro", un informe para la UNESCO estructurado en nueve capítulos y que pretende realizar un análisis de las bases educativas para el siglo XXI. Se fundamenta en cuatro pilares: aprender a conocer, aprender a hacer, aprender a vivir juntos y aprender a ser y su importancia radica en que entiende que es a través del aprendizaje a lo largo de la vida como se pueden desarrollar estos pilares. En este mismo informe se dedica uno de los capítulos a la educación a lo largo de la vida, considerada no solo un derecho sino también un deber de carácter social pues la idea que subyace es que cualquier momento, situación o circunstancia puede ser generador de aprendizajes al ser los humanos seres inacabados.

En 1995, la UNESCO considera necesaria la democratización del acceso y diferentes oportunidades de participación en la Educación Superior durante las últimas fases de la vida, justificando el creciente interés por las investigaciones

relativas a la educación de las personas mayores y, en concreto, de la enseñanza universitaria. Por otro lado, entiende que la formación es un proceso continuo que persiste a lo largo de toda la vida. Pasa a considerarse la educación de adultos como un apoyo para el crecimiento personal y surgen nuevas iniciativas de enseñanza universitaria (Triadó, 2003) como son los Programas Universitarios de Mayores.

Desde un punto de vista social, la OCDE (1996) advirtió de que, en un contexto de rápido envejecimiento de la población, el impulso a la educación para mayores podía servir como herramienta para fomentar la participación individual y fortalecer la cohesión social. Sin embargo, no es hasta la V Conferencia Internacional sobre Educación de las Personas Adultas (Hamburgo 1997), también organizada por la UNESCO, cuando se incluye en la agenda futura el aprendizaje de las personas mayores con dos propuestas. La primera dirigida a asegurar a las personas mayores el acceso a la educación y a la formación; y la segunda a organizar actividades que ilustren la forma en que la educación de adultos puede reforzar el papel de los mayores en la construcción de las sociedades actuales.

Es a partir de ese momento cuando la UNESCO abre la puerta al envejecimiento activo a través de la acción educativa ya que entiende que puede servir para mejorar tanto la vida social como la personal.

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) por su parte, designó 1999 como “Año Internacional de las Personas Mayores”, lo que supuso una forma de devolver la atención a este colectivo buscando una mejora de la calidad de vida, de los aspectos psicosociales y de salud de los mayores.

Por otra parte, la UE considera el aprendizaje a lo largo de la vida como una estrategia integral que contribuirá determinadamente a abordar las repercusiones del desempleo comunitario. De hecho, desde la perspectiva de la UE se considera el aprendizaje de las personas mayores como una inversión que producirá rendimientos positivos de crecimiento económico aparte de mejorar su calidad de vida y desarrollo social.



El Memorándum sobre el aprendizaje a lo largo de la vida (2000) de la CE, la entendía como actividad de aprendizaje útil, permanente, que tiene por objetivo mejorar los conocimientos, las aptitudes y las competencias. Esta definición lleva implícito el planteamiento de que la educación es intrínsecamente continua porque los conocimientos van avanzando y existe la necesidad de actualización constante.

En el documento “Nunca es tarde para aprender” de 2006 se hizo mención por vez primera en los documentos políticos europeos al aprendizaje de las personas mayores. El Plan de Acción sobre el Aprendizaje de Adultos (CE, 2007) insistió en la idea de que en una sociedad basada en el conocimiento y caracterizada por un envejecimiento cada vez más acusado, el acceso a la formación permanente es una condición tanto para el crecimiento económico como para la cohesión social.

El objetivo final no es aprender para obtener unos determinados conocimientos o información, sino el valor del aprendizaje en sí mismo como vehículo que nos facilita el desarrollo personal ya que mejora la autoestima, favorece las relaciones sociales y contribuye a la salud, entre otros aspectos.

Asimismo, en 2002 se celebra en Madrid la II Asamblea Mundial de Envejecimiento que confirma el interés tanto científico como social del estudio de las personas mayores. En la misma, se da importancia al hecho de alcanzar una vida más significativa, siendo la formación una de las vías para poder alcanzarla (Miguel y Montero, 2004). También se destacaba el potencial de las personas mayores como una sólida base para el desarrollo futuro, se insistía en que las personas mayores debían participar en la vida económica, política, social y cultural de sus sociedades y se resaltaba la conveniencia de alentar las relaciones solidarias entre generaciones (Alfageme y Cabedo, 2005). Los PUMs son una herramienta muy útil para que estas cuestiones sean una realidad concreta.

Las directrices que subyacen a dicha Asamblea quedan recogidas en el Plan de acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2002) y abordan

la cuestión del acceso al conocimiento, a la educación y a la formación de las personas mayores.

En relación a estas directrices, Sánchez (2004) plantea una serie de propuestas sobre la educación de las personas mayores en el marco del envejecimiento activo que pueden ser resumidas en crear políticas que aseguren el acceso a la educación y a la formación a lo largo de toda la vida; introducir medidas que capaciten y preparen a estas personas para el acceso a las tecnologías; perseguir la igualdad de oportunidades y de trato a lo largo del ciclo vital en relación con la formación y la educación; y aprovechar el potencial y la experiencia de personas de todas las edades, creando oportunidades educativas para el intercambio de conocimiento y experiencias intergeneracionales.

Es frecuente encontrar en la literatura la utilización como sinónimos de los conceptos de aprendizaje permanente o continuo y aprendizaje a lo largo de la vida. Sin embargo, existen diferentes matices que pasaremos a explicar a continuación.

El aprendizaje permanente es un término que se relaciona frecuentemente con los procesos de formación en relación con la actividad profesional o laboral, con las necesidades de adaptación a las situaciones cambiantes del sistema productivo, con los requisitos establecidos por empresas, organizaciones o instituciones, para el acceso al mercado de trabajo y el empleo.

Por su parte, la idea de aprendizaje a lo largo de la vida, incluye al anterior y sitúa al aprendizaje como una filosofía económica, social y cultural, además de educativa, centrándose en las necesidades y las exigencias de los educandos, que es más holístico y que fomenta de manera proactiva el desarrollo del hábito de aprender (Longworth, 2003). Es un concepto que se relaciona con la sociedad educativa, según la cual todo puede ser ocasión para aprender y desarrollar las capacidades del individuo. Hay diez beneficios principales del aprendizaje a lo largo de la vida que son: la ayuda al pleno desarrollo de las habilidades naturales, apertura de la mente, genera curiosidad y mentes hambrientas, incrementa nuestra sabiduría, hace del mundo un lugar mejor, ayuda a la gente en la

adaptación al cambio y a encontrar significado a sus vidas, nos mantiene involucrados en la sociedad como ciudadanos activos, nos ayuda a hacer nuevas amistades y a crear relaciones valiosas y finalmente, conduce a una vida de autoenriquecimiento (Nordstrom, 2008).

En 1978 comienza a utilizarse el término Gerontagogía, como una rama de la Gerontología que se ocupa de la formación de las personas mayores. Ese mismo año, Lessa y Bolton lo definen como la ciencia aplicada que tiene por objeto la intervención educativa en personas mayores y que se sitúa entre la educación y la Gerontología. Este último concepto comenzó a utilizarse a principios del siglo XX (Metchinkoff, 2004), aunque puede afirmarse que el inicio de su desarrollo como disciplina no empezó a resultar de interés para distintas áreas de la ciencia, hasta que en la segunda mitad del siglo pasado empieza a producirse un cambio determinante en la población, como lo es el aumento significativo de personas mayores.

Años después, Lemieux (1997) entiende que es una ciencia aplicada que tiene por objeto el estudio de métodos y técnicas seleccionadas y reagrupadas en un hábeas corpus de conocimientos orientados en función del desarrollo del discente mayor. Mariano Sánchez (2003) añadió que el interés no hay que ponerlo en la persona mayor en tanto que mayor sino en tanto que ser humano.

Por lo anteriormente expuesto, la Gerontagogía sería una disciplina educativa interdisciplinar cuyo objeto de estudio es la persona mayor que se encuentra en una situación educativa, representa la teoría de la educación de las personas mayores (Schneider, 2003). En ocasiones se habla de Gerontología Educativa (Glendenning, 1985; Peterson, 1976) término ideado en 1962 por Otto Friedrich Bollnow, haciendo con este concepto referencia al estudio y la práctica de las tareas de enseñanza dirigidas a las personas envejecidas o en el proceso del envejecimiento y sobre ellas (Orduna y Naval, 2001).

Así pues, la Gerontagogía se desarrolla cuando se crean modelos de formación de adultos, surgiendo en esta línea los PUMs. Los programas educativos y culturales para personas mayores favorecen aspectos, tanto académicos como cognitivos y sociales, a los alumnos que en ellos participan;

hechos que influyen directamente en su calidad de vida. El aprendizaje se configura como la alternativa idónea para vehicular las necesarias adaptaciones entre los intereses y la realidad física, psíquica y social peculiar de cada persona mayor (Palmero, 2013).

Vemos necesario el diseño y desarrollo de planes, programas y/o proyectos cuyo objetivo sea la promoción de una cultura con base en el envejecimiento activo y que partan de que el aprendizaje a lo largo del ciclo vital es posible. Como subraya Schuller (2010), el aprendizaje de las personas mayores es un lubricante necesario para mantener una dinámica de oportunidades y actividad en la vida de los adultos mayores.

En resumen, nos encontramos con un contexto en el que las personas mayores adquieren cada vez mayor peso demográfico en nuestras sociedades, en el que aparece un perfil de persona mayor activa, con tiempo y ganas de comprometerse en nuevos retos y que no se ajusta a estereotipos negativos y en el que la función de la educación cambia y tiene sentido con independencia de la etapa vital en el que la persona se encuentre. Es precisamente este contexto el que facilita la presencia de una oferta educativa también para los mayores, oferta en la que participan, entre otras instituciones, las universidades como entidades dedicadas a la generación y promoción de cultura y de conocimiento

A continuación, se presenta un análisis en profundidad de los Programas Universitarios para Mayores a través de sus orígenes, evolución y su realidad en la Universidad de Burgos.

### **2.3.2 Los Programas Universitarios de Personas Mayores.**

Una vía de educación a lo largo de la vida son los llamados Programas Universitarios para Mayores, sobre todo cuando los mayores empiezan a acusar los cambios propios de la edad (Mas, 2007). La necesidad de adaptarse a estos cambios implica un constante proceso de aprendizaje, ya que se aprende desde que se nace y a lo largo de toda la vida (Martín y Requejo, 2005). Una buena autoestima y tener deseo por conocer nuevas realidades, supone una fuente

inagotable de motivación que orienta al mayor hacia la búsqueda de nuevas oportunidades de aprendizaje (Tamer y Yuni, 1995).

Es importante que el aprendizaje se produzca en las universidades (donde investigación y enseñanza se unen) y cuyos objetivos se centran en permitir a las personas mayores recuperar una identidad y un status, romper el aislamiento de algunos mayores y la marginalidad del conjunto, favorecer una inserción social dificultada por la jubilación, permitir desarrollar y conservar su autonomía, mejorar las relaciones entre las diferentes generaciones, desarrollar un rol cultural y favorecer un buen equilibrio psicosocial que suponga una mayor calidad de vida para los mayores a través de la educación (Buz y Bueno, 2006).

La universidad ha abierto sus puertas al alumnado senior lo que denota una gran sensibilidad que, en deuda con este sector de la población, quiere agradecer ese servicio con una prestación cultural y un reconocimiento a quienes, por distintas circunstancias no pudieron acceder a estudios universitarios (Fernández, 2002).

Desde la perspectiva de la institución universitaria, es interesante analizar la necesidad de potenciar y reformar la tercera función de la Universidad de transferencia del conocimiento desde la perspectiva de la extensión del conocimiento al conjunto de la sociedad (Orte y Cerdá, 2007). Los programas universitarios destinados a personas mayores estarían enmarcados y se desarrollarían a través de esta tercera función de carácter cultural.

Las Universidades de Mayores representan un esfuerzo muy loable para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores y hacer frente al aumento de la longevidad y responder así a los supuestos erróneos que asocian envejecimiento con declive físico y/o mental (Formosa, 2010).

Originariamente, las Universidades de la Tercera Edad se crearon para comprobar su propia aportación a la mejora de las condiciones de vida de las personas mayores, poniendo a su servicio los recursos disponibles (Lemieux, 1997). En la última década, tal y como afirman Soto y Bravo (2003), el acceso a estos programas educativos ha devenido en un auténtico derecho.

Tal y como afirma Waskel (1982), para que un modelo educativo sea apropiado para personas mayores debe satisfacer una serie de necesidades como son: hacer frente a los cambios que conlleva la edad, ayudar a expresarse física, mental y emocionalmente, sentir que se producen progresos, que se tiene control sobre la propia vida y que se es útil. Desde esta perspectiva, un aprendizaje a lo largo de la vida es básico en la vejez, pues va a permitir que el individuo continúe integrado en la sociedad, forme o mantenga su propia red social y desarrolle una mayor resistencia mental para afrontar los cambios que se produzcan. Por tanto, los Programas Universitarios para el colectivo de Personas Mayores pueden configurarse de tal manera que sean una herramienta para alcanzar un envejecimiento exitoso.

Harry Moody publicó en el año 1976 en la revista *Educational Gerontology* un estudio titulado "Presupuestos Filosóficos de la Educación de Personas Mayores". En el mismo diferencia cuatro modelos que pueden guiar la educación de las personas mayores:

1. Modelo de rechazo, que considera la educación de las personas mayores como un despilfarro, puesto que estas personas son improductivas. Sería un planteamiento que se fundamenta sobre una actitud negativa por parte de la sociedad hacia este colectivo.

2. Modelo de servicios sociales, que une la educación a la justicia social. Los servicios educativos van ligados a entretenimiento, a ocio y a relaciones sociales, pero no se entienden como un medio de mejora vital.

3. Modelo relacionado con la actividad y la participación. La educación se define como una prolongación de las habilidades de los mayores y de sus experiencias para intervenir en los problemas de la sociedad.

4. Modelo de autorrealización, fundamentado sobre la idea de autoactualización y de aprendizaje a lo largo de toda la vida, consigue, por tanto, una mejora de la autoestima de las personas mayores y de su calidad de vida.

Los Programas para Mayores de las Universidades han de estar fundamentados en este último modelo ya que favorece una educación activa y estructurada para este colectivo.

Recordemos que los Programas Universitarios para Mayores aparecen en 1973 en Toulouse, Francia, de la mano del profesor Pierre Vellas, Catedrático de Derecho Económico Internacional (Villar, Triadó, Pinazo, Celdrán y Solé, 2010). Él fundó la primera Universidad de Mayores lo que representó todo un fenómeno social que rápidamente caló en Francia y se extendió después por todo el mundo (Velázquez, 2006). La iniciativa de esta propuesta no era otra que indagar en lo que la Universidad podía hacer para mejorar la calidad de vida de las personas mayores, surgiendo así la Universidad de Mayores.

En respuesta a la demanda de oportunidades de aprendizaje para mayores, cada país ha desarrollado sus propios modelos educativos y los Programas Universitarios para Mayores han ido tomando formas muy diversas en los diferentes países y regiones y a grandes rasgos, podemos distinguir entre el modelo francés, el modelo británico y el modelo mixto.

En el modelo francés los programas se diseñan y desarrollan por las propias universidades y quedan estructurados en cursos académicos. En ellos, destaca la importancia de que el conocimiento parta de la Universidad que es un centro de investigación y donde la educación conecta con metodologías específicas y con teorías del aprendizaje (Yuni, 1999). Esta forma de organización es la más común en Europa y está implantada en Francia, como no podía ser de otra manera y en otros muchos países como Italia, Alemania o España.

El modelo británico o modelo de Cambridge se caracteriza por su dependencia de los Ayuntamientos, la promoción de la participación y por ofrecer actividades tanto educativas como culturales. Los objetivos de este modelo se centran en la capacitación y fortalecimiento de la participación y empoderamiento de los mayores en los procesos de toma de decisiones colectivas (Montoro et al., 2007). El programa se gestiona mediante voluntarios y está principalmente extendido por los Estados Unidos de América.

Finalmente, el modelo mixto o programa híbrido recoge aspectos de los dos modelos anteriores como son el apoyo de la universidad junto con actividades que promueven el aprendizaje y la participación (Yenerall, 2003).

Este modelo es originario de Finlandia y actualmente se desarrolla en varios países europeos.

A nivel mundial, las Universidades para Mayores han sufrido una evolución a través de tres momentos históricos (Tabla 3).

Tabla 3. Evolución mundial de los PUMs.

<b>Evolución mundial de los Programas Universitarios para Mayores</b>		
<b><u>Etapas</u></b>	<b><u>Actividad educativa</u></b>	<b><u>Finalidad/objetivos</u></b>
<b>Etapa 1</b>	Servicios educativos concebidos como programas culturales de tiempo libre	Entretener Favorecer las relaciones sociales entre las personas mayores
<b>Etapa 2</b>	Actividades educativas para la participación y mejora de los conocimientos de los mayores	Hacer partícipes a los mayores de los problemas sociales existentes
<b>Etapa 3</b>	Programas educativos reglados, con Plan de Estudios propio, con todas las características de la enseñanza superior y, generalmente, propuestos desde las Ciencias de la Educación	

Fuente: Elaboración propia a partir de Lemieux (1997).

En la actualidad existen Universidades para Personas Mayores en todos los países europeos con una amplia gama de estructuras y objetivos, una diversidad que se refleja en la distinta denominación dada a los estudios ofrecidos: Senior Studies, University of All Ages, Scientific Continuing Education for Older Adults, Ongoing Studies for the Elderly. La mayoría de los programas están conectados con redes nacionales e internacionales, entre las que se encuentran la Asociación Internacional Universidades de la Tercera Edad (AIUTA), la European Network Learning in Later Life (LILL) o la European Federation of Older Students at Universities (EFOS).

Guirao y Sánchez (1997) nos ofrecen dos argumentos por los que los PUMs surgen y se consolidan. El primero de ellos, de carácter social, hace referencia a la obligatoriedad de ofrecer, desde la universidad, una respuesta solidaria al crecimiento del grupo poblacional de personas mayores que se encuentran liberadas de sus obligaciones profesionales. El segundo argumento, este de carácter institucional, explica que la universidad necesita dar cobertura a la necesidad de formación permanente.



Para las personas mayores, la relación con la universidad representa la toma de contacto con saberes valiosos que van a hacer posible su desarrollo humano y su enriquecimiento personal. La universidad como institución no ofrece un mero entretenimiento para los mayores, sino que representa una serie de conocimientos que van a favorecer la capacidad de mirar el mundo desde una perspectiva crítica.

En nuestro país, los PUMs han experimentado un profundo cambio desde sus inicios, en la década de los noventa, a la vez que se han generalizado en prácticamente todo el territorio. Se trata de ofertas que pretenden satisfacer las necesidades formativas de las personas de más de 50 años, facilitando la posibilidad de dar respuesta a una demanda creciente de formación de nivel superior (Orte, 2006). Actualmente, la presencia de este colectivo en el entorno académico universitario forma parte de la mayoría de las planificaciones que se realizan en materia de atención a las personas mayores.

La buena acogida que, desde su inicio, han tenido los PUMs ha llevado a que la mayoría de las universidades españolas oferten este servicio universitario a un importante grupo social, los mayores. Para dar respuesta al numeroso grupo de personas mayores que no residen en ciudades con sede universitaria las universidades han extendido la oferta de programas o acciones formativas para personas mayores en núcleos de población, «ámbito rural», intentando que el lugar de residencia no sea un factor de discriminación.

En nuestro país, la diversidad de denominaciones está resuelta, se pasó del término “Universidad de Tercera Edad” o “Universidad para Mayores” al concepto de “Programas Universitarios de Mayores”, asumido por todas las Universidades, tal y como se decidió en el Primer Encuentro de Programas Universitarios para Mayores, celebrado en Granada en 1996.

No obstante, cada Universidad da un nombre que define su propio Programa Universitario de Mayores. Como señala Mayence (1980: p.23) “...lo que es importante, más allá de la terminología es la función científica, social y cultural cumplida por este nuevo tipo de actividad universitaria...”.

En España, las modalidades de este tipo de oferta universitaria para mayores podemos agruparlas en:

1. “Programas integrados” en la oferta de diferentes titulaciones regladas, permitiendo que, aunque no tengan los requisitos de acceso a la Universidad, las personas mayores puedan cursar materias con los alumnos oficiales. Estas ofertas pueden ser más o menos amplias tanto en lo que se refiere a titulaciones, como a tipo de materias. Esta modalidad se inició en octubre de 1993 en la Universidad de Alcalá de Henares.
2. “Programas específicos” en los que se oferta un Plan de Estudios desarrollado y diseñado por la propia universidad para las personas mayores. La primera propuesta de esta modalidad fue la llamada “Universidad de la Experiencia” de la Universidad Pontificia de Salamanca que se inició en noviembre de 1993 (Orte, 2006).

La modalidad denominada “Programas Específicos” es la que predomina en la mayoría de las universidades españolas aunque cada vez son más frecuentes los programas integrados.

El gran desarrollo de los Programas Universitarios para Personas Mayores ha sido posible gracias al esfuerzo compartido de las Administraciones Estatal, Autonómicas y Locales y de la Institución Universitaria, que han sabido adaptar los contenidos, las metodologías de enseñanza, las técnicas pedagógicas y, fundamentalmente, la propia filosofía del proceso de enseñanza-aprendizaje a las expectativas, necesidades e intereses de las personas mayores. La adaptación final y más importante es la que realiza el docente, en tanto en cuanto, es el trasmisor del conocimiento, el enlace directo entre la Universidad y el estudiante.

Podemos justificar la necesidad de los PUMs a través de un estudio de Montoro, Pinazo y Tortosa (2007) sobre las motivaciones y expectativas de los estudiantes de los programas universitarios, que aduce que los principales motivos para participar en los mismos son: mejorar la cultura, sentirse activos, hacer algo nuevo, mejorar la calidad de vida y conocer gente nueva. Así mismo, González-Celis, Esquivel y Jiménez (2005) consideran que estos programas

presentan un denominador común: altos índices de satisfacción y una mejor calidad de vida de las personas mayores que participan como alumnado.

Lemieux (1997) por su parte apunta que los mayores tienen múltiples motivaciones para participar en un PUMs, las más comunes serían las siguientes: adquirir nuevos conocimientos y habilidades, ampliar las redes sociales para evitar la soledad y el aislamiento, satisfacer la necesidad de seguir activos para luchar contra el envejecimiento o para aportar algo a la sociedad o buscar un divertimento.

Por su parte Mehrotra (2003) afirma que la asistencia a programas educativos para personas mayores podría satisfacer necesidades de supervivencia, expresivas, contributivas, de transcendencia y de influencia. Una mayor curiosidad hacia nuevas experiencias e informaciones se relaciona con un mejor autoconcepto (Mikulincer, 1997).

Desde el punto de vista sociológico se considera que la universidad permite un medio de integración en la vida activa, una acción para mantener una actividad cerebral significativa y, por último, una inserción en un lugar privilegiado de relación, la universidad (Levet-Gautrat, 1982).

Podemos concluir que las motivaciones para haber optado por la formación en el tiempo de ocio serían principalmente de carácter intelectual (aprender, descubrir) y social (relación). En este último sentido son numerosos los estudios que afirman que el encuentro con otras personas es un elemento fundamental en la percepción de la satisfacción vital en la edad adulta (Sneegas, 1986).

En cuanto a la metodología de enseñanza en los PUMs ha de ser activa y participativa por parte de los alumnos ya que, independiente de su nivel cultural, todos aportan su gran experiencia acumulada con los años. Por otra parte, la mejor forma de que aprendan los mayores es mediante un aprendizaje reflexivo y de manera especial defienden la reflexividad cívica como ciudadanos comprometidos que son (Carreras Sáez y Escarbajal de Haro, 1998) y en ese sentido los Programas Universitarios de Mayores incorporan ese tipo de aprendizajes.

Como hemos visto, los PUMs son en la actualidad una de las principales vías para la promoción del envejecimiento activo de las personas mayores, junto a otros programas y actividades dirigidos a potenciar un ocio creativo, acceder a la cultura, facilitar la formación en temas de interés y crear medios de participación en todas las esferas de la sociedad (Sáez Aguado, 2004).

Los propósitos de los PUMs traspasan indudablemente el de adquirir o recordar conocimientos, incorporando otros como mantener la capacidad intelectual, desarrollar la sensibilidad y las emociones, cultivar las relaciones sociales y aumentar las de carácter intergeneracional, es decir, mejorar la calidad de vida a través del trabajo continuado dentro y fuera de las aulas universitarias (Roodin, Brown y Sheldock, 2013). La formación universitaria puede fomentar actitudes personales, tales como la asunción del riesgo, el espíritu crítico y de colaboración o la creatividad y el liderazgo, colaborando con la inserción social de las personas mayores (Palmero y Jiménez, 2013).

Son múltiples los beneficios que conlleva la participación de los mayores en los programas universitarios, principalmente en tres ámbitos concretos como son el personal, el social y el ético (Palmero, 2008). Podemos destacar que son un recurso para ocupar de forma útil el tiempo de ocio; una forma muy eficaz de mantener activa la mente, de desarrollar la capacidad de aprendizaje de las personas mayores, desde el punto de vista cognoscitivo, instrumental o actitudinal; tienen una repercusión directa en la autoestima pues la formación les permite convertirse en ciudadanos activos a través de la participación social; pueden tener una clara orientación preventiva y potenciadora de los hábitos y estilos de vida saludables, dependiendo la orientación que se les dé; potencian el desarrollo de las relaciones interpersonales y mejoran la comunicación y finalmente, son una forma de potenciar la autonomía de las personas mayores (Sáez Aguado, 2004).

Por tanto, de la decisión de participar en programas formativos para mayores se desprenderán importantes beneficios, no solo a nivel personal, sino también a nivel social y que estarán en clara interrelación los unos con los otros.

Es evidente que las actuaciones tendentes a potenciar actitudes y conductas que promuevan la inquietud intelectual, la curiosidad científica y cultural, profundizar en las humanidades y en el conocimiento de los riesgos que conllevan determinados hábitos, van a permitir a las personas mayores estar en mejores condiciones de afrontar esta etapa de la vida. Bajo este prisma preventivo, los PUMs son un medio muy eficaz para conseguir entre sus participantes la actividad en lo psicológico, lo físico y lo social.

Por otra parte, como ya se ha comentado anteriormente, el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento 2002, aprobado en la II Asamblea Mundial del Envejecimiento celebrada en Madrid, considera entre sus objetivos «*las oportunidades de desarrollo, realización personal y bienestar del individuo en todo el curso de su vida, incluso a una edad avanzada, por ejemplo, mediante la posibilidad de acceso al aprendizaje durante toda la vida y la participación en la comunidad...*». Igualmente, dicho Plan plantea, en la cuestión relativa al acceso al conocimiento, la educación y la capacitación de las personas mayores, la importancia de la educación como base indispensable para disponer de una vida activa y plena, haciendo mención, de forma específica a la necesidad de adoptar políticas que garanticen el acceso a la educación y a la capacitación durante todo el curso de la vida. Por lo tanto, en este contexto de envejecimiento, plantearse la posibilidad de llevar a cabo una intervención socioeducativa en un sentido amplio sobre el colectivo social de las personas mayores resulta básica (Orte y March, 2007).

Desde que en 1996 se celebrara el *I Encuentro Nacional*, tanto la acreditación como la legitimación de los PUMs han ido experimentando un crecimiento exponencial, con evidentes progresos en la definición de su expresión conceptual y códigos disciplinares, en sus buenas prácticas e innovaciones metodológicas y en sus contribuciones a la sociedad.

En febrero de 2004 se constituye la Asociación Estatal de Programas Universitarios para Mayores como asociación de interés universitario con el fin de coordinar el trabajo que se realizaba entre los encuentros científicos para consolidar y mejorar las ofertas formativas, así como para ir dando respuesta a los retos de esta modalidad de enseñanza a lo largo de la vida que contribuyen

al desarrollo formativo y cultural del colectivo de personas mayores. Se buscaba dotar de un espacio propio a los Encuentros de Programas Universitarios para Mayores que se venían celebrando desde años atrás. En el curso académico 2015/2016 la integraban un total de 45 Universidades que daban formación a 48.818 alumnos, repartidos por las diferentes comunidades autónomas.

El trabajo en AEPUM se articula principalmente a través de seminarios, jornadas y asambleas. También hay un espacio para la investigación, donde podemos destacar las buenas prácticas y los grupos de trabajo. Por otra parte, se celebran Encuentros Nacionales de Programas Universitarios para Mayores, cuya temática ha ido evolucionando desde el primer encuentro celebrado en Granada en 1996. En ese primer acercamiento se trataron contenidos relacionados con el reconocimiento institucional, un programa común, proyección social y asociacionismo de alumnos. En junio del año 2017 se celebrará el decimoquinto encuentro de AEPUM en la ciudad de Santiago de Compostela bajo el lema “Los Programas Universitarios para Mayores como elemento estratégico en la formación para toda la vida”.

A esta tendencia se sumó en mayo de 2008 el *X Encuentro Nacional de Programas Universitarios para Personas Mayores* –organizado por el área de Teoría e Historia de la Educación de la Universidad de Burgos, AEPUM y la Gerencia Territorial de Servicios Sociales de la Junta de Castilla y León-, en el que especialistas de las universidades españolas, estudiantes de los PUMs y algunos de los más prestigiosos cultivadores transdisciplinares del ámbito de los servicios sociales cuestionaron y avanzaron, con relevantes reflexiones y rigurosos diseños de investigación, ante las dudas y desafíos que plantean las interacciones entre la formación universitaria de las personas mayores y la promoción de la autonomía personal, en unas circunstancias como las actuales en las que la dependencia está cobrando un relieve inesperado (Palmero et al., 2008).

Para alcanzar los fines señalados, la Asociación tiene como objeto el fomento y desarrollo del diálogo y comunicación entre las Universidades, las Administraciones Públicas y entidades privadas. La AEPUM está especialmente preocupada por la calidad de los PUMs y es por ello que organiza de manera

bienal un seminario de especialistas y un encuentro al que acuden, además de los propios especialistas, estudiantes de los diferentes Programas. En estos encuentros se presentan trabajos, reflexiones, propuestas y debates acerca de la realidad y consolidación del aprendizaje a lo largo de la vida en el Espacio Europeo de Educación Superior (EEES).

Así, todas las universidades establecen mecanismos que aseguran la calidad de los procesos de formación en el ámbito universitario y muestran su compromiso con la excelencia a través de la planificación de acciones que evalúan la formación impartida a las personas mayores (Palmero y Luis, 2012).

En esta línea, AEPUM ha creado una comisión de trabajo, de la que forma parte la UBU, que ha elaborado un documento marco que ha sido aprobado por todos los socios y que será presentado tanto en el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, como en la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA) para avanzar en la acreditación de estos estudios, hecho que facilitaría el acceso de los estudiantes a otros programas educativos como los grados oficiales, daría mayor visibilidad al propio programa dentro de la estructura universitaria o aseguraría el mantenimiento del apoyo económico.

A modo de conclusión, podemos decir que la educación, como instrumento al servicio de la emancipación y como derecho social para todos, independientemente de la edad, debe ser inclusiva, posibilitar la creatividad, promover la participación activa y el contacto entre generaciones. Es por ello, que los PUMs se consideran programas educativos con fines integradores más que programas de carácter social o asistencial.

Pasemos pues a analizar la realidad del Programa Interuniversitario de la Experiencia en Castilla y León que fue pionero en España.

### **2.3.3 El Programa Interuniversitario de la Experiencia de Castilla y León.**

En Castilla y León no hemos sido ajenos al proceso de formación de personas mayores. En el año 1.993, la Universidad Pontificia de Salamanca puso en marcha la Universidad de la Experiencia (ideada por el dominico P. Bartolomé

Vicens Fiol) con 60 alumnos, lo que desde el curso 2002/2003 pasó a denominarse Programa Interuniversitario de la Experiencia. La apuesta de la Junta de Castilla y León y de las Universidades públicas y privadas ha sido de compromiso con un proyecto en el que participan ya 27 sedes repartidas por todas las capitales de provincia y diferentes zonas rurales en las que las personas mayores participan y reciben una formación adaptada a sus necesidades e intereses. De esta forma al extender el Programa a las zonas rurales, en una región como la de Castilla y León caracterizada por un fuerte componente rural, se intenta acercar la cultura a estas personas y compensar de alguna manera su discriminación por cuestión geográfica. Una gran fortaleza que adquiere especial entidad si se tiene en cuenta que la necesidad de este tipo de programas y su incidencia en la calidad de vida de los mayores es aún mayor en estos entornos que en las grandes ciudades. Diferentes expertos vienen reclamando desde hace tiempo que los PUMs se abran al mundo rural (Fernández Fernández, 2003; Rodríguez et al., 2003), sin embargo, en Castilla y León se contempló esta necesidad desde su mismo origen.

El primer curso académico que se desarrolló el Programa en el territorio de Castilla y León fue en 2002/2003 con un total de 14 sedes y 1.761 alumnos. Año a año se han ido uniendo nuevas sedes hasta llegar, a principios del curso 2008/2009, al número actual de 27 sedes. La matriculación presentó un incremento progresivo hasta el curso 2010-2011, llegando a haber en el PIE en ese momento 4.550 alumnos. Posteriormente se dejaron notar los efectos de la crisis económica y el alumnado total descendió poco más de un 5,5%. En el curso 2014/2015 se comenzó a recuperar levemente la matriculación y finalmente, en el curso 2016/2017 se ha vuelto a conseguir un nuevo máximo histórico (Tabla 4).

Tabla 4. Evolución de la matriculación en el PIE de Castilla y León.

<b>CURSOS</b>	<b>Total Alumnos</b>	<b>Total Sedes</b>
<b>2002-2003</b>	1.761	14
<b>2003-2004</b>	2.081	16
<b>2004-2005</b>	2.534	19
<b>2005-2006</b>	2.847	22



<b>2006-2007</b>	3.125	23
<b>2007-2008</b>	3.483	25
<b>2008-2009</b>	3.915	27
<b>2009-2010</b>	4.223	27
<b>2010-2011</b>	4.550	27
<b>2011-2012</b>	4.506	27
<b>2012-2013</b>	4.368	27
<b>2013-2014</b>	4.297	27
<b>2014-2015</b>	4.309	27
<b>2015-2016</b>	4.318	27
<b>2016-2017</b>	4.721	27

Fuente: Elaboración propia, a partir de la base de datos del Programa Interuniversitario de la Experiencia de Castilla y León, febrero 2017.

Concretamente, en el mes de octubre de 2016 se inició el curso académico 2016/2017 con 4.721 alumnos, distribuidos en 24 localidades; las nueve capitales de provincia, Arévalo (Ávila); Aranda de Duero, Miranda de Ebro y Villarcayo (Burgos); Ponferrada y Astorga (León); Guardo (Palencia); Béjar y Ciudad Rodrigo (Salamanca); Cuellar (Segovia); Almazán (Soria); Medina del Campo y Medina de Rioseco (Valladolid) y Benavente y Toro (Zamora). Señalar también que, en algunas provincias, como son Valladolid, Burgos y Salamanca, hay dos sedes, con lo que actualmente el programa se desarrolla en 27 sedes de la comunidad.

El PIE es una iniciativa financiada por la Junta de Castilla y León y desarrollada en colaboración con todas las Universidades públicas y privadas de la Comunidad. Los estudiantes matriculados en 1º, 2º o 3º deben pagar una matrícula de carácter anual de 75€ y los ya graduados que deciden seguir matriculados en el Programa, pagan una cantidad de 50€.

Pueden participar personas mayores de 55 años o más, si bien de forma excepcional y siempre que no se cubran las plazas ofertadas, también podrán matricularse personas a partir de los 50 años. Desde la Junta de Castilla y León se justifica este límite de edad porque, por un lado, intenta dar respuesta a las necesidades concretas de un tipo de población y, por otro, considera que no

debe bajar excesivamente el límite de edad porque la financiación del Programa es con dinero destinado a personas mayores, es decir, a partir de los 65 años.

El curso académico 2015/2016 se contó con cerca de 500 profesores, la mayoría de ellos docentes universitarios con amplia experiencia, interés por las actividades formativas con personas mayores y ganas de compartir su conocimiento.

Los objetivos del Programa, según establece la Junta de Castilla y León son, por un lado, facilitar el acercamiento de las personas mayores a la cultura y a la ciencia como vehículo de expresión de experiencias y conocimientos; un segundo objetivo busca promover el intercambio de relaciones, tanto entre los propios mayores como entre éstos y otros grupos de edad, constituyéndose el entorno universitario en un marco de interrelación social; y finalmente se pretende favorecer ocasiones para el aprendizaje y el crecimiento personal mediante la reflexión y el diálogo con los compañeros y el profesorado.

Desde el PIE de Castilla y León se ofrecen conocimientos de actualidad, diferentes actividades culturales y de intercambio generacional, intercambio de alumnos con universidades nacionales y extranjeras, una metodología de enseñanza adaptada a las personas mayores, material de apoyo para cada asignatura, profesorado universitario, acceso a las instalaciones de la universidad y diploma a la finalización de los tres cursos académicos.

El programa formativo ha ido sufriendo modificaciones consensuadas entre la Junta de Castilla y León y las universidades a partir de la información recabada en las evaluaciones. Por ejemplo, hasta el curso 2015/2016 el mismo se componía de un mínimo de 225 horas impartido en tres cursos académicos. Los alumnos de 1º, 2º y 3º realizaban entre 75 y 150 horas por año, la diferencia radica en que antes del impacto de la crisis económica, las asignaturas tenían el doble de horas. La estructura era la siguiente: tres asignaturas obligatorias de entre 10 y 20 horas cada una que variaban en función del curso; tres asignaturas optativas de entre 10 y 20 horas cada una de entre un máximo de 10 ofertadas; y un mínimo de 15 horas de actividades complementarias que podían ser conferencias, ciclos monográficos, visitas de trabajo, idiomas, informática o

debates. Por lo tanto, a lo largo del ciclo cada alumno cursaba un total de 9 asignaturas obligatorias (Tabla 5) y otras 9 asignaturas optativas. Estas materias eran iguales en todas las sedes y a nivel regional se determinaban los descriptores de los contenidos de las mismas, dejando a cada universidad el desarrollo de los programas.

Tabla 5. Ejemplo de distribución de asignaturas obligatorias (curso 2015/2016).

Curso 1º	Curso 2º	Curso 3º
Psicología	Sociología	Política y sociedad
Comunicación interpersonal	Literatura española	Nociones básicas de derecho
Historia de España y de Castilla y León	Ecología y medio ambiente	Salud y calidad de vida

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de [www.jcyl.es](http://www.jcyl.es) y [www.ubu.es](http://www.ubu.es).

La posibilidad de elección de asignaturas optativas (Tabla 6) motivaba al alumnado en tanto que son ellos mismos quienes dirigen su propio proceso formativo según sus intereses e inquietudes, podemos hablar por lo tanto de un proceso de aprendizaje autodirigido. Estas asignaturas se iban programando con una periodicidad de tres años.

Tabla 6. Ejemplos de asignaturas optativas (cursos 2014/2015 y 2015/2016).

2014/2015	2015/2016
Educación para el desarrollo y Ciudadanía	Nociones de Economía
Artes escénicas: música, teatro y danza	Historia de la Ciencia
Avances científicos de la actualidad	Nutrición y dietética
Introducción a la Filosofía	Cultura grecorromana en España: arte, lengua, tradiciones
Arte contemporáneo	Literatura contemporánea
Educación para el consumo y Envejecimiento activo	Artes cinematográficas
Población, Migración e Interculturalidad	Tradiciones culturales de Castilla y León
Historia local	Matemáticas en la vida cotidiana
Física y Química en la vida cotidiana	Personajes ilustres de Castilla y León
Cultura Iberoamericana	Arqueología

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de [www.jcyl.es](http://www.jcyl.es) y [www.ubu.es](http://www.ubu.es).

Si bien el programa mantiene desde sus inicios los elementos esenciales del mismo en cuanto a contenidos y metodología, para el curso académico 2016-2017 se ha introducido un cambio sustancial en el plan de estudios. Actualmente, con carácter general, consta de: materias obligatorias, itinerarios y actividades complementarias. Cada estudiante realiza 2 asignaturas obligatorias por curso y 1 itinerario. Las asignaturas tienen una duración de 20 horas cada una y el itinerario 35 horas. Se ofertan entre 1 y 3 itinerarios en función del número de alumnos matriculados (Tabla 7).

Tabla 7. Itinerarios propuestos en el marco del Programa Interuniversitario de la Experiencia de Castilla y León.

<b>Itinerarios</b>	
1. Ciencias Puras y aplicadas	6. Ciencias sociales
2. Humanidades	7. Cultura, ciencia y sociedad
3. Geografía, historia y arte	8. El conocimiento ante desafíos emergentes
4. Lengua y literatura	9. Grandes obras, grandes autores
5. Ciencias de la vida	

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de [www.jcyl.es](http://www.jcyl.es) y [www.ubu.es](http://www.ubu.es).

Al finalizar los tres cursos se entrega la correspondiente acreditación mediante un diploma firmado por el Consejero de Servicios Sociales y el Rector de cada universidad, pasando de esta manera a ser alumnos graduados. Los alumnos egresados del Programa pueden permanecer en el mismo bajo la figura del alumno graduado y tienen la posibilidad de cursar un itinerario y las actividades complementarias.

El profesorado es seleccionado por la Dirección del Programa con la colaboración del coordinador, siendo en su mayoría docentes universitarios o, en su caso, profesionales de reconocido prestigio dentro del ámbito de la asignatura correspondiente. Las infraestructuras donde se desarrolla el Programa son provistas por la propia universidad y en los casos en los que no hay sede universitaria como son las sedes rurales, los espacios son cedidos por el Ayuntamiento correspondiente.

Las clases se imparten dos días a la semana en cada una de las sedes, normalmente entre el lunes y el jueves. Las asignaturas se distribuyen de tal manera que las clases duran ocho meses, de octubre a mayo, como en las

titulaciones ordinarias. La asistencia es de carácter obligatorio y suele ser habitual en la mayoría de los estudiantes.

La evaluación se desarrolla en diferentes niveles, teniendo en cuenta que deben adaptarse los procesos e instrumentos ya que no se pretende que los alumnos alcancen competencias para su inserción en el mercado laboral. Los estudiantes evalúan cualitativa y cuantitativamente tanto a cada profesor como a la dirección y coordinación del Programa. Por otra parte, los alumnos son evaluados al inicio para conocer su perfil socio-demográfico así como sus motivaciones y expectativas al matricularse, durante el proceso y al final del mismo para recoger su opinión sobre aspectos generales del programa, instalaciones, organización o sugerencias.

La gran aceptación de esta oferta formativa pone de manifiesto la oportunidad de una propuesta de estudios que no sólo pretende suplir carencias, sino también desarrollar potencialidades, canalizar la formación permanente, intercambiar conocimientos y experiencias y fomentar la educación de las personas en todos los tramos del ciclo vital. Este desarrollo personal favorece un mejor desarrollo social, al propiciar una participación más reflexiva y más crítica, en una sociedad en la que el grupo sociológico de personas de más de 55 años es cada vez más numeroso, con mayores expectativas de vida en buenas condiciones físicas e intelectuales, con un potencial de colaboración del que una sociedad no puede permitirse el lujo de prescindir.

Los PUMs son un elemento más que puede contribuir al objetivo final de mejorar la calidad de vida de las personas mayores, pero por sí solos no son suficientes. Dan respuesta a un tipo de inquietudes, necesidades e intereses muy concretos que no son comunes a todas las personas mayores. No se debe olvidar que el proceso de envejecimiento es largo y los intereses de los mayores van cambiando y evolucionando. Por otro lado, existe una gran heterogeneidad entre los mayores, por lo que es necesario diversificar la oferta para que cada cual elija aquellas opciones que, en cada momento, mejor respondan a sus motivaciones.

Así las cosas, en Castilla y León existe una amplia gama de actividades dirigidas a promover el envejecimiento activo y a prevenir situaciones de dependencia. Estas se organizan en cuatro programas: ocio y hábitos de vida saludable, cultura y formación para personas mayores, participación y solidaridad y voluntariado. El PIE se enmarca dentro del segundo programa.

En Castilla y León se ha planificado la generalización del programa en tres niveles: capitales de provincia, municipios de más de 20.000 habitantes y localidades de en torno a 5.000 habitantes. Habiendo conseguido disponer de sedes universitarias en todos los niveles. En el caso de la Universidad de Burgos, se dispone de sede en la capital de provincia, en Aranda de Duero y Miranda de Ebro, que tienen más de 20.000 habitantes, pero no disponen de campus universitario y en Villarcayo, que es una población inferior a los 5.000 habitantes y tampoco dispone de campus.

Parece oportuno y necesario dar a los mayores la atención y el protagonismo que requieren y poner a su disposición los recursos necesarios para una completa integración social; las personas mayores son sin duda una «apuesta» de futuro.

#### **2.3.4 El Programa Interuniversitario de la Experiencia en la Universidad de Burgos.**

El Programa Interuniversitario de la Experiencia comenzó a desarrollarse en la Universidad de Burgos en el curso 2002/2003 debido tanto al compromiso de esta institución con el aprendizaje a lo largo de la vida como al desarrollo de la función social de la universidad a través de la implementación de acciones encaminadas a difundir el conocimiento entre sectores de población que tradicionalmente habían estado más alejados de esta institución.

Burgos capital y Aranda de Duero fueron las apuestas iniciales con 38 y 35 alumnos respectivamente en cada una de las sedes. Un curso más tarde se unió Miranda de Ebro y el curso 2008/2009 abrió la sede en Villarcayo. Desde la dirección del PIE de la Universidad de Burgos se realiza un esfuerzo continuado

por acercar el conocimiento universitario más allá de la existencia o no de campus universitario.

En el curso 2015/2016 el número de mayores matriculados en la Universidad de Burgos fue de 498 y en el curso 2016/2017 el total asciende a 553, unas cifras en la que se reflejan claramente los efectos de la crisis económica ya que el curso 2011/2012, que fue el que más matriculación acumuló, había un total de 559 alumnos. Vemos como todavía en la actualidad el PIE de la UBU alberga algo más de un 1% menos de alumnado que en el momento de su máxima plenitud y es por ello que desde la coordinación del Programa se están realizando fuertes esfuerzos para revertir esta situación (Tabla 8).

Tabla 8. Evolución de estudiantes matriculados en el PIE de la UBU.

	Burgos	Aranda	Miranda	Villarcayo	Total
<b>2002-2003</b>	38	35	-	-	<b>73</b>
<b>2003-2004</b>	65	50	35	-	<b>150</b>
<b>2004-2005</b>	114	66	50	-	<b>230</b>
<b>2005-2006</b>	145	86	65	-	<b>296</b>
<b>2006-2007</b>	161	79	85	-	<b>325</b>
<b>2007-2008</b>	206	91	80	-	<b>377</b>
<b>2008-2009</b>	214	112	96	37	<b>459</b>
<b>2009-2010</b>	234	111	104	50	<b>459</b>
<b>2010-2011</b>	271	116	101	66	<b>554</b>
<b>2011-2012</b>	268	120	84	87	<b>559</b>
<b>2012-2013</b>	239	126	98	66	<b>529</b>
<b>2013-2014</b>	246	119	87	60	<b>512</b>
<b>2014-2015</b>	218	120	73	51	<b>462</b>
<b>2015-2016</b>	243	121	84	50	<b>498</b>
<b>2016-2017</b>	292	108	105	48	<b>553</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos del Programa Interuniversitario de la Experiencia de Castilla y León, febrero 2017.

Para el curso 2016/2017 las asignaturas obligatorias en la sede de Burgos son las que se muestran en la Tabla 9 donde las mismas se hayan diferenciadas por cursos. En el resto de sedes solamente se ofrece una pareja de asignaturas por la menor matriculación de alumnos.

Tabla 9. Asignaturas obligatorias en la sede de Burgos en el curso 2016/2017.

Curso primero	Curso segundo	Curso tercero
Psicología	Ciencia y Tecnología	Derecho
Historia	Arte	Literatura

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos [www.ubu.es](http://www.ubu.es).

Por otra parte, en la sede de Burgos se ofrecen 3 itinerarios a elegir uno que son el III, el V y el VI mientras que en la sede de Aranda contarán con el itinerario III, en la sede de Miranda con el número VI y en Villarcayo podrán elegir entre el VII y el IX (ver Tabla 7).

En resumen, podemos afirmar que desde la UBU se hacen todos los esfuerzos necesarios para que cada día aumente el número de personas mayores que desean aumentar sus conocimientos, llenar su tiempo libre con actividades enriquecedoras y sentirse intelectualmente activos. En una sociedad que avanza rapidísimamente en los ámbitos tecnológico, económico y cultural, las personas mayores no pueden quedar apartadas y han de tener la oportunidad y la posibilidad de seguir aprendiendo.

Tras más de 14 años de andadura, hemos comprobado cómo el PIE de la UBU no sólo se consolida como un espacio académico en el que un grupo de personas mayores se reúne para mantenerse activo a nivel cognitivo, sino que por el contrario se ha configurado como un grupo de participación social ciudadana, surgiendo del mismo diferentes asociaciones de alumnos y exalumnos.



## **CAPÍTULO 3: Calidad de vida.**

### **3.1 Introducción.**

En este capítulo, se presentan los conceptos básicos relacionados con la CdV, que apoyarán una mayor comprensión de la importancia de la participación de las personas mayores en programas de formación y su influencia en la misma.

El término CdV es difícil de definir y medir. Se compone de una colección de dimensiones objetivas y subjetivas que interactúan continuamente y que pueden cambiar con el tiempo en respuesta a los eventos y experiencias de la vida y la salud (Bowling et al., 2003). Es un término multidisciplinar y ha sido examinado y usado en áreas tan diversas como la economía, la sociología, la psicología, la filosofía, la medicina, la enfermería, la historia social y la geografía (Bowling y Brazier, 1995; Farquhar, 1995b). Cada disciplina se acerca al concepto desde diferentes preocupaciones y esto significa que la expresión tiene varias interpretaciones en función de la perspectiva que se tome (Anderson y Burckhardt, 1999; Farquhar, 1995b; Haas, 1999b). Algunos autores han evitado dar una definición de CdV o de conceptos asociados, añadiendo así confusión y ambigüedad al término (Farquhar, 1995a; 1995b, Haas, 1999a; 1999b). Otros proporcionan definiciones precisas, tales como Lawton (1991), que la define desde su modelo ecológico como un juicio subjetivo y valoración multidimensional en base tanto a criterios intrapersonales como sionormativos, del sistema persona-ambiente, en relación con el tiempo pasado, presente y futuro.

La dificultad de definir un concepto tan abstracto ha llevado a la igualmente complicada tarea de su medida. Sin una definición clara de la CdV, es difícil evaluar si las herramientas relacionadas con la misma tienen éxito en la medición de lo que pretenden medir (Bond y Corner, 2004). Por otra parte, llegar a un acuerdo sobre sus elementos constitutivos es muy complejo. Los investigadores deben asegurarse de que todos los dominios relevantes están incluidos y deben tener en cuenta tanto los elementos subjetivos como los objetivos. La evidencia sugiere que las evaluaciones de expertos sobre la CdV a menudo divergen, en parte debido a su naturaleza dinámica y las estrategias

individuales de adaptación, las expectativas y las "respuestas al cambio" (Bond y Corner, 2004; Bowling y Gabriel, 2004). La perspectiva individual importa mucho para la CdV, especialmente su adaptación psicológica al proceso de envejecimiento (O'Boyle, 1997).

### **3.2 Orígenes de la calidad de vida.**

El interés en la CdV ha existido durante siglos en las diferentes culturas. Referencias tempranas se remontan a los escritos de Aristóteles sobre "la buena vida" y la idea de que se puede lograr por el hombre que lleva una vida de virtud y el cumplimiento de su capacidad de acción racional (Anderson y Burckhardt, 1999; Megone, 1990; Smith, 2000; Zhan, 1992). George y Bearon (1980) consideran que es el equivalente moderno de "la buena vida". La cultura tradicional y el pensamiento chino sostienen que una buena CdV sería el resultado de una armonía del Yin y Yang (Zhan, 1992). Un filósofo escocés, John Seth, se refirió a la misma en su artículo "La evolución de la moral" en el siglo XIX (Seth, 1889) e hizo hincapié en la importancia de considerar la calidad, así como la cantidad y vio esto como un fin moral que podría ser el objetivo de la humanidad (Smith, 2000).

El término "calidad de vida" entró a formar parte del vocabulario popular a partir de la década de los 50, tras la II Guerra Mundial y el consiguiente auge económico de la posguerra (Bond y Corner, 2004; Farquhar, 1995b; Haas, 1999a; 1999b; Meeberg, 1993; Smith, 2000; Zhan, 1992). Si bien su medida se centró inicialmente en indicadores objetivos tales como las posesiones materiales, pronto se vio que éstos eran inadecuados para entender y explicar el concepto de una manera globalizada. Por lo tanto, las medidas subjetivas tales como sensación de bienestar, felicidad y satisfacción con la vida comenzaron a ser tenidas en cuenta (Farquhar, 1995b; Haas, 1999b; Smith, 2000).

Los primeros estudios se llevaron a cabo en la década de los 60. Campbell llevó a cabo el primer estudio del aspecto subjetivo de la CdV entre los estadounidenses, tratando de definir el bienestar psicológico y los factores que lo condicionan basándose en la evaluación subjetiva y las experiencias de vida ofrecidas por los sujetos del estudio.

El hecho de que el término 'calidad de vida' no apareciese en la *Enciclopedia Internacional de Ciencias Sociales* hasta 1968 pone de relieve el relativamente reciente interés en el concepto entre los académicos e investigadores (Bond y Corner, 2004). La CdV se convirtió en una preocupación en las profesiones relacionadas con la medicina en la década de los 70 con un cambio en el énfasis de la mera supervivencia después de la constatación de que una vida larga puede no ser necesariamente una vida deseable (Farquhar, 1995b; Haas, 1999; Sarvimäki y Stenbock-Hult, 2000; Smith, 2000). Más recientemente, se ha utilizado como una medida de salida para comparar la efectividad de las intervenciones de salud y la asignación de los recursos escasos (Arnold, 1991; Birren y Dieckmann, 1991; Bond y Corner, 2004; Haas, 1999; O'Boyle, 1997; Smith, 2000; Williams, 1985). Por lo tanto, la evolución del concepto puede rastrearse a partir de las enseñanzas filosóficas generales de Aristóteles hasta un resultado de la eficiencia en la atención sanitaria y social.

### **3.3 Revisión de la literatura. Definición de calidad de vida.**

En términos generales, una mejor CdV de las personas es siempre un objetivo de los sistemas sanitarios y de los servicios sociales (OMS, 2001); sin embargo, no hay consenso acerca de la definición del concepto (Bowling, 2005; Butler, 1997; Clark, 2004; Holmes, 2005; Moons, Budts y De Geest, 2006; Priebe y Fakhoury, 2008).

A pesar de que "calidad de vida", como noción, se introdujo en 1918 y, en ese momento estaba asociado principalmente con el estándar de vida (Ferriss, 2004; Sirgy et al. 2006; Zhao, Heath y Forgue, 2005), se reconoce que fue Haas el que ofreció en 1960, una definición más amplia y conceptual. Haas asoció la CdV con una amplia variedad de dominios, incluyendo los trastornos o el bienestar psicológico, cognitivo, social, sexual, habilidad emocional, percepción de la salud personal y la capacidad de realizar actividades diarias (Stewart y King, 1994).

Muchos investigadores han intentado dar una definición de CdV (Beaumont y Kenealy, 2004; Higgs, Hyde, Wiggins y Blane, 2003; Skevington, 2002; WHOQOL, 2006). A pesar de que hay diferencias, la mayoría coincide en

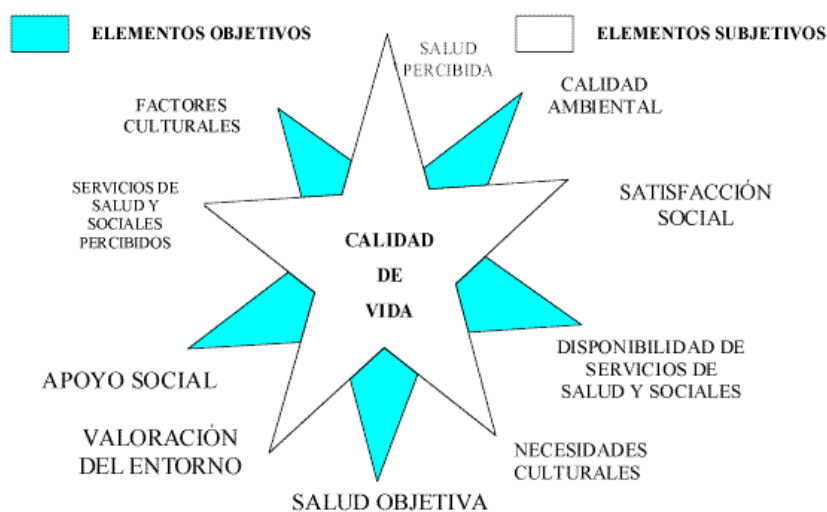
que el concepto abarca muchos ámbitos y no se limita a un solo elemento de la vida de una persona. Por ejemplo, los investigadores han dicho que la CdV es: "intrínsecamente multifactorial" (Beaumont y Kenealy, 2004, p.764); "La compleja interacción de elementos diversos presentes en la vida de una persona" (Higgs et al., 2003, p.243); "Una rica interacción entre múltiples dimensiones o dominios" (Skevington, 2002, p.136).

La definición del concepto de CdV ha pasado por diferentes etapas, habiendo sido entendido como estado de bienestar que puede ser medido en un momento dado (Drewnowski, 1970), conjunto de evaluaciones sobre cada uno de los dominios importantes de la vida (Lawton y Cohen, 1974) o como resultado de la interacción entre características personales, las condiciones objetivas de vida en determinadas áreas de la misma y la satisfacción con las condiciones de vida en esas mismas áreas (Andrews y Whitney, 1976).

A partir de los años 80 las definiciones incluían términos como felicidad, satisfacción con la vida o bienestar general (Amérigo Cuervo-Arango, 1993; Blanco Abarca, 1985; De Haes y Knippenberg, 1989; Najman y Levine, 1981).

Fernández Ballesteros (1996) no aventura una definición, pero considera que deben ser incorporados tanto aspectos objetivos como subjetivos en la definición y tiene en cuenta tanto las valoraciones de los sujetos sobre los distintos ingredientes de la CdV como los aspectos objetivos de esas mismas dimensiones (Figura 13).

Figura 13. Factores objetivos y subjetivos que definen calidad de vida.



Fuente: Fernández Ballesteros (1993).

Por su parte, Felce y Perry (1995) propusieron una serie de elementos para definir la CdV. Estos serían la calidad de las condiciones de vida de una persona, la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales, la combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, CdV definida como calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta y la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderada por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales.

Sin embargo y a pesar de que su significado parece evidente y de la cantidad de definiciones operativas que existen se resiste a ser definido conceptualmente. En parte, esa dificultad se debe a que es un término con implicaciones filosóficas, al importante componente subjetivo y también a su proximidad a conceptos como "satisfacción", "bienestar" y "felicidad" que muchos autores usan indistintamente como si fueran sinónimos e intercambiables.

Por bienestar subjetivo se entiende la presencia, en un momento concreto de la vida, de un tono hedónico positivo y de una valoración global y positiva de la vida (satisfacción vital) (Richart, Cabrero, Cabañero y Reig, 2011). Se puede medir adecuadamente aplicando de manera conjunta, por ejemplo, las adaptaciones españolas de la Escala de Afecto de Bradburn y la Escala de Satisfacción con la vida de Diener. Por otra parte, el bienestar psicológico no

solo pone su foco de interés en el estudio del desarrollo del potencial de autorrealización y de vida plena sino también en otros aspectos del funcionamiento positivo de la persona. Se puede evaluar mediante el modelo de Ryff que está integrado por seis dimensiones: autoaceptación, relaciones positivas con las demás personas, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal.

En relación a la felicidad Veenhoven (1994) afirma que es el grado en el que una persona evalúa positivamente la CdV actual en su conjunto. En otras palabras, cuánto le gusta a una persona la vida que lleva o el disfrute subjetivo de la vida. Para este autor, felicidad, satisfacción vital y bienestar psicológico son sinónimos.

María Amérigo (1993) coincide con Ruut Veenhoven (1994) y ambos consideran el bienestar subjetivo un componente de la CdV. También la definición de Levi y Andersson recogida por Amérigo considera la misma como una medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal y como la percibe cada individuo y cada grupo y de felicidad, satisfacción y recompensa.

Otros autores, como Seligman (2014), aseguran que el estudio de la felicidad se deriva de tres conjuntos de experiencias: experimentar cosas agradables con regularidad (vida placentera); experimentar un alto grado de compromiso en actividades satisfactorias (vida comprometida); experimentar una sensación de conexión con algo suprapersonal (vida significativa) y los vínculos positivos (vida social).

Las investigaciones de Campbell, Converse y Rodgers (1976) indican (no de forma concluyente) que hay un cierto solapamiento, pero no una total identificación entre felicidad y satisfacción ya que los jóvenes se declaran más felices que los mayores, pero más insatisfechos. Para ese autor son dos las dimensiones, una es cognitiva y valorativa del bienestar, la satisfacción, entendida como el grado en el que se percibe que las esperanzas y las aspiraciones son colmadas. La otra dimensión es afectiva: la felicidad más relacionada con la disposición de ánimo. Como se decía, la satisfacción y la felicidad pueden correlacionar, pero se puede estar satisfecho con los logros y ser infeliz y se puede ser feliz e insatisfecho. Podemos decir que la satisfacción

con la vida consiste en una valoración global personal que se hace de la vida como un todo (Richart et al., 2011).

Argyle (1993) sugiere que debemos distinguir entre satisfacción y alegría, la primera como un estado cognitivo y segunda como un estado emocional que podríamos llamar felicidad.

Podemos concluir que ambos procesos, tanto cognitivos como volitivos, están íntimamente relacionados y correlacionan entre sí. En esta investigación se acepta que el bienestar psicológico es un componente, un indicador de calidad de vida y que cambios en los componentes producen o determinan cambios en la calidad de vida en la misma dirección y sentido. Se utilizan los juicios de satisfacción y de felicidad como indicadores de bienestar y la satisfacción con la vida es mayor cuando los logros se aproximan a las aspiraciones y es menor cuando se alejan.

Otra forma de definir la calidad de vida es dividirla, por un lado, en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y por otro, en la CdV no-relacionada con la salud. Mientras que la CVRS cubre las áreas de la vida afectadas por los cambios en la salud (Albert y Teresi, 2011) y, como tal, se relaciona con el estado funcional del individuo, la salud mental o el bienestar emocional, la inclusión social y presentar diferentes síntomas (Jaschke, Singer y Guyatt, 1989), la calidad de vida no-relacionada con la salud cubre las áreas naturales, así como el medio creado y los recursos personales (Albert y Teresi, 2011). Como tal, afectan a lo económico, el estatus social y por todo ello es esencial obtener información sobre los diferentes aspectos de la CdV tanto de las áreas relacionadas con la salud como de las no-relacionadas con la misma. En esta investigación el análisis realizado abarca ambos aspectos, habiéndose medido la CVRS con un instrumento específico como es el EUROQoL: EQ-5D-5L cuyas características serán explicadas en la sección de metodología del presente trabajo.

La anchura del concepto de CdV ofrece diversas definiciones, aunque las más importantes son las definiciones que reconocen sus componentes subjetivos (perspectiva del empoderamiento personal), ya que permiten una percepción multidimensional.

Debido a la complejidad del concepto de CdV, tampoco hay acuerdo sobre cómo definir la calidad de vida en la vejez (Walker y Mollenkopf, 2007). Sin embargo, es reconocido que cubre diversas dimensiones, tales como la social, psicológica, ambiental, funcional, salud y familia (Birren, Lubben, Rowe y Deutchman, 1991; Steward y King, 1994; Noelker y Harel, 2001; Arun y Cakiroglu Çevik, 2011). El grado de dependencia funcional de las personas mayores está estrechamente relacionado con las condiciones socioeconómicas, la capacidad de autocuidado y la salud física y mental (De Souza Santos, Dantas y Rodrigues Moreira, 2011). Esos factores reflejan la CdV de las personas mayores y contribuyen a la definición de la percepción individual de su situación en la vida. La percepción del individuo depende del contacto con la cultura y el sistema de valores y se relaciona con las expectativas personales, preocupaciones y objetivos de vida (De Souza Santos, Martin y Rodrigues, 2011).

La CdV en la tercera edad se refiere a la investigación sobre el envejecimiento activo y es por lo que los indicadores utilizados en este tipo de investigaciones son el estado de salud, el bienestar psicológico y el apoyo social. Sin embargo, cuando se usan estos indicadores, el género, las diferencias de raza, etnia, edad y discapacidad a menudo se pasan por alto. Hoy en día, una perspectiva crítica se presenta en el campo de la investigación en gerontología social. Esta afirma que la vejez es una construcción social que tiene tres implicaciones esenciales para la CdV de las personas mayores. En primer lugar, la preocupación por la salud y la capacidad física, que parece ser más importante para las personas mayores que para cualquier otro grupo de edad, pero aun así la definición de buena CdV para las personas mayores es similar a la de otros grupos de edad. En segundo lugar, que los factores económicos y sociales son tan importantes como las características biológicas individuales. La tercera implicación sería que las personas mayores son seres humanos con derecho a identificar su propio significado de la CdV, por lo que deben estar en el centro de su proceso de definición y medición (Walker, 2005; Walker y Mollenkopf, 2007).

La calidad de vida se define por la OMS (1993, p. 1405) como

*"la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación*



*con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto que está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con su entorno”.*

Esta definición tiene en cuenta la percepción individual y la relación con el medio ambiente (Bowling, 2001), aparte de la calidad de vida en un contexto cultural, social y ambiental. La calidad de vida cubre una amplia conceptualización que hace hincapié tanto en la visión subjetiva como en la objetiva, la evaluación multidimensional, por tanto, se hace necesaria.

Así, el concepto de CdV comenzó siendo una observación de las condiciones de vida de las personas y se presentó sólo como un indicador objetivo, pero hoy en día es analizado principalmente a través del nivel general de bienestar de las personas y, como tal, también incluye componentes orientados subjetivamente (Allardt, 1993; Sirgy et al 2006). Sobre la base de investigaciones previas, Rissanen (2013), por ejemplo, ha resumido varias definiciones y aspectos del bienestar en diferentes niveles en el contexto de las personas de edad avanzada. Por otra parte, este mismo investigador asocia estos aspectos del bienestar con el concepto multidimensional de envejecimiento activo desarrollado por la OMS y señala la creciente demanda de un enfoque integral en relación al bienestar, ya que cada individuo constituye una entidad física, mental y social en diferentes entornos.

La presente investigación se basa principalmente en la definición de la OMS, donde la CdV se describe como un concepto multidimensional (Baldwin et al., 2002; Hajiran, 2006; Noll, 2004) que tiene en cuenta la experiencia subjetiva (Bowling, 2003; Haas, 1999a; Harrison, Juniper y Mitchell-DiCenso, 1996; Moons et al., 2006; WHOQOL Group, 1993) y que responde a diferentes experiencias de la vida (Anderson y Burckhardt, 1999; Farquhar, 1995b; Haas, 1999; Murphy, O'Shea y Cooney, 2007; Niv y Kreitler, 2001). Sin embargo, también incluye perspectivas y conceptos multisectoriales y multidisciplinarios (Padilla, Grant y Ferrell, 1992), debido al hecho de que las personas mayores son uno de los grupos más vulnerables y pueden presentar problemas relacionados con la

edad, por lo que hay que tener en cuenta múltiples perspectivas (Cohn y Sugar, 1991).

### **3.4 Marcos para comprender el concepto de calidad de vida.**

Dada la diversidad y la ambigüedad en torno a las definiciones de CdV, es útil tratar de clasificar las definiciones existentes en un marco con el fin de identificar los elementos compartidos. Farquhar (1995a) ofrece una taxonomía de las definiciones de CdV de acuerdo a su origen, distinguiendo entre las definiciones de expertos o profesionales y no profesionales. Entre las definiciones de los expertos se encuentran las globales, de componentes, focalizadas y de combinación.

Las definiciones globales son el tipo más común de definición, proporcionan una descripción general de la CdV e incorporan ideas tales como el grado de satisfacción, la felicidad o el bienestar que experimenta una persona. Sin embargo, debido a su carácter general y que abarcan todo, no logran dar una descripción completa de todos los posibles componentes o de su puesta en funcionamiento (Farquhar, 1995a). Por otra parte, la satisfacción vital no es exactamente lo mismo que la CdV (Gentile, 1991; George y Bearon, 1980; Haas, 1999b).

Las definiciones de componentes hacen hincapié en la naturaleza multidimensional del concepto y lo dividen en sus diferentes componentes o dimensiones (Bond y Corner, 2004; Farquhar 1995a). Son más útiles para el trabajo empírico que las definiciones globales porque se acercan más a la medida o a hacer operativo el concepto, aunque también pueden carecer de especificidad. También puede haber cierta superposición entre los dominios (Haas, 1999b).

Las definiciones focalizadas se concentran en un número limitado de componentes de CdV, por ejemplo, la CVRS. A su vez, estas pueden ser implícitas o explícitas. Las primeras utilizan el término "calidad de vida" en su sentido más amplio a pesar de que sólo se centran en un pequeño número de sus partes. Por otra parte, las definiciones explícitas hacen la distinción entre el

concepto más amplio y la perspectiva más limitada que están considerando (Farquhar, 1995a).

Finalmente, las definiciones de combinación incluyen elementos tanto de las definiciones globales como de las de componentes.

Las definiciones no profesionales de CdV reflejan la opinión y la perspectiva de las personas mayores y son, por lo tanto, esencialmente medidas subjetivas. Estas pueden servir para completar las definiciones de los expertos. Bond y Corner (2004) afirman que las encuestas de población a las personas mayores tienden a emplear las definiciones y conceptos de expertos, en lugar de centrarse en las definiciones laicas. Bowling et al. (2003) también creen que la mayor parte de la investigación sobre la CdV de las personas mayores consiste en las opiniones de los expertos. Sin embargo, los estudios han demostrado que las personas mayores están dispuestas a hablar de la CdV y de esos estudios, han surgido muchos puntos de vista diferentes. Estos dominios incluyen la familia, la interacción social y el apoyo, la salud y la capacidad funcional, el bienestar psicológico, actividades, independencia, condiciones de vida y las circunstancias materiales (Bowling et al., 2003; Bowling y Gabriel, 2004; Farquhar, 1995b). Sin embargo, muchas veces las definiciones no profesionales o las evaluaciones subjetivas son rechazadas por carecer de "realidad" científica o de la validez de los indicadores objetivos (Bond y Corner, 2004; Farquhar, 1995; Meeberg, 1993). Estos pueden cambiar con el tiempo tal y como las circunstancias y expectativas de las personas cambian y, por lo tanto, no constituyen un concepto estable y fiable. Sin embargo, Farquhar (1995a) se pregunta si lo que cambia es la evaluación de la calidad de vida de la gente o la definición de calidad de vida en sí.

Actualmente la mayoría de las investigaciones sobre CdV incorporan tanto dimensiones subjetivas como objetivas en tanto que ambas medidas tienen ventajas. Las medidas objetivas permiten una amplia investigación desde múltiples disciplinas y también permiten incluir en las evaluaciones los estándares de la comunidad. Así mismo, los indicadores objetivos pueden ayudar a la implementación de políticas y programas sociales, ya que puede ser más fácil de identificar el efecto de dichas políticas y programas en indicadores

objetivos antes que en los subjetivos (Raphael, 1996). Por otra parte, los indicadores subjetivos también reflejan la heterogeneidad de las personas y el hecho de que "diferentes personas valoran diferentes cosas" (George y Bearon, 1980). Haas (1999b) reconoce la importancia de los indicadores objetivos, pero considera que deberían utilizarse para complementar los indicadores subjetivos que son una medida más directa.

Las necesidades humanas también pueden proporcionar parte de la base para la CdV y esto puede ser una influencia importante en la teoría y práctica a la hora de evaluar la misma (Bowling, 2004; Browne, O'Boyle, McGee, McDonald y Joyce, 1997; Raphael, 1996; Sirgy, 1986;). Las necesidades humanas se presentan como motivaciones de los individuos y, a veces no son fáciles de determinar (Niemi, 2004). Galtung, (1980) afirma que las necesidades básicas de las personas se pueden clasificar como "necesidades de seguridad", "necesidades de bienestar", "necesidades de identidad" y "necesidades de libertad".

Cada persona tiene una jerarquía de valores; necesidades emocionales, cognitivas, expresivas y estéticas (Maslow, 1970). Las necesidades fisiológicas son el punto de partida de la motivación de un individuo donde se incluyen necesidades tales como la respiración, la alimentación, el agua, el sexo o el sueño (Poston, 2009; Ruud, 2011). Estas necesidades son básicas y las más fundamentales de todas. Por lo tanto, si esas necesidades no están satisfechas, el organismo individual estará dominado por las necesidades fisiológicas y todas las demás necesidades se volverán simplemente inexistentes. Cuando las necesidades fisiológicas están relativamente bien satisfechas, un nuevo conjunto de necesidades emerge, llamadas necesidades de seguridad, como la estabilidad, la dependencia, la protección, etc. Los dos grupos más vulnerables de la población son niños y los mayores y muchas veces su seguridad no es discernible en la superficie. Entre las necesidades de seguridad, una muy importante es la seguridad del empleo, los recursos y la moralidad. Cuando estos dos grupos de necesidades básicas mencionadas anteriormente se satisfacen, emergen las necesidades relacionadas con el amor, el afecto y la pertenencia. Cuando la gente siente que estas necesidades no se satisfacen, buscan alcanzar este tipo de relaciones más que cualquier otra cosa. Una de las necesidades de

más alto nivel es la necesidad de autoestima, que todas las personas tienen en la sociedad: todos deseamos el respeto propio, donde los deseos se conectan a la fuerza, al logro, a la competencia, etc. También hay deseos conectados con la reputación personal, el estatus, la fama, la gloria o la dignidad. La satisfacción de la autoestima está conectada con sentimientos de autoconfianza, valía, fuerza o capacidad. La frustración de estas necesidades se traducirá en expresiones de sentimientos de debilidad e impotencia. La necesidad de autorrealización representa el más alto nivel de necesidades. En este nivel, los individuos difieren entre sí, porque estas necesidades varían de una persona a otra. Esta necesidad se refiere al deseo individual de realización personal. En otras palabras, el individuo debe ser capaz de realizar y expresar todo su potencial, cualesquiera que sean las circunstancias; lo que Sen (1993) podría describir como la maximización de las capacidades.

Es más, los deseos y necesidades satisfechos de un individuo en el nivel micro reflejan el componente macro a nivel social (Bowling y Windsor, 2001) y sólo contribuyen al bienestar individual de manera conjunta (Glosario Económico, 2011). En cualquier caso, la calidad de vida es un concepto complejo que incluye varios elementos de bienestar físico, material, social y emocional y además, desarrollo y actividad (Arun y Cakiroglu Çevik, 2011) y sus correlaciones.

La consideración de la CdV en términos de necesidades humanas proporciona un marco útil para la comprensión de la interacción de los componentes objetivos y subjetivos y por qué la percepción de la CdV puede cambiar con el tiempo. Bowling (2004) considera que el enfoque objetivo de la medición de la calidad de vida es fundamentalmente un enfoque basado en las necesidades (que asume que los individuos tienen necesidades básicas) y la satisfacción de estas necesidades determina el bienestar de un individuo. Por lo tanto, cuando una sociedad se vuelve más rica y las necesidades básicas se satisfacen (por ejemplo, a nivel fisiológico, de confort, seguridad y protección), los indicadores subjetivos pueden crecer en importancia (Gentile, 2001). En este sentido, la CdV se puede medir o definir de manera más precisa como la evaluación del bienestar o satisfacción con la vida percibidos de un individuo.

Por otro lado, la CdV puede estar vinculada a los recursos a través de los cuales un individuo puede satisfacer las necesidades personales. De hecho, a veces la satisfacción de algunas necesidades es también un recurso para la satisfacción de otras necesidades, por ejemplo, los recursos económicos o el apoyo en el buen estado de salud. Según la teoría del intercambio de recursos de Foa (Foa y Foa, 1974), la gente intercambia seis recursos principales en las relaciones que mantiene con otras personas: amor (calidez, afecto), estatus (respeto, estima), información (consejos, conocimientos), dinero, bienes y servicios (trabajo, mano de obra). Combinando la teoría psicológica y económica en un solo modelo, Gordon (1975) teorizó que la mente clasifica los recursos intercambiables en diferentes categorías. Entre los recursos mencionados anteriormente estarían, el amor, el estatus y la información que serían recursos psicológicos y el dinero y los bienes y servicios que serían recursos de carácter económico, todos ellos serían intercambiables.

Gordon (1975) afirma además que la categorización de los recursos depende de la evaluación de la persona y se basa en la estructura cognitiva, así como en experiencias en relación a un tema en particular. Sin embargo, para que una persona sea capaz de funcionar de manera competente en la sociedad, ésta ha de estar influenciada por la posesión y la falta de recursos.

La disponibilidad o no disponibilidad de recursos influencia el bienestar de la persona, la felicidad y la satisfacción con las relaciones personales y el intercambio social, siendo más concretos; el ser capaz de funcionar eficazmente como un miembro de la sociedad depende de la posesión de capacidades y recursos sociales específicos. Es más, incluso es necesario conocer en qué grado existen recursos para satisfacer las necesidades y en qué medida los recursos específicos son poseídos y utilizados en contextos sociales (Stangl, 1989). Toda la gama de recursos debe ser discutida dentro de la evaluación de la CdV, especialmente porque el nivel de esta a menudo depende de la posesión de un recurso en particular (Foa y Foa, 1976).

### **3.5 Dominios de calidad de vida de las personas mayores.**

En las últimas décadas ha habido un reconocimiento creciente de la importancia de la medición y mejora de la CdV de las personas mayores. El aumento en la esperanza de vida en el siglo XX se ha traducido en un aumento de la población de edad avanzada, sobre todo en los países occidentales desarrollados. Acompañando a esta circunstancia ha habido un surgimiento de una visión más positiva de la vejez como un período en que las personas se liberan de responsabilidades sociales formales tales como el empleo y la crianza de los hijos y son libres para disfrutar de una jubilación activa y plena. Esto significa que las personas mayores se esfuerzan por mantener y mejorar la calidad de sus vidas con el fin de disfrutar plenamente de esta etapa del ciclo de vida. En un estudio realizado por Gabriel y Bowling (2004) sobre la calidad de vida de las personas mayores que viven en su hogar en Gran Bretaña, los principales temas relacionados con la CdV incluían: tener buenas relaciones sociales, ayuda y apoyo; vivir en una casa y en un vecindario confortables donde sentirse seguro, con acceso a las instalaciones y servicios locales, incluyendo el transporte; participar en pasatiempos y actividades de ocio (en solitario), así como el mantenimiento de las actividades sociales y tener un papel en la sociedad; y tener dinero suficiente para satisfacer las necesidades básicas, participar en la sociedad, disfrutar de la vida y conservar la propia independencia y control sobre la vida. Muchos de estos temas son relevantes para las personas en todas las categorías de edad, mientras que algunos son particularmente importantes para las personas en sus últimos años.

Sin embargo, las personas mayores no son un grupo homogéneo; no es posible generalizar sobre el concepto de CdV para todos ellos, dada la variedad de circunstancias en las que pueden vivir sus vidas. La CdV será diferente para las personas mayores autónomas que para las que puedan sufrir una discapacidad física o mental (Kane, 2003). La vejez se acompaña a menudo del incremento de los problemas de salud y la disminución de la capacidad física y mental. Es importante reconocer esta heterogeneidad cuando se consulta a las personas mayores sobre la calidad de sus vidas.

En relación con las personas mayores en concreto, Lawton (1983) y Hughes (1990) utilizaron un marco conceptual con el fin de establecer los dominios de su CdV. Determinaron que los aspectos centrales son la competencia del comportamiento y la CdV percibida (Lawton, 1991). El primero se refiere al funcionamiento de un individuo con respecto a la salud, la cognición, el uso del tiempo y el comportamiento social. El segundo representa la satisfacción de un individuo con cuatro dominios: la familia, la vivienda y el barrio, los amigos y el uso del tiempo. El bienestar psicológico y el medio ambiente objetivo no son dominios centrales, sino más bien "componentes esenciales de un modelo causal más amplio". El bienestar psicológico es "el resultado final en un modelo causal de tipo abierto" (Lawton, 1991). El medio ambiente objetivo se refiere tanto al medio físico como al medio ambiente interpersonal de un individuo y puede influir tanto en la competencia del comportamiento como en la percepción de la calidad de vida (Gerritsen, Steverink, Ooms y Ribbe, 2004).

Desde este punto de vista, Lawton también hizo hincapié en que la CdV tiene dimensiones temporales, como las experiencias pasadas y las expectativas futuras y Atchley (1991) añadió posteriormente la necesidad de indicadores en el presente que refuerzen la identidad. Además, Svensson (1991) considera que, a la hora de evaluar su propia CdV, la gente debe participar en algún tipo de proceso autobiográfico para poder evaluar y sintetizar los significados experimentados hasta ahora. Él continúa diciendo que los que realizan una síntesis exitosa es más probable que tengan una buena calidad de vida. Por otra parte, Katz y Gurland (1991) defienden un concepto holístico que ellos llaman *"una red irreductible de piezas entrelazadas, que abarca a los propios mayores (mente, cuerpo y espíritu), su ambiente animado e inanimado, sus experiencias de vida en el tiempo y las funciones o energías creadas por las piezas entrelazadas"*.

Un buen ejemplo de modelo que refleja los valores personales, preferencias y expectativas, es el modelo de CdV desarrollado por la Universidad de Toronto, donde los investigadores definieron tres ámbitos de la vida conectados a los valores del individuo; ser, pertenencia, llegar a ser, cada uno con tres subdominios (Tabla 10). Los investigadores creen que la CdV de las personas en estos tres ámbitos y sus subdominios resultan de dos factores: la



importancia y satisfacción. Por lo tanto, la CdV consiste en la relativa importancia de cada dimensión particular y depende, a su vez, del disfrute de la persona de la dimensión particular. De esta manera, la CdV de un individuo depende de una perspectiva individual en cualquier momento de su vida.

Tabla 10. Ámbitos de la vida conectados a los valores individuales.

<b>SER</b>	<b>Lo que uno es como individuo</b>	
<b>Ser físico</b>	Salud física Higiene personal	Apariencia física general Ejercicio físico Nutrición Aseo y ropa
<b>Ser psicológico</b>	Salud mental y ajuste Autoestima, autoconcepto y autocontrol	Sentimientos Cognición
<b>Ser espiritual</b>	Valores personales Normas personales de conducta	Creencias espirituales
<b>PERTENENCIA</b>	<b>Conexión con los entornos personales</b>	
<b>Pertenencia física</b>	Hogar Lugar de trabajo/estudio	Barrio Comunidad
<b>Pertenencia social</b>	Personas muy cercanas Familia Amigos	Compañeros Barrio y comunidad
<b>Pertenencia a la comunidad</b>	Ingresos adecuados Servicios sociales y de salud Actividades y eventos de la comunidad	Programas educativos Programas de ocio Empleo
<b>LLEGAR A SER</b>	<b>Logro de metas personales, esperanzas y aspiraciones a través de la implicación en diferentes actividades</b>	
<b>Llegar a ser práctico</b>	Actividades domésticas Actividades de voluntariado Atención sobre las necesidades sociales y de salud	Trabajo remunerado
<b>Llegar a ser relacionado con el ocio</b>	Actividades que buscan la relajación y la reducción del estrés	
<b>Llegar a ser como crecimiento</b>	Actividades que buscan el mantenimiento o la mejora del conocimiento y habilidades que se adaptan a los cambios	

Fuente: Elaboración propia a partir de Raphael, Renwick, Brown y Rootman (1996).

Otro marco conceptual fue propuesto por Stewart y King (1994) y consta de 14 dominios de calidad de vida para las personas mayores: funcionamiento físico, auto-mantenimiento, actividades cotidianas, funcionamiento social, funcionamiento sexual e intimidad, bienestar psicológico y angustia, funcionamiento cognitivo, dolor y malestar, energía/fatiga, sueño, autoestima, sentido de dominio, salud percibida y satisfacción con la vida. Organizaron muchos de los dominios en subcategorías.

Hughes (1990) produjo "un modelo multidimensional que abarca los principales elementos o componentes en su definición de CdV" (Hughes, 1990). El modelo se basa en dos principios básicos: en primer lugar, debe reflejar la naturaleza multidimensional del concepto; en segundo lugar, no existe una definición única que se puede aplicar universalmente. La gerontología social

forma la base teórica de este modelo de CdV. Un conjunto de proposiciones se puede derivar de la gerontología social y estas ayudan a la comprensión de la CdV de las personas mayores que puede ser definida de una manera similar a la de los más jóvenes; que debe incluir elementos subjetivos y objetivos y que la heterogeneidad de los mayores debe ser reconocida (Hughes, 1990). Hughes describe su modelo como una red donde sus componentes interactúan con el fin de definir y evaluar la CdV. Los dominios relevantes incluidos en este modelo son:

- autonomía personal - elección, toma de decisiones, control, privacidad.
- satisfacción expresada - satisfacción con la vida, equilibrio, bienestar psicológico, autoimagen positiva, punto de vista del consumidor.
- bienestar físico y mental - salud física, discapacidad, capacidad funcional, dependencia.
- estatus socioeconómico - ingresos, profesión anterior, situación material, vivienda, nivel de vida, nutrición.
- calidad del medio ambiente - calidez, comodidad, seguridad, espacio personal, decoración, comodidades, rutina y normas
- actividades significativas – actividades de la vida diaria, ocio, trabajo, intereses.
- integración social - contactos sociales, contactos familiares, roles sociales, ciudadanía.
- factores culturales - edad, género, clase, raza, religión.

Muchos investigadores creen que la mejor manera de investigar qué factores contribuyen a la CdV de las personas mayores es preguntar a los propios protagonistas. Bowling et al. (2002), por ejemplo, desarrollaron los dominios de la CdV a través de una encuesta nacional en Gran Bretaña con mayores de 65 años de edad que vivían en su hogar. Se utilizaron grupos focales de mayores para asesorar sobre el contenido del cuestionario. El cuestionario final consistió en preguntas y escalas principalmente estructuradas, pero también se utilizaron preguntas abiertas para obtener descripciones de la CdV de los encuestados y la forma en que esta podría mejorarse. Los resultados mostraron que los principales dominios y sus componentes fueron

comparaciones sociales y expectativas; características psicológicas y de personalidad - autoeficacia, optimismo/pesimismo, depresión/ansiedad, autoevaluación de los riesgos de los eventos negativos; salud y estado funcional - funcionamiento físico, estado de salud, enfermedades crónicas; y finalmente capital social (personal y externo) - actividades sociales, contactos sociales, apoyo social, mascotas, frecuencia del sentimiento de soledad, aumento de la soledad, calidad, seguridad o problemas en la zona.

Estos dominios reflejan la naturaleza subjetiva y social de los dominios de la CdV y que ésta está afectada tanto por la personalidad del individuo y la actitud (así como el apoyo social), como por su estado de salud.

Otro estudio realizado por Leung, Wu, Lue y Tang (2004) sobre la CdV de las personas mayores que viven o bien en un centro residencial o bien en su hogar, utilizó grupos focales con el fin de obtener los puntos de vista de las personas mayores sobre la calidad de sus vidas. A los participantes se les hicieron preguntas abiertas tales como "¿Cuáles son las cosas más importantes en su vida?" o "¿Qué cosas dan a las personas mayores calidad de vida?". En este caso, las seis dimensiones de CdV que se identificaron fueron salud física, salud mental, función social, condiciones de vida, estatus económico y religión y muerte.

Los resultados de ese estudio en particular ponen mucho peso en los dominios de CdV objetiva, tales como la salud física, condiciones de vida y la situación económica. Sin embargo, la salud mental y la función social también se presentaron como relevantes. La presencia de la religión y la muerte refleja la importante influencia de la metafísica en la CdV de los mayores.

En este punto también merece la pena referirse al modelo de CdV multidimensional de Verdugo y Schalock (2003) que refleja las condiciones deseadas por una persona en relación con ocho necesidades fundamentales que representan el núcleo de las dimensiones de la existencia de cada uno, las mismas son enumeradas y propone un modelo de evaluación a través de indicadores específicos para cada dimensión, que ayudan a operativizar las dimensiones y hacerlas cuantificables. Las dimensiones son las siguientes:

bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos.

En otros estudios en los que se les pidió a las personas mayores de 65 años definir la CdV (Bowling et al., 2003; Gabriel y Bowling, 2004), se encontró que las relaciones sociales, el apoyo, la seguridad, el acceso a las instalaciones y servicios y una buena salud fueron los temas más comunes relacionados con la buena CdV. Las relaciones con la familia, parientes, amigos y otras personas eran lo más importante seguidos por las finanzas, el nivel de vida y la vivienda. La "mala" CdV fue relacionada principalmente con deterioro de la salud, la soledad y la imposibilidad de realizar tareas de las que previamente se encargaba un cónyuge fallecido. La respuesta positiva se asoció con el mantenimiento de la salud y con que viven en zonas que facilitan las relaciones sociales, de vecindad y la movilidad (buenas infraestructuras de transporte).

La percepción de los individuos de su propia salud, la capacidad de gestionar sus finanzas, el sentimiento de pobreza en el tiempo y los sentimientos de soledad son determinantes importantes de la CdV de las personas mayores de 60 años (Smith, Sim, Scharf y Phillipson, 2004). Además de las redes sociales y de la participación en la comunidad, también la riqueza, las condiciones de la vivienda, la salud, la calidad del barrio, la disponibilidad de servicios locales, los problemas de seguridad ciudadana y el entorno físico son influyentes en la evaluación de la CdV (Bajekal, Blane, Grewal y Karlsen y Nazroo, 2004).

Por otra parte, si se tiene en cuenta la CdV como la percepción subjetiva de necesidades satisfechas, hay que señalar que en el caso de las personas mayores esta noción debe ser considerada a la vista de los problemas sociales específicos para este grupo de edad y que no son aplicables en anteriores etapas de la vida. Al describir la CdV de las personas mayores, hay que referirse a cuatro categorías básicas: (social) comunicación, salud, autonomía y la utilización de los servicios públicos (Lauder, 1998).

La comunicación social incluye aspectos de la CdV de las personas mayores asociados con ser parte de un grupo (familia, conocidos, compañeros de trabajo, otros grupos). La baja CdV aparece en relación con las personas sin familia o personas solas. Las relaciones sociales son uno de los aspectos

gerontológicos claves del presente y el futuro. Entre la población de adultos mayores, por lo general existen en forma de amistades, relaciones de vecindad o familiares, fuertes lazos, así como una participación más o menos formalizada en diversos grupos que presentan intereses comunes. La importancia de esas relaciones en la vida de las personas mayores es particularmente importante, ya que constituyen una valiosa fuente de apoyo. Los estudios psicológicos, gerontológicos y epidemiológicos llevados a cabo en diversos países indican que la influencia de las relaciones sociales y los contactos en la CdV y la salud de las personas mayores es inestimable. Este tipo de CdV está sin duda influenciado por la amistad, por ejemplo, gracias al placer de pasar tiempo con otra persona o la formación de emociones positivas en los mayores cuando saben y sienten que otras personas aceptan sus acciones, actitudes y puntos de vista. Tales contactos sociales dan forma al sentimiento de pertenencia y comprensión de las personas mayores. Los mayores tienen a menudo miedo de quedarse aislados en la zona donde viven, asignan un valor considerable a la calidad de su barrio y también esperan el apoyo de su familia. También tienen en cuenta la importancia de los beneficios resultantes de las relaciones con sus amigos y conocidos.

Tornstam (2005) afirma que la edad madura significa pasar de numerosas y superficiales relaciones a menos relaciones y más profundas. Este fenómeno se llama *gerotranscendencia* dentro del ámbito de las relaciones e interacciones sociales. Esto conduce al desarrollo de dichas relaciones con las personas más cercanas a nosotros y es una rama del mecanismo de optimización selectiva mediante la compensación, que consiste en mantener un alto nivel de CdV subjetiva a través de recursos alternativos que aún están disponibles sin tener en cuenta que la aptitud ha podido disminuir, las enfermedades crónicas o la pérdida de personas cercanas. La homogeneidad de las relaciones, a pesar de tener algunos beneficios, también puede convertirse en una trampa.

En este sentido, tener fuertes lazos en la zona de residencia puede tener sus desventajas, ya que da como resultado el aislamiento de un individuo de otros grupos, bloqueando así la entrada de información desde el exterior y el acceso a otros recursos importantes que ayudan a resolver problemas (Niezabitowski, 2011). La falta de comunicación social de las personas mayores

(que se aplica no solo al propio grupo de edad, sino también a los contactos con las personas más jóvenes) es una manifestación muy fuerte de necesidades psicosociales insatisfechas dentro del ámbito cotidiano. Este fenómeno aumenta el estrés y da como resultado una erosión de los recursos necesarios para resolver los problemas de las personas de edad avanzada.

La CdV de las personas mayores está sin duda influenciada por su estado de salud, tanto física como mental. Desafortunadamente, a medida que envejecen, es más probable que pierdan la salud, la condición física y el atractivo físico. Para las personas mayores, estar activos significa encontrar formas de reemplazar las actividades que solían ser fáciles durante toda su vida, pero ya no están disponibles debido a sus limitaciones de salud. Mejorar su salud y su plena participación e integración social son las claves para mantener una buena CdV y asegurar su independencia de los servicios de apoyo.

La autonomía debe ser entendida principalmente como la independencia económica y la capacidad de participar activamente en la vida social (trabajo voluntario, formación, grupos de interés). Las personas mayores que tienen una gran cantidad de tiempo libre pueden, según sus capacidades y necesidades, estar activas, no sólo cuando se trata de satisfacer sus propias necesidades, sino que también pueden ayudar a otras personas. Tienen la posibilidad de participar en diversas organizaciones, fundaciones o asociaciones, grupos de autoayuda o pueden asumir nuevos roles sociales, tanto en la familia como a nivel social.

### **3.6 Medición de la calidad de vida.**

Históricamente, la CdV se ha observado como un concepto abstracto y complejo desde el punto de vista de la definición del mismo; por lo tanto, también es más compleja su medida (Arnold, 1991). Establecer la validez de las diversas medidas puede ser problemático, sobre todo para la CdV percibida o las medidas subjetivas (Farquhar, 1995a; 1995b; Mozley et al., 2004).

La validez de un instrumento de medición se puede definir como "el grado en que un instrumento en particular mide la variable o fenómeno que se pretende

medir" (George y Bearon, 1980). Si bien no existe una prueba directa y certera de validez, hay una serie de diferentes medidas de la validez (Arnold, 1991; George y Bearon, 1980), de los cuales la validez de contenido es la medida más importante en materia de dominios. La validez de contenido se refiere al hecho de que una medida de la CdV incorpore todos los dominios relevantes y puede ser particularmente difícil de evaluar debido a la gran cantidad de escalas y medidas desarrolladas en este sentido. Estas escalas varían ampliamente en su contenido e interpretación y con frecuencia no se pueden comparar fácilmente entre sí (Farquhar, 1995b). La tarea de determinar si una medida de CdV es válida resulta más difícil para las medidas subjetivas pues la importancia de los diferentes dominios de la CdV varía de persona a persona y no se puede comparar (Mozley et al., 2004). Esto significa que los resultados obtenidos de las medidas de CdV autopercibida son a menudo criticados por su validez (Farquhar, 1995a; 1995b).

Si tenemos en cuenta las consideraciones realizadas previamente, podemos afirmar que los instrumentos más utilizados para evaluar la calidad de vida son tres:

- Encuestas: Son una técnica de carácter cuantitativo que permiten obtener información de casi cualquier tipo de población. Presentan una gran capacidad para estandarizar los resultados, permitiendo de esta manera su tratamiento informático y el análisis estadístico, aunque presenta limitaciones si lo que se busca es analizar temas complejos en profundidad (Anguita, Labador y Campos, 2003). Necesita elaborarse cuidadosamente para que no haya margen de equivocación en la interpretación.
- Cuestionarios: Es una de las técnicas de investigación más ampliamente usada. Se utiliza para la recogida de datos de muestras amplias y generalmente se responden de forma individual y anónima. Abarcan una variedad de documentos en los que el sujeto responde a cuestiones escritas que sondan reacciones, opiniones y actitudes (Mc Millan y Schumacher, 2005).
- Entrevistas: Las no estructuradas se han descrito de diferentes formas, como por ejemplo profunda, narrativa o no dirigida. Ésta, se ciñe al modelo

conversacional y contiene dos participantes. Con este instrumento se interroga a la persona entrevistada sobre ciertos temas o se discute con ella sobre los mismos. Sirve para recolectar datos que sería imposible obtener mediante la observación o los cuestionarios y permite innumerables variaciones (Blaxter, Hughes y Tight, 2000).

Normalmente se suelen distinguir, según el tipo de puntuación que proporcionan, otros tres tipos de instrumentos: los *índices* proporcionan una única puntuación que suele provenir de la sumatoria de varios ítems; los *perfiles* que proveen de varias puntuaciones procedentes de dimensiones diferentes y las *baterías* que serían series de diferentes instrumentos que ofrecen medidas y puntuaciones independientes.

Los objetivos de la investigación y las preferencias del investigador marcarán la elección entre unos u otros. Vamos a presentar a continuación algunos de los instrumentos más conocidos y utilizados para evaluar la calidad de vida.

Un instrumento de medida universal de la CdV es la Encuesta sobre Calidad de Vida (WHOQOL-100, 1995) que ha sido desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Este instrumento es aplicable a la calidad de vida en todas las edades y en todos los entornos. Con el fin de determinar los factores que contribuyeron a la CdV, la OMS consultó diferentes grupos compuestos por profesionales de la salud, miembros de la población general "sanos" y aquellos que estaban a la espera de ser atendidos por los servicios de salud. Seis dominios de la vida surgieron del proceso de consulta. Los dominios van desde factores relacionados con la salud, tanto física como psicológica o el nivel de independencia, que incluiría aspectos tales como el dolor y el malestar o la movilidad y la autoestima; a factores sociales tales como las relaciones sociales y la espiritualidad. El medio ambiente también surgió como un contribuyente importante a la CdV. Los dominios reflejan la naturaleza multidimensional y global del concepto y la dificultad de medir el mismo. Si bien pueden ser relativamente fáciles de observar y medir las características físicas o ambientales, resulta más difícil medir la autoestima o el nivel de apoyo social de un individuo. Una versión abreviada de este instrumento con 26 preguntas y



dos preguntas generales sobre calidad de vida global y salud general-WHOQOL-BREF (El Grupo WHOQOL, 1998) también ha sido desarrollado e incluye sólo cuatro dominios: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y medio ambiente. Las dos versiones del instrumento han sido validadas en España. Se recomienda su uso principalmente en estudios epidemiológicos, en la clínica diaria y en estudios donde interese verificar la CdV.

En el año 2000 se comenzó a desarrollar a escala internacional un módulo específico para evaluar la calidad de vida en ancianos (Proyecto WHOQOL-OLD) a partir del cuestionario WHOQOL-100. El instrumento final está compuesto por 24 ítems distribuidos entre seis dimensiones diferentes: capacidad sensorial, autonomía, actividades pasadas, presentes y futuras, participación/aislamiento, intimidad y muerte y agonía (Power, Quinn, Schmidt y WHOQOL-OLD Group, 2005).

Por otra parte, la Escala GENCAT, es un instrumento de evaluación objetiva diseñado de acuerdo con los avances realizados sobre el modelo multidimensional de CdV propuesto por Schalock y Verdugo (2002), que cuenta con gran aceptación internacional. La finalidad de la misma es identificar el perfil de calidad de vida de una persona a partir de sus respuestas en los 8 dominios del modelo para la realización de planes individualizados de apoyo y proporcionar una medida fiable para la supervisión de los progresos y los resultados de los planes. Se puede aplicar a mayores de 18 años y los informadores han de ser profesionales de los servicios sociales que conozcan al individuo desde por lo menos tres meses. La Escala GENCAT fue diseñada con rigor metodológico, combinando metodologías cuantitativas y cualitativas y desarrollando un proceso de elaboración que ha servido como modelo en otros países para la construcción de escalas de calidad de vida multidimensionales centradas en el contexto (Verdugo, Schalock, Gómez y Arias, 2007).

El cuestionario SF-36 Health Survey es una escala genérica que evalúa un perfil del estado de salud. Se utiliza tanto en población general como en pacientes, en estudios descriptivos y de evaluación. Es ampliamente utilizado para evaluar la CVRS a nivel mundial, en diferentes poblaciones y subgrupos específicos con diferentes enfermedades, detectando los beneficios en la salud

producidos por un amplio rango de tratamientos diferentes, como también en la valoración del estado de salud de pacientes individuales (Vilagut et al., 2005). El cuestionario final cubre 8 de las dimensiones de salud más importantes y ampliamente utilizadas como son: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental; centrandó su contenido en el estado funcional y el bienestar emocional.

Si bien la CdV puede ser estudiada desde diferentes perspectivas, como las relaciones sociales, la educación, los ingresos o el ambiente, entre muchas otras, la mayoría de los estudios incluyen aspectos como el género, la edad, el estado civil o la situación económica. Los investigadores afirman que la mayoría de la gente relaciona CdV con buenas relaciones sociales, bienestar tanto físico como mental, participación en la sociedad, un entorno seguro, disponibilidad de servicios y recursos materiales.

Dado que las variables de la CdV son dependientes en su mayoría, deben ser observadas más o menos indirectamente. Como el término CdV incorpora variedad de aspectos objetivos y subjetivos en la vida del individuo y tampoco hay ningún modelo teórico de lo que constituye, todas las medidas deben aproximarse a la comprensión de los conceptos generales. Además, para la efectividad de la herramienta de medida es esencial seleccionar conceptos que se relacionen directamente con la situación observada (Steward y King, 1994).

Aunque varios elementos definen la CdV, tal y como se ha mencionado anteriormente, la importancia relativa de estos elementos todavía no está totalmente clara y determinada. El estado de salud individual es, obviamente, un elemento clave incluido en muchos de los instrumentos de medida, pero no está claro si la inclusión de estas medidas de estado de la salud refleja los elementos más importantes, a diferencia de otras variables incluidas.

Desde una perspectiva internacional, la cuestión de la calidad de vida de las personas mayores y de su envejecimiento ha sido analizada por diferentes organismos, desde EUROSTAT o SHARE (proyecto Wave) a las Naciones Unidas. En el siguiente capítulo se presentan estos informes de manera más exhaustiva, poniendo especial interés en los resultados de España.

## **CAPÍTULO 4: Instrumentos globales de medida del envejecimiento y/o de la calidad de vida.**

### **4.1 Introducción.**

Es posible convertir los desafíos del envejecimiento de la población en oportunidades y hay buenos ejemplos en muchos países. Los políticos en general están de acuerdo en que podemos y debemos hacerlo mejor a la hora de medir el progreso social y económico como un medio para promover mejoras. El resultado ha sido la aparición de una serie de diferentes índices que proporcionan pruebas de que es útil para los responsables políticos.

Por ejemplo, el Índice de Desarrollo Humano (IDH), publicado cada año por el Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas (PNUD), ha tenido una influencia significativa trayendo el desarrollo humano al primer plano y ahora se acepta como una clasificación estándar de los países para mostrar la CdV de su población. Este indicador tiene en cuenta, por ejemplo, la esperanza de vida al nacer, el acceso al conocimiento y la escolarización, o la Renta Nacional Bruta per cápita. En España, la esperanza de vida no ha dejado de aumentar, así como el promedio de años de escolarización. Todo lo contrario ocurre con la renta per cápita, que, como indica ese mismo estudio, ha caído todos los años desde 2008.

El bienestar en relación al envejecimiento, se está abordando con una serie de marcos e índices especializados, entre los que se incluyen el “Marco para el Envejecimiento Activo y Saludable” de la Organización Mundial de la Salud, que se ha centrado en la región del Sudeste asiático y el “Índice de Envejecimiento Activo” de la Comisión Europea y de la Comisión Económica de las Naciones Unidas para Europa. El Índice de Envejecimiento Activo es el único multinacional existente que cubre específicamente las cuestiones referentes a las personas mayores (Zaidi et al. 2012). La construcción más reciente de este índice se centra en los 27 primeros Estados miembros de la UE.

El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y HelpAge International elaboraron en 2012 el informe “El envejecimiento en el siglo XXI, una celebración y un reto”, en el que valoraban el esfuerzo que poco a poco se estaba haciendo en el ámbito político y legislativo sobre envejecimiento, pero

expresando que aún se necesita trabajar mucho en este sentido para que las personas mayores puedan alcanzar su potencial. Este informe insta a los gobiernos, las organizaciones internacionales y la sociedad civil a comprometerse plenamente en un esfuerzo mundial para que las políticas sean las adecuadas a la realidad demográfica actual.

En los siguientes apartados iremos desgranando los resultados en los índices e informes que nos han parecido más relevantes a la hora de medir la calidad de vida y el envejecimiento.

## **4.2 Índice Global del Envejecimiento.**

HelpAge International es una red global única cuyo objetivo es buscar un cambio mundial para las personas mayores. Apoyan a las mismas para que reclamen sus derechos, se enfrenten a la discriminación y superen la pobreza y así puedan vivir de manera segura, digna, activa y saludable. Por otro lado, parten de la creencia de que, aunque las personas mayores contribuyen de manera clara a la sociedad con su talento, habilidades y experiencia, son aún uno de los grupos más vulnerables del mundo.

El informe deja claro que hay muchos retos que hay que empezar a afrontar. Por esta razón, HelpAge International ha desarrollado el “Índice Global del Envejecimiento”, que es el primer índice que va a categorizar a los países de acuerdo al bienestar social y económico de las personas mayores.

El Índice muestra que la mejor manera de mejorar la vida de las futuras generaciones de personas mayores es invirtiendo en sanidad, educación y empleo en las generaciones jóvenes actuales. Según la propia HelpAge Internacional (2015), el propósito del Índice es tanto identificar la naturaleza multidimensional de la CdV y el bienestar de las personas mayores, como proporcionar un medio con el que se pueda medir el rendimiento y fomentar mejoras.

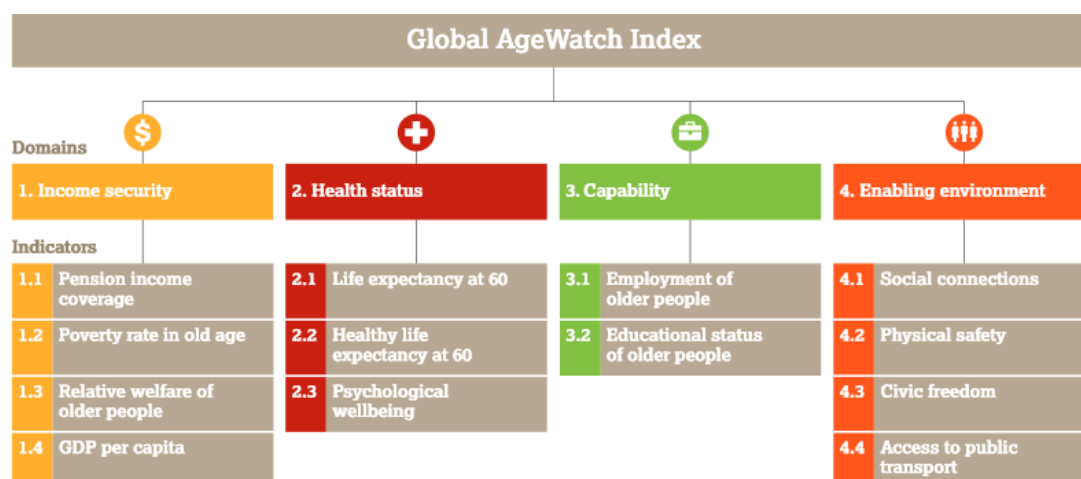
El Índice Global del Envejecimiento se ha construido sobre la base de las prioridades fundamentales para los que existe suficiente información internacional a partir de conjuntos de datos extraídos del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, el Banco Mundial, la OMS, la Organización Internacional del Trabajo, la UNESCO y la Encuesta Mundial de Gallup. Se ha beneficiado de un panel de asesoramiento global formado por más de 40 expertos independientes en temas como envejecimiento, salud, protección social y desarrollo humano.

Uno de los principales retos en la construcción de un marco analítico para medir y supervisar el bienestar económico y social de las personas mayores a nivel mundial ha sido la falta de datos comparables y fiables a nivel internacional desglosados por edad y sexo. Esto ha condicionado la elección de dominios e indicadores, pero a cambio se consigue una cobertura máxima de los países.

A pesar de que los datos que se tienen a nivel internacional son limitados y solo ha sido posible incluir 96 países en el Índice, estos países albergan el 91% de la población mundial de 60 años o más (UNDESA, 2015). El objetivo a largo plazo sería hacer un seguimiento del progreso y ampliar de forma regular el Índice para incluir a todos los países. El índice será actualizado anualmente y los datos se desgranarán por sexo.

Los cuatro ámbitos clave que se recogen en este índice son: seguridad de ingresos, estado de salud, capacidades y entornos adecuados, donde existen datos comparables a nivel internacional. A su vez, estos ámbitos están compuestos por 13 indicadores diferentes (Figura 14).

Figura 14. Ámbitos e indicadores del Índice Global del Envejecimiento.



Fuente: HelpAge Internacional. Resumen del Índice Global del Envejecimiento 2015.

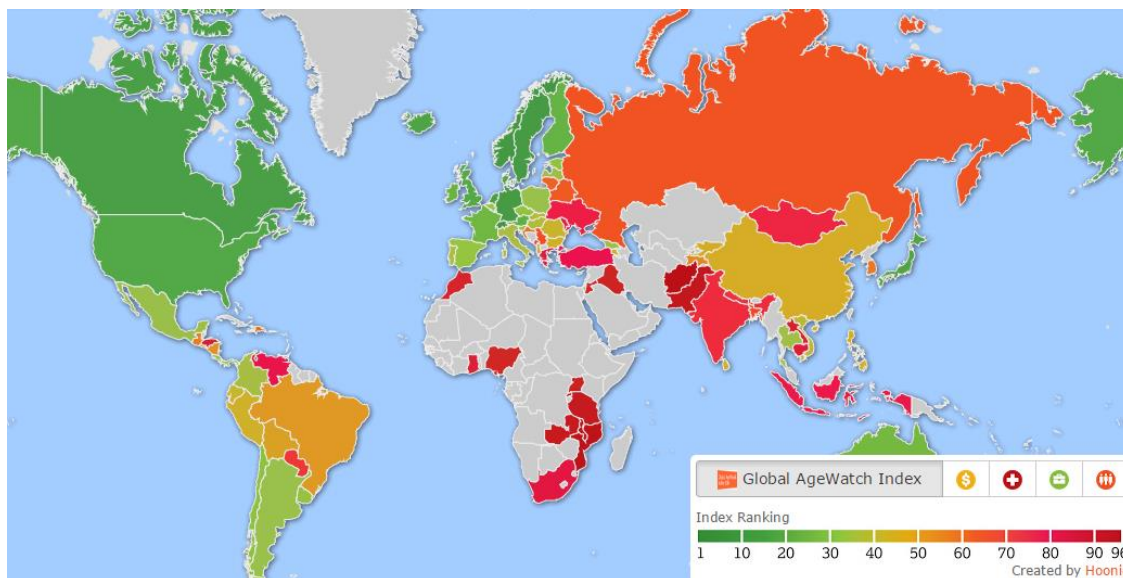
Se seleccionaron estos ámbitos porque así fueron identificados por las personas mayores, los responsables directos de su bienestar y los responsables de políticas. En este sentido, el enfoque de las capacidades de Amartya Sen (1999) también ha aportado importantes conocimientos en el diseño del Índice. Los datos reflejan por primera vez la perspectiva de las personas mayores de 60 años.

El Índice general se calcula como una media geométrica de los cuatro dominios. A los cuatro dominios se les da el mismo peso. Todos los indicadores tienen la misma importancia a excepción de uno en el dominio de seguridad de los ingresos (1.1), que tiene un 40% de valor, el doble del resto de indicadores de este dominio y en el dominio del estado de salud, los 2.1 y 2.2 tienen un peso del 40% mientras que el 2.3 tiene un peso del 20%. Se les ha dado más peso a los dos primeros a causa de su importancia relativa dentro del dominio y por la calidad de los datos. En este sentido, a medida que se vaya avanzando y refinando la recogida de datos, se considerará necesaria una revisión en relación al peso de cada dominio. No puede tener el mismo valor el hecho de tener acceso a transporte público que las conexiones sociales que han sido siempre un factor que se ha mostrado claramente fundamental al valorar la CdV.

Analicemos en primer lugar el ranking global del Índice (Figura 15). La elaboración de los índices específicos por ámbitos está basada en la suma de

los valores de indicadores que muestran la cercanía de un país al valor ideal (100).

Figura 15. Ranking del Índice Global del Envejecimiento 2015.



Fuente: HelpAge Internacional. Resumen del Índice Global del Envejecimiento 2015.

Vemos que las personas mayores están mejor en los países nórdicos, Europa Occidental, América del Norte y algunos países de Asia del Este y América Latina. Canadá (5) se encuentra entre los 10 primeros puestos en los cuatro ámbitos. Los puestos del top 10 los ocupan tres países nórdicos –Noruega (2), Suecia (3) e Islandia (7)-, cuatro de Europa Occidental - Suiza (1), Alemania (4), Países Bajos (6) y Reino Unido (10), otro país de América del Norte -EE.UU. (9)- y un país de Asia -Japón (8). Más adelante se comentarán los resultados obtenidos por España.

El Índice muestra que las personas de los países que tienen experiencia en la promulgación de políticas progresistas de bienestar social para todos sus ciudadanos en todas las etapas de sus vidas tienen más probabilidades de obtener beneficios en salud y bienestar, así como un sentimiento de conexión social en la edad avanzada.

Sin embargo, hay excepciones a este patrón. Para empezar, el Índice muestra que las personas en los países en etapas similares de desarrollo económico y social pueden tener una experiencia muy diferente de la edad avanzada. Por ejemplo, las personas mayores en Alemania (4) y Canadá (5),

que tienen una alta clasificación en el Índice de Desarrollo Humano del PNUD, parece que les va notablemente mejor en términos del Índice Global del Envejecimiento que los de Bélgica (24) y Estonia (23), que tienen un ranking similar en el IDH. Esto indica que las políticas públicas juegan un papel importante en la experiencia de envejecimiento de las personas mayores, incluso en países con alto desarrollo humano en general.

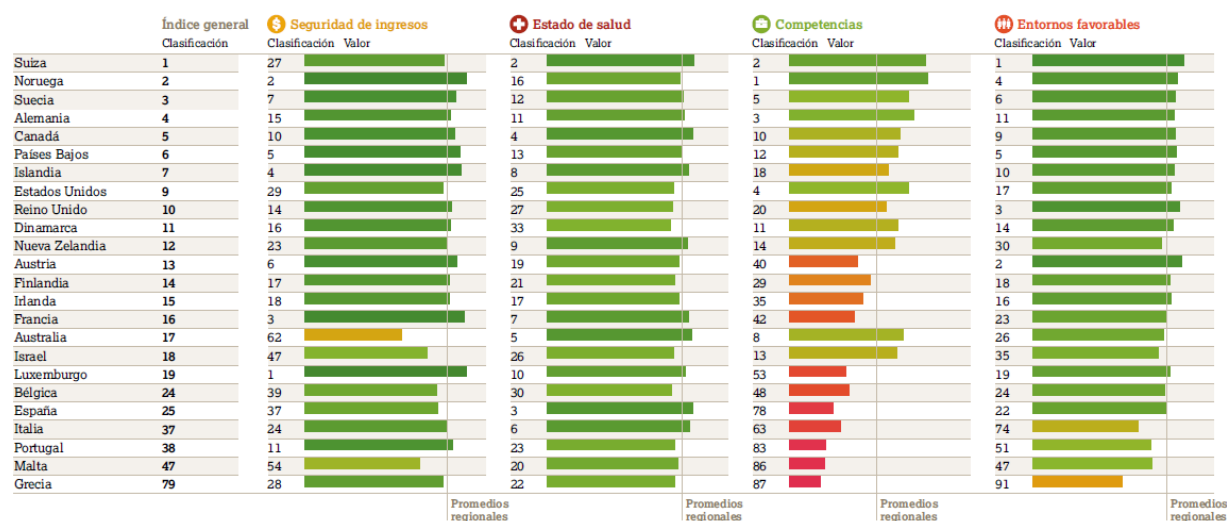
A nivel continental, vemos que Europa es la región que tiene la mayor proporción de personas de edad avanzada. Los de más de 60 años de edad representan el 23% de la población total del continente. Para 2050, se espera que este porcentaje aumente a un 35% cuando Europa seguirá siendo la región con la mayor proporción de personas mayores de 60 años de todo el mundo.

Dentro de Europa, en 2050, el sur se prevé que tenga el mayor porcentaje de las personas mayores (38%), seguido de Europa Occidental (34%), Europa Oriental (33%) y el norte de Europa (30%) (UNDESA, 2012).

La OCDE señaló en 2006 la necesidad de desarrollar nuevas pautas para la reforma. Sin embargo, los programas de austeridad actuales significan que, aunque se han mantenido las pensiones, muchos otros recortes han contribuido al aumento de la pobreza y menos servicios para las personas mayores. En general, la CdV de las personas mayores es más alta en el norte y Europa occidental, seguida por sub-regiones del Sur y del Este. En la Figura 16 podemos observar tanto la clasificación general como la clasificación por dimensiones de Europa Occidental, América del Norte y Australasia.



Figura 16. Clasificaciones y valores de Europa Occidental, América del Norte y Australasia.



Fuente: HelpAge Internacional. Resumen del Índice Global del Envejecimiento 2015.

En general, en los países del sur de Europa, las personas mayores otorgan altas calificaciones a las conexiones sociales, en consonancia con la opinión de que los lazos familiares siguen siendo fuertes en estos países.

En nuestro caso nos interesa saber los resultados que obtiene España en cada uno de los indicadores de los diferentes ámbitos para saber dónde se podrían mejorar las puntuaciones y cómo está posicionada en el ranking con respecto a los países de nuestro entorno.

España se encuentra en el puesto 25 y su puntuación global es de 61,7 sobre 100. La diferencia con Suiza, el mejor posicionado son 28,4 puntos. Con respecto a los países de nuestro entorno, estamos lejos de los países nórdicos, en valores similares a Bélgica cuya puntuación es de 63,4 y por delante de otros países del sur como Italia (53,5) o Portugal (52,9).

En la Tabla 11, apreciamos el ranking en cada uno de los ámbitos y las puntuaciones por indicadores. En el dominio seguridad de ingresos, tenemos una cobertura de pensiones del 68,2%, aún lejos de la cobertura universal y 23 puntos por debajo de la media regional. Suiza, el país posicionado en primer lugar en este dominio, tiene una cobertura del 100%. Recordemos que este indicador tiene más peso en la media que los demás. La tasa de más del 7% de pobreza nos indica que, entre aquellos que cobran una pensión, también hay

riesgo de estar en una situación de pobreza y estamos lejos de los países mejor posicionados. En bienestar relativo también se obtiene un buen porcentaje y todas las personas mayores pueden consumir al mismo ritmo que la población en general. Finalmente, el PIB, que se ha mostrado claramente ineficaz en determinar el bienestar o la calidad de vida de los ciudadanos de un determinado territorio, no nos sitúa entre los primeros de Europa.

En el dominio estado de salud, es en el que estamos mejor posicionados en el ranking siendo superior nuestra puntuación a la media regional en todos los indicadores. Nuestra esperanza de vida es de las más altas del mundo, también cuando hablamos de esperanza de vida saludable y el indicador de bienestar psicológico/mental relativo también nos sitúa en posiciones muy altas, con personas mayores con ganas de vivir y objetivos vitales. Sin embargo, no podemos relajarnos y hemos de buscar a través de los programas sociales, educativos y culturales la clave para que ese bienestar sea total.

En relación a las competencias, las personas de entre 55 y 64 años que tienen empleo son el 43,2%. Este dato no nos aporta mucha información y la que nos da es poco relevante. No sabemos si los que no trabajan son desempleados, pre-jubilados o no activos. Desconocemos también el dato de los mayores de 65 años que siguen trabajando de manera voluntaria. Sobre el rendimiento educativo entendemos que es un dato que irá mejorando con los registros que se van teniendo de las nuevas generaciones de mayores, si bien, como se explicará más adelante, lo realmente importante sería conocer cuántos mayores siguen en la actualidad programas o actividades formativas.

Finalmente, con respecto a los entornos favorables, queda claro que las personas mayores españolas tienen buenas conexiones sociales, un 86% así lo afirma y también disfrutan de libertad de elección, seguridad física y acceso a transporte público, si bien en todos estos indicadores hay espacio para la mejora. Sería interesante desgranar estos datos por regiones dentro de España para saber en qué y dónde centralizar los esfuerzos. Entendemos que no se dan las mismas circunstancias por ejemplo en las zonas urbanas que en las rurales.

Nos sorprende que en este último ámbito se tengan en cuenta a las personas mayores de 50 años, como también sucede en la valoración del

bienestar psicológico/mental relativo, mientras que en otros ámbitos la información recogida varía desde los 65 años a la hora, por ejemplo, de valorar la seguridad de ingresos, los 60 años o más para determinar la esperanza de vida o el rendimiento académico o los 55-64 cuando se habla del empleo en personas mayores. Consideramos que en un futuro habría que unificar la edad a partir de la cual se tienen en cuenta los datos para poder establecer buenas comparaciones entre los dominios.

En resumen, el Índice Global del Envejecimiento demuestra que una buena gestión del envejecimiento está al alcance de todos los países. El ranking ilustra que los recursos limitados no deben ser una barrera para los países que ofrecen servicios a sus ciudadanos mayores, que la historia de las políticas de bienestar social progresista marcan una diferencia y que nunca es demasiado pronto para prepararse para el envejecimiento de la población.

Tabla 11. Ranking de España por dominio y puntuación global en el Índice Global del Envejecimiento 2015.

Ranking por dominio	Datos de indicadores	Significado
<b>Seguridad de ingresos</b> Ranking: 37 (Puntuación: 73.4/100)	Cobertura de pensiones: <b>68.2%</b>	Mayores de 65 años receptores de pensiones
	Tasa de pobreza de personas mayores: <b>7.1%</b>	% de personas mayores de 60 años con ingresos inferiores a la media nacional
	Bienestar relativo: <b>104.0%</b>	El consumo/ingresos medios de las personas mayores de 60 años como proporción del consumo/ingresos medios del resto de la población.
	PIB per cápita: <b>31.642,6 USA \$</b>	Esto es un reflejo del nivel de vida de las personas dentro de un país.
<b>Estado de salud</b> Ranking: 3 (Puntuación: 80.5/100)	Esperanza de vida a los 60 años: <b>25 años</b>	Media de años que una persona de 60 años puede esperar vivir.
	Esperanza de vida saludable a los 60 años: <b>18.9 años</b>	Media del número de años que una persona de 60 años espera vivir con buena salud física.
	Bienestar psicológico/mental relativo: <b>95.4</b>	Proporción de personas de más de 50 que sienten que sus vidas tienen un propósito o significado importante como proporción de personas entre 35-49 años que sienten lo mismo.
<b>Competencias</b> Ranking: 78 (Puntuación: 24/100)	Empleo en personas mayores: <b>43.2%</b>	Porcentaje de población entre 55-64 años que tiene empleo.
	Rendimiento educativo: <b>29.2%</b>	Porcentaje de población con más de 60 años con educación secundaria o superior.
<b>Entornos favorables</b> Ranking: 22 (Puntuación: 74.7/100)	Conexiones sociales: <b>86%</b>	Porcentaje de personas de más de 50 años que tienen familiares o amigos con los que pueden contar si lo necesitan.
	Seguridad física: <b>68%</b>	Porcentaje de personas de más de 50 años que se sienten seguras andando solas de noche en la ciudad o área en la que viven.
	Libertad cívica: <b>75%</b>	Porcentaje de personas de más de 50 años que están satisfechas con la libertad de elección en sus vidas.
	Acceso a transporte público: <b>71%</b>	Porcentaje de personas de más de 50 años que están satisfechas con el sistema de transporte público local.

Fuente: Elaboración propia a partir del Informe AgeWatch 2015 de HelpAge Internacional.





### **4.3 Índice de Envejecimiento Activo.**

El Índice de Envejecimiento Activo, más conocido por sus siglas en inglés AAI (Active Ageing Index), hunde sus raíces en las políticas y propuestas que se pusieron de manifiesto tanto en el Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento (2002), en la Declaración Ministerial de Viena (2012), el Año Europeo del Envejecimiento Activo y la Solidaridad Intergeneracional (2012) como en el Paquete de Inversión Social de la Comisión Europea (2013).

De este marco surge el Índice de Envejecimiento Activo que es una herramienta para medir el potencial que no ha sido explotado de las personas mayores para un envejecimiento activo y saludable entre diferentes países de la Unión Europea. Ha sido desarrollado por la Comisión Económica de Naciones Unidas para Europa (UNECE) y por la Comisión Europea desde el área de Empleo, Asuntos Sociales e Inclusión. Zaidi y sus colaboradores (2012) han establecido las bases conceptuales y metodológicas para desarrollar en proyecto.

El Índice mide el grado en que las personas mayores pueden desarrollarse en términos de: empleo, participación en la vida social, la posibilidad de llevar una vida independiente, sana y segura y la capacidad y los entornos favorables que permiten llevar una vida activa. Partiendo de estos cuatro ámbitos, (que agrupan 22 indicadores), se construye dicho Índice (ver Figura 17). Los resultados se presentan a través de clasificaciones de los países por cada uno de los indicadores y subindicadores. A partir de estas clasificaciones se obtiene un ranking general donde se valora la suma de estos indicadores, (diferenciado también por género) y en el que cada ámbito tiene un peso diferente.

Figura 17. Dominios e indicadores que conforman el AAI.

DOMINIOS	 Employment	 Participation in Society	 Independent, Healthy and Secure Living	 Capacity and Enabling Environment for Active Ageing
	INDICADORES	Employment Rate 55-59	Voluntary activities	Physical exercise
Employment Rate 60-64		Care to children and grandchildren	Access to health services	Share of healthy life expectancy at age 55
Employment Rate 65-69		Care to older adults	Independent living	Mental well-being
Employment Rate 70-74		Political participation	Financial security (three indicators)	Use of ICT
			Physical safety	Social connectedness
			Lifelong learning	Educational attainment
EXPERIENCIAS ACTUALES DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO			CAPACIDAD PARA ENVEJECER ACTIVAMENTE	

Fuente: Elaboración propia a partir de UNECE <http://www1.unece.org/stat/platform/display/AAI/Active+Ageing+Index+Home>

Todos los indicadores están expresados en términos positivos siendo el valor más alto el mejor resultado de envejecimiento activo. Cada valor se presenta en un rango de 0 a 100 y cada dominio se calcula con una media de los diferentes indicadores que lo componen según el peso relativo que les otorga el Índice. En el Índice global cada uno de los dominios tiene un peso determinado siendo para los dominios de empleo y participación un 35%, para el dominio relacionado con la posibilidad de llevar una vida independiente, sana y segura un 10% y finalmente, la capacidad y entornos favorables que permiten llevar una vida activa se valora con un 20%.

En los dos primeros dominios y en el último las personas mayores seleccionadas tenían una edad a partir de los 55 años, siendo el dominio referido a la “Posibilidad de llevar una vida independiente, sana y segura” el que recogía información en alguno de los indicadores de personas mayores de 65,

principalmente en los ámbitos relacionados con la seguridad financiera y el dominio de “Vida independiente” cuyos protagonistas eran los mayores de 75 años.

Las informaciones utilizadas para desarrollar el AAI parten de los conjuntos de datos de 2012 de las siguientes fuentes:

- European Health and Life Expectancy Information System (EHLEIS)
- European Quality of Life Survey (EQLS)
- Eurostat, ICT Survey
- European Social Survey (ESS)
- EU Labour Force Survey (EU-LFS)
- European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC)

Entre las diferencias que encontramos en los diferentes países a nivel de género vemos que solamente en Lituania, Finlandia y Estonia el envejecimiento activo es mayor en mujeres que en hombres.

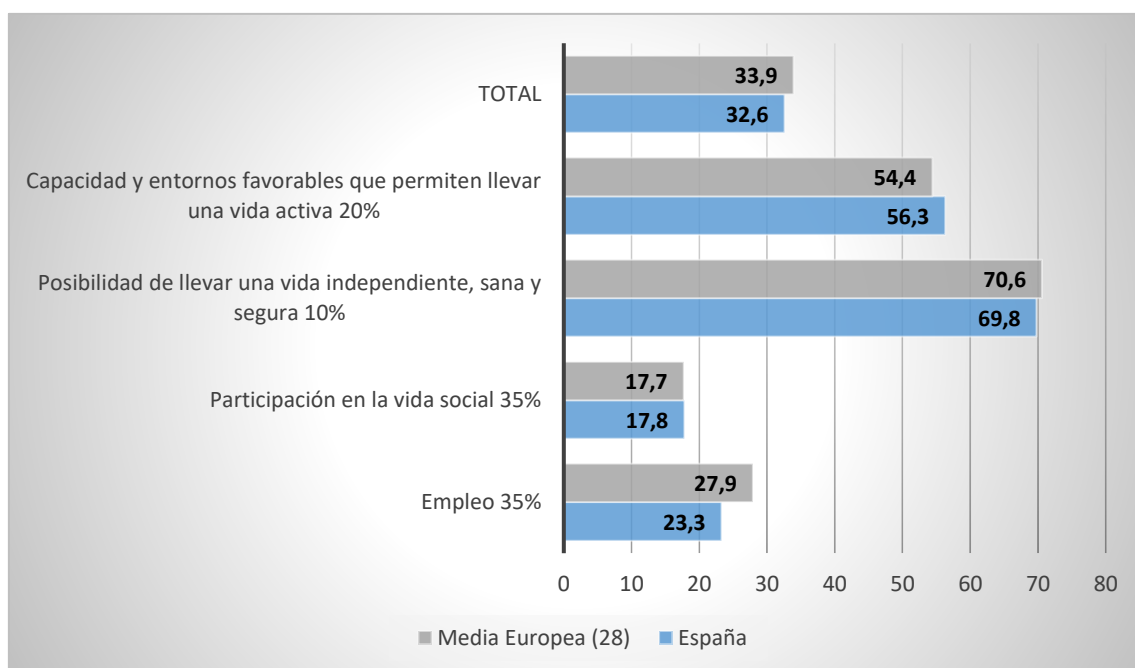
Los países nórdicos y escandinavos ocupan los primeros puestos del ranking en los diferentes dominios y en la clasificación global, así como Gran Bretaña e Irlanda. Esta situación surge como resultado de una serie de políticas económicas de empleabilidad y participación en la sociedad de personas mayores, así como una gran dedicación de organizaciones creadas para ayudarles. El Índice no está únicamente condicionado por las economías fuertes, sino por las que más esfuerzos hacen con sus mayores y las políticas que desarrollan en este sentido. Irlanda es un ejemplo de economía menos fuerte, pero con mejores índices de envejecimiento activo que otros países, como podría ser el caso de Alemania.

La media del AAI entre los 28 países europeos estudiados es del 33,8%, por lo que prácticamente una de cada tres personas mayores considera que ha envejecido de forma activa y saludable. España estaría situada por debajo de la media europea, con un 32,6%. En este sentido comprobamos el gran trabajo que queda por hacer en una sociedad occidental que demográficamente está avocada a tener un grupo de población mayor muy amplio.

Los resultados obtenidos en el Índice de Envejecimiento Activo han establecido una base sobre la que seguir trabajando en el futuro y que permite identificar las necesidades de las personas mayores con el objetivo de buscar medidas que ayuden a mejorar el envejecimiento activo.

Mostramos a continuación (Figura 18) los datos del año 2014 que son los últimos disponibles. Como ya se ha expuesto, España se encuentra un poco por debajo de la media, con 32,6 puntos y esto la sitúa en el puesto 17 de un total de 28 países, superando únicamente a países del este de Europa recientemente incorporados a la Unión Europea. El principal escollo con el que nos encontramos está en materia de empleo, donde vemos una diferencia entre España y Europa de 4,6 puntos, siendo en el resto de dominios la puntuación muy similar.

Figura 18. Porcentaje en cada uno de los dominios del AAI tanto en la Europa de los 28 como en España.



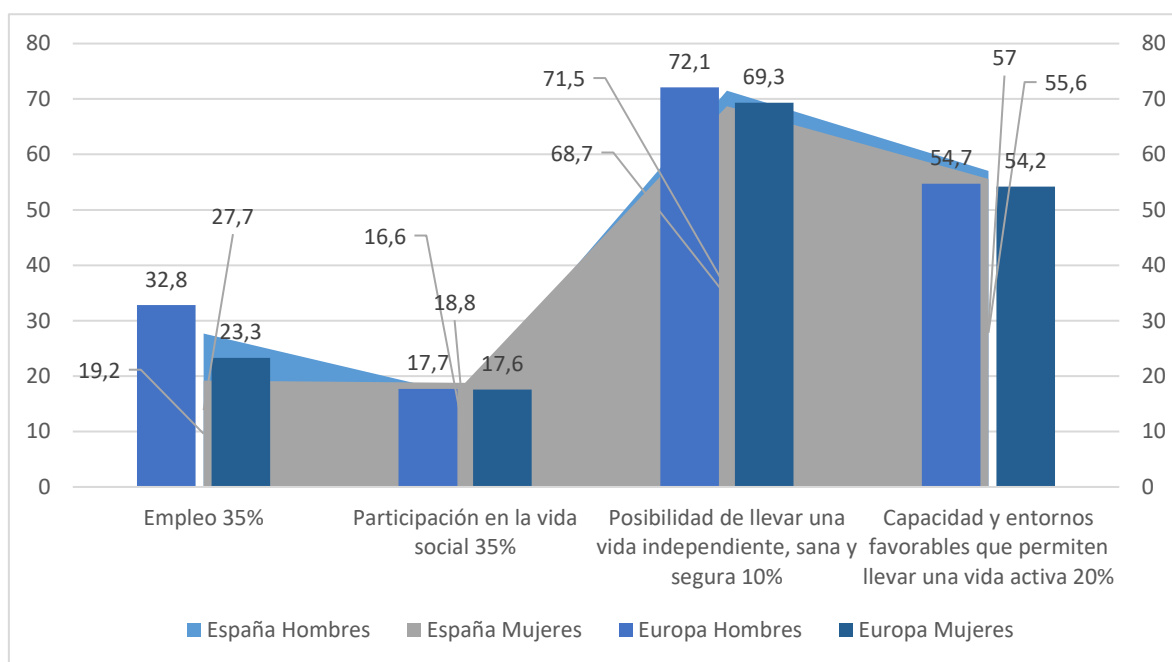
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de UNECE 2014.

Si el análisis lo realizamos por género, comprobamos como tanto en España como en Europa son los hombres los que obtienen mejores resultados que las mujeres en casi todos los dominios (Figura 19). En España las diferencias más notables las encontramos en el dominio relacionado con el empleo donde



vemos que la diferencia es de 8,5 puntos a favor del género masculino. La situación en Europa es incluso peor, pues la mujeres se quedan 9,5 puntos por debajo de los hombres. Si bien es cierto que en todos los países son los hombres quienes están más tiempo en el mercado laboral, no lo es menos el hecho de que a partir de los 65 años, los niveles de empleo descienden drásticamente en ambos sexos. España está muy lejos de la primera posición de Suecia, cuya ratio de empleo entre los 65 y 69 años está por encima del 19% y la de los mayores de entre 70 y los 74 años es superior al 8%. En España, nos quedamos en un 5,2% y en un 1,5% respectivamente por el modelo predominante en el que los hombres son los principales sustentadores de la familia a nivel económico.

Figura 19. Diferencias por género en el AAI entre la Europa de los 28 y España.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de UNECE 2014.

En el resto de los dominios, los resultados son muy similares en ambos sexos no habiendo diferencias ni en España ni a nivel Europeo de más de 3 puntos. Es interesante resaltar que en el dominio de “Participación en la vida social”, las mujeres españolas destacan sobre los hombres aunque solo es por una décima, lo que demuestra que las mujeres son más activas en el desarrollo de actividades de cuidado, tanto de menores como de mayores y en actividades de voluntariado.

Podemos concluir en este sentido que se están dando los pasos adecuados para conseguir que las personas mayores puedan envejecer de manera activa si bien queda aún mucho trabajo por hacer para que esta oportunidad sea una realidad universal, principalmente en los dominios menos desarrollados como son la participación y el empleo que es donde más claramente se puede entender el concepto de actividad.

#### **4.4 Índice de Desarrollo Humano.**

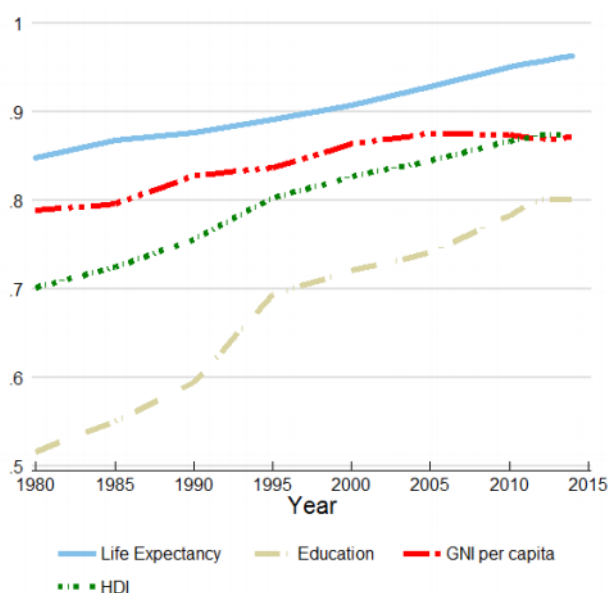
El Índice de Desarrollo humano (IDH) es un indicador sintético creado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) con el fin de determinar el nivel de desarrollo que tienen los países del mundo. Fue ideado con el objetivo de conocer, no sólo los ingresos económicos de las personas en un país, sino también para evaluar si el país aporta a sus ciudadanos un ambiente donde pueden desarrollar mejor o peor su proyecto y condiciones de vida. Si bien la relación con la calidad de vida y el envejecimiento no es directa, muchos de los indicadores nos ofrecen valiosa información al respecto. El IDH tiene en cuenta tres índices básicos:

- 1) Un vida larga y saludable. Esta dimensión se mide a través de la esperanza de vida al nacer. Los datos proceden de la División de Población.
- 2) Adquisición de conocimientos. Se mide por los años promedio de escolaridad de los adultos de 25 años o más y por los años esperados de escolaridad de los niños en edad escolar. En este caso, los datos son los ofrecidos por el Instituto de Estadística de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura.
- 3) Nivel de vida digno. La medida de este indicador es la del Ingreso Nacional Bruto (INB) per Cápita obtenido del Banco Mundial.

Las puntuaciones de los tres índices dimensionales del IDH se agregan posteriormente a un índice compuesto utilizando la media geométrica. El IDH

aporta valores entre 0 y 1, siendo 0 la calificación más baja y 1 la más alta. En el Informe de 2015, basado en datos de 2014, España se sitúa en el puesto 26, de un total de 188 países, con un valor total de 0,876 y está considerado un país con alto desarrollo humano. Si analizamos la progresión de España en los últimos 34 años (Figura 20), comprobamos que en todos los ámbitos ha habido una mejora continuada y progresiva, excepto a nivel económico, cuyos resultados se vieron influidos por el impacto de la crisis económica de finales de la primera década del siglo XXI.

Figura 20. Tendencia en las dimensiones y en el total del IDH en España desde 1980 a 2014.



Fuente: Nota resumen sobre España en el IDH 2015. [http://hdr.undp.org/sites/all/themes/hdr\\_theme/country-notes/ESP.pdf](http://hdr.undp.org/sites/all/themes/hdr_theme/country-notes/ESP.pdf)

Los datos españoles que nos interesa resaltar del IDH hacen referencia a la salud, pues sitúan la esperanza de vida al nacer en los 82,6 años, siendo de 85,3 años en las mujeres y de 79,8 en los hombres. También comprobamos que un 73,1% de los hombres posee, al menos, estudios secundarios frente al 66,8% de las mujeres y que la tasa de participación en el mercado laboral en los hombres sería del 65,8% y en las mujeres el 52,5%.

Por otra parte y en lo que respecta a la seguridad, comprobamos que la tasa de suicidios por cada 100.000 habitantes en los hombres es de 8,2 y en las

mujeres 2,2. En relación al tema de la comunicación el informe afirma que el 76,2% de la población es usuaria de Internet.

Finalmente, el informe también ofrece información sobre la ratio de dependencia de personas de 65 o más años con respecto al grupo de población de 15 a 64 años y que se situaría en 27,6%.

#### **4.5 Encuesta de Condiciones de Vida e Indicadores de Calidad de Vida.**

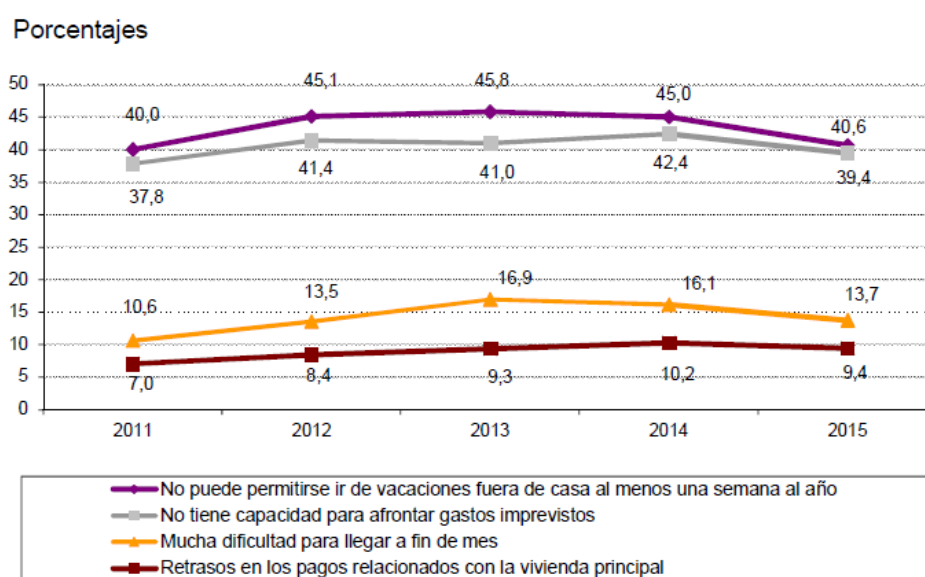
La Encuesta de Condiciones de Vida (ECV) es la versión española de la encuesta armonizada europea EU-SILC (Encuesta Europea sobre Estadísticas relacionadas con los Ingresos y con las Condiciones de Vida) y es realizada por el Instituto Nacional de Estadística (INE) desde 2004. Su frecuencia es anual y se presentan resultados nacionales y autonómicos.

La misma permite conocer las características de los hogares y de sus viviendas, los ingresos del hogar y características de los miembros del hogar: nivel de formación, salud y situación laboral. En este sentido, las variables estudiadas son las siguientes: situación económica, pobreza, privación, protección mínima e igualdad de trato, empleo, actividad, formación profesional permanente, migraciones laborales, jubilaciones, pensiones, status socioeconómico de las personas de edad, nivel de formación y efectos sobre la condición socioeconómica.

Los resultados definitivos de la Encuesta de 2015 publicados en el año 2016 ofrecen información sobre los ingresos de los hogares durante el año 2014. Los ingresos medios de los hogares españoles fueron de 26.092€, un 0,2% menores que los del año anterior, sin embargo, el ingreso medio por persona fue de 10.419€, un 0,3% superior. El porcentaje de población en riesgo de pobreza, elemento que combina factores de renta con aspectos de exclusión, se situó en el 22,1% frente al 22,2% (datos del año de 2013). El hecho de irse de vacaciones o de afrontar gastos imprevistos son los dos elementos que mayor esfuerzo les cuesta financiar a los españoles (Figura 21). Los datos por comunidades

autónomas nos informan de que Castilla y León, obtiene porcentajes más positivos que los estatales, al ser el ingreso medio por persona de 10.570€ y el porcentaje de población en riesgo de exclusión de 18,3%, 3,8 puntos por debajo del total de España. En este sentido, la Estrategia EU2020 puso en marcha un indicador específico, denominado AROPE (At-Risk-Of Poverty and Exclusion), o tasa de riesgo de pobreza y exclusión social, cuyo análisis confirma que la situación española es peor que la media europea.

Figura 21. Conceptos más frecuentes en los que los hogares españoles presentan dificultades económicas. Evolución.



Fuente: Nota de prensa sobre la “Encuesta de Condiciones de Vida (ECV). Año 2015. Resultados definitivos” de 24 de mayo de 2016 del INE.

Si tenemos en cuenta los tres criterios del riesgo de pobreza o exclusión social, como son riesgo de pobreza, carencia material severa y baja intensidad en el empleo, vemos como en el año 2015, un 13,7% de la población de 65 años o más se encontraba en esa situación, frente al 31,6% de la población entre 16 y 64 años.

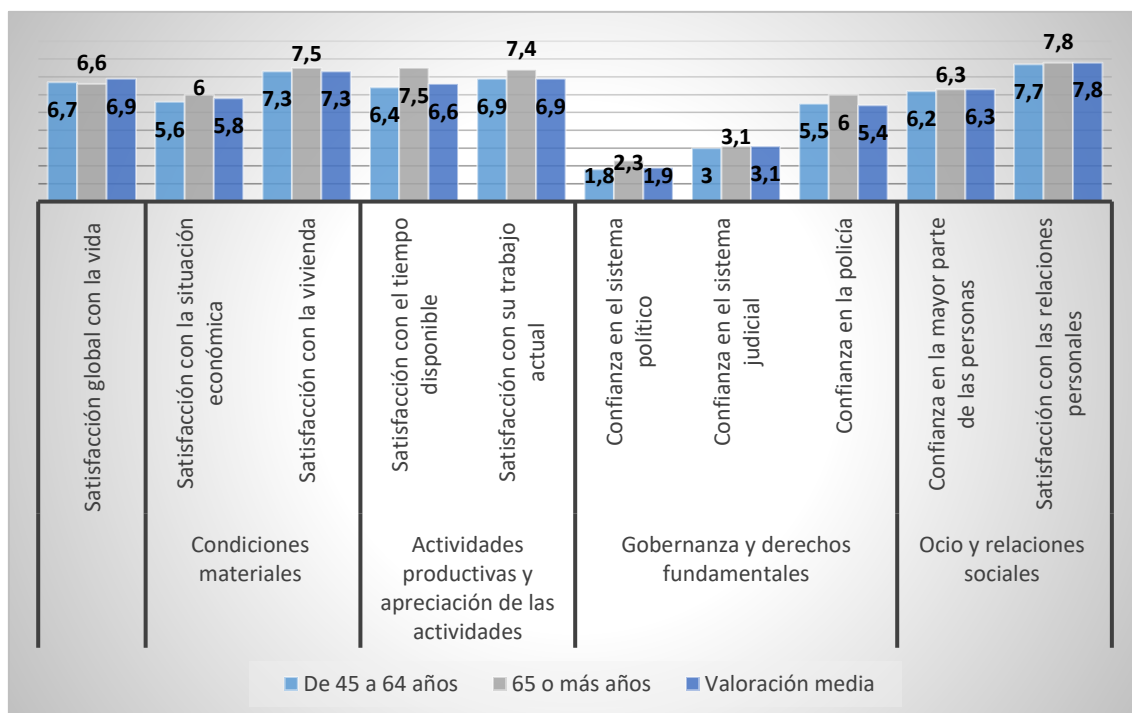
Por otra parte, a través de la ECV se confirma que hay diferentes factores que indican mayor o menor probabilidad de encontrarse en riesgo de pobreza. Uno de ellos es la educación, habiendo una diferencia de un 15% a favor de quienes tienen educación superior (9,8%) frente a quienes poseen estudios primarios (24,8%). Otro factor está relacionado con la actividad y son los jubilados quienes tienen menor riesgo de encontrarse en riesgo de pobreza con

un 10,3% frente al 44,8% de la población en situación de desempleo. Finalmente, también influye positivamente el hecho de ser español y/o de vivir bien solo o bien sin menores.

En el año 2013, la Encuesta de Condiciones de Vida incluyó un módulo sobre bienestar que englobaba un conjunto limitado de preguntas que miden distintos aspectos de la calidad de vida que van más allá de la dimensión material o de los ingresos percibidos. Está previsto que se repita este módulo en 2019, seis años más tarde.

La satisfacción global de la población con su vida se sitúa en 6,9 puntos en una escala de 0 a 10. Un 63,6% de la población valora su satisfacción global con la vida entre 7 y 10 puntos, mientras únicamente un 9,7% la valora de 0 a 4 puntos. En la Figura 22 podemos ver un análisis sucinto de las diferentes dimensiones en el que se reflejan tanto los valores medios nacionales como las medias por los grupos de edad de personas tanto de mediana edad como mayores.

Figura 22. Valoración media de las distintas dimensiones del bienestar y para los grupos de edad de entre 45 y 64 años y de 65 o más años.



Fuente: Elaboración propia a partir de la nota de prensa del 20 de junio de 2014 del INE sobre la Encuesta de Condiciones de Vida 2013. Módulo Bienestar. <http://ine.es/prensa/np850.pdf>

Comprobamos que la dimensión peor valorada es la relacionada con la gobernanza y los derechos fundamentales, sin embargo, las personas mayores de 65 años son la que valoran más positivamente estos elementos, superando los valores medios nacionales. Por otra parte, a nivel de ocio y relaciones sociales los más mayores presentan un resultado más optimista que las personas de entre 45 y 64 años, sin embargo no alcanzan los niveles de los más jóvenes. En relación a las actividades productivas, comprobamos como los mayores de 65 años presentan los mejores valores en relación a la satisfacción con el tiempo disponible, superando en 0,9 puntos la media nacional y sobre las condiciones materiales, los mayores son lo que están más satisfechos con su vivienda. Acerca de la situación económica, también puntúan por encima de la media compartiendo el mismo valor, 6, con los más jóvenes.

Finalmente, a pesar de ser más optimistas que el resto de la población en las diferentes dimensiones, los mayores de 65 años valoran su satisfacción global con un 6,6 puntos, un 0,3 más bajo que la media española.

No se han encontrado diferencias significativas por sexos, sin embargo, en todas las dimensiones se ha comprobado que a mayor nivel educativo y/o económico mejor es la puntuación otorgada. Lo mismo sucede cuando nos referimos a población con nacionalidad española o a la situación laboral, pues aquellos que se encuentran en situación de desempleo muestran resultados más negativos.

Si nos centramos en los resultados de Castilla y León, comprobamos que es una de las comunidades autónomas que peor puntuación obtiene en términos de satisfacción con la vida, con 6,5 puntos, cuando recordemos la media nacional se situaba en 6,9. En el resto de dimensiones también está por debajo de la media nacional a excepción de en las variables relacionadas con la confianza en la policía y satisfacción con la situación económica, que se encuentra por encima de la media española y al mismo nivel respectivamente.

La Encuesta de 2015 incluye un módulo sobre participación social que engloba tres grandes ámbitos como son la participación en eventos culturales y deportivos, la integración con familiares y amigos y la participación social y

pública. Los grupos de edad que comprende el estudio son de 16 a 29 años, de 30 a 44, de 45 a 64 y de 65 o más años.

En relación al primer ámbito, comprobamos que la frecuencia de asistencia al cine baja progresivamente cuanto más mayor es la población, habiendo solo un 5,6% de mayores de 65 años que han asistido en los últimos 12 meses. Por sexos, no hay diferencias marcables excepto en lo que se refiere a asistencia a eventos deportivos donde los hombres obtienen un 8,6% más que las mujeres. Tanto en el nivel de ingresos como en la formación educativa alcanzada, quienes se encuentran en una mejor posición tienen mayores niveles de participación en eventos culturales y deportivos. Por otra parte, las personas de 45 a 64 años fueron las que tuvieron mayor dificultad de acceso a la cultura por motivos económicos.

En Castilla y León los datos nos presentan una situación en la que la asistencia al cine más de 3 veces en los últimos 12 meses es del 19,6% frente al 20,1% de la media nacional, las visitas al teatro o conciertos es del 12,6% frente al 12,3% nacional, las visitas a lugares de interés cultural es del 17,6% frente al 14,7% de la media española y la asistencia a acontecimientos deportivos es del 11% frente al 14,3%. Como vemos las cifras nos exponen una situación bastante similar a la de la media nacional si bien lejos de las comunidades autónomas líderes como el País Vasco o Aragón.

Otro de los ámbitos es la integración con familiares y amigos, donde vemos que un 68,8% de los mayores de 65 años afirma reunirse mucho con familiares (diaria o semanalmente) frente a un 18,4% que afirma hacerlo poco (una vez al mes o menos, o nunca) y son el grupo de edad con el porcentaje más alto en este sentido. No ocurre lo mismo con respecto a los amigos donde únicamente el 56,7% afirma hacerlo con mucha frecuencia frente a un 29,9% que expone menor frecuencia. En este caso la frecuencia está directamente relacionada con la edad, siendo los más jóvenes quienes más se reúnen con amigos.

Las mujeres exponen reunirse con mayor frecuencia, tanto con familia como con amigos, que los hombres así como aquellos con ingresos más altos.



Sin embargo, a nivel de formación alcanzado, los que tienen estudios primarios afirman reunirse mucho con familiares (66,5%) frente a los que tienen estudios superiores que afirman lo mismo en un 60%. Ocurre lo contrario en relación a los amigos, siendo quienes poseen estudios primarios quienes se reúnen con sus amistades con menor frecuencia.

En Castilla y León los datos nos informan de que la población se reúne con mayor frecuencia con amigos que con familiares y que el contacto telefónico o por medios tecnológicos es menor en ambos casos que la media nacional.

Finalmente, en términos de participación social y pública, entre los mayores de 65 años únicamente un 6,2% afirma utilizar mucho las redes sociales y vemos que son los más jóvenes, aquellos de entre 16 y 29 años, quienes más las utilizan con un 84,9%. En términos de voluntariado, un 8% de los mayores de 65 años afirma ser voluntario al margen de organizaciones que se dediquen a esos fines y un 9% es voluntario a través de alguna organización. Solo un 3,4% participa en actividades de partidos políticos, manifestaciones, etc. Los datos son muy similares a los del resto de la población, pues el máximo de participación lo encontramos entre los adultos de entre 45 y 64 años con una participación de un 11,9% en voluntariado al margen de asociaciones.

Las mujeres son más activas en términos de redes sociales y voluntariado, si bien los datos de ambos sexos son muy similares con diferencias máximas de un 1,8%. También se pone de manifiesto los mayores niveles de actividad entre las personas con mayores ingresos y entre las de educación superior.

En este sentido, la comunidad de Castilla y León presenta porcentajes bastante más bajos que la media nacional, llegando en alguno de los indicadores, como puede ser el uso de las redes sociales, a ser la diferencia del 10,2%.

#### 4.5.1 Indicadores de Calidad de Vida.

En 2011 el Comité del Sistema Estadístico Europeo (CSEE) aprobó el Informe “Medición del progreso, el bienestar y el desarrollo sostenible” con el objetivo de medir la calidad de vida desde una perspectiva multidimensional. No fue hasta mayo de 2013 cuando el Eurostat publicó un primer conjunto de Indicadores de Calidad de Vida en el que diferentes expertos han trabajado hasta el verano de 2016 y cuyos resultados se hicieron públicos en octubre de 2016, presentando en ese momento una serie de indicadores principales para cada dimensión. La lista no está cerrada ni es definitiva sino que se irá mejorando en el futuro.

El ámbito territorial de estudio ha sido la Europa de los 28, los indicadores de calidad de vida están referidos a toda la población en general, no solo a las personas mayores y con respecto al ámbito temporal, los datos que se van a exponer son los últimos disponibles de las ECV, principalmente de 2015.

Actualmente, las dimensiones incluidas son nueve y cada una está compuesta por diferentes indicadores obtenidos principalmente de fuentes como la “Encuesta de Condiciones de Vida” o la “Encuesta de Población Activa” (Ver Tabla 12). El conjunto de indicadores cubre tanto aspectos objetivos como subjetivos y mide tanto resultados como desigualdades que son principios relevantes incluidos en el Informe Stiglitz-Sen-Fitoussi (2008).

Tabla 12. Conjunto de dimensiones de calidad de vida con sus respectivos indicadores y fuentes.

Dimensiones	Indicadores	Fuente
<b>Condiciones materiales de vida</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Renta mediana</li> <li>- Desigualdad (S80/S20)</li> <li>- Privación material severa</li> <li>- Incapacidad de hacer frente a gastos económicos imprevistos</li> </ul>	Encuesta de Condiciones de Vida (ECV)
<b>Trabajo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tasa de empleo</li> <li>- Satisfacción con el trabajo</li> </ul>	Encuesta de Población Activa (EPA) ECV. Módulo 2013

<b>Salud</b>	- Esperanza de vida - Estado de salud autopercebido	Indicadores Demográficos Básicos (IDB) INE ECV
<b>Educación</b>	- Nivel de educación superior alcanzado	EPA
<b>Ocio y relaciones sociales</b>	- Satisfacción con el tiempo disponible - Ayuda de los demás. Familiares, amigos o vecinos a los que pedir ayuda en caso de necesidad	ECV. Módulo 2013 ECV. Módulo 2015
<b>Seguridad física y personal</b>	- Homicidios - Percepción de delincuencia y vandalismo en la zona	Ministerio del Interior. ECV
<b>Gobernanza y derechos básicos</b>	- Confianza en el sistema judicial	ECV. Módulo 2013
<b>Entorno y medioambiente</b>	- Población urbana expuesta a contaminación del aire (micropartículas PM10) - Población que sufre problemas de contaminación y otros problemas ambientales	Ministerio de Agricultura, Alimentación y Medio Ambiente. ECV
<b>Bienestar subjetivo</b>	- Satisfacción global con la vida	ECV. Módulo 2013

Fuente: Elaboración propia a partir de el documento “Metodología” del INE sobre Indicadores de Calidad de Vida.  
[http://www.ine.es/ss/Satellite?L=0&c=INEPublicacion\\_C&cid=1259937499084&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout&param1=PYSDetalleGratis&param4=Ocultar#top](http://www.ine.es/ss/Satellite?L=0&c=INEPublicacion_C&cid=1259937499084&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout&param1=PYSDetalleGratis&param4=Ocultar#top)

El número de indicadores que incluyeron en esta investigación es más reducido que el propuesto por Eurostat con el fin de sintetizar en un número no muy amplio pero consensuado de indicadores, el análisis de las diferentes dimensiones que componen la calidad de vida de los individuos.

A continuación se presenta un breve análisis de los resultados de España y su comparativa con los datos de la Unión Europea de los 28. La información presentada corresponde a las últimas mediciones realizadas entre 2013 y 2015 (Tabla 13). En amarillo los resultados en los que España iguala o supera a la media de la UE-28.

Tabla 13. Resultados en los Indicadores de Calidad de Vida. Comparativa entre España y la UE de los 28.

Dimensiones	Indicadores	España	UE (28 países)
<b>Condiciones materiales de vida</b>	- Renta neta mediana anual equivalente	13.352€	16.096€
	- Satisfacción con su situación económica	5,8/10 Alta 7,4% Media 50,1% Baja 42,6%	6/10
<b>Trabajo</b>	- Tasa de empleo	57,8%	65,6%
	- Satisfacción con el trabajo	6,9/10 Alta 19,4% Media 59,1% Baja 21,5%	7,1/10
<b>Salud</b>	- Esperanza de vida	83,3 años	80,9 años
	- Estado de salud autopercebido	Muy buena 72,8% Normal 19,0% Mala 8,2%	Muy buena 67,5%
<b>Educación</b>	- Nivel de educación superior alcanzado (de 25 a 64 años)	Alto 35,1% Media 22,4% Baja 42,6%	Alto 30,1%
<b>Ocio y relaciones sociales</b>	- Satisfacción con las relaciones personales	7,8/10 Alta 36,0% Media 54,4% Baja 9,6%	7,8/10
	- Proporción de personas que pueden contar con alguien en caso de necesidad	95,8%	93,3%
<b>Seguridad física y personal</b>	- Percepción de seguridad al pasear solo por la noche.	Muy seguro 32,4% Bastante seguro 45,9% Un poco o muy inseguro 21,7% 10,0%	Muy seguro 28,4%
	- Proporción de personas que denuncian delincuencia o vandalismo en la zona		13,6%

<b>Gobernanza y derechos básicos</b>	- Confianza en el sistema judicial	3,1/10	4,6/10
<b>Entorno y medioambiente</b>	- Exposición de la población urbana expuesta a contaminación del aire	20,7 µg/m3	22,5 µg/m3
	- Satisfacción con el entorno en el que vive	7,2/10 Alta 23,7% Media 58,9% Baja 17,4%	7,3/10
<b>Bienestar subjetivo</b>	- Satisfacción global con la vida	6,9/10 Alta 18,4% Media 58,4% Baja 23,2%	7,1/10

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de Eurostat sobre Calidad de Vida. [http://www.ine.es/infografias/calidadvida/index\\_es.html](http://www.ine.es/infografias/calidadvida/index_es.html)

A modo de conclusión comprobamos que, si bien el bienestar subjetivo global en España se sitúa en 6,9 sobre 10 puntos únicamente un 0,2% por debajo de la media europea, aún estamos lejos de alcanzar a los países nórdicos como Finlandia o Dinamarca que obtienen una media de 8 puntos. Las dimensiones en las que las diferencias son más acusadas entre la población española y la europea son, en primer lugar, las relacionadas con las condiciones materiales. Los ingresos en España son más de un 17% menores que en Europa y a pesar de esta circunstancia, nos sentimos solo un 0,2% menos satisfechos que la media europea. Por otra parte, la tasa de empleo en España es un 7,8% menor que la europea, afectando los altos niveles de desempleo principalmente a los menores de 25 años, mayores de 45 años y mujeres. Finalmente, en relación a la gobernanza y a los derechos básicos, comprobamos que a nivel europeo no se consigue llegar al aprobado y en España nos quedamos 1,5 puntos por debajo de la media.

Por otra parte, los resultados españoles en salud, educación, relaciones personales o seguridad son mejores que la media europea, destacando la diferencia de un 5% de población con estudios superiores en España o la mejor percepción de la salud como “buena o muy buena” en un 5,3%.

#### **4.6 Índice para una vida mejor o Better Life Index e Informe ¿Cómo va la vida? o How's Life? (OCDE).**

La implicación de la OCDE en la medición del progreso de las sociedades es indiscutible. En 2007 se constituye el “Proyecto para la Medición del Progreso de las Sociedades” que posteriormente es renombrado como “Medición del Progreso de las Sociedades y el Bienestar”. Desde la perspectiva de esta iniciativa se entiende que el desarrollo va más allá de los ingresos económicos y este se puede entender como el punto de partida del bienestar y de los ciudadanos. Fue en mayo de 2011 cuando se creó la iniciativa “Better Life” formada por dos pilares básicos de información:

- Better Life Index o *Índice para una vida mejor*
- Informe “How's Life?” o ¿Cómo va la vida?

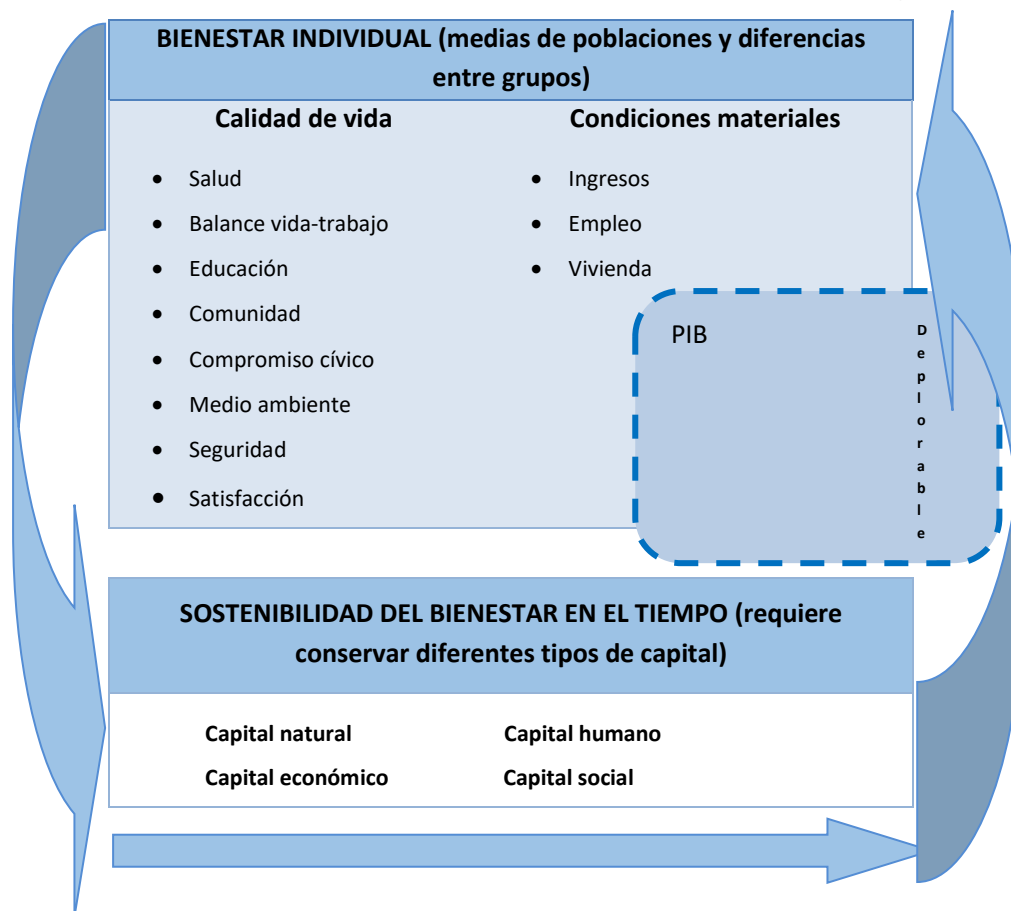
Better Life Index es una herramienta interactiva en la que cada usuario desarrolla su propio índice en base a 24 indicadores agrupados en 11 dimensiones. Recoge información de 34 países de la OCDE, Brasil y Rusia. Por su parte, el Informe “How's Life?” es una batería de indicadores con información más detallada donde el bienestar actual se describe en términos de 11 dimensiones que cubren tanto condiciones materiales de vida como la calidad de vida que la gente experimenta. Estas dimensiones pretenden ser conceptualmente distintas (es decir, capturar aspectos diferentes del bienestar) y, tomadas en conjunto, completas (es decir, capturar todos los aspectos importantes del bienestar). Temáticamente, estas dimensiones del bienestar pueden verse como fundamentadas en las capacidades que los individuos tienen para transformar los recursos en entornos dados (Sen, 1998).

Las dimensiones se entiende que son universales, si bien la importancia otorgada a las mismas puede sufrir variaciones entre individuos y países. Aparte de las dimensiones, el informe también recoge 22 indicadores principales y 55 secundarios. La edición más reciente es la del año 2015.

El marco en el que se apoya el Informe “How's Life?” si bien fue diseñado para países desarrollados, presenta una estructura que también puede ser

aplicable a países en vías de desarrollo (OCDE, 2015). Tal y como se ha recogido en las líneas previas, el marco distingue entre el bienestar actual y el futuro, midiendo el primero la calidad de vida y las condiciones materiales y el segundo, fijándose en recursos clave que pueden contribuir al mantenimiento del bienestar en el tiempo y que están afectados por las acciones presentes (Figura 23).

Figura 23. Marco de la OCDE para la medida del bienestar y el progreso.



Fuente: Elaboración propia a partir de OCDE, 2013, How's Life? Measuring Well-being, OECD Publishing, Paris.

Desde la perspectiva conceptual, el enfoque de la OCDE es similar al del Índice de Desarrollo Humano (IDH) de las Naciones Unidas, sin embargo el alcance de la primera estrategia es mayor al añadir dimensiones adicionales a las tres consideradas por las Naciones Unidas (ingresos, salud y educación), cuyo interés tradicionalmente ha estado en los países en vías de desarrollo.

El informe “¿Cómo va la vida?” se centra en las personas, en su situación, en sus relaciones, busca conseguir información sobre sus vidas por encima de

la economía. Por otro lado, tiene en cuenta aspectos tanto objetivos como subjetivos del bienestar y también tiene en consideración la distribución del bienestar de la población junto con los logros medios, en particular las disparidades entre grupos de edad, género o los orígenes socio-económicos.

España tiene buenos resultados en algunas medidas de bienestar general del *Índice para una Vida Mejor*. Se sitúa por encima de la media en balance vida-trabajo, vivienda, salud, sentido de comunidad y seguridad personal, puntuando por debajo de la media en el resto de los indicadores, tal y como se observa en las Tablas 14 y 15.

En términos de vivienda el Índice nos informa de que somos de los países que mayor proporción del presupuesto familiar destinan a este fin, no llegando a niveles de Letonia, Grecia o la República Checa que invierten un 26% de su presupuesto en vivienda, pero quedándonos cerca con un 23%. En términos de servicios básicos, el 97,9% de las personas de los países de la OCDE habitan viviendas con acceso privado a inodoros interiores con descarga de agua.

Si nos centramos en los ingresos, España se sitúa por debajo de la media de la OCDE y comprobamos que este indicador es el que ofrece una puntuación más baja en comparación con el resto de indicadores analizados. En términos generales del Índice, hay una brecha considerable entre los más ricos y los más pobres; la población que ocupa el 20% superior de la escala de ingresos gana cerca de siete veces lo que percibe la población que ocupa el 20% inferior.



Tabla 14. Resultados de España en el *Índice para una Vida Mejor*. (Primera parte).

Indicador	VIVIENDA: 6,1			INGRESOS: 2,9		EMPLEO: 3.5				COMUNIDAD: 9,6	EDUCACIÓN: 5,5		
	<u>Vivienda sin servicios básicos</u>	<u>Gasto en vivienda</u>	<u>Habitaciones por persona</u>	<u>Ingreso ajustado neto disponible de los hogares</u>	<u>Riqueza financiera neta de los hogares</u>	<u>Inseguridad en el mercado laboral</u>	<u>Tasa de desempleo (entre los 15 y los 64 años)</u>	<u>Tasa de desempleo de larga duración</u>	<u>Ganancias personales</u>	<u>Calidad de la red de apoyo</u>	<u>Logro educativo (población entre los 15 y los 64 años)</u>	<u>Habilidades de los estudiantes</u>	<u>Años en el sistema educativo</u>
Fuente	Estadísticas de la Unión Europea sobre ingresos y condiciones de vida (EU-SILC)	Base de Datos de Cuentas Nacionales de la OCDE	Estadísticas de la Unión Europea sobre ingresos y condiciones de vida (EU-SILC)	Base de Datos de Cuentas Nacionales de la OCDE	Base de Datos de Cuentas Nacionales de la OCDE	Base de datos de calidad de empleo de la OCDE	Base de datos estadística de la fuerza laboral de la OCDE	Base de datos estadística de la fuerza laboral de la OCDE	Estadísticas del mercado de trabajo de la OCDE sobre ganancias	Encuesta mundial Gallup	Panorama de la educación de la OCDE	Informe PISA	Panorama de la educación de la OCDE
Unidad	Porcentaje	Porcentaje	Ratio	Dólar \$	Dólar \$	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Dólar \$	Porcentaje	Porcentaje	Puntuación media	Años
<b>ESPAÑA</b>	0,1	23	1,9	22.007	29.819	26,6	57	12,92	36.013	96	57	490	17,7
<b>OCDE - Total</b>	2,1	21	1,8	29.016	84.547	6,3	66	2,58	40.974	88	76	497	17,5

Fuente: Elaboración propia a partir de Dataset: Better Life Index (2016).

Tabla 15. Resultados de España en el *Índice para una Vida Mejor*. (Segunda parte).

	<b>MEDIO AMBIENTE: 6,0</b>		<b>COMPROMISO CÍVICO: 4,2</b>		<b>SALUD: 8,3</b>		<b>SATISFACCIÓN: 5,5</b>	<b>SEGURIDAD: 9,1</b>		<b>BALANCE VIDA-TRABAJO: 8,8</b>	
<b>Indi- cador</b>	<u>Contaminación del aire</u>	<u>Calidad del agua</u>	<u>Participación de las partes interesadas en el desarrollo de reglamentos</u>	<u>Participación electoral</u>	<u>Esperanza de vida</u>	<u>Salud autopercebida</u>	<u>Satisfacción vital</u>	<u>Sentimiento de seguridad caminando solo por la calle</u>	<u>Tasa de homicidios</u>	<u>Empleados que trabajan muchas horas</u>	<u>Tiempo dedicado al ocio y cuidado personal</u>
<b>Fuente</b>	Evaluación de la carga global de la enfermedad	Encuesta mundial Gallup	Encuesta mundial Gallup	Instituto Internacional para la Democracia y la Asistencia Electoral (IDEA)	Base de Datos de Salud de la OCDE	Base de Datos de Salud de la OCDE y EU-SILC	Encuesta mundial Gallup	Encuesta mundial Gallup	Base de Datos de Salud de la OCDE	Perspectivas de empleo de la OCDE y Oficina Federal de Estadística de Suiza	Cálculos de la OCDE sobre encuestas del uso del tiempo
<b>Unidad</b>	Microgramos por metro cúbico	Porcentaje	Puntuación media	Porcentaje	Años	Porcentaje	Puntuación media	Porcentaje	Ratio	Porcentaje	Horas
<b>ESPAÑA</b>	12	71	1,6	73	83,2	72	6,4	81,6	0,6	5,61	15,93
<b>OCDE - Total</b>	14	81	2,4	68	79,9	69	6,5	68,3	4,1	13,02	14,91

Fuente: Elaboración propia a partir de Dataset: Better Life Index (2016).

En relación al empleo, en España solo un 57% de la población entre 15 y 64 años tiene un empleo remunerado, siendo los hombres quienes presentan mejores índices de empleabilidad con un 62% frente a un 52% de las mujeres. Solo un 6% afirma tener largas jornadas de trabajo, porcentaje igualmente superior en los hombres y es por esta razón por la que puntuamos un 8,8 en balance vida-trabajo.

En lo que concierne al ámbito público, en España hay un fuerte sentido de comunidad pues el 96% de las personas creen conocer a alguien en quien pueden confiar cuando lo necesiten, una de las tasas más altas en la Organización. Las mujeres puntúan mejor en este sentido y también aquellos que han alcanzado niveles de educación superior.

El nivel educativo en España parece ser aún una asignatura pendiente pues encontramos una diferencia del 19% con respecto al promedio de la OCDE, en relación a los adultos de entre 25 y 64 años que finalizaron estudios de carácter medio-superior. En este sentido, los hombres presentan 3 puntos menos de formación que las mujeres y vemos como son las niñas las que obtienen mejores resultados en los informes PISA. A pesar de estos datos, como ya hemos visto, las tasas de desempleo femeninas son muy superiores a las masculinas.

Sobre el medio ambiente, los ciudadanos españoles exponen una buena calidad del aire pero vemos que existen mayores problemas con la calidad del agua, pues un 29% afirma que no es de buena calidad.

El compromiso cívico presenta niveles moderados en España, si bien superamos a los países de la OCDE en participación electoral, no lo hacemos en términos de participación en la elaboración de regulaciones. Por lo general la participación electoral aumenta según aumentan los ingresos personales y, de media, hay una diferencia de unos 13 puntos porcentuales entre la población que ocupa el 20% superior de la escala de ingresos y la que ocupa el 20% inferior.

En el terreno de la longevidad, son pocos los países que obtienen tan buenos resultados en esperanza de vida como España, habiendo 6 años de

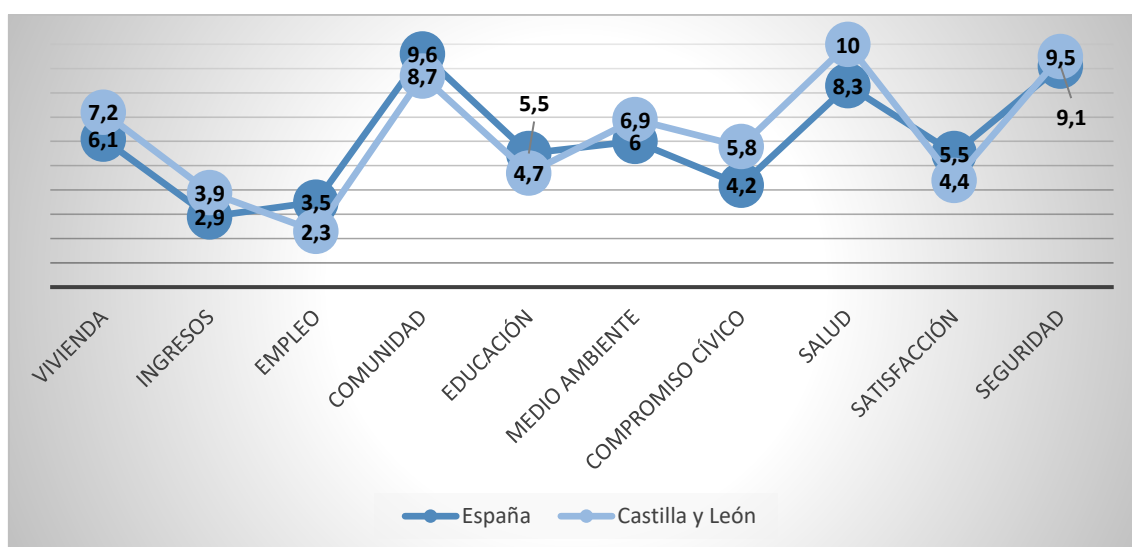
diferencia entre mujeres (86 años) y hombres (80 años). Si hablamos de salud, comprobamos como un 72% de la población española de 15 años o más ha referido tener “buena” o “muy buena” salud.

En general, la satisfacción con la vida de los españoles es prácticamente la misma que el promedio de la OCDE. Al pedir que calificaran su satisfacción general ante la vida en una escala de 0 a 10, los españoles le otorgaron una calificación media de 6,4, que difiere en 0,1 con la cifra de la OCDE, 6,5.

Finalmente, sobre la seguridad vemos que la tasa de homicidios es de las más bajas de toda la OCDE y que más del 80% de la población se siente seguro por las noches caminando solo.

La OCDE también ha medido el bienestar regional y en España lo ha hecho por comunidades autónomas. En la Figura 24 vemos diez de los indicadores relacionados con el bienestar y sus respectivas medidas sobre un máximo de 10 puntos. El indicador relacionado con el “Balance vida-trabajo” no se recoge a nivel regional siendo sustituido por el indicador “Acceso a servicios”.

Figura 24. Comparativa entre los resultados de España en el Índice para una Vida Mejor y los resultados de la región de Castilla y León.



Fuente: Elaboración propia a partir del Índice para una Vida Mejor (2015).

Comprobamos que Castilla y León obtiene mejores resultados que la media española en términos de vivienda, ingresos, medio ambiente, compromiso cívico, salud y seguridad. En términos generales, el hecho de ser una comunidad eminentemente rural da fuerza a indicadores relacionados con la salud, la seguridad o el medio ambiente, pero provoca también que haya más problemas a nivel de empleo, educación y de satisfacción en general.

A modo de conclusión señalamos que la OCDE con sus indicadores e informes nos ayuda a ofrecer luz sobre el concepto de calidad de vida y las dimensiones relacionadas con el mismo, brindando tanto a los gobiernos como a los investigadores, oportunidades de conocimiento a través de los datos que generan y espacios de actuación para intervenir a nivel socio-político.

#### **4.7 Encuesta de Salud, Envejecimiento y Jubilación en Europa- The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE).**

SHARE es una base de datos micro, longitudinal y multidisciplinar sobre la salud, el estado socioeconómico y las redes sociales y familiares de más de 123,000 individuos de 50 y más años en 20 países europeos e Israel. El objetivo es conocer las relaciones existentes entre las citadas variables para poder afrontar, desde la perspectiva del envejecimiento activo, la nueva situación demográfica europea.

SHARE es un proyecto internacional e interdisciplinar, promovido por un consorcio de científicos de la Unión Europea y Estados Unidos en respuesta a la petición de la Comisión Europea de “examinar la posibilidad de establecer, en cooperación con los Estados Miembros, una encuesta longitudinal europea” para promover la investigación europea sobre el proceso de envejecimiento. La coordinación está centralizada en el Munich Center for the Economics of Aging (MEA) a través de Axel Börsch-Supan y en cada país participante existe un socio que se encarga de la gestión, desarrollo y supervisión de la encuesta. En España la responsabilidad recae sobre el Centro de Estudios Monetarios y Financieros (CEMFI), que es una fundación del Banco de España. De la financiación se

encarga la Comisión Europea a través de los Programas Marco o del Horizonte 2020.

La encuesta SHARE está armonizada con el Health and Retirement Study (HRS) de los Estados Unidos y el English Longitudinal Study of Ageing (ELSA) de Reino Unido y su modelo sirve como referencia en investigaciones que han comenzado, por ejemplo, en Japón, China o la India.

Las variables de SHARE se pueden dividir en cinco áreas principales: salud; contexto familiar y social; historial laboral y jubilación; estado socio-económico; y sharelife. Los datos se obtienen a través de la realización de entrevistas personales y la integración de los datos individuales obtenidos en cada país, permite llevar a cabo un análisis internacional, longitudinal e interdisciplinar.

SHARE utiliza una muestra aleatoria de población mayor de 50 años que tiene su domicilio en el país objeto de estudio. A las parejas de las personas entrevistadas también se las entrevista independientemente de su edad. Cada participante es elegible para responder a la encuesta de la siguiente ola por lo que puede ser contactado de nuevo cada dos años. Por este motivo hay una encuesta base para quienes responden por primera vez y otra longitudinal para quienes participaron en la ola anterior.

La entrevista tiene una duración aproximada de una hora y en España participaron 2.324 personas en la primera ola o tanda de aplicación y en la quinta (2012-2013) que es la última de la que se han publicado datos, la cifra alcanzaba los 3.667.

A continuación se presenta un resumen de los últimos estadísticos descriptivos publicados que excluyen a las personas menores de 50 años y que han sido construidos con el programa Stata 14.

Tal y como se muestra en la Tabla 16, son los hombres quienes tanto en España como a nivel europeo perciben su estado de salud en términos más positivos. Un mayor porcentaje de hombres afirma tener más de una enfermedad crónica y sin embargo, la proporción de personas deprimidas en España es un

21,57% superior en mujeres que en hombres. Estos datos muestran que la prevalencia de la depresión es mayor en las mujeres y que a partir de los 75 años aumentan los síntomas de depresión. En nuestro país son ellas las que afirman tener más problemas de movilidad, un 13,65% por encima de los hombres, al igual que sucede en el resto de Europa. Comprobamos también que los hombres consumen tabaco y alcohol en mayor medida que las mujeres y que son ellas las que presentan un mayor porcentaje de sedentarismo. Un análisis más en profundidad nos informa de que a menor educación existe una mayor probabilidad de tener una salud percibida mala y que estas circunstancias son más acusadas en España que en el conjunto de la muestra SHARE.

Tabla 16. Resultados, tanto españoles como generales, en el área de salud en la SHARE ola 5 (2012-2013).

	España		SHARE	
	% Hombres	% Mujeres	% Hombres	% Mujeres
<b>Salud percibida como excelente</b>	4,12	3,88	7,38	6,97
<b>Más de una enfermedad crónica</b>	39,81	33,45	34,58	31,41
<b>Personas que se sienten deprimidas</b>	18,06	39,63	19,60	34,94
<b>Alguna dificultad de movilidad</b>	29,75	43,40	24,89	34,93
<b>Fumadores en la actualidad</b>	15,87	9,62	19,37	14,72
<b>Ingesta de alcohol diaria o casi diaria</b>	28,20	8,29	30,01	11,75
<b>Práctica de actividades enérgicas nula o casi nula</b>	58,78	62,59	41,45	49,60

Fuente: Börsch-Supan, A. (2016). Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) Wave 5.

En relación al contexto familiar y social, comprobamos que si bien el tamaño medio de la red social es muy similar en España y en el resto de Europa, los contactos diarios son un 18% más frecuentes en España y nos sentimos un 9% más cercanos a nuestra red (Tabla 17). La satisfacción en este sentido también es superior en España siendo la proximidad muy similar en ambas muestras. A modo de conclusión podemos decir que en los países del sur de Europa los lazos familiares suelen ser más fuertes, como ejemplo vemos que cerca del 80% de los entrevistados tiene contacto casi diario con el hijo más contactado y más del 10% de las mujeres cuida de algún nieto a diario.

Tabla 17. Resultados, tanto españoles como generales, en el área de contexto familiar y social en la SHARE ola 5 (2012-2013).

	<b>España</b>	<b>SHARE</b>
<b>% de personas que tienen un contacto diario con su red social</b>	32%	14%
<b>% de personas que se sienten extremadamente cercanos a su red social</b>	26%	17%
<b>Tamaño medio de la red social</b>	3	3,1
<b>% de personas que se sienten extremadamente satisfechos con su red social</b>	46%	40%
<b>Proximidad media de la red social (km)</b>	3,51	4

Fuente: Börsch-Supan, A. (2016). Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) Wave 5.

Por otra parte, si analizamos las actividades en las que participan los mayores españoles podemos apreciar que están mucho menos involucrados en ellas que el resto de jubilados de la muestra SHARE. España solo destaca en las actividades religiosas. En este punto también se incluye información sobre la calidad de vida de los encuestados para lo cual utilizan el índice CASP-12, que adopta unos valores que van desde 12 a 48, existiendo una relación positiva entre dicha escala y el nivel de calidad de vida. Tras el análisis de la información se comprueba que hay una fuerte diferencia entre la alta calidad de vida en el norte, calidad intermedia en Europa central y la calidad de vida más baja en el sur de Europa.

El siguiente punto nos lleva al área relacionada con la historia laboral y la jubilación donde vemos que en los países nórdicos hay mayor participación en el mercado laboral de las personas de entre 60 y 64 años y que, en general, las mujeres presentan menores tasas de empleo. En este sentido sería interesante conocer las diferentes políticas de jubilación de los diferentes países.

Sobre el estatus socio-económico comprobamos que en España cerca de un 50% de la población de más de 50 años tiene problemas para llegar a final de mes, una circunstancia mucho más acusada en el sur que en el norte de Europa. En España se observa también como la jubilación supone una protección frente a la privación material pero no frente a la privación social, donde los índices de privación son mayores que el conjunto de la muestra de SHARE.



Finalmente SHARELife nos ofrece información sobre la historia vital de las personas, datos como por ejemplo si sufrieron episodios de hambruna durante su infancia, donde España presenta un alto porcentaje por la influencia de la Guerra Civil.

En conclusión podemos decir que SHARE es un instrumento más a disposición de la sociedad que aporta datos relevantes que pueden ayudar a que las políticas relacionadas con la calidad de vida y el envejecimiento estén mejor ajustadas a las necesidades reales de la población.



## **PARTE II: ESTUDIO EMPÍRICO**



## **CAPÍTULO 5: Diseño metodológico.**

### **5.1 Fases de la investigación.**

El proceso de investigación aquí expuesto incluye varias fases, las cuales podríamos resumir siguiendo a McMillan y Schumacher (2005). En un primer momento se seleccionó el problema que en este caso está relacionado con el aprendizaje a lo largo de la vida, el envejecimiento activo y la calidad de vida. Tras esa primera toma de contacto se procedió a una revisión bibliográfica sobre el problema y se analizó el estado de la cuestión tanto a través de estudios previos, índices e informes, como de publicaciones científicas que recogían, por ejemplo, teorías o diferentes tipos de análisis.

El siguiente paso fue la formulación del problema, los objetivos y las hipótesis. En este sentido se buscó analizar la calidad de vida de los universitarios mayores desde una modalidad de investigación cuantitativa. Para ello se tomaron decisiones relativas al diseño y a la metodología y se dispuso que el tipo de muestra iba a ser no aleatoria y que los datos se iban a recoger mediante cuestionarios estandarizados.

En relación a la recogida de datos, se determinó que el momento más adecuado era el comienzo de curso, en las instalaciones de la Universidad y por personal iniciado en la investigación. Para analizar los datos y presentar los resultados se decidió utilizar el paquete estadístico Stata en su versión 12 al considerarse una herramienta versátil que permite, entre otras funcionalidades, la gestión de datos, el análisis estadístico, el trazado de gráficos y las simulaciones.

Finalmente, en la interpretación de los resultados y conclusiones se buscó la relación con diferentes estudios y teorías y se compararon los resultados con otros de carácter nacional, europeo y mundial. Finalmente, se extrajeron conclusiones y se propusieron futuras líneas de investigación.

## 5.2 Objetivos e hipótesis.

Los objetivos generales que orientan esta investigación son tres:

1. Analizar la calidad de vida del alumnado del PIE de la Experiencia de la Universidad de Burgos en las sedes de Burgos y Aranda de Duero.

En relación a este objetivo general, los objetivos específicos son los siguientes:

- Definir el perfil del alumnado del Programa Interuniversitario de la Experiencia.
- Identificar sus opiniones sobre distintas dimensiones de la calidad de vida, tanto objetivas como subjetivas.
- Comparar los resultados de la muestra con los resultados tanto nacionales como europeos.

A partir de estos objetivos, se espera que se cumplan las siguientes hipótesis:

- Los mayores universitarios no presentan problemas económicos o relacionados con la vivienda.
- El conjunto de la muestra disfruta de una vida familiar rica tanto en contacto como en apoyo social.
- Participan mayoritariamente en actividades de carácter social, deportivo y cultural.
- Los estudiantes del Programa Interuniversitario de la Experiencia presentan, en términos generales, una mejor calidad de vida que los mayores de la muestra nacional y europea.

2. Explicar cómo es la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) del alumnado del Programa Interuniversitario de la Experiencia de la Universidad de Burgos en las sedes de Burgos y Aranda de Duero.

En relación a este objetivo general, los objetivos específicos son los siguientes:

- Conocer el grado de asociación, si la hubiere, entre la CVRS y diversos factores sociodemográficos.
- Describir el estado de salud general de las personas mayores que se forman en los PUMs.
- Establecer el grado de bienestar subjetivo a través de los términos felicidad y satisfacción vital en relación a la percepción de su salud.
- Comparar los resultados de los mayores de la Universidad de Burgos con los de la población española en general.

A partir de estos objetivos, se espera que se cumplan las siguientes hipótesis:

- Existen diferencias estadísticamente significativas en la variable dependiente (EVA-Escala de Valoración Analógica) provocadas por la variable independiente (sexo).
- El alumnado de mayor edad expone tener más problemas relacionados con la salud.
- Existe una correlación positiva entre la autopercepción del estado de salud y la felicidad y la satisfacción vital.

3. Desarrollar un modelo estadístico completo para conocer qué variables independientes son relevantes para cada variable dependiente en relación a la calidad de vida del alumnado del PIE de la Universidad de Burgos en las sedes de Burgos y Aranda de Duero.

En relación a este objetivo general, los objetivos específicos son los siguientes:

- Definir qué áreas relacionadas con la calidad de vida son relevantes para la muestra seleccionada.
- Determinar si el curso académico del que están matriculados es un elemento que interviene de manera decisiva en la calidad de vida.
- Descubrir la influencia de las condiciones materiales en las variables dependientes.
- Relacionar las actividades de ocio con la salud, el bienestar subjetivo y el bienestar mental.

En relación a las hipótesis se busca determinar que las hipótesis nulas del modelo completo son rechazables en su totalidad y por tanto comprobar que:

- Hay diferencias significativas en la calidad de vida en relación al curso, presentando los más veteranos mayores niveles de satisfacción.
- El nivel de estudios alcanzado es un factor predictivo sobre la calidad de vida, presentando en todos los casos una tendencia creciente.
- Existen diferencias significativas en el estado de salud según la edad y el sexo, siendo las mujeres y los más mayores quienes presentan peores niveles de salud.
- La práctica de diferentes actividades de ocio influye positivamente en la percepción de bienestar mental y subjetivo.
- Las diferencias en relación a llegar con facilidad a fin de mes son significativas con respecto a todas y cada una de las variables dependientes.
- Hay diferencias significativas en el estado de salud según la situación laboral y el estado civil.



### **5.3 Metodología.**

La investigación que se presenta en esta tesis es de carácter cuantitativo. Al diseñar la misma se tuvo en cuenta quienes serían evaluados (sujetos), por medio de qué serían evaluados (instrumentos) y cómo serían evaluados (procedimiento de recogida de datos). Finalmente, también se tuvo en cuenta cómo iba a ser tratada esa información.

Para alcanzar los objetivos propuestos hemos optado por una modalidad no experimental y de carácter descriptivo, comparativo y correlacional, siendo conscientes de que se adecúa a una gran variedad de situaciones en diferentes contextos y por adaptarse a la complejidad humana. La fase descriptiva nos va a permitir evaluar la naturaleza de las condiciones existentes con respecto a la calidad de vida. La fase comparativa nos permitirá determinar si existen diferencias entre dos o más grupos acerca del fenómeno estudiado. Y finalmente, las correlaciones nos van a posibilitar establecer las relaciones entre los diferentes fenómenos, aunque sin poder determinar la relación causal entre las mismas.

La técnica utilizada para obtener información con la cual llevar a cabo la presente investigación es la encuesta de diseño transversal a través de la aplicación de varios cuestionarios. Este procedimiento, clásico en las ciencias sociales para la obtención y registro de datos, permite su empleo como instrumento de investigación evaluativa. Siguiendo Ximénez, Suero y Botella (2014), podemos decir que como el investigador no interviene activamente en lo que estudia, estaríamos hablando de un diseño de observación pasiva.

Bisquerra (2004) define cuestionario como un instrumento de recopilación de información compuesto de un conjunto limitado de preguntas, mediante el cual el sujeto proporciona información sobre sí mismo y/o sobre su entorno. Si bien esta descripción es muy general, no hemos de olvidar que el cuestionario, como técnica de investigación, nos ayudará a establecer el vínculo entre los objetivos propuestos y la percepción de la población.

La elección de esta metodología nos permite recabar la opinión y valoración del máximo número de alumnos posibles, mantener el anonimato de

los encuestados, favorecer la libertad de respuesta y obtener información variada, útil, fiable y válida.

Se realizó un estudio piloto con veinte estudiantes para conocer si el tiempo para cumplimentar los cuestionarios era excesivo, si las instrucciones y los ítems eran claros o cualquier otra incidencia y a través de la retroalimentación, se comprobó que no surgieron problemas al respecto.

En el proceso de recogida de información y datos se aseguraron las adecuadas condiciones de tranquilidad, luminosidad, buena temperatura y silencio para una mejor administración de la prueba. De esta manera, los alumnos podían responder con total naturalidad, pues fueron informados en todo momento de la finalidad de la investigación y las características de la misma. Se insistió en el carácter voluntario y anónimo de la participación, así mismo, se les indicó que la información obtenida sería confidencial pues los datos no podían ser asociados a los sujetos individuales por el nombre.

Por otra parte, se obtuvo la correspondiente aprobación por parte de la Dirección y la Coordinación del Programa en la Universidad de Burgos para llevar a cabo la investigación antes de la recogida de datos.

Para pasar los cuestionarios y recoger la información, se ha contado con la ayuda y colaboración de los coordinadores de las sedes y con algunos profesores y alumnos en prácticas del Grado en Pedagogía que conocían al alumnado y sus características. Todos ellos fueron convenientemente informados de las particularidades de los cuestionarios y de las condiciones que debían darse para su correcta aplicación. La aplicación tuvo lugar en sesiones de una hora durante el horario de clase.

Los datos de ambos cuestionarios fueron ingresados por doble digitación al programa informático EpiData el cual es usado por la Organización Mundial de la Salud en diversos proyectos y análisis. Posteriormente, la base de datos fue exportada al paquete estadístico Stata en su versión 12 a través de la cual se han calculado los estadísticos descriptivos de las variables (medias, desviaciones típicas, porcentajes o intervalos de confianza del 95%) y se han

empleado las técnicas estadísticas y gráficas recomendadas para cada tipo de variable (pruebas t, ANOVA o correlaciones).

Finalmente, se proporcionará a los sujetos que participaron en el estudio la oportunidad de conocer los resultados del mismo mediante una presentación grupal tras la exposición y defensa de esta tesis doctoral.

#### **5.4 Población y muestra.**

La población objeto de estudio, población estadística, son los alumnos del PIE de la Universidad de Burgos. La misma se encuentra dividida de manera natural en grupos, que en esta investigación se identifican como sedes y para la cual han sido seleccionadas las sedes de Burgos y Aranda de Duero por ser las primeras que pusieron en marcha el PIE en la Universidad de Burgos.

Para recoger la información y realizar el estudio, se han seleccionado solo dos grupos y se han aplicado los instrumentos de medición a todos los miembros. Esta técnica tiene la ventaja de ser exhaustiva y exacta al haber recopilado información de todos los sujetos objeto de estudio. La técnica de muestreo aplicada es un muestreo no probabilístico por conveniencia, pues se ha seleccionado un grupo de sujetos dada la accesibilidad y la idoneidad de los mismos. Según McMillan y Schumacher (2005) las ventajas de este método son que es menos lento y costoso, fácil de administrar, asegura un alto índice de participación y que se puede generalizar a sujetos de similares características. Por otra parte, estos mismos autores señalan como limitaciones que es difícil generalizar a otros sujetos con características diferentes, que es menos representativa de una población identificada, que los resultados dependen de las características particulares de la muestra y que existe mayor probabilidad de error debido a los sesgos del investigador o de los sujetos. En base a estas afirmaciones, se tendrá mucha cautela a la hora de generalizar los resultados, pues no es éste el objetivo final de esta tesis, sino que se busca un mejor entendimiento de las relaciones que puedan existir entre las variables.

En síntesis, la muestra utilizada la constituyen 332 sujetos, mayores de 50 años y alumnos del Programa Interuniversitario de la Experiencia de la

Universidad de Burgos en sus sedes de Burgos y Aranda de Duero. Los cuestionarios, por tanto, fueron respondidos de manera anónima y voluntaria en el mes de octubre de 2014, al comienzo del curso académico 2014/2015. Del total, 119 alumnos pertenecen a la sede Aranda y 213 a la de Burgos. La muestra es representativa pues se ha conseguido reunir respuestas del 97,65% de todos los matriculados, que son 340 personas. La formulación estadística nos informa de que se ha trabajado con un margen de error del 1,09% y con un nivel de confianza del 99%.

Se ha elegido una muestra amplia para poder acceder también a las pequeñas diferencias o relaciones débiles que pueda haber entre las múltiples variables.

### **5.5 Descripción de los instrumentos de recogida de información.**

A la hora de elegir los métodos de recogida de información se tuvieron en cuenta los dos principios básicos de validez y fiabilidad. Entendemos que los cuestionarios seleccionados son válidos para el propósito de la investigación, para la muestra seleccionada y para la situación en la que se van a aplicar. Por otra parte, son fiables pues las puntuaciones son similares en diferentes momentos de la recogida de datos. Siguiendo a McMillan y Schumacher (2000), vemos que hay varios factores que influyen en la interpretación de los coeficientes de fiabilidad y que se cumplen en nuestra investigación, como son que cuantos más ítems o mayor es el rango de puntuaciones, más aumenta la fiabilidad.

Cada uno de los instrumentos tiene probada validez y fiabilidad y ambos están estandarizados por lo que podemos confiar en los procedimientos, técnicas y conclusiones de esta investigación.

Según Reig y Fernández Ballesteros (1994), la investigación en gerontología social debe seguir un modelo multidimensional en el que se incluyan tanto variables del propio individuo como del entorno en el que se desenvuelve, es por este motivo que se han seleccionado dos instrumentos que

inciden en la evaluación de múltiples aspectos como la salud física, la salud mental, los recursos sociales o los recursos económicos.

Para la recogida de datos se utilizaron dos cuestionarios que se incluyen en los Anexos:

- Encuesta europea sobre calidad de vida (EQLS) 2012 del Eurofound.
- Cuestionario de Salud EQ-5D-5L EVA (2009) del EuroQol Group.

### **5.5.1 Encuesta europea sobre calidad de vida (EQLS) 2012 del Eurofound.**

La Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo (Eurofound) es una agencia tripartita de la Unión Europea que facilita conocimientos para colaborar en el desarrollo de las políticas sociales y relacionadas con el trabajo. En este sentido ha desarrollado tres encuestas que realiza de manera regular y que son las siguientes:

- Encuesta europea de empresas (ECS)
- Encuesta europea sobre calidad de vida (EQLS)
- Encuesta europea sobre las condiciones de trabajo (EWCS)

Los datos obtenidos de las mismas son una gran fuente de información que permite realizar una comparativa entre los países de la UE y a su vez, ayuda a identificar oportunidades de desarrollo en las diferentes áreas y mejorar las políticas relacionadas con las mismas.

Todas las encuestas comparten rasgos como muestras representativas, cobertura en todos los países de la EU y en los candidatos a formar parte de la misma, diferentes lanzamientos para analizar tendencias, comparabilidad entre países o cuestionarios que cubren una amplia variedad de temas y diseñados de manera interdisciplinar por expertos.

La encuesta europea sobre calidad de vida (EQLS) es un sondeo entre ciudadanos europeos orientado a obtener una perspectiva sobre las condiciones

objetivas de vida y sobre su percepción de la calidad de vida. El trabajo de los expertos posibilita que las preguntas contenidas en el cuestionario capten los fenómenos que se pretenden captar en el mundo real (validez).

Por otra parte, la metodología se presenta fiable porque se seleccionan muestras representativas, los entrevistadores han pasado por un proceso de formación, los cuestionarios se administran mediante el método idóneo y los datos recogidos son controlados, ponderados y analizados de manera adecuada. En todas las fases se incluyen procedimientos de verificación.

En relación a la muestra general, en cada país se localiza un registro que cubra, al menos, a un 95 % de la población destinataria. El tamaño de la muestra a escala nacional es de 1.000 encuestados como mínimo, lo que reduce el margen de error a un nivel aceptable.

La EQLS tiene carácter cuatrienal, aborda varios temas, como el empleo, los ingresos, la educación, la vivienda, la familia, la salud y la conciliación de la vida laboral y familiar. También se interesa por temas más subjetivos, como el grado de felicidad de las personas, su satisfacción con su vida personal y cómo perciben la calidad de sus sociedades.

La primera EQLS se realizó en 2003, incluyendo a 27 Estados miembros de la UE y Turquía y la segunda EQLS fue en 2007/2008 y el análisis se extendió a 31 países, 27 Estados miembros de la UE, Croacia, antigua República Yugoslava de Macedonia, Turquía y Noruega.

El trabajo de campo para la tercera encuesta se desarrolló desde septiembre de 2011 hasta febrero de 2012, siendo publicado el informe general en noviembre de ese mismo año. Se llevó a cabo en 34 países, 27 Estados miembros y 7 países candidatos como son Croacia, Islandia, antigua República Yugoslava de Macedonia, Serbia, Turquía y Kosovo, en estos últimos el trabajo de campo fue de mayo a agosto de 2012. En España el trabajo de campo se prolongó desde el 26 de septiembre de 2011 hasta el 16 de diciembre de ese mismo año. Esta es la encuesta que nos interesa para nuestra investigación por ser la última de la que se tienen resultados y por haberse utilizado como instrumento para la recogida de información.

En septiembre de 2016 comenzó el trabajo de campo para la cuarta EQLS, que se va a realizar en 28 Estados miembros y en 5 países candidatos.

El cuestionario de 2011/2012 incluye preguntas de las encuestas anteriores, aproximadamente la mitad de las mismas, que son útiles para analizar las tendencias y también nuevas cuestiones relacionadas con áreas emergentes como pueden ser actitudes hacia los inmigrantes, participación social o conciliación entre el trabajo y la vida personal. El desarrollo del cuestionario es fruto de la colaboración con Eurofound, investigadores en la temática de calidad de vida, expertos en desarrollo de políticas, incluyendo en estos grupos representantes, por ejemplo, de la Comisión Europea o de la OCDE.

Para el cuestionario de 2011/2012, se realizó un pre-test del borrador en Bélgica (francés) y en el Reino Unido (inglés) para comprobar si el cuestionario era fácil de entender, revisar la secuencia de las preguntas y para ver la duración de la entrevista, es decir, para validarlo. El modelo de cuestionario final estuvo influenciado por los resultados del pre-test. Tras esta experiencia, se tradujo a los diferentes idiomas por traductores cualificados que hicieron varias traducciones hasta que la versión final fue validada por personal experto del Eurofund y expertos en encuestas nacionales. Finalmente se realizaron entrevistas piloto para comprobar que todos los elementos funcionaban en las diferentes lenguas. El cuestionario está disponible en 25 idiomas diferentes. En España se utilizaron las versiones en castellano y en catalán.

La muestra seleccionada a nivel europeo es representativa de la población adulta que vive en sus propios hogares durante el periodo del trabajo de campo en cada uno de los países. La muestra básica es polietápica, desglosada y aleatoria. Cada país se divide en apartados basándose en regiones y grados de urbanización. En cada una de ellos se extrae aleatoriamente una cantidad de unidades de muestreo primarias (PSU). A continuación, de cada PSU se extrae una muestra aleatoria de hogares. Para terminar, en cada hogar se elige para las entrevistas a la persona cuyo cumpleaños quede más próximo.

El tamaño de la muestra varía entre un mínimo de 1.000 entrevistas para los países más pequeños hasta un máximo de 3.000 de los mayores como Alemania. Los siete países de la UE con mayor población, que representan en conjunto a las tres cuartas partes de la población de la Unión, tienen un tamaño de muestra más elevado para ayudar a mejorar la precisión de las estimaciones tanto a nivel europeo como nacional. El tamaño total de la muestra para los 34 países fue de 43.636, 35.516 de países de la Unión Europea y 8.120 de países extra comunitarios.

El tipo de encuesta utilizada está basada en un cuestionario con entrevistas cara a cara en los domicilios de los entrevistados, en la lengua nacional del país donde la duración media fue de 38 minutos en la UE27 y de 39 minutos en el resto de países. Los datos en España se recogieron con ayuda de un ordenador, como en la mayoría de los países y solo unos pocos recopilaban los datos con bolígrafo y papel. Los entrevistadores tuvieron una carga de trabajo de entre 10 y 30 entrevistas, contaban con experiencia demostrable, aparte de materiales de apoyo y tuvieron formación específica.

Al tratarse de una encuesta que se realiza con regularidad, es posible rastrear las tendencias más importantes en la calidad de vida de las personas a lo largo del tiempo. La comparación con encuestas anteriores pone de manifiesto que, desde el inicio de la crisis económica, la gente tiene cada vez más problemas para llegar a fin de mes. En muchos países, se piensa además que existe una mayor tensión entre personas de grupos étnicos diferentes. Y en toda Europa se constata un menor grado de confianza en los representantes políticos. Con todo, la vida familiar y las relaciones personales siguen siendo las mayores fuentes de satisfacción.

De entre los diferentes instrumentos revisados para la realización del presente trabajo, nos ha interesado el EQLS 2012 porque está diseñado para la población en general y no para personas mayores en concreto por lo que los resultados nos posibilitan comparaciones más amplias. También nuestro interés reside en que mide tanto aspectos positivos como negativos relacionados con la calidad de vida y reproduce la multidimensionalidad del concepto de calidad de vida. Se ha buscado conocer el comportamiento del instrumento con una



muestra que no es la habitual. Por otra parte, incluye la Escala de Bienestar Mental WHO-5 de la Organización Mundial de la Salud, está respaldado por las instituciones europeas y está adaptado a la población española y debidamente validado.

Para la investigación aquí presentada se añadieron al cuestionario tres preguntas más que nos sirven como datos clasificatorios: lugar de residencia, curso de matriculación y, solo para los graduados, número de años de permanencia en el programa.

En un total de 66 cuestiones, la EQLS 2012 aborda las siguientes dimensiones:

- Bienestar subjetivo.
- Calidad de la sociedad.
- Empleo y equilibrio entre vida privada y vida laboral.
- Entorno familiar y local.
- Exclusión social y participación en la comunidad.
- Nivel de vida y privaciones.
- Servicios de salud y servicios públicos.
- Vida familiar y social.

Las escalas de respuestas son variadas, pues algunas de las preguntas son cerradas dicotómicas, es decir, dan sólo opción a dos respuestas: sí o no y, en su caso, no sé/no contesta; otras son cerradas politómicas o categorizadas pues presentan como respuestas una serie de alternativas entre las que el encuestado debe elegir una alternativa y finalmente, también hay preguntas numéricas en las que se solicita que la respuesta se exprese en forma de número (Murillo, 2010).

### **5.5.2 Cuestionario de Salud EQ-5D-5L EVA (2009) del EuroQol Group.**

Para poder acceder a datos más concretos sobre la CVRS se ha utilizado el Cuestionario de Salud EQ-5D-5L EVA (2009) del EuroQol Group. Es un instrumento genérico y estandarizado que se usa para describir y valorar la calidad de vida relacionada con la salud de un grupo o población y cuyo desarrollo ha sido posible gracias al apoyo de la Unión Europea. En nuestro país el cuestionario fue validado por Badia X. et al (1999) y cumple las propiedades de adaptación cultural, validez, fiabilidad y sensibilidad al cambio. Por otra parte, este instrumento también ha sido la herramienta que se ha utilizado para evaluar la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) en la Encuesta Nacional de Salud de España, en su última edición de 2011-2012.

Una primera versión del cuestionario, el EQ-5D-3L EVA, fue desarrollada en 1990 y en la misma, cada una de las 5 dimensiones presenta solamente tres niveles de respuesta. Para solucionar los efectos techo o el problema de la concentración de individuos en el estado sano que esta versión presentaba, se añadieron dos niveles más de respuesta. El nuevo EQ-5D-5L ha mostrado ser una extensión válida del EQ-5D-3L que mejora las propiedades de medición, reduciendo el efecto techo al tiempo que mejora el poder discriminatorio y se encuentra disponible en más de 110 idiomas (ENSE, 2014).

El instrumento en sí se compone de dos partes: por un lado, el cuestionario que se encarga de medir las limitaciones auto percibidas de la salud y por otro, la escala visual analógica (EVA), denominada VAS (Visual Analogue Scale) en inglés. El cuestionario traza el estado de salud del alumnado a través de 5 dimensiones (Herdman et al., 2011): movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor o malestar y ansiedad o depresión. Cada una de las cuales presenta 5 niveles de respuesta: sin problemas, con problemas leves, con problemas moderados, con problemas graves y con imposibilidad total. Con estos datos obtenemos un perfil descriptivo sencillo sobre la salud. Por otra parte, el alumnado también valora su estado de salud mediante la escala visual analógica (EVA) que es una especie de termómetro de 20 cm. que ofrece un valor para el estado de salud entre 100 (mejor estado de salud imaginable) y 0

(peor estado de salud imaginable). En este último caso, al ser una medida cuantitativa permite un análisis estadístico en el que se pueden comparar medias o medianas entre grupos.

A través del cuestionario también se puede calcular el Índice EQ-5D-5L (EQ-5D Index) que en España toma valores entre 1 (estado de salud 11111) y -0,654 (estado de salud 55555) (Goñi et al., 2015).

Respecto a sus propiedades psicométricas, la fiabilidad test-retest oscila entre 0,86 y 0,90 (Van Agt et al., 1994) y su validez y sensibilidad al cambio ha sido demostrada en numerosos estudios (Herdman et al, 2001).

Las ventajas de este cuestionario es que es muy corto y sencillo, sin embargo, comparado con otros instrumentos específicos, su sensibilidad es menor. En esta investigación partimos de que el alumnado no muestra problemas excesivamente graves de salud que, en cualquier caso, les impedirían la asistencia a las clases y es por ello que se ha optado por un instrumento de estas características.

Como desventaja podemos decir que en muestras de la población general se ha comprobado la existencia de un efecto techo relativamente importante pues una parte importante de estas poblaciones puntúan el máximo (11111) en la primera parte del instrumento (Herdman et al., 2001). Un estudio de la Universidad de Rotterdam de 1997 detectó en el servicio de atención primaria que, 1 de cada 3 pacientes, respondieron al EQ-5D que estaban en el estado de salud 11111.



## **CAPÍTULO 6: Encuesta Europea sobre la calidad de vida 2012 del Eurofound. Aplicación al alumnado del Programa Interuniversitario de la Experiencia de la Universidad de Burgos.**

### **6.1 Análisis descriptivo de los datos clasificatorios.**

#### **6.1.1 Introducción.**

Comenzaremos el análisis descriptivo por los datos clasificatorios. La muestra se compone por alumnado de las sedes de Burgos y Aranda de Duero que son las dos primeras ciudades de la provincia que acogieron el Programa Interuniversitario de la Experiencia de la Universidad de Burgos.

Burgos es la capital de provincia y donde la Universidad desarrolla la mayoría de sus enseñanzas en un amplio campus que cuenta con recursos propios. Por otra parte, Aranda de Duero es una ciudad pequeña situada a 80 km. al sur de la provincia, con alrededor de 33.000 habitantes y fue la primera sede rural del Programa Interuniversitario de la Experiencia de Castilla y León. En este último caso, se pone de manifiesto la relación necesaria entre la Universidad y las entidades locales y también las características diferenciadoras de lo urbano y lo rural tanto en recursos materiales o personales, como en el perfil sociodemográfico.

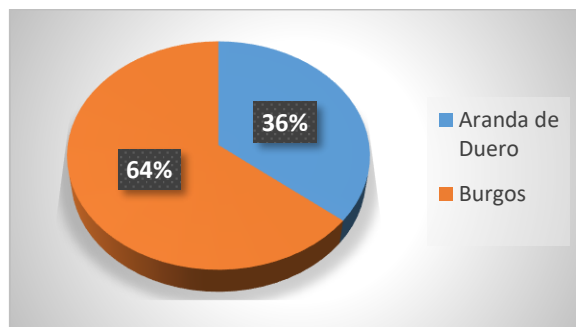
En el curso 2014/2015 la sede de Burgos contaba con 218 alumnos y la sede rural de Aranda de Duero con 120. La muestra de este estudio se compone de 213 alumnos de Burgos y por 119 de Aranda de Duero, es decir, un 97,71% del total de alumnos de Burgos y 99,17% del total de alumnos de Aranda de Duero.

Las siguientes líneas nos servirán como marco en el que encuadraremos nuestro estudio sobre calidad de vida y a través del que podremos, posteriormente, estudiar las diferentes correlaciones y establecer comparaciones.

### 6.1.2 Sede, sexo, edad y curso de matriculación.

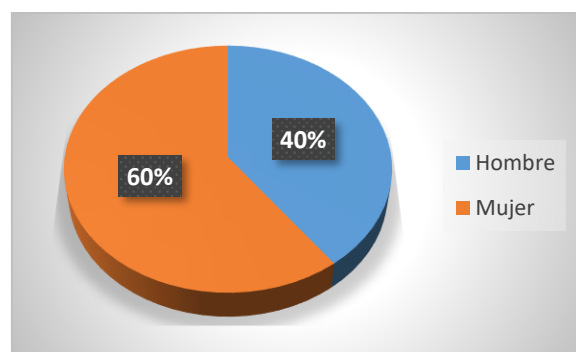
Como podemos observar en la Figura 25, del total de 332 cuestionarios cumplimentados por los alumnos, el 36% pertenece a la sede Aranda de Duero con un total de 119 y el 64% a la sede de Burgos, con 213.

Figura 25. Distribución del alumnado del PIE por sedes.



En relación al sexo, podemos afirmar que el alumnado del PIE de la Universidad de Burgos está bastante feminizado pues el 60% son mujeres y un 40% hombres (Figura 26). Los datos de la muestra no presentan diferencias significativas con respecto a los datos reales de matriculación al tener esta investigación únicamente seis individuos de diferencia con respecto a la muestra total.

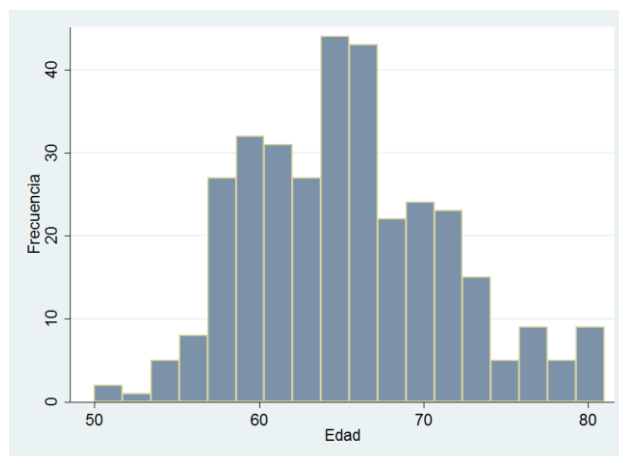
Figura 26. Distribución del alumnado del PIE por sexo.



En la siguiente figura se presentan los datos acerca de los tramos de edad en que se mueve el alumnado del Programa Interuniversitario de la Experiencia de la Universidad de Burgos. El 82,22% de los alumnos matriculados se encuentra entre los 57 y los 72 años y, dentro de estos, el 55,72% tiene entre 60 y 68. Únicamente un 2,71% tiene más de 80 años y solo un 2,4% 55 años o menos (Figura 27). Constatamos que los mayores universitarios son personas

que aún no han llegado a la denominada “cuarta edad” y que, dentro del colectivo de personas mayores, son jóvenes que apuestan por el envejecimiento activo.

Figura 27. Edad del alumnado del PIE.



Según datos del INE tomados del censo de población de 2016, la proporción de mujeres con respecto a los hombres en la ciudad de Burgos, es mayor en todos los grupos de edad, aumentando esta diferencia según nos vamos elevando en la pirámide poblacional. Así las cosas, en la investigación aquí presentada vemos que como los mayores del PIE se encuentran entre los 50 y los 81 años, para que la muestra de Burgos estuviera equilibrada con los datos de la población total, necesitaríamos que se matricularan un 6% más de hombres y un 6% menos de mujeres.

En el caso de la ciudad de Aranda de Duero, si bien vemos que los mayores de entre 50 y 81 años están prácticamente equilibrados al no existir nada más que un 2,96% de diferencia frente al 7,5% que hay en la ciudad de Burgos, en la muestra de la investigación vemos que los datos son prácticamente iguales en ambas sedes, presentando alrededor de un 39% de alumnos varones y un 61% de mujeres (Tabla 18). Podemos concluir que la demanda del Programa Interuniversitario de la Experiencia es mayoritaria por parte de las mujeres, siendo esta cerca de un 3% mayor en la sede de Aranda de Duero frente a la de Burgos.

Tabla 18. Porcentaje de población total, de población entre 50 y 81 años y de la muestra, por sexo en Burgos y Aranda de Duero.

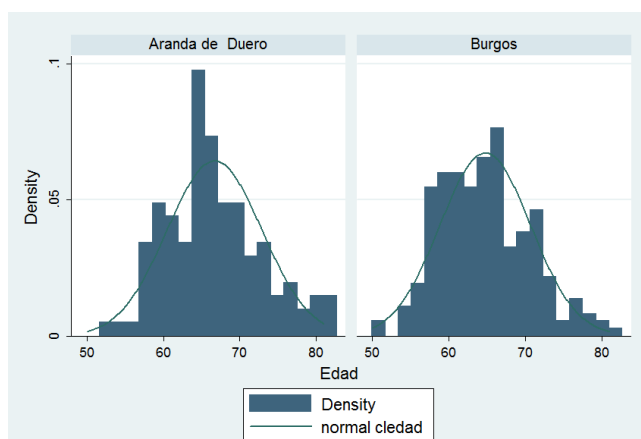
	POBLACIÓN TOTAL	HOMBRES	MUJERES		
BURGOS CAPITAL	176.608	84.097	92.511		
		(47,62%)	(52,38%)		
	POBLACIÓN TOTAL entre 50 y 81 años			MUESTRA DEL ESTUDIO	
	63.733	29.475	34.258	85	128
	(46,25%)	(53,75%)	(39,91%)	(60,09%)	
ARANDA DE DUERO	POBLACIÓN TOTAL				
	32.621	15.904	16.717		
		(48,75%)	(51,25%)		
	POBLACIÓN TOTAL entre 50 y 81 años			MUESTRA DEL ESTUDIO	
11.583	5.620	5.963	47	72	
	(48,52%)	(51,48%)	(39,5%)	(60,5%)	

Fuente: Elaboración propia a partir del Instituto Nacional de Estadística, a 1 de enero de 2016.

En la Figura 28 comprobamos que siendo 65,46 años la edad media del alumnado y teniendo esta una desviación típica de 6,09, los alumnos de la sede de Burgos son más jóvenes que los de la sede de Aranda. La media de edad del alumnado de Burgos se sitúa en los 64,76 y la media de edad del grupo de la sede de Aranda de Duero está en 66,71 años, siendo en torno a estas edades donde se concentra gran parte del alumnado. En la misma gráfica vemos que en ambas sedes la curva de frecuencia es simétrica.



Figura 28. Edad del alumnado del PIE por sede.



Categorizamos la edad del alumnado siguiendo los mismos criterios que utilizan por un lado en el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y el Instituto Nacional de Estadística (INE) y por el otro en el Eurofound, para poder realizar comparaciones con estudios desarrollados por estos organismos (Tabla 19).

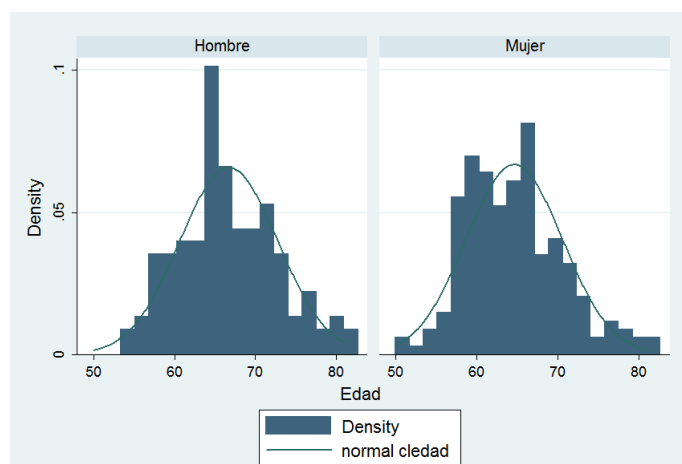
Tabla 19. Edad del alumnado del PIE categorizada, frecuencia y porcentaje.

<u>Ministerio e INE</u>	Frecuencia	Porcentaje	<u>Eurofound</u>	Frecuencia	Porcentaje
<b>Muy baja, 54 o menos</b>	4	1,2	De 50 a 64	152	45,78
<b>Baja de 55 a 64 años</b>	148	44,58			
<b>Media de 65 a 74 años</b>	152	45,74	65 o más	180	54,22
<b>Alta de 75 y más años</b>	28	8,78			

Fuente: Elaboración propia.

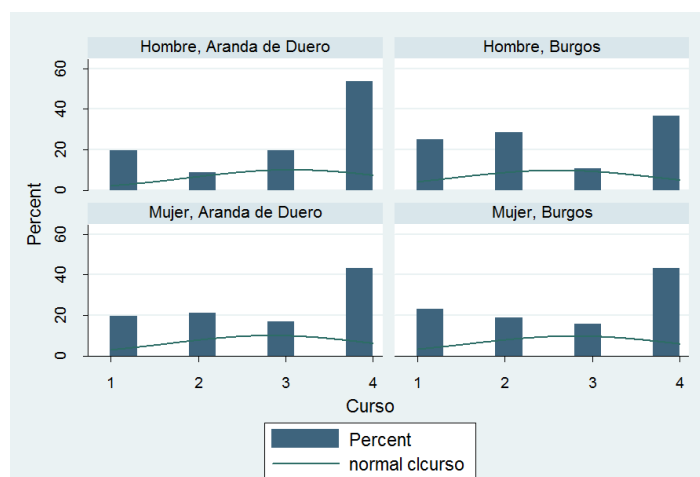
Nos parece relevante conocer cuál de los dos sexos presenta una media de edad mayor. A través del análisis hayamos, que la media de edad de las mujeres estudiantes del Programa Interuniversitario de la Experiencia se sitúa en 64,63 mientras que la de los hombres sube hasta los 66,71 años. En la Figura 29 vemos con claridad que a partir de los 70 años los hombres se matriculan con mayor frecuencia que sus compañeras de la misma edad. Con respecto a las mujeres, comprobamos que su matriculación hasta los 60 años es mayor que la de los hombres. En ambas sedes hay una distribución normal de los datos puesto que las curvas están bien formadas.

Figura 29. Edad del alumnado del PIE por sexo.



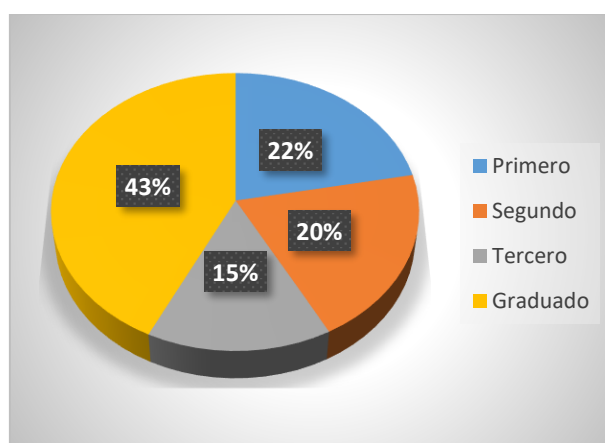
Un examen más completo nos lleva a analizar los diferentes cursos de matriculación por sexo y sede. En este estudio descubrimos que tanto hombres como mujeres y tanto en la sede de Burgos como en la de Aranda, los alumnos graduados (identificados en la Figura 30 como 4) son mayoría. Podemos afirmar que en la sede de Aranda los hombres graduados son más del 50% del total de la muestra de hombres en esa sede y las mujeres se quedan por encima del 40%. En la sede de Burgos, la situación es la contraria pues son las mujeres las que sobrepasan el 40% y los hombres no llegan a alcanzarlo. En primer curso las cifras de hombres y mujeres están bastante equilibradas en ambas sedes. En el tercer curso destacamos que en Burgos hay unos puntos porcentuales de diferencia entre hombres y mujeres siendo estas últimas las más numerosas y vemos que en Aranda ocurre lo contrario, pues los hombres de tercero representan el 20% de la muestra total de hombres de Aranda mientras que las mujeres se encuentran ligeramente por debajo de esa cifra. En el caso de segundo vemos que hay bastante diferencia tanto entre sexos como entre sedes. En Burgos hay prácticamente diez puntos porcentuales de diferencia entre mujeres y hombres, siendo estos últimos los más numerosos. Por otro lado, en la sede de Aranda los hombres se quedan cerca de llegar al 10% mientras que las mujeres sobrepasan el 20%. Nos encontramos con la misma situación de desequilibrio en ambas sedes, pero con diferentes sexos como protagonistas.

Figura 30. Curso de matriculación del alumnado del PIE por sexo y sede.



El análisis del número de alumnos por curso, nos lleva a comprobar claramente como la mayoría son alumnos graduados, seguidos por el alumnado de primero, segundo y, en último lugar, el grupo de tercero (Figura 31). La mayor incidencia de los alumnos graduados se debe a la posibilidad que tienen todos los alumnos de seguir vinculados al Programa a través de la figura del graduado una vez que terminan los tres primeros cursos del PIE. La razón por la cual el alumnado de primero es el más numeroso de los tres primeros cursos es porque cuando comenzó a desarrollarse el PIE en estas sedes, el primer grupo de alumnos estaba compuesto por unos 35 alumnos y cuando estos se graduaron, teniendo en cuenta que en los tres primeros cursos puede haber únicamente un total de 65 alumnos matriculados, dejaron espacio para 35 alumnos nuevos. Este fenómeno, que se produce cada 3 años, ha coincidido con el comienzo del curso 2014-2015.

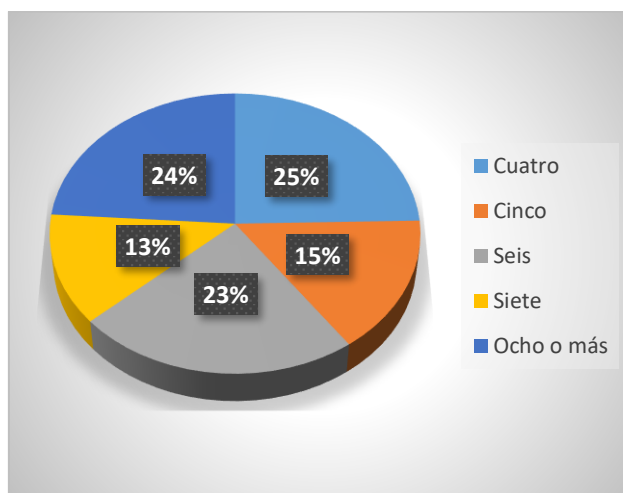
Figura 31. Distribución del alumnado del PIE por cursos.



Nos interesa conocer cuántos años lleva el alumnado del PIE vinculado con el Programa pues es un dato que nos puede ofrecer información muy valiosa a la hora de determinar si aquellos que han estado matriculados más tiempo perciben que tienen una mejor calidad de vida que sus compañeros que comenzaron unos años más tarde.

De un total de 142 alumnos graduados, un 24% lleva matriculado ocho o más años, es decir, un total de 34 personas. El alumnado vinculado siete cursos al Programa es de un 13%, con un total de 18 personas en esta situación. Finalmente, un 23% lleva matriculándose en el PIE seis cursos, un 15% cinco y finalmente, un 24% cuatro cursos (Figura 32). No podemos establecer un patrón que nos permita afirmar que los recién graduados están más vinculados al Programa pues vemos que un 60% sigue apostando por un envejecimiento activo a través de la formación universitaria cuando ya han pasado seis cursos desde su graduación.

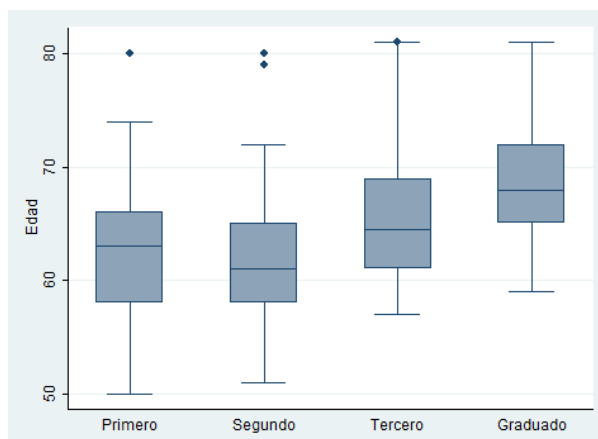
Figura 32. Años totales de permanencia en el PIE de los alumnos graduados.



Cuando analizamos mediante un diagrama de cajas (Figura 33) la distribución del alumnado total por cursos resaltamos que en todos los cursos la media y la mediana son muy similares por lo que estamos en condiciones de afirmar que se están manejando datos simétricos. En el caso de primero, la mediana se sitúa en 63 años y la media en 62,77, estando el 50% de la muestra entre 58 y 66 años y no habiendo más que un valor atípico. En segundo curso, la media es de 62,06 y la mediana de 61 años, el valor 58 representa el primer cuartil (25%) y el 65 el tercer cuartil (75%), solo hay un par de valores atípicos

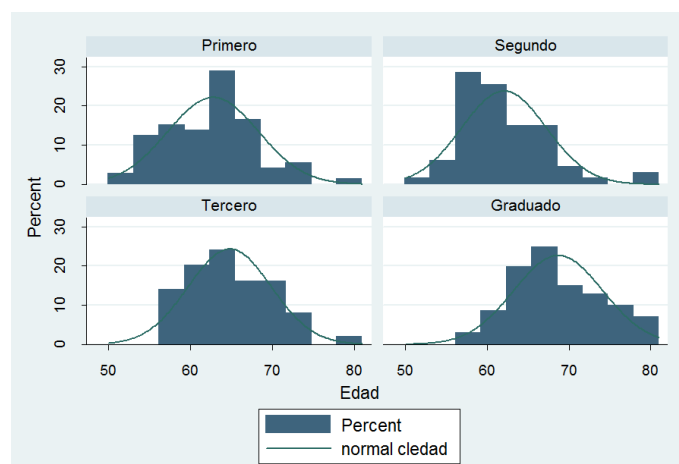
que se sitúan en torno a los 80 años. En tercer curso, el 50% de la muestra se encuentra entre los 61 y los 69 años, siendo la media de 64,8 años y la mediana de 64,5. Podemos destacar que el valor 61 es el del primer cuartil, 69 el del tercero y vemos como uno de los brazos del diagrama se eleva hasta alcanzar el valor 81 con lo que nos confirma que el alumnado de tercero es más mayor que el de primero y segundo. Finalmente, los graduados tienen una media de edad de 68,68 años, una mediana de 68 y el 50% de la muestra se encuentra entre los 65 y los 72 años. La diferencia entre el curso con alumnado más joven que es segundo con respecto al grupo de alumnos más envejecido, el de graduados, es de 6,62 años. La desviación estándar en los diferentes cursos oscila entre los 5,58 años de primero y los 5,08 de tercero, es decir, no hay un gran grado de dispersión de los datos de los diferentes cursos con respecto al valor promedio.

Figura 33. Distribución de edad por curso del alumnado del PIE (1).



En la Figura 34 podemos ver con mayor claridad el hecho de que los alumnos de segundo son los más jóvenes, seguidos por los de primero que presentan un pico importante alrededor de los 65 años. Entre los alumnos de tercero no hay ninguno menor de 56 años y entre los graduados confirmamos que hay un buen grupo de entre 70 y 81 años. La gráfica de los graduados presenta una curva de asimetría negativa, mientras que las de los alumnos de primero y segundo están ligeramente sesgadas a la derecha indicándonos mayor juventud de la muestra. La curva de tercero por su parte, presenta una curtosis de carácter positivo.

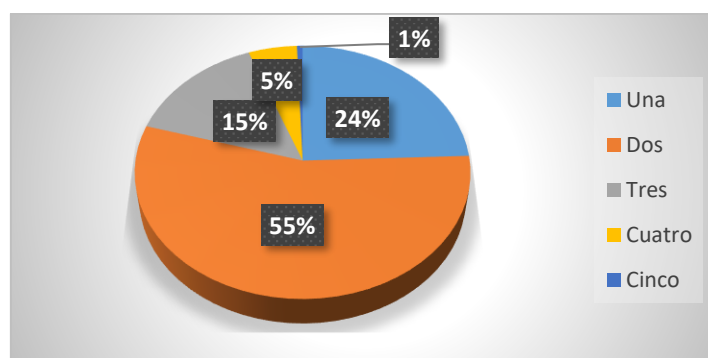
Figura 34. Distribución de edad por curso del alumnado del PIE (2).



### 6.1.3 Estado civil, número de hijos, situación de convivencia y nacionalidad.

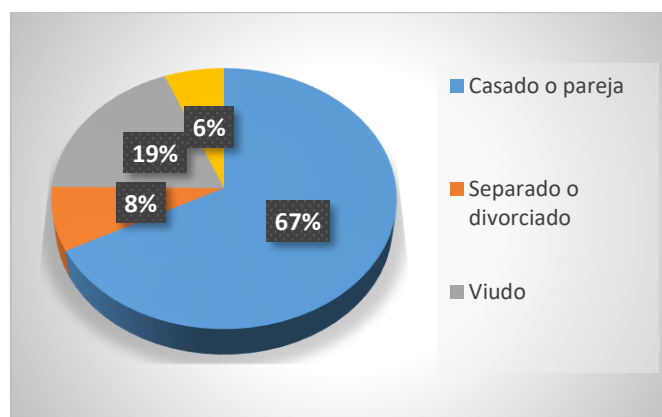
Un 24% de los mayores que cursan estudios universitarios en la UBU afirma que vive solo, un 55% declara que vive con otra persona, solo un 15% convive con otras dos personas más, un 5% del alumnado tiene un hogar formado por 4 personas y únicamente 3 personas viven con otros 4 individuos (Figura 35). Estudiaremos más adelante, si el hecho de vivir solo influye, por ejemplo, en la percepción de la salud.

Figura 35. Número total de personas que viven en el hogar del alumnado del PIE.



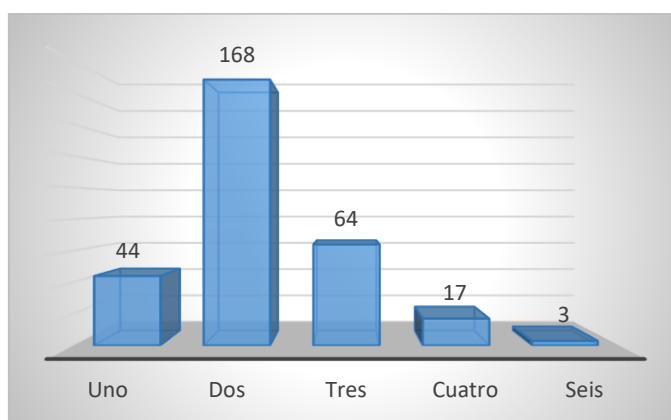
En relación al estado civil se comprueba que la mayoría, un 67%, de los mayores están casados o tienen pareja, seguidos del 19% que se encuentra viudo, del 8% que está separado o divorciado y tenemos un 6% que afirma no haberse casado nunca ni haber convivido en pareja (Figura 36).

Figura 36. Estado civil del alumnado del PIE.



Con respecto al número de hijos, constatamos que el 56,76% de los alumnos tiene dos hijos, seguido por el 21,62% que tiene tres hijos, el 14,86% tiene un hijo, un 5,74% tiene un total de cuatro hijos y únicamente el 1,01% tiene seis hijos. Son 36 los mayores que afirman no tener hijos, es decir el 10,84% del total de la muestra (Figura 37).

Figura 37. Número de hijos del alumnado del PIE en las sedes de Burgos y Aranda de Duero.



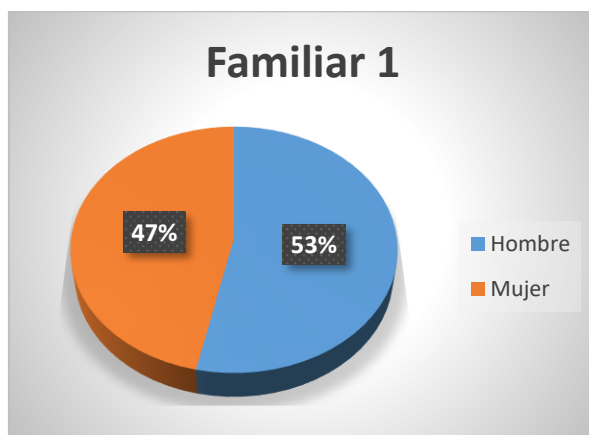
Llegados a este punto, analicemos la relación existente entre estado civil, número de hijos y personas que conviven en el hogar. El alumnado que expresa estar casado y tener entre uno y cuatro hijos muestra unos resultados en los que más del 50% de las personas conviven solamente con otra persona formando así un hogar de 2 miembros. La muestra total de los casados que tienen 6 hijos viven en un hogar de 3 miembros. Vemos que quienes están casados o tienen pareja y tienen mayor número de hijos, presentan mayor probabilidad de convivir con más de una persona en el hogar. Los resultados de la muestra de los separados o divorciados nos informan de que, en este grupo, la mayoría vive

solo y son únicamente aquellos que tienen 3 hijos, los que viven en su totalidad con otra persona. Finalmente, los viudos/as exponen también que viven solos, menos aquellos que han dicho que tienen 6 hijos, en cuyo caso residen con otra persona más.

Profundicemos a continuación en el análisis de la situación de convivencia del alumnado, conociendo con qué familiares viven aquellos que no viven solos. Esta parte del cuestionario debía ser cumplimentada comenzando con el miembro del hogar más mayor, por lo que los familiares número 1 serán más mayores que los familiares número 2 y así sucesivamente.

Nos encontramos con que hay 251 alumnos de 332, es decir un 75,6%, que viven con al menos un familiar. Del total, un 53% de los alumnos afirman que ese familiar, que es el mayor de todos con los que convive y que no significa que sea mayor que el propio alumno/a, es de sexo masculino frente a un 47% que afirma convivir con una mujer (Figura 38).

Figura 38. Sexo del miembro más mayor del hogar del alumnado del PIE.



Si analizamos la edad de este familiar 1, según la Tabla 20, comprobamos que el rango que abarca es muy amplio situándose entre los 21 y los 94 años. Si la edad media es de unos 65 años y la desviación típica es de 11 años, estamos en condiciones de afirmar que la mayoría de los familiares más mayores de nuestros alumnos son personas mayores de entre 54 y 76 años. Los percentiles nos informan de que solo el 10% es menor de 54 años y que otro 10% sería mayor de 75 años.

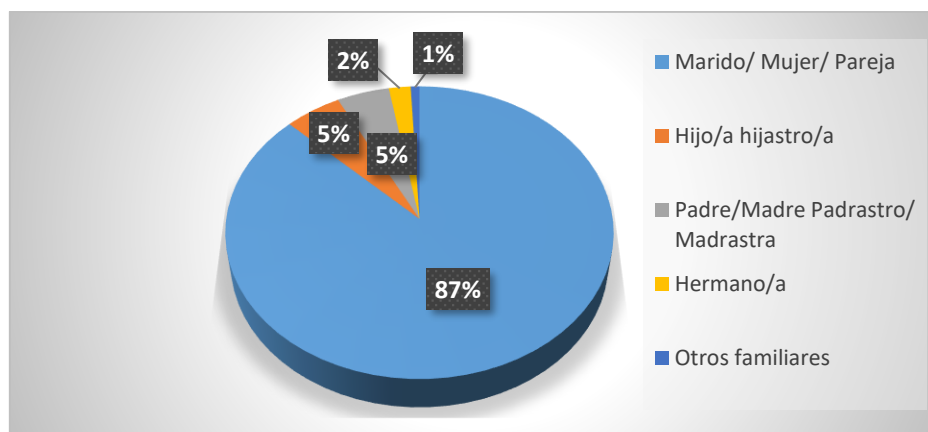


Tabla 20. Edad del miembro más mayor del hogar del alumnado del PIE.

Rango	De 21 a 94				
Media	64,32				
Desviación estándar	11,09				
Percentiles	10%	25%	50%	75%	90%
	54	60	65	70	75

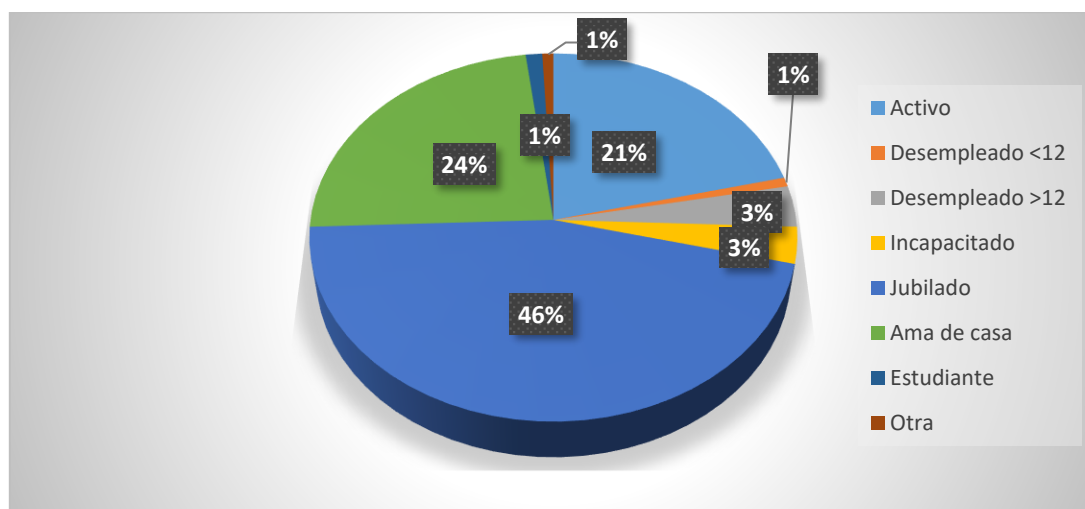
Como hemos afirmado que la media de edad de este familiar es alta, vamos a ver cuál es la relación del alumnado con ese miembro de su familia (Figura 39). En un 87% de los casos, es la pareja, marido o mujer y a gran distancia con únicamente un 5% se encuentran las opciones de padre o madre y de hijo/a. Solo un 2% serían hermanos.

Figura 39. Relación familiar con el miembro más mayor del hogar.



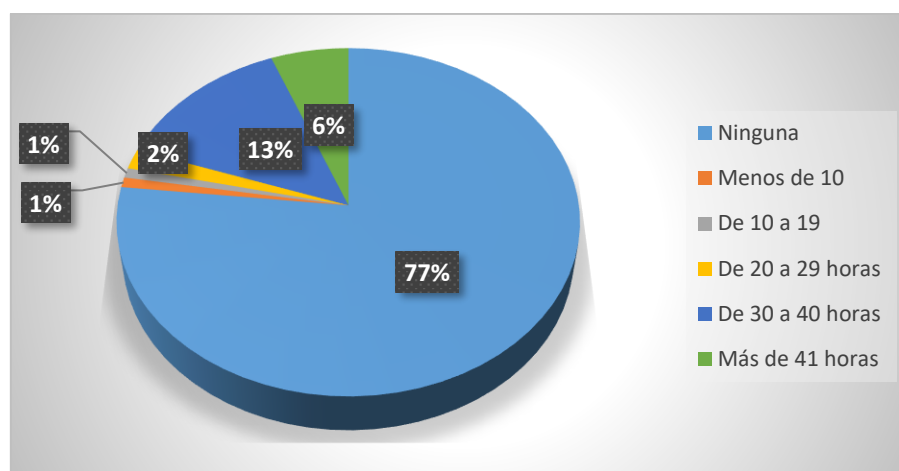
Cuestionados por la situación laboral de ese miembro de la familia, las respuestas son múltiples y variadas como podemos observar en la Figura 40. Un 46% de los alumnos, es decir, la mayoría afirma que esa persona está jubilada, un 24% expone que es ama de casa y un 21% ha seleccionado la opción “activo”. Solo un 3% estaría incapacitado para trabajar por enfermedad crónica o invalidez y otro 3% llevaría más de 12 meses en situación de desempleo.

Figura 40. Situación laboral del miembro más mayor del hogar.



Del total de alumnos que afirman convivir con al menos, un familiar, 219 personas, es decir un 87,25%, exponen que esta persona es su pareja. Preguntados sobre las horas de trabajo de la pareja, un 77% afirma que su pareja no trabaja, un 13% expone que su marido, mujer o compañero/a trabaja entre 30 y 40 horas a la semana y un 6% expone que esta persona trabaja más de la jornada completa que se sitúa en 40 horas (Figura 41).

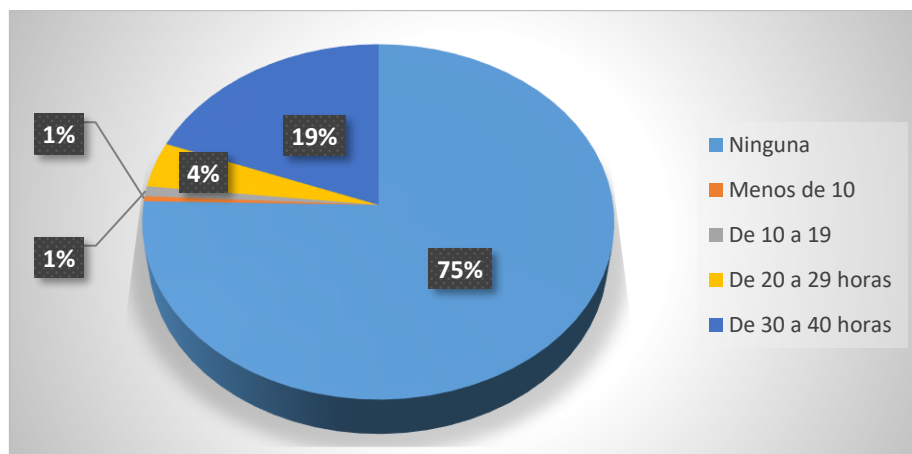
Figura 41. Horas de trabajo del miembro más mayor del hogar cuando es el marido/mujer.



Si comparamos los datos anteriormente expuestos con los de la Figura 42 encontramos que prácticamente hay el mismo porcentaje de alumnos que desearía que su pareja no trabajase ninguna hora que de alumnos cuyas parejas efectivamente no trabajan ninguna hora, alrededor del 75%. Por otra parte, un 19% de los alumnos considera que le gustaría que su pareja trabajase entre 30

y 40 horas, lo que podemos entender como que nadie desea que su pareja trabaje más de 40 horas, que es una circunstancia que está viviendo algún alumno con su pareja en la actualidad. Únicamente un pequeño porcentaje desea que su pareja trabaje o media jornada o unas horas más sin llegar a la jornada completa.

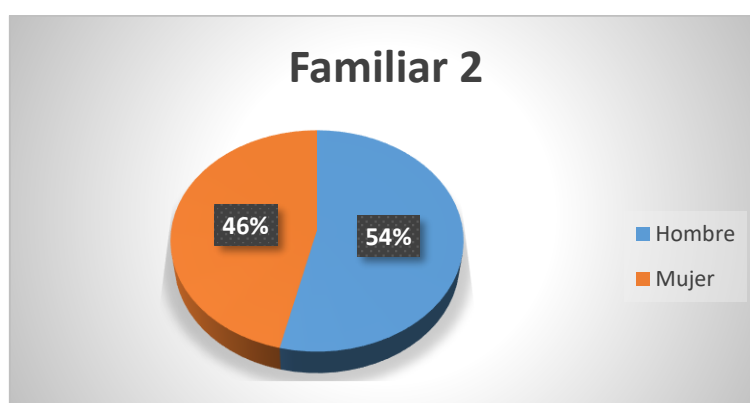
Figura 42. Horas de trabajo deseadas para el miembro más mayor del hogar cuando es el marido/mujer.



En las siguientes líneas analizaremos las características del segundo familiar con el que conviven los alumnos. En este caso, disminuye considerablemente el porcentaje de alumnos que conviven con, al menos otras dos personas, situándose en el 20,18%.

Vemos que también este segundo familiar es mayoritariamente de sexo masculino, con un 54% sobre un 46% de mujeres tal y como se muestra en la Figura 43.

Figura 43. Sexo del segundo miembro más mayor del hogar del alumnado del PIE.



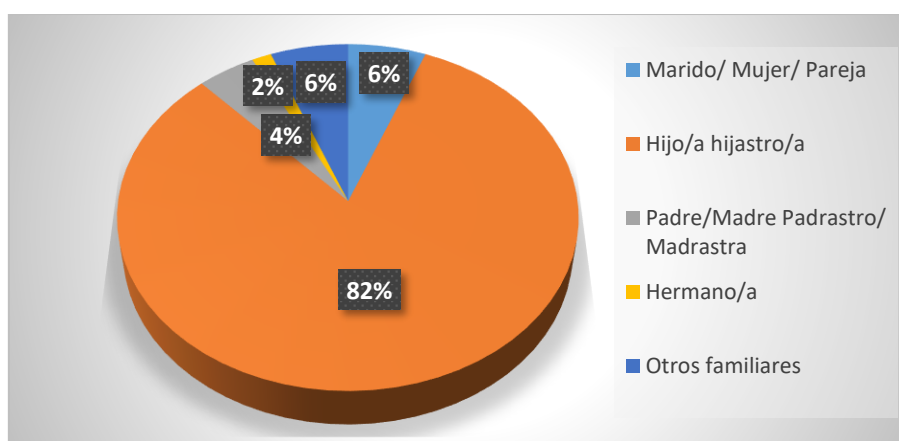
En relación con la edad y comparándola con la del miembro más mayor, vemos que la media ha disminuido considerablemente hasta situarse en los 34,22 años y estando en un rango de entre los 12 y los 92 años. El análisis de los percentiles en la Tabla 21 nos descubre que el 75% de estos familiares tiene 36 años o menos lo que nos lleva a pensar que puede tratarse de hijos.

Tabla 21. Edad del segundo miembro más mayor del hogar del alumnado del PIE.

Rango	De 12 a 92				
Media	34,22				
Desviación estándar	15,35				
Percentiles	10%	25%	50%	75%	90%
	21	25	30	36	63

Efectivamente, como intuíamos a través de los datos de la figura anterior, el 82% de los familiares que suponen el tercer miembro del hogar son hijos/as, seguidos por el 6% de otros familiares (tíos, suegros, cuñados) y de maridos o mujeres (Figura 44). Este último dato nos hace pensar que ese 6% podría vivir con padres u otros familiares muy mayores, más que sus parejas. Finalmente, un 4% reside con su padre o madre y solamente un 2% con algún hermano.

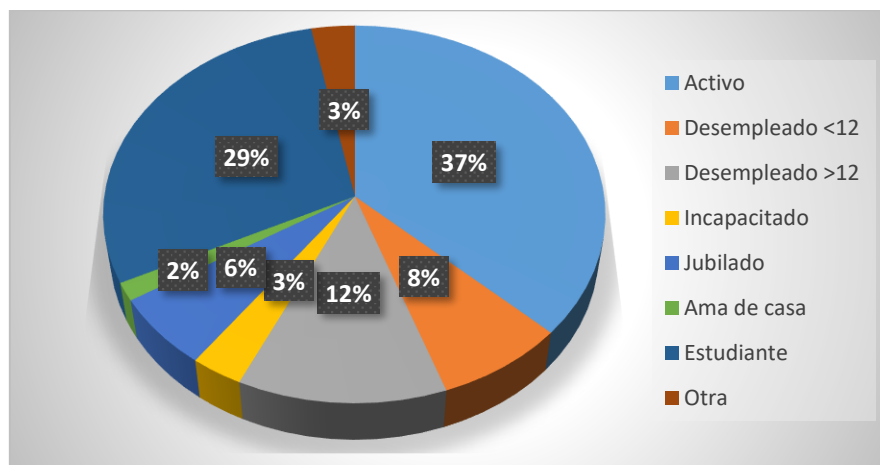
Figura 44. Relación familiar con el segundo miembro más mayor del hogar.



Preguntados por la situación laboral de este miembro de la familia, el 37% expone que está activo, el 29% que son estudiantes y el 12% que son desempleados de larga duración, tal y como se refleja en la Figura 45. Quienes llevan en situación de desempleo menos de 12 meses representan el 8% del

total y los jubilados el 6%. La situación de paro podría ser una de las causas por las que existe esa convivencia entre padres e hijos.

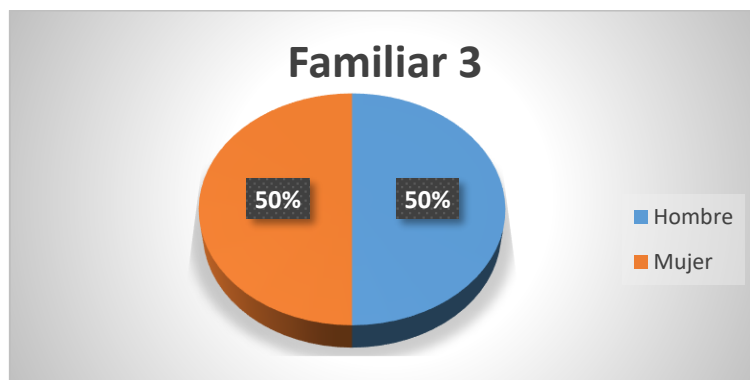
Figura 45. Situación laboral del segundo miembro más mayor del hogar.



De los cuatro alumnos que han afirmado que su segundo familiar más mayor es su pareja, únicamente uno de los individuos ha expuesto que trabaja 40 horas a la semana mientras que los otros 3 no han contestado a la pregunta. Con respecto a la preferencia de horas de trabajo a la semana de la pareja, 2 afirman que les gustaría que trabajasen a jornada completa y otros 2 no han respondido.

Las siguientes figuras muestran la información sobre el familiar 3, que estaría integrado en una unidad familiar de, mínimo, 4 personas. Del total de 332 alumnos que han cumplimentado el cuestionario, solo 20 (4,22%) comparte vivienda con al menos otras 3 personas más. Dentro de estas 20 personas, en la Figura 46, vemos que son hombres y mujeres al 50%.

Figura 46. Sexo del tercer miembro más mayor del hogar del alumnado del PIE.



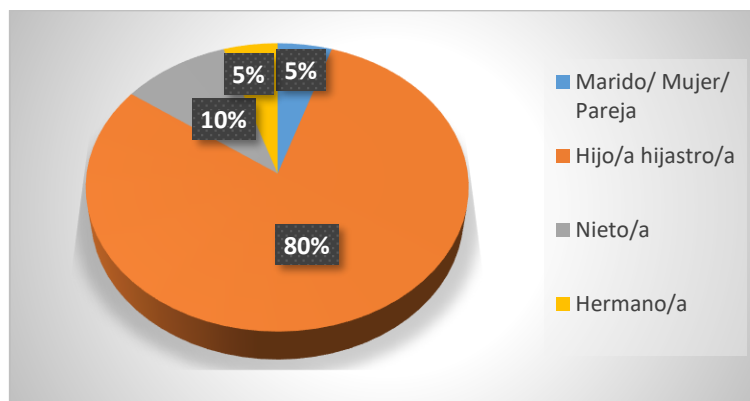
La edad media que presentan es lógicamente menor que la del familiar anterior puesto que se les requirió que lo rellenasen por orden de mayor a menor. Esta edad se sitúa en los 27,53 años y el rango en el que oscila está entre los 2 y los 61 años. Si ponemos atención a los percentiles recogido en la Tabla 22, comprobamos que el 75% de la muestra tiene 31 años o menos.

Tabla 22. Edad del tercer miembro más mayor del hogar del alumnado del PIE.

Rango	De 2 a 61				
Media	27,53				
Desviación estándar	13,88				
Percentiles	10%	25%	50%	75%	90%
	5	22	27	31	55

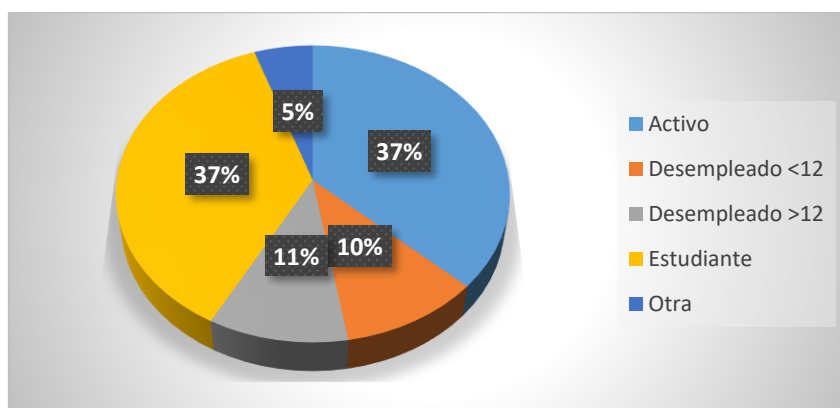
La relación familiar del alumnado con este tercer miembro del hogar es en un 80% una relación paterno-filial, seguida de un 10% que afirma vivir con un nieto y finalmente, un 5% expone que este familiar es un hermano/a o la pareja (Figura 47).

Figura 47. Relación familiar con el tercer miembro más mayor del hogar.



Para concluir con el familiar número 3, se les preguntó la situación laboral del mismo y encontramos que hay un 37% tanto de activos como de estudiantes, un 11% de desempleados de larga duración y un 10% de desempleados de corta duración (Figura 48). Comprobamos a través de estos datos los efectos de la crisis económica en los más jóvenes que se traducen en altas tasas de desempleo.

Figura 48. Situación laboral del tercer miembro más mayor del hogar.



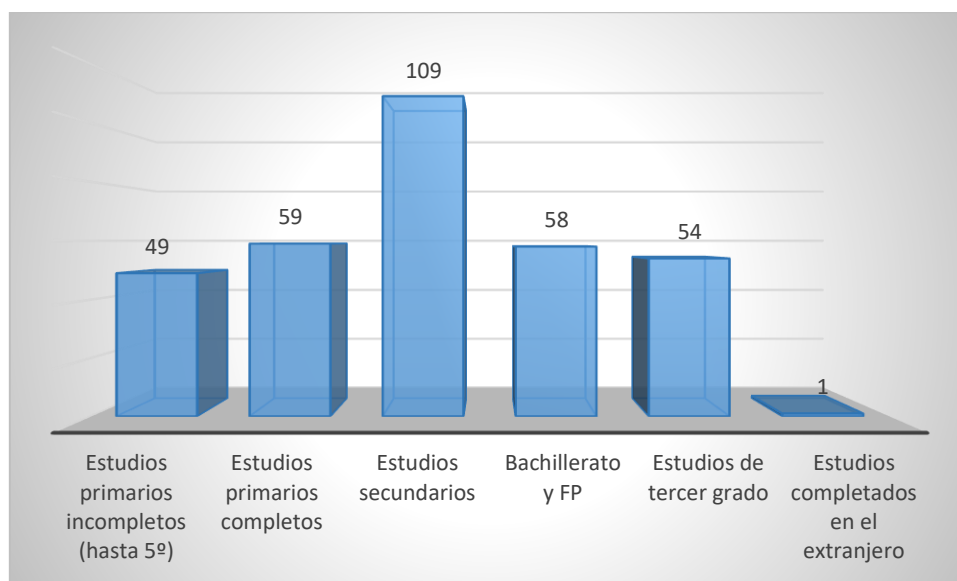
No nos podemos olvidar de los 3 alumnos (0,90% del total de la muestra) que afirman vivir en un hogar con otras 4 personas. Esa cuarta persona en todos los casos se trata de un hombre con una edad comprendida entre los 20 y los 26 años y que es hijo del mayor universitario. No disponemos de información relativa a su situación laboral.

Para concluir con este apartado nos detendremos en la nacionalidad. Vemos que prácticamente todos los matriculados en el PIE de la Universidad de Burgos son españoles salvo un alumno que es ciudadano de otro país miembro de la UE y dos que son nacionales de países extracomunitarios. Comprobamos que el fenómeno de la inmigración aún no ha penetrado en las aulas de mayores.

#### **6.1.4 Estudios cursados, situación laboral (empleo) y zona de residencia.**

En el PIE de la Universidad de Burgos comparten aulas personas mayores que no han terminado los estudios primarios (14,76%) con aquellos que cursaron y completaron estudios de tercer ciclo (16,27%). Los mayores con estudios primarios son el 17,77% y la mayoría de los alumnos tiene estudios secundarios que incluyen tanto el antiguo bachillerato con la formación profesional básica. Aquellos que tienen el equivalente al bachillerato actual, COU, formación profesional de segundo ciclo o similar son el 17,47% (Figura 49).

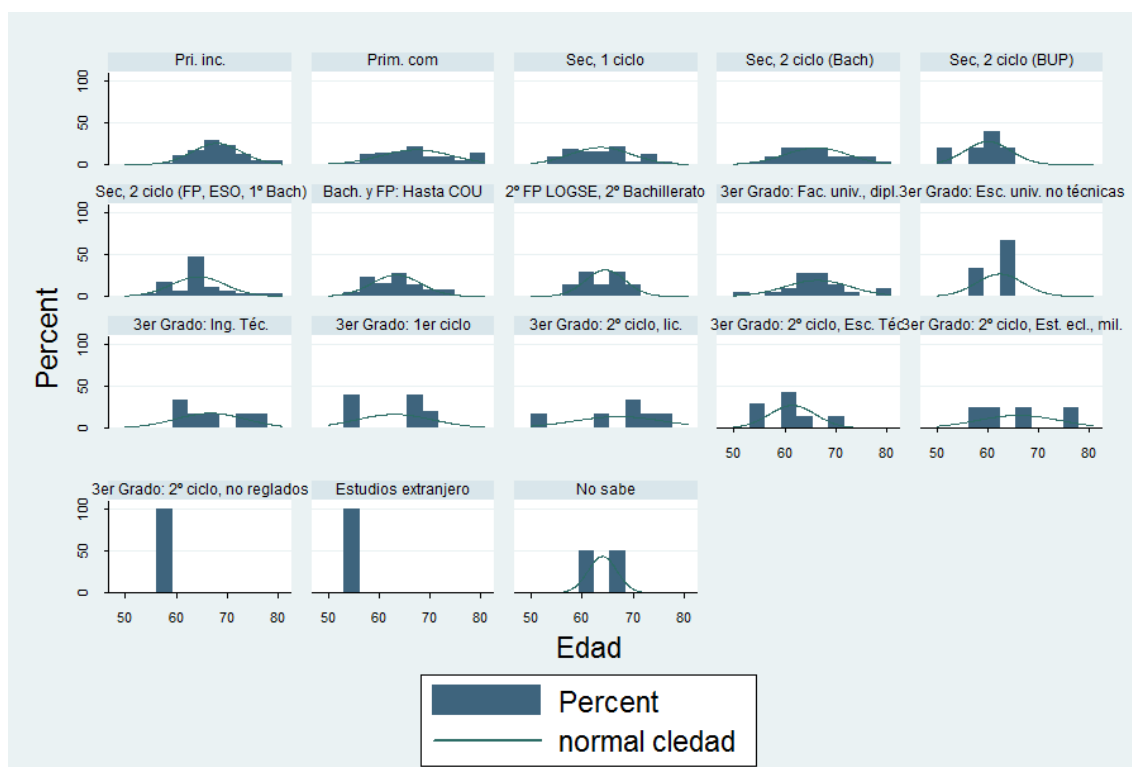
Figura 49. Estudios máximos completados por el alumnado del PIE.



Tal y como se expone en la Figura 50, la edad no parece una variable que influya decisivamente en tener o no estudios de nivel superior. Si nos fijamos en los estudios de tercer grado, prácticamente todas las curvas son simétricas y no hay grandes diferencias entre ellas, si bien en alguna observamos un ligero sesgo a la izquierda a favor de los más jóvenes. En el resto de los estudios tampoco se aprecian disimilitudes entre las diferentes edades, siendo únicamente los mayores de hasta 65 años los que expresan que han terminado estudios de secundaria tipo BUP.

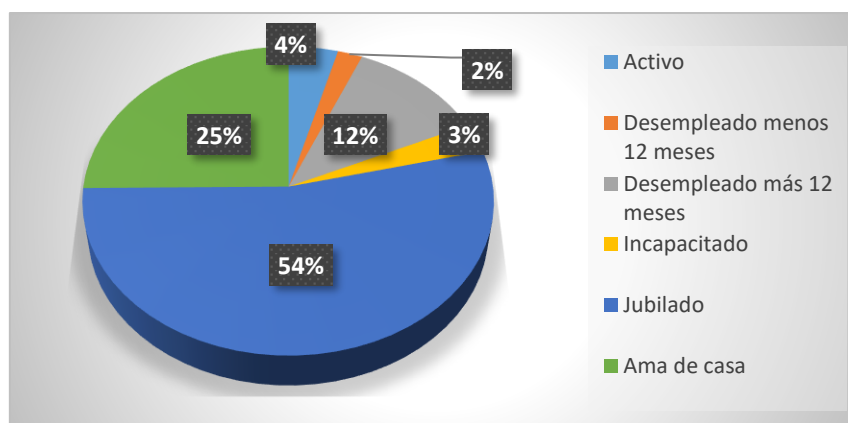


Figura 50. Estudios completados por edad por el alumnado del PIE.



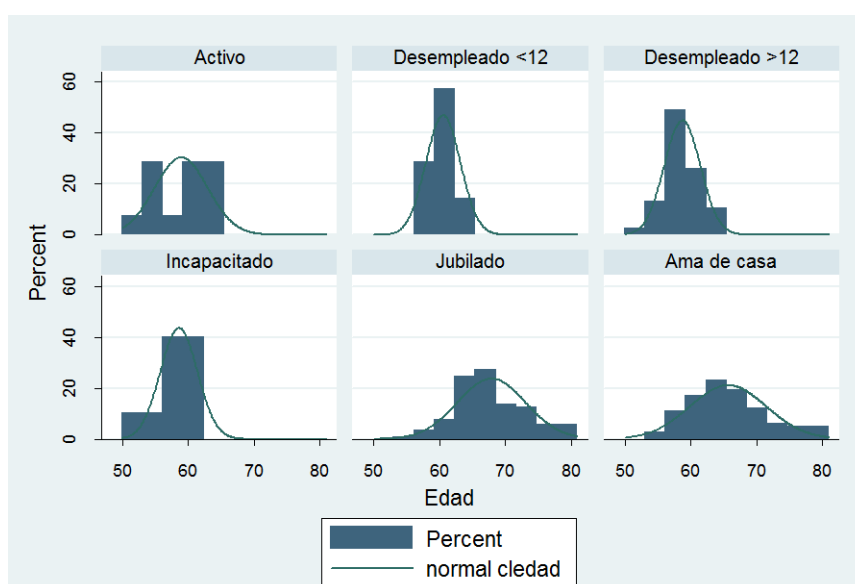
Con relación a la situación laboral, la mayoría de los alumnos afirma estar jubilados (54%), seguidos de un 25% que son amas de casa y de un 12% que afirma llevar en situación de desempleo más de un año. Únicamente un 4% afirma trabajar en el momento en que cumplimentó el cuestionario (octubre 2014), un 3% expone estar incapacitado para trabajar debido a una enfermedad crónica o invalidez y un escaso 2% está desempleado desde hace menos de 12 meses (Figura 51).

Figura 51. Situación laboral actual del alumnado del PIE.



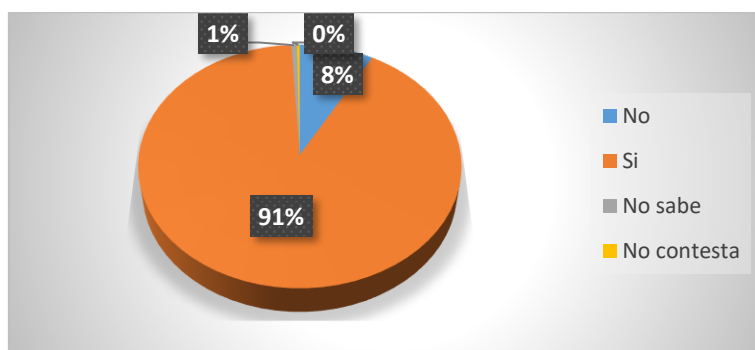
Nos ha parecido interesante porque puede ofrecernos una información valiosa el hecho de analizar la situación laboral en función de la edad. En la Figura 52 observamos claramente como las curvas de frecuencia de los activos, de los desempleados y de los incapacitados tienen un sesgo positivo, el cual está mucho más marcado en el caso de los activos, lo que quiere decir que esas circunstancias laborales están más presentes en los alumnos jóvenes de hasta 65 años. Por otra parte, el sesgo es ligeramente negativo en los jubilados y las amas de casa, lo que nos indica que esas son las situaciones más frecuentes entre los individuos más mayores. La muestra también tiene individuos que se encuentran prejubilados.

Figura 52. Situación laboral actual por edad del alumnado del PIE.



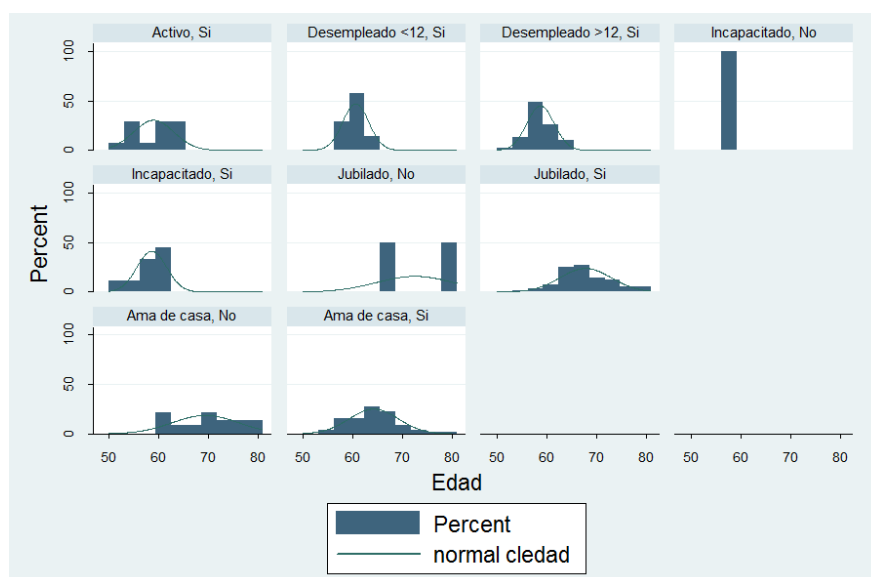
La gran mayoría de los alumnos, un 91%, ha desempeñado a lo largo de su vida laboral un empleo remunerado mientras que un 8% afirma no haber trabajado nunca (Figura 53). De esta información podemos concluir que, a pesar de tener mayoría de alumnado femenino, gran parte de estas mujeres ha tenido en algún momento un trabajo remunerado.

Figura 53. Información sobre trabajo remunerado del alumnado del PIE.



El dato relevante de la Figura 54 es que hay un grupo de amas de casa mayores de 60 años que nunca ha tenido un trabajo remunerado y vemos que la curva de frecuencia y su sesgo negativo nos indica que es un hecho que se intensifica a medida que aumenta la edad. Hemos comprobado que todos los hombres menos un individuo han tenido un trabajo remunerado mientras que este hecho no se ha dado de manera tan frecuente entre las mujeres y aunque si bien la mayoría de ellas ha tenido un empleo, hay un buen número que afirma que ese no ha sido su caso.

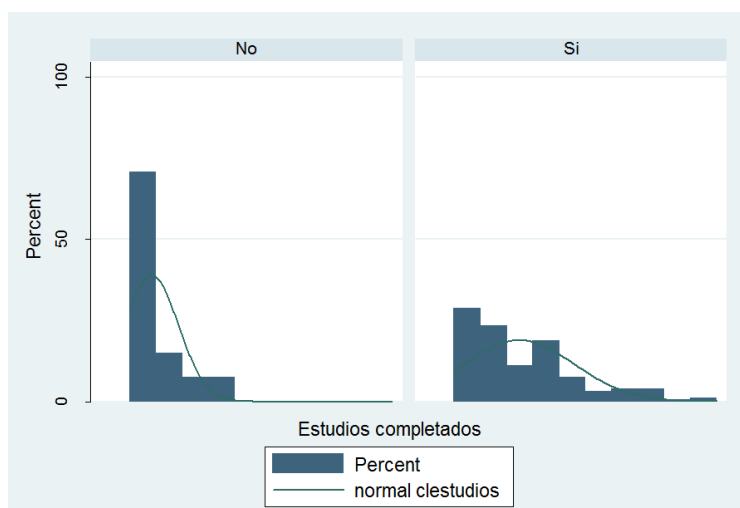
Figura 54. Situación laboral y trabajo remunerado por edad del alumnado del PIE.



Por otra parte, hemos querido comprobar si el hecho de haber conseguido completar estudios de un nivel mayor ha tenido influencia en el desempeño o no de un trabajo remunerado. En la Figura 55 se muestran los resultados obtenidos y vemos como, efectivamente, aquellos estudiantes con estudios primarios

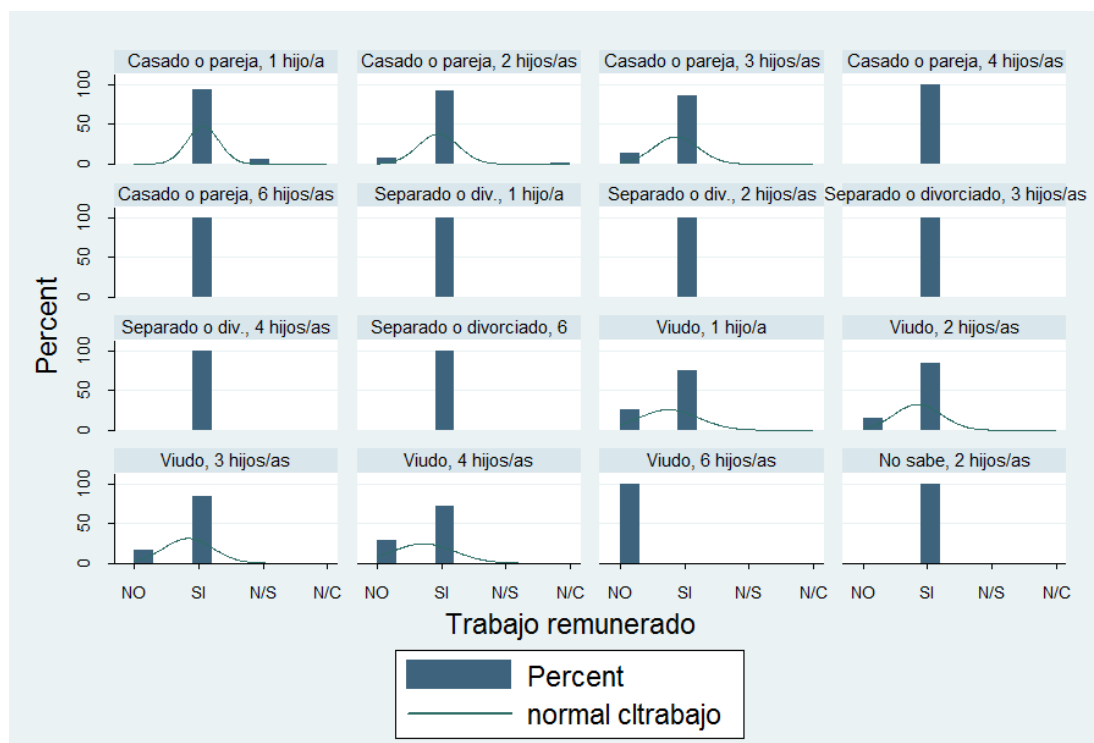
incompletos han desempeñado un trabajo con menor frecuencia que los que se graduaron en estudios superiores. De hecho, todos los que estudiaron más allá de la secundaria de segundo ciclo han trabajado en algún momento de su vida.

Figura 55. Trabajo remunerado por estudios completados del alumnado del PIE.



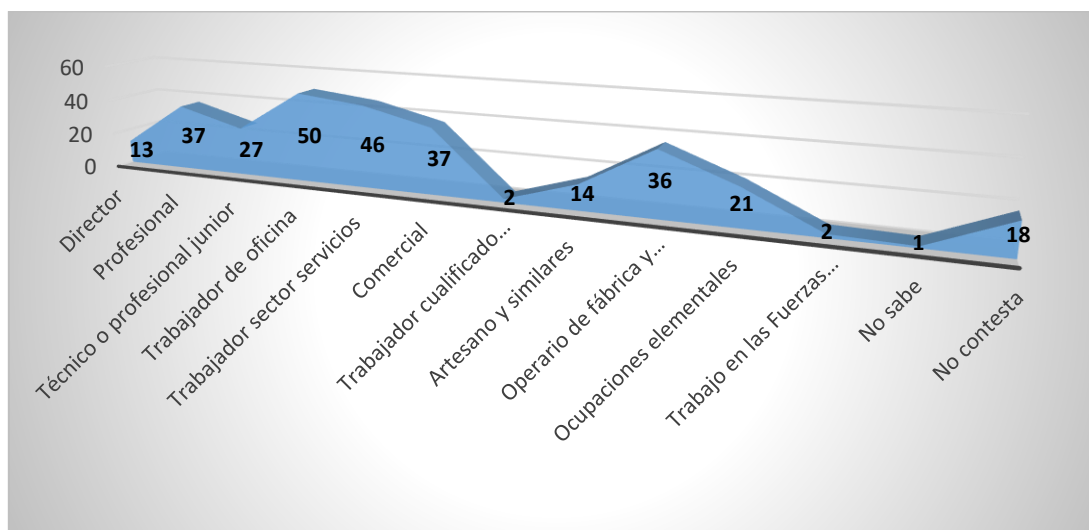
Las próximas líneas están dedicadas a averiguar si el estado civil del alumnado y/o el número de hijos ha influido en que tuviesen o no un trabajo remunerado. Entendemos que las personas que afirman no haber tenido nunca un trabajo remunerado son mujeres por los resultados que hemos visto previamente. Según la Figura 56, vemos que independientemente del número de hijos, hay un pequeño porcentaje de viudas que no ha trabajado nunca. Con respecto a los casados o con pareja, únicamente un escaso número de mujeres madres de uno, dos o tres hijos tampoco han trabajado nunca, el resto de los alumnos sí que lo han hecho. Finalmente, entre los separados y/o divorciados no hay nadie que no haya trabajado nunca. Parece que queda claro que el estado civil influye en no haber desempeñado un trabajo remunerado sobre todo si eres mujer.

Figura 56. Estado civil y número de hijos por trabajo remunerado del alumnado del PIE.



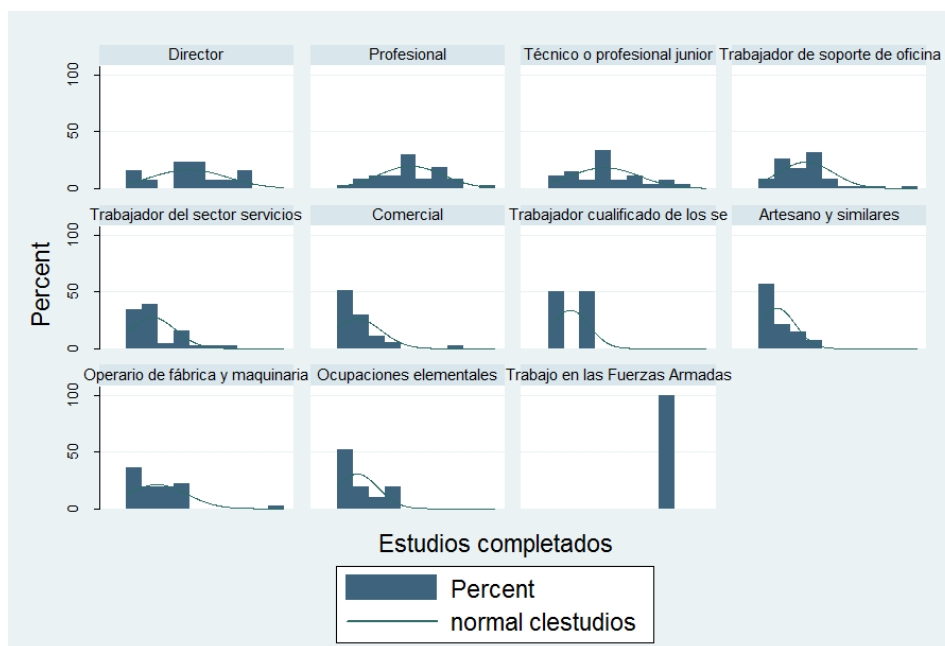
En relación con lo descrito anteriormente y preguntados por la última ocupación que desempeñaron, vemos como la mayoría de los alumnos ha trabajado en soporte de oficina (16,45%), en el sector servicios (15,13%), como profesionales (12,17%), de comerciales (12,17%) o como operarios de fábrica y maquinaria (11,84%). Por el contrario, son muy pocos los que trabajaron en las Fuerzas Armadas o como trabajadores agrícolas cualificados (Figura 57).

Figura 57. Información sobre la última ocupación desempeñada por el alumnado del PIE.



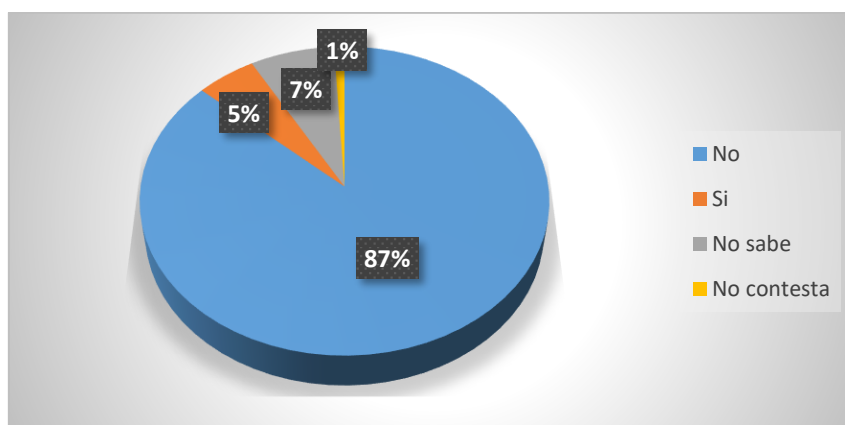
En la Figura 58 analizamos la relación entre la última ocupación desempeñada y los estudios completados. Vamos a tener en cuenta que la parte izquierda de cada histograma representa los estudios más elementales y la derecha los superiores. Vemos claramente que aquellos cuya ocupación fue la de director, profesional o técnico junior, han cursado en mayor medida formación superior bien bachillerato, formación profesional o formación universitaria. Los artesanos, comerciales, operarios de fábrica, los trabajadores de los sectores servicios y agrícola y aquellos con ocupaciones elementales tienen mayoritariamente una formación primaria. Por último, vemos como los trabajadores de soporte de oficina tienen estudios secundarios.

Figura 58. Última ocupación desempeñada por el alumnado del PIE por estudios completados.



Consultados sobre si trabajaron la semana anterior a haber procedido a cumplimentar el cuestionario, un 87% respondió que no y un 5% que sí (Figura 59). Podemos concluir que los mayores que participan en el PIE de las sedes de Aranda de Duero y Burgos están liberados a nivel laboral, al menos una vez que comienza el curso escolar.

Figura 59. Información sobre si trabajó la semana anterior a la fecha en la que se contesta el cuestionario.



Por otra parte, comprobamos como el 74,41% del alumnado prefiere no trabajar en estos momentos, solo a un 12,48% le gustaría trabajar media jornada (20 horas) o menos y a un 13,13% le gustaría trabajar más de media jornada. De

los 332 alumnos, únicamente 10 (3,37%) afirma desear trabajar a tiempo completo.

En relación con las horas de preferencia de trabajo a la semana en la actualidad, comprobamos que, de media, son los alumnos de segundo aquellos que expresan desear trabajar más horas a la semana. Descubrimos en este análisis que existe una correlación negativa entre la edad y el número de horas que se desea trabajar a la semana, pues a menor edad, mayores son las horas que se desea trabajar y viceversa (Tabla 23). En términos de desviación típica, verificamos que, en primero, segundo y graduados, la diferencia entre la desviación estándar y la media es de entre 4 y 4,8 puntos, mientras que en tercero, esa diferencia es mucho mayor y se sitúa en 6,6.

Tabla 23. Horas de preferencia de trabajo a la semana en relación con el curso.

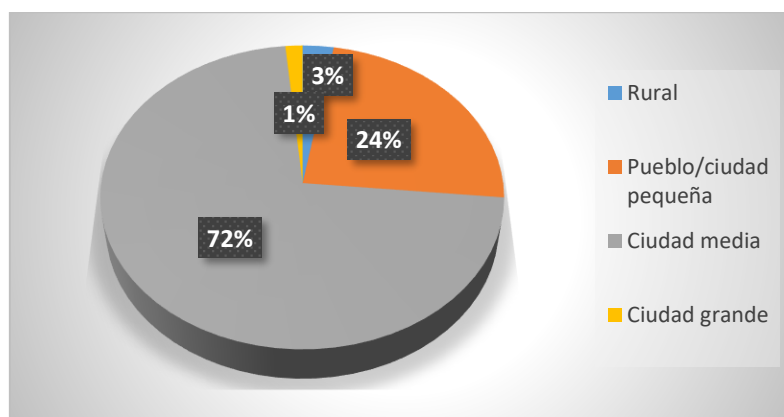
Curso	Media	Desviación Estándar
Primero	9,3	14
Segundo	11	15
Tercero	7,4	14
Graduado	1,7	6,5

Si bien acabamos de comprobar que una gran mayoría no quiere trabajar ninguna hora, comprobamos que son los más mayores quienes están menos dispuestos a trabajar.

Para completar el perfil de la muestra analizada vemos que un 72% del alumnado considera que reside en una ciudad media, es decir, algunos de los alumnos de Aranda de Duero consideran que su ciudad no es pequeña pues recordamos que solo el 64% de los alumnos asisten a las clases del PIE en su sede de la capital. Un 1% estima que su ciudad es grande, un 24% afirma que vive en un pueblo o ciudad pequeña y un 3% expone que reside en una zona rural (Figura 60).



Figura 60. Zona de residencia del alumnado del PIE.

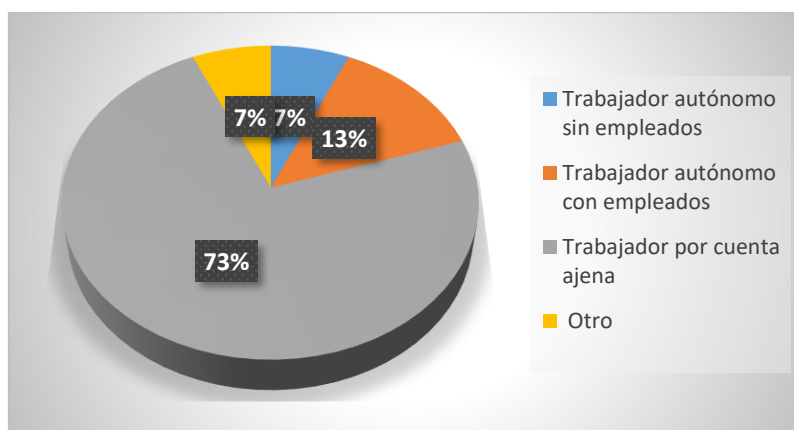


### 6.1.5 Equilibrio entre la vida laboral y la personal.

Las siguientes descripciones buscan conocer el equilibrio entre la vida privada y la vida laboral. Se hará un breve análisis de las respuestas de aquellos alumnos que han afirmado a través del cuestionario que se encuentran activos. Aclarar en primer lugar que solo trabajan 14 personas, es decir, un 4,22% del total de la muestra, si bien nos parece interesante presentar los resultados en esta investigación.

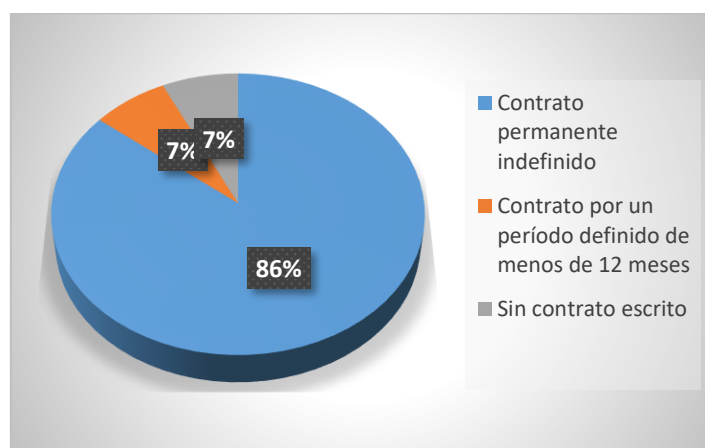
En la Figura 61, comprobamos que la mayoría, un 73% de todos los que trabajan lo hacen por cuenta ajena, seguidos de aquellos que son autónomos y tienen trabajadores a su cargo y finalmente vemos que hay una persona que es autónomo sin empleados y otro que expone que su situación es diferente a las señaladas con anterioridad. En los dos últimos casos estamos hablando de dos mujeres, los autónomos con empleados a su cargo son hombres y de los que trabajan por cuenta ajena hay más mujeres que hombres.

Figura 61. Perfil de los mayores activos laboralmente que cursan el PIE.



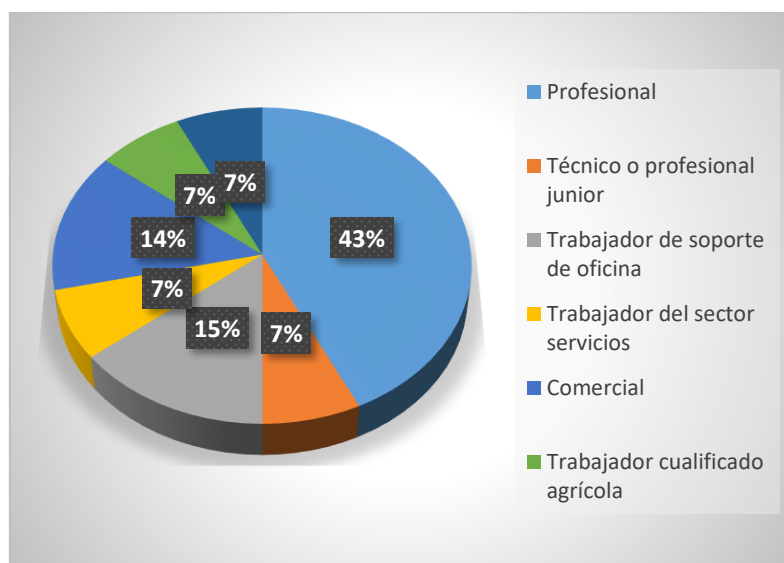
Preguntados por el tipo de relación laboral que tienen en la actualidad (Figura 62), el 86% expone que son indefinidos y solo en uno de los casos comprobamos que no tiene un contrato escrito y en otro caso el contrato es temporal y ha sido firmado hace menos de 12 meses.

Figura 62. Tipo de relación laboral (contrato de trabajo).



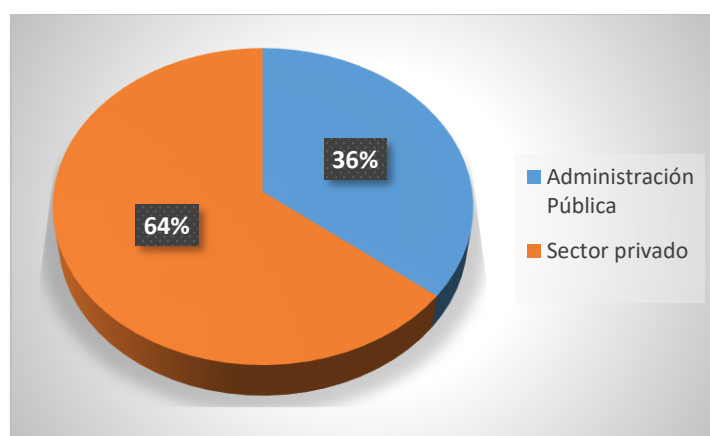
La Figura 63 nos muestra cuáles son las ocupaciones que actualmente desempeñan los alumnos que se encuentran activos. El 43% expone que es profesional, recordemos que en esta categoría se incluyen profesiones como ingeniero, profesor, médico, o abogado. Por otra parte, vemos que el 15% afirma ser trabajador de soporte de oficina, es decir, secretario, recepcionista, teleoperador o similar y que el 14% trabaja como comercial. Finalmente, tenemos a cuatro alumnos que trabajan en cada uno de estas ocupaciones: técnico o profesional junior, trabajador del sector servicios, trabajador en una ocupación elemental y trabajador cualificado agrícola.

Figura 63. Ocupación actual de los mayores activos que cursan el PIE.



Actualmente, la mayoría de los alumnos trabaja en el sector privado si bien un 36% trabajan para la Administración Pública (Figura 64).

Figura 64. Sector de la ocupación actual de los mayores activos que cursan el PIE.



En la siguiente información exponemos cuantas horas a la semana trabajan nuestros alumnos. A través de la Tabla 24 comprobamos como el rango de horas en el que se mueve el alumnado oscila entre un mínimo de 4 y un máximo de 40 horas o jornada completa. La media es de 27,43 horas y la desviación típica de 13,32 horas lo que nos llevaría por arriba hasta la jornada completa y por abajo a unas 15 horas. Si nos fijamos en los percentiles comprobamos como solo el 25% de la muestra trabaja a jornada completa mientras que el 75% tiene una jornada parcial.

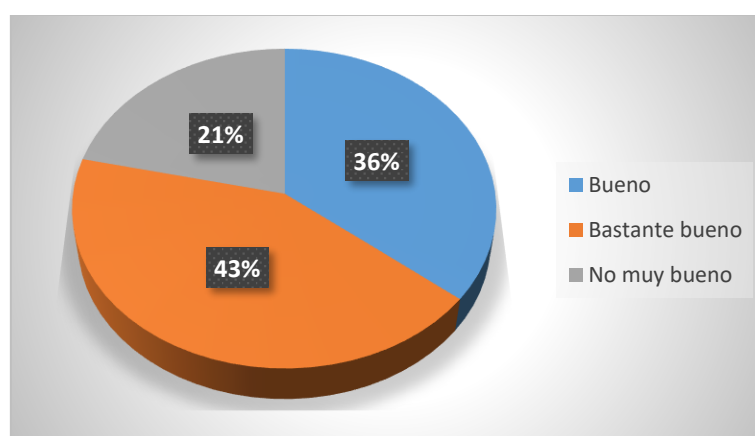
Tabla 24. Horas de trabajo a la semana del alumnado del PIE.

Rango	De 4 a 40				
Media	27,43				
Desviación típica	13,32				
Percentiles	10%	25%	50%	75%	90%
	7	15	32,5	38	40

A través del análisis de los datos hemos podido comprobar que ningún alumno ha desarrollado un trabajo complementario en las últimas 4 semanas previas a la cumplimentación del cuestionario.

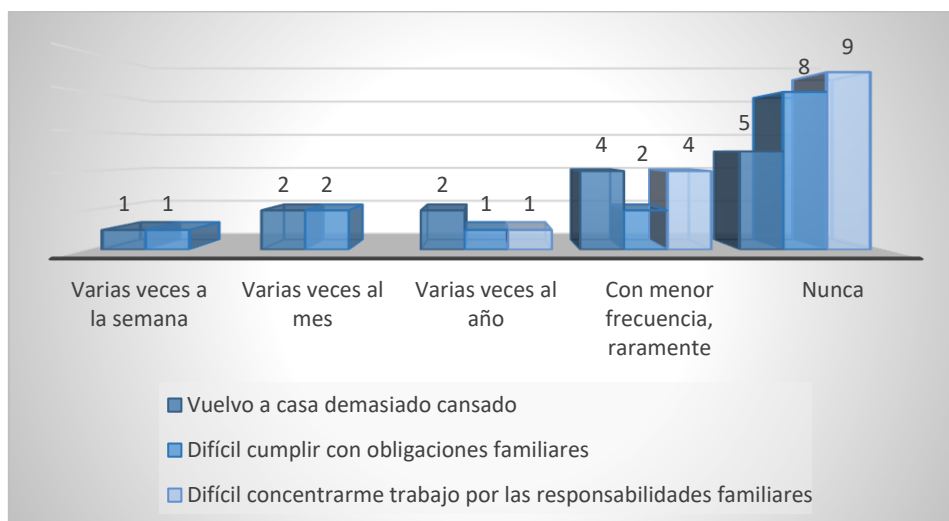
Sobre el grado de adaptación del empleo a los compromisos sociales y familiares, un 79% afirma ser bueno o muy bueno, mientras que el 21% no se encuentra muy satisfecho en este punto (Figura 65).

Figura 65. Grado de adaptación del empleo a los compromisos sociales y familiares del alumnado del PIE.



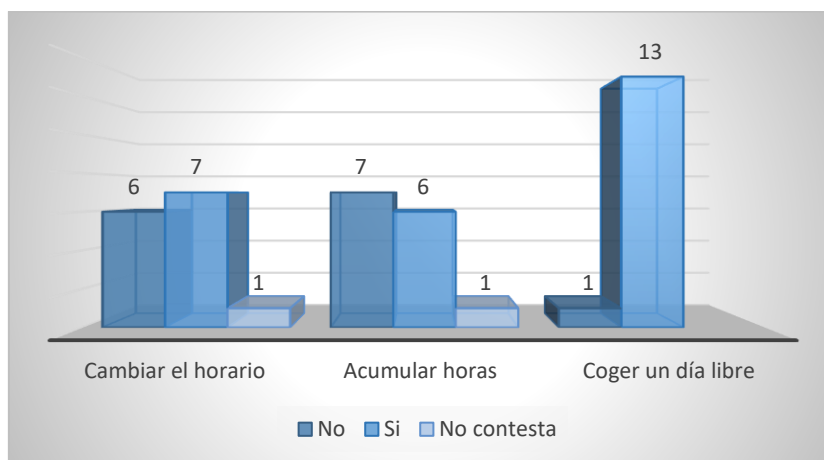
Al preguntar al alumnado por algunos de los problemas que se pueden dar en relación al ajuste entre empleo y vida personal, la mayoría no ha afirmado que esos problemas sean relevantes en su casuística particular (Figura 66). La afirmación que menor incidencia tiene en ese equilibrio es la relacionada con la dificultad de concentración en el trabajo por las responsabilidades familiares, ya que solo hay un individuo que afirme que eso le sucede varias veces al año. Por otra parte, solo hay dos individuos que confirman que llegan cansados a casa y que les resulta complicado cumplir con las obligaciones familiares varias veces a la semana y tenemos cuatro alumnos a los que esta situación les ocurre varias veces al mes.

Figura 66. Problemas para equilibrar la vida laboral y la personal del alumnado del PIE que está activo laboralmente.



En la Figura 67 presentamos la información relativa a opciones que el alumnado tiene para realizar modificaciones en su horario laboral. La gran mayoría expone que tendría facilidad para tomarse un día libre avisando con poca antelación, el 50% afirma que podría cambiar el horario de entrada y de salida, aunque un 44% expone que este hecho no sería posible en su puesto de trabajo y finalmente, el 50% dice que no podría acumular horas y sumar así más días de vacaciones mientras que alrededor de un 44% afirma que en su circunstancia esta opción sí que sería viable.

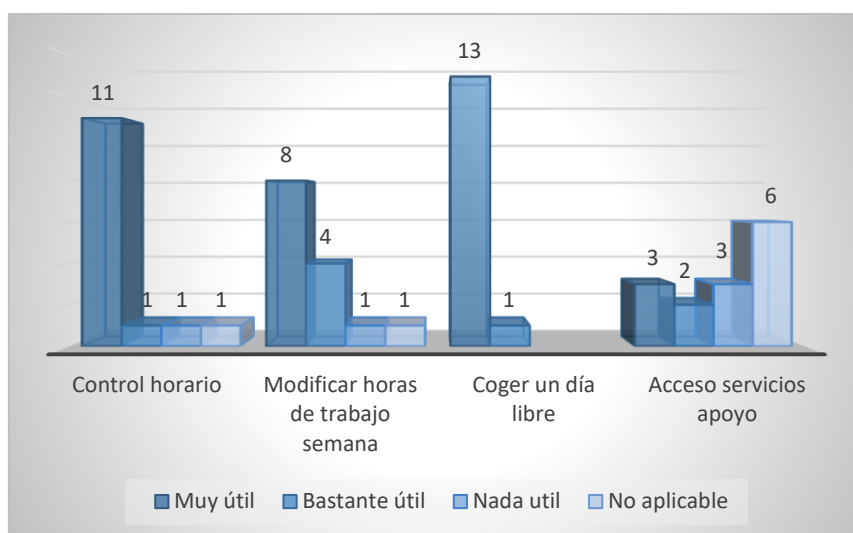
Figura 67. Disponibilidad actual de diferentes opciones con respecto al horario del alumnado del PIE que está activo laboralmente.



A los alumnos también se les presentaron una serie de opciones para que decidieran si las mismas tendrían utilidad para ayudarles a equilibrar su vida

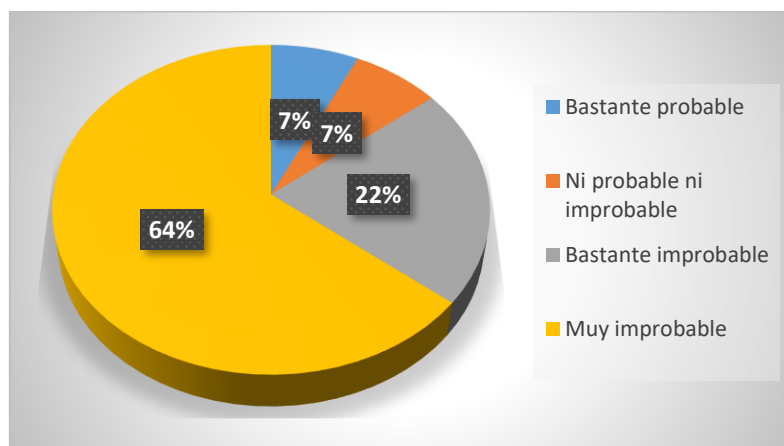
privada y su vida profesional. En la Figura 68 vemos que la mayoría considera las propuestas de tener más control sobre los horarios de entrada y de salida, la posibilidad de modificar el número de horas de trabajo a la semana y el poder tomarse un día libre avisando con poca antelación, muy útiles o bastante útiles. Por otra parte, la idea de tener más acceso a servicios de apoyo como guarderías, residencias o cuidados de larga duración, la mayoría expresa que no es una propuesta aplicable en su caso y otros tantos ven que no les sería nada útil. No podemos olvidarnos de que más del 35% lo consideraría de gran utilidad.

Figura 68. Opinión sobre la utilidad de diferentes opciones para equilibrar la vida personal y profesional.



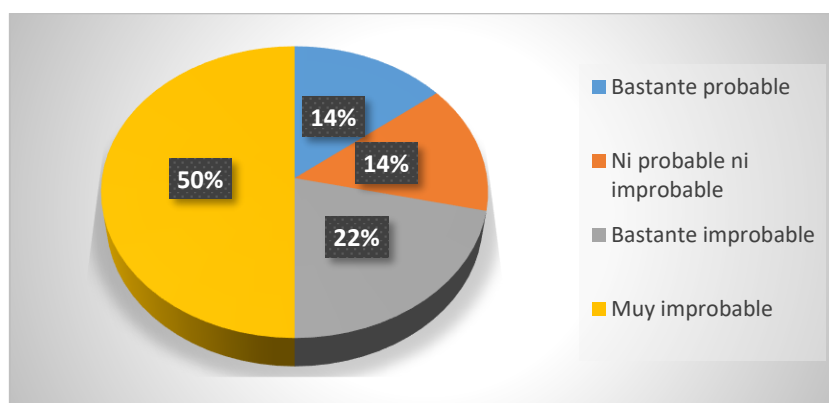
Otra pregunta versaba sobre la posibilidad de perder el empleo actual y la mayoría, un 85%, afirmó que es muy improbable o bastante improbable (Figura 69). Solo un individuo no supo decidir si es probable o improbable y otro expuso que era bastante probable, posiblemente sea un alumno/a con un contrato de carácter temporal.

Figura 69. Probabilidad del alumnado del PIE que está activo laboralmente de perder el empleo en los próximos 6 meses.



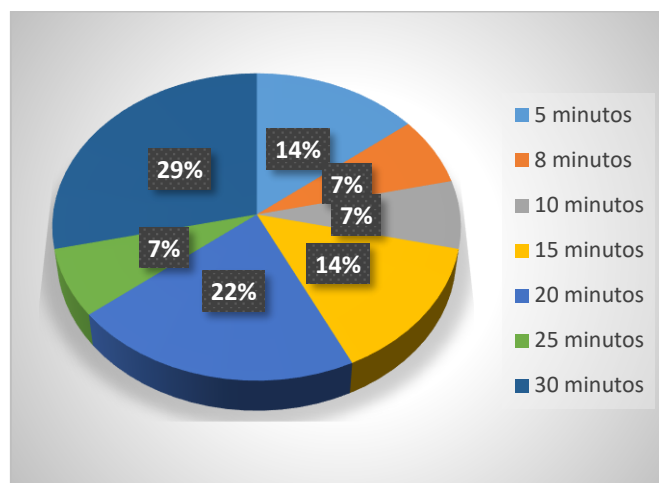
Otra de las preguntas hacía referencia a si creen que podrían encontrar un nuevo empleo con un sueldo similar al que tienen en la actualidad. En la Figura 70 presentamos un resumen de las respuestas de los alumnos en la que comprobamos que son pesimistas en este punto ya que el 72% considera esa opción muy o bastante improbable y solo un 14% de los alumnos cree que le sería sencillo acceder a un puesto de trabajo con unas condiciones económicas similares a las que tiene en la actualidad.

Figura 70. Probabilidad de encontrar un empleo con un sueldo similar del alumnado del PIE que está activo laboralmente.



Finalmente, para terminar con este apartado en el que hemos analizado el equilibrio entre la vida laboral y la personal, analizamos cuanto tiempo invierten nuestros alumnos en desplazarse a su puesto de trabajo. El rango de respuestas oscila entre los 30 minutos de máxima que ha marcado la mayoría y los 5 minutos de mínima, recordemos que es la suma de la ida y de la vuelta (Figura 71).

Figura 71. Tiempo (ida y vuelta) invertido en desplazamientos al puesto de trabajo en el medio de transporte habitual.



#### 6.1.6 Relación de las variables sexo, curso y sede con el resto de datos clasificatorios.

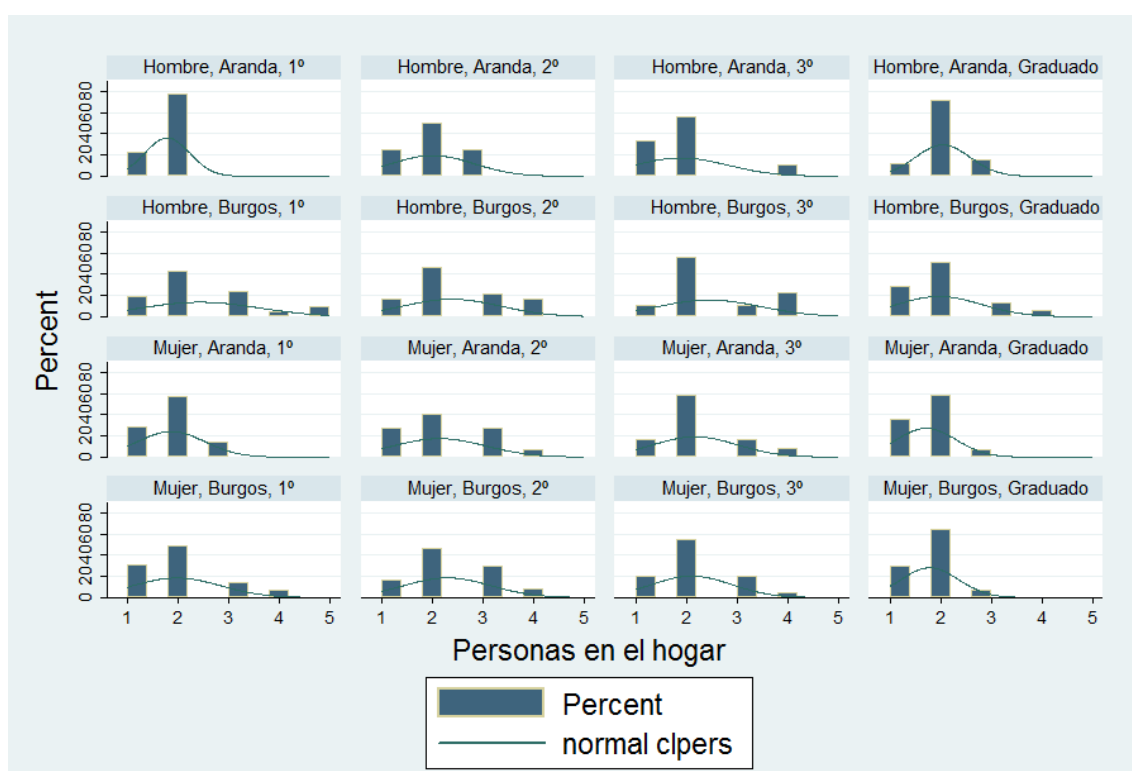
Una vez finalizado el análisis descriptivo de las variables clasificatorias, continuamos con el análisis de los resultados. Vamos a tomar como referencia tres de las variables clasificatorias más representativas y que consideramos nos pueden aportar una información amplia y valiosa, como son el sexo, el curso y la sede, para ponerlas en relación con el resto de variables clasificatorias, de tal manera que el estudio tenga un carácter más exhaustivo.

En todos los cursos y en ambas sedes y sexos los alumnos afirman de manera mayoritaria que su hogar está compuesto por dos miembros. Los hogares de tres y cuatro miembros son bastante infrecuentes entre los alumnos graduados de ambas sedes y tienen una incidencia más baja en las mujeres que en los hombres. Algunos de los alumnos de tercero y segundo, tanto hombres como mujeres y tanto en la sede de la capital como en la de la provincia, conviven en hogares de 4 personas, a excepción de los hombres de segundo de Aranda de Duero donde no se produce este hecho. Si nos fijamos en los datos de las mujeres, vemos que la comparación entre sedes no nos arroja ninguna información relevante al ser los datos muy similares entre sí. Entre los hombres encontramos más variación en las dos sedes, siendo la muestra de Burgos más heterogénea que la de Aranda de Duero. Finalmente hay que señalar, que



solamente en el grupo masculino de alumnos de primero de la sede de Aranda, hay casos de convivencia con otras 4 personas más, tal y como se recoge en la Figura 72. En todos los casos sin excepción las gráficas presentan una curva de frecuencia sesgada hacia la derecha siendo ésta más marcada en los alumnos graduados y en los hombres y mujeres de primero de la sede de Aranda, lo que nos lleva a afirmar que estos grupos tienen convivencia con un menor número de personas que sus compañeros.

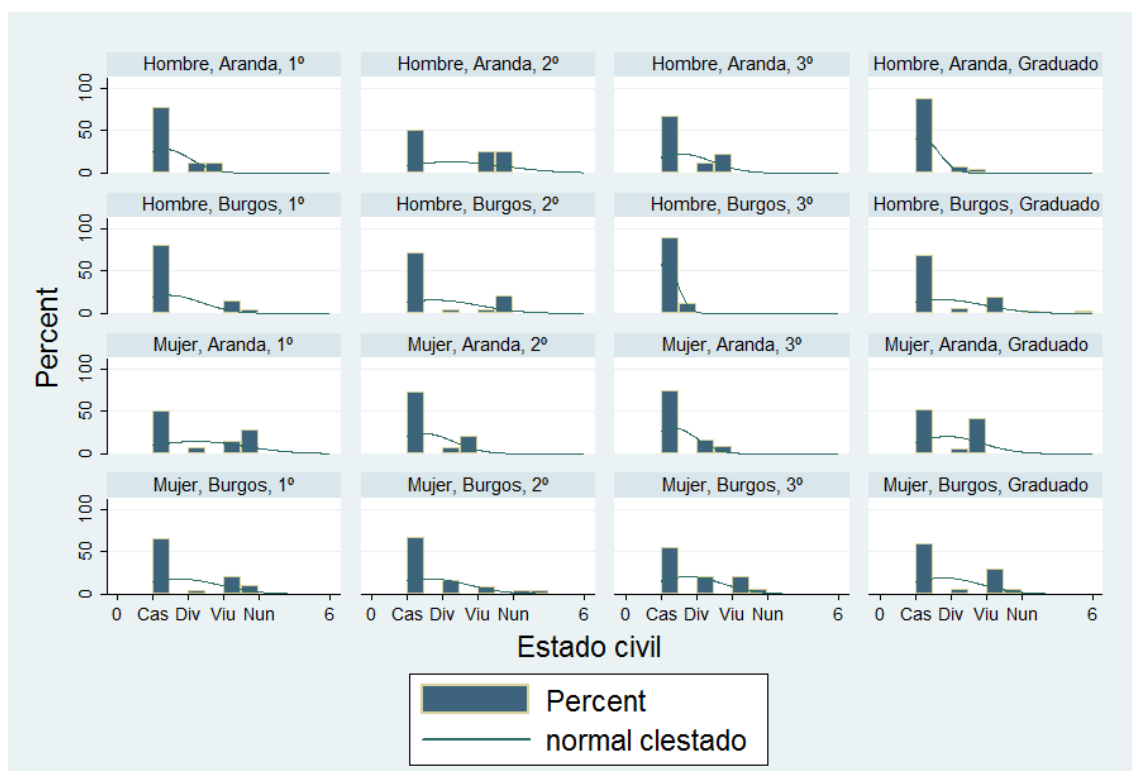
Figura 72. Porcentaje de personas en el hogar por sexo, sede y curso del alumnado del PIE.



En relación con el estado civil, aunque encontramos gran variabilidad en la muestra, vemos que mayoritariamente, tanto alumnos como alumnas ya sean de la sede de Burgos o de Aranda de Duero, están casados o viviendo en pareja, es por esta razón que las curvas de frecuencia están sesgadas hacia la derecha. Podemos matizar que el alumnado masculino está en pareja con mayor frecuencia que sus homólogas femeninas. Si hacemos un análisis detallado por cursos comprobamos que en primero las mujeres presentan porcentajes más altos de viudedad que de separación y/o divorcio. En segundo curso hay más mujeres separadas y/o divorciadas que hombres y en ambas sedes hay un 25%

de hombres que nunca ha convivido en pareja. Este último es un dato interesante puesto que hay gran diferencia con las mujeres en las que esta respuesta apenas ha sido la elegida por unas pocas alumnas. Los resultados del tercer curso nos muestran que principalmente en el grupo de mujeres, hay más incidencia de separación y/o divorcio que de viudedad, hecho que también se da entre los hombres de la sede de Aranda de Duero. Por último, en la Figura 73, comprobamos que las mujeres graduadas presentan altos índices de viudedad, hecho que podemos relacionar, por un lado, con la menor esperanza de vida de sus parejas y por otro, con los datos de edad que manejamos en la muestra que nos indican que el alumnado graduado es más mayor que el de los primeros cursos.

Figura 73. Estado civil por sexo, sede y curso del alumnado del PIE.



Con respecto al número de hijos podemos afirmar que es el alumnado de tercero el que posee la media más elevada en número de hijos por persona ya que la misma se sitúa en 2,52 (Tabla 25). Es un dato que nos puede sorprender porque no son el grupo de la muestra que tenía una media de edad más elevada. Las medias presentadas en estas líneas se han calculado teniendo en cuenta solo al alumnado que ha afirmado tener descendencia. Los siguientes

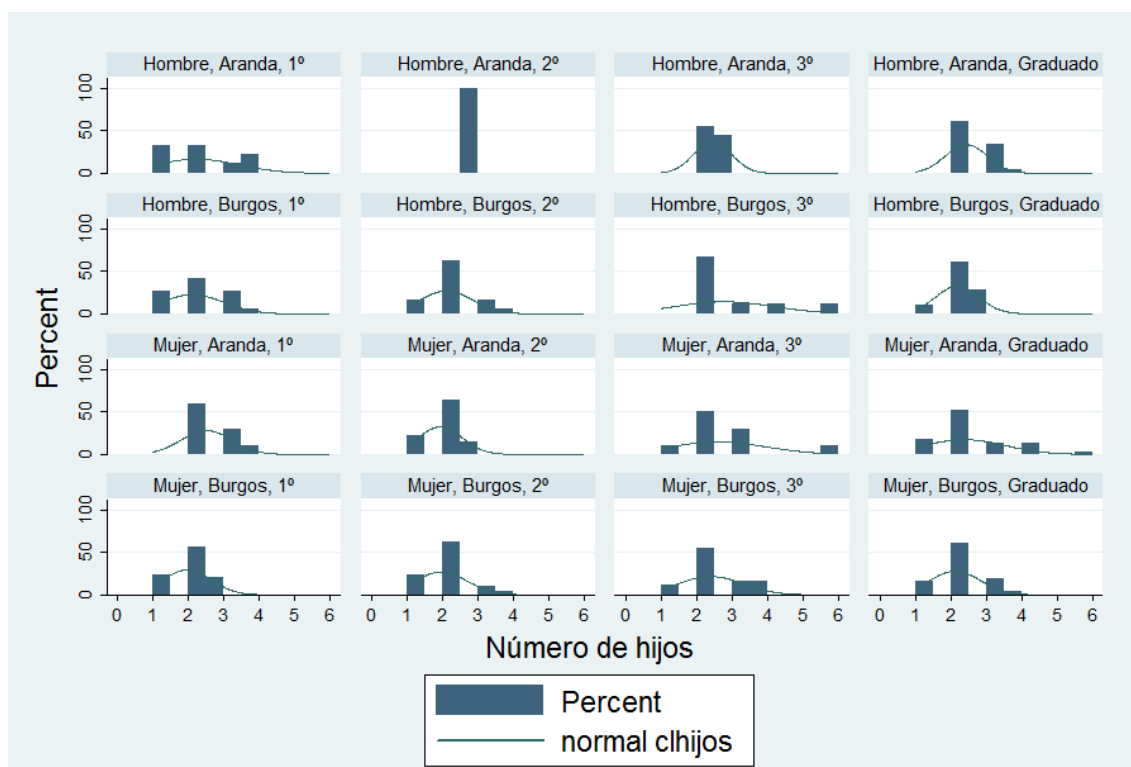
posicionados serían los graduados con una media de 2,24 hijos, es decir un 0,28 más baja que los alumnos de tercero, seguidos de los alumnos de primero con 2,13 hijos de media y finalmente estarían los de segundo, que son los más jóvenes, con una media de 2,04. En todos los cursos son los hombres los que obtienen una media en relación al número de hijos superior a la de las mujeres. Si incluyéramos en la media total a los alumnos que han afirmado no tener hijos vemos que esta se reduce drásticamente más de medio punto, quedando en 1,98 hijos por alumno.

Tabla 25. Media de hijos por sexo y curso del alumnado del PIE.

	Primero	Segundo	Tercero	Graduados
Hombre	2,14	2,19	2,61	2,29
Mujer	2,11	1,94	2,46	2,21
Total	2,13	2,04	2,52	2,24

Siguiendo con la variable correspondiente al número de hijos comprobamos que, en todos los cursos, sedes y tanto en hombres como en mujeres, la mayoría de los alumnos han seleccionado la opción de 2 hijos. Matizar que los hombres de primero de la sede de Aranda de Duero han seleccionado en el mismo porcentaje la opción correspondiente a 1 hijo. La Figura 74 nos deja claro que los datos son asimétricos en prácticamente todos los supuestos estudiados, estando sesgados positivamente.

Figura 74. Número de hijos por sexo, sede y curso del alumnado del PIE.



A grandes rasgos podemos afirmar que el alumnado de Burgos tiene una formación académica superior a sus compañeros de la sede de Aranda de Duero y dentro de esa afirmación vemos que los hombres de Burgos han terminado estudios superiores con mayor frecuencia que las mujeres. Las curvas de frecuencia no dejan lugar a las dudas y vemos que en la sede de Aranda los hombres presentan unas curvas de asimetría positiva bastante menos marcadas que las de sus compañeras femeninas. También observamos que las curvas de los sexos son bastante similares en ambas sedes, quedando patente la menor formación media de las mujeres. Entre los alumnos de Aranda de Duero, solo hay algunos individuos con estudios de tercer grado en la muestra de los hombres graduados y las mujeres de primero, mientras que en todos los cursos y en ambos sexos de la sede de Burgos encontramos personas que han finalizados estudios de esas características. En la Figura 75, se puede observar como las mujeres de ambas sedes tienen mayoritariamente estudios primarios o secundarios de primer ciclo mientras que esta tendencia también se observa en los alumnos de Aranda, el alumnado masculino de Burgos presenta niveles académicos cercanos a la formación profesional o el bachillerato.

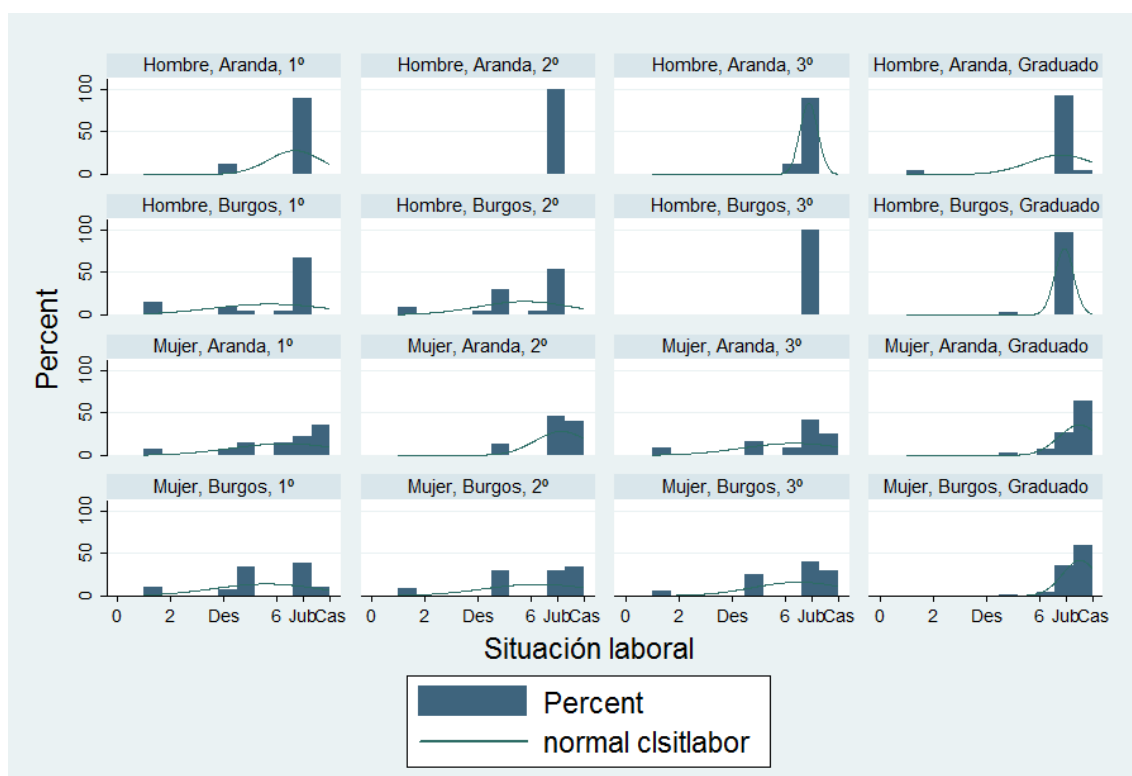
Figura 75. Estudios completados por sexo, sede y curso del alumnado del PIE.



Es un dato ya conocido que la mayoría del alumnado del PIE de la Universidad de Burgos se encuentra jubilado, sin embargo, hemos querido profundizar en este hecho a través de la Figura 76 donde lo estudiamos a través de variables como el sexo, la sede y el curso. Aclaremos en primer lugar que la opción “jubilado/a” incluye la posibilidad de la prejubilación pues son bastantes los alumnos que se encuentran en esa situación. Las diferentes curvas de frecuencia nos muestran unos datos totalmente asimétricos de carácter negativo. En las gráficas masculinas vemos como predomina lo opción jubilado en ambas sedes y en todos los cursos, teniendo solo el curso de graduados de Aranda de Duero y primero y segundo de Burgos algunos individuos que continúan activos a nivel laboral. El desempleo no es una circunstancia que tenga especial influencia en los hombres mayores universitarios, aunque aquellos que manifiestan encontrarse en esa situación lo están desde hace más de 12 meses. Como dato significativo señalar que solamente un pequeño porcentaje de los hombres graduados de Aranda de Duero manifiesta que es ama/o de casa. Con respecto a las mujeres comprobamos como los resultados de esta variable son bastante más heterogéneos y no vemos curvas pronunciadas en ninguno de los extremos ni en los valores intermedios. Corroboramos que a nivel laboral las

mujeres se encuentran más activas que sus compañeros masculinos, siendo este hecho más intenso en la sede de Burgos. Las mujeres graduadas presentan valores muy similares en ambas sedes siendo la mayoría de ellas amas de casa, si bien en la sede de Burgos hay un mayor número de mujeres jubiladas. Podemos afirmar que en la ciudad las mujeres presentan mayores índices de ocupación tanto actualmente como en los años previos al retiro. En todos los cursos y en ambas sedes hay mujeres desempleadas, la mayoría de ellas mujeres jóvenes que están cursando principalmente primero y segundo y que se encuentran en esta circunstancia desde hace más de un año.

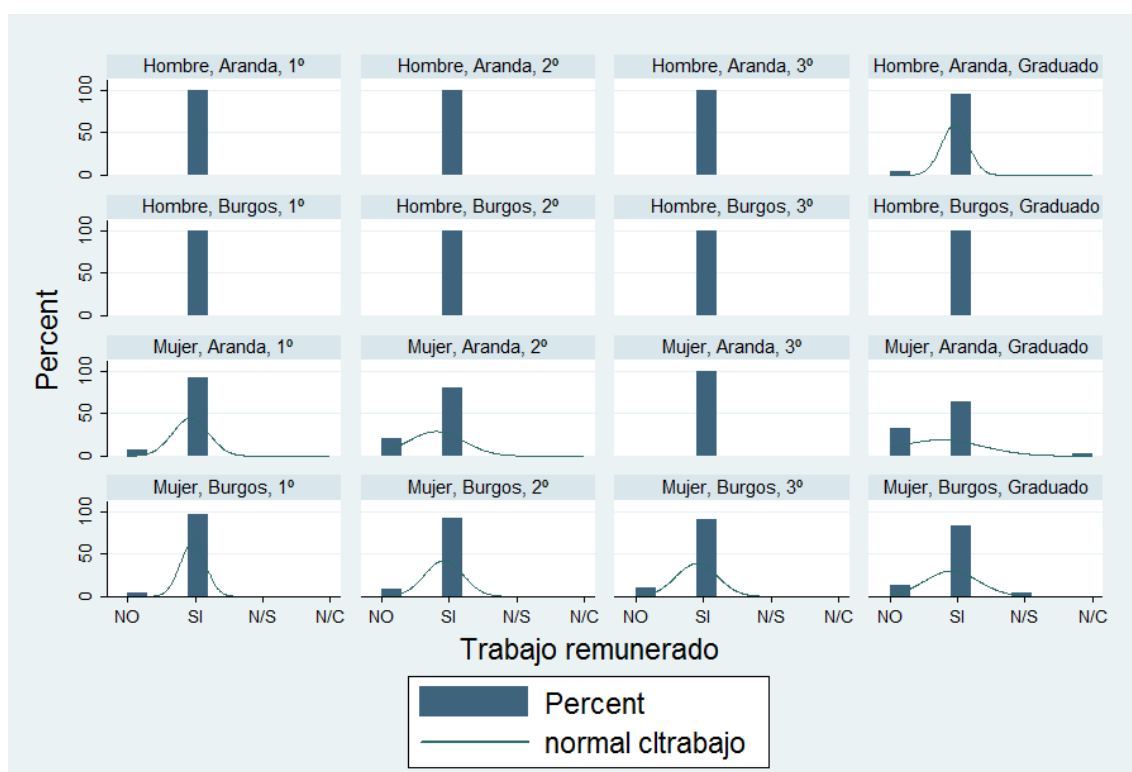
Figura 76. Situación laboral por sexo, sede y curso del alumnado del PIE.



En relación con el desempeño a lo largo de su vida de un trabajo remunerado, vemos que prácticamente la totalidad de la muestra masculina ha tenido un trabajo a excepción de un pequeño porcentaje de hombres graduados de Aranda de Duero. La Figura 77 nos muestra como en el grupo de mujeres, en ambas sedes y en todos los cursos menos en tercero de la sede de Aranda, los resultados están divididos, habiendo mayoría de mujeres que en algún momento trabajaron frente a las que nunca lo han hecho. La sede de Aranda presenta más mujeres que no han trabajado nunca que la sede de Burgos lo que reafirma el

resultado del punto anterior en el que veíamos mayor porcentaje de mujeres jubiladas en la capital que en la sede rural. El hecho de no haber trabajado nunca fuera del hogar tiene una influencia directa en poder disfrutar de una pensión de jubilación. Podemos afirmar por tanto que, si bien bastantes mujeres exponen en la actualidad que son amas de casas, la mayoría de ellas desarrolló en algún momento de su vida una actividad laboral remunerada. La frecuencia de esta circunstancia aumenta para las mujeres matriculadas en la sede de Burgos.

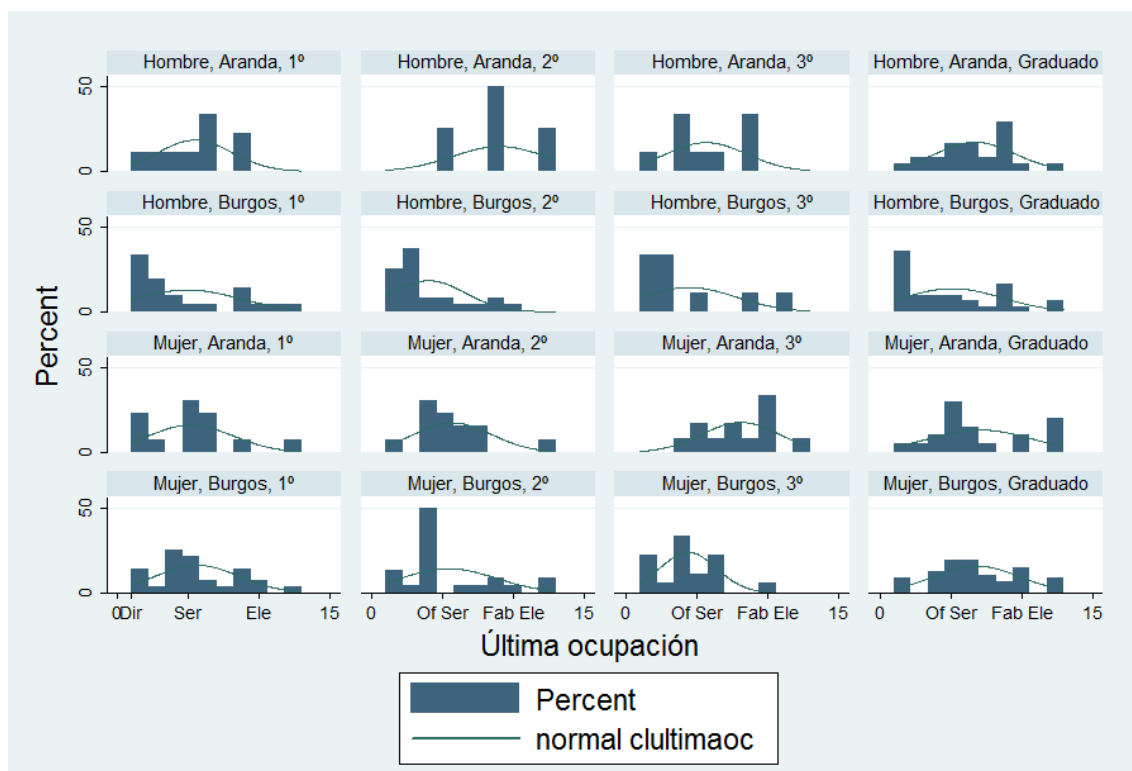
Figura 77. Trabajo remunerado por sexo, sede y curso del alumnado del PIE.



Según vemos en la Figura 78, hay una amplia variedad de respuestas entre el alumnado del PIE en relación a la última ocupación desempeñada. Si bien observamos que son muchos los que han desempeñado puestos de trabajo de altas categorías, este hecho se concentra en los alumnos masculinos de la sede de Burgos y principalmente en los tres primeros cursos. En los hombres de la sede de Aranda de Duero, destaca el mayor porcentaje entre los alumnos de segundo, tercero y graduados que, como última ocupación, han seleccionado operario de fábrica y maquinaria. Expliquemos en estas líneas que en la ciudad de Aranda de Duero se concentra buena parte de la industria provincial desde los años 70 y que en ella se siguen empleando muchos trabajadores/as. Solo los

alumnos de primero de esta ciudad han elegido mayoritariamente la respuesta de comercial. Vemos también que las mujeres de esta sede han trabajado en general en ocupaciones más elementales que los hombres y en la sede de Burgos hay más porcentaje de mujeres que han trabajado como soporte de oficina o en el sector servicios.

Figura 78. Última ocupación por sexo, sede y curso del alumnado del PIE.



Las mujeres que afirmaron haber trabajado en algún momento, pero que ahora son amas de casa y no llegaron a poder jubilarse, podrían ser las que hayan desempeñado ocupaciones más elementales. Podemos relacionar este hecho con que llegada la madurez existe mayor probabilidad de tener un puesto de trabajo mejor remunerado y de mayor categoría y esta circunstancia es más probable que se produzca en una ciudad grande que concentra mayor número de empresas y de Administraciones Públicas. Como conclusión decir que los hombres han ocupado puestos de trabajo de mayor responsabilidad que las mujeres quienes han desempeñado oficios para los que en muchos casos no era necesario estar en posesión de una formación académica específica.

Si bien ya se ha descrito que son pocos los alumnos/as que actualmente se encuentran activos a nivel laboral, vemos que preguntados sobre si la semana



pasada trabajaron confirman que la mayoría no ejerció ninguna actividad. Al igual que hemos podido comprobar en los análisis previos, el alumnado de Burgos presenta mayor actividad tanto en hombres como en mujeres y más en los primeros cursos que en el alumnado graduado que como sabemos tiene una mayor edad media.

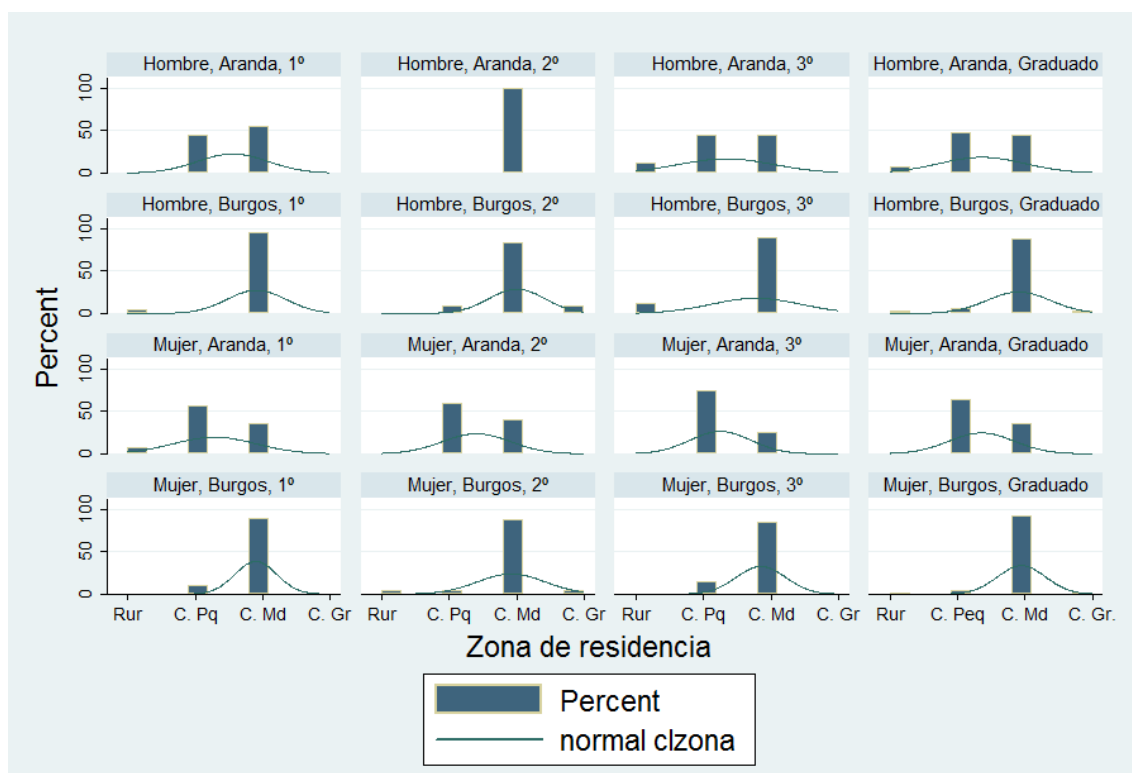
A simple vista podría parecer que tenemos menos alumnos activos que los que exponen que trabajaron la semana pasada y el motivo podría ser que muchos se encuentran prejubilados y han de trabajar determinadas horas al año que puede que hayan coincidido con el inicio del curso académico. Esta también podría ser la razón por la que se muestran confusos y han elegido las opciones “no sabe” o “no contesta”.

Con respecto a las horas de preferencia de trabajo a la semana la mayoría lo tiene claro, no les gustaría trabajar ninguna hora. En la sede de Aranda de Duero son contundentes en su respuesta y son pocos los hombres que desearían trabajar, sorprende que sean los más mayores, es decir los graduados y los de tercero, los que muestren mayor disponibilidad hacia el desarrollo de una actividad laboral. Esta circunstancia también la podemos observar en los hombres de la sede de Burgos de esos mismos cursos. Por otra parte, las mujeres de Aranda de Duero de todos los cursos expresan en un porcentaje en ningún caso superior al 25% que desearían trabajar. Tanto los hombres como las mujeres de la sede de Burgos afirman que les gustaría trabajar más horas que al alumnado de la sede de Aranda, siendo las mujeres las que expresan con mayor frecuencia el deseo de trabajar de forma parcial.

En relación con la zona de residencia, vemos que tanto los hombres como las mujeres de Burgos afirman mayoritariamente que residen en una ciudad de tamaño mediano, sin embargo, encontramos un mínimo porcentaje de alumnos de esta sede que consideran que su ciudad es pequeña, esta circunstancia está más marcada en las mujeres que en los hombres (Figura 79). Por otra parte, comprobamos que los hombres de la sede de Aranda de Duero consideran igualmente que residen en una ciudad de tamaño medio en un porcentaje alto, de hecho, todos los alumnos de segundo así lo afirman. En los cursos de primero, tercero y graduados está bastante equilibrada la elección entre ciudad

pequeña y ciudad mediana. Finalmente, las alumnas de Aranda exponen mayoritariamente que residen en una ciudad pequeña, aunque alrededor del 30% considera que su ciudad es mediana.

Figura 79. Zona de residencia por sexo, sede y curso del alumnado del PIE.



## 6.2 Análisis descriptivo de las diferentes áreas de calidad de vida.

### 6.2.1 Introducción.

Tras el análisis descriptivo de las variables que nos permite obtener un perfil más claro de la muestra objeto de estudio de esta investigación, nos centramos en las diferentes áreas que se consideran relevantes en el EQLS 2012. Las mismas son: bienestar subjetivo, calidad de la sociedad, vivienda y entorno local, exclusión social y participación en la comunidad, nivel de vida y privaciones, vida familiar y social y finalmente, salud y servicios públicos.

Consideramos de gran importancia poder conocer cuáles son los factores o los elementos que producen más satisfacción en la población mayor no solo

para acercarnos a las diferencias existentes entre ellas sino también para arrojar luz que nos permita hacer propuestas de cambio y mejora.

Tras conocer cuáles han sido las respuestas en cada una de estas dimensiones aportaremos más información, a través del desarrollo de un modelo completo, sobre la relevancia de cada dimensión para los mayores universitarios de la Universidad de Burgos.

### **6.2.2 Bienestar subjetivo.**

En este bloque de preguntas nos detendremos en el bienestar subjetivo con respecto a una serie de variables que hacen referencia directamente al momento en que cumplimentaron el cuestionario y con otras variables que nos muestran la satisfacción con su vida interior. Para finalizar este punto analizaremos el grado de felicidad y satisfacción que presenta el alumnado.

Con relación al grado de acuerdo con respecto al optimismo en el futuro, comprobamos que un 53,31% afirma ser positivo en relación a los tiempos venideros. Los alumnos que muestran su desacuerdo con esta afirmación, son el 17,47% de los que únicamente el 3,61% expone estar muy en desacuerdo. Finalmente, un 28,31% no es capaz de decantarse ni a favor ni en contra de esta afirmación por lo que ha expresado que no está ni de acuerdo ni en desacuerdo con la misma (Figura 80).

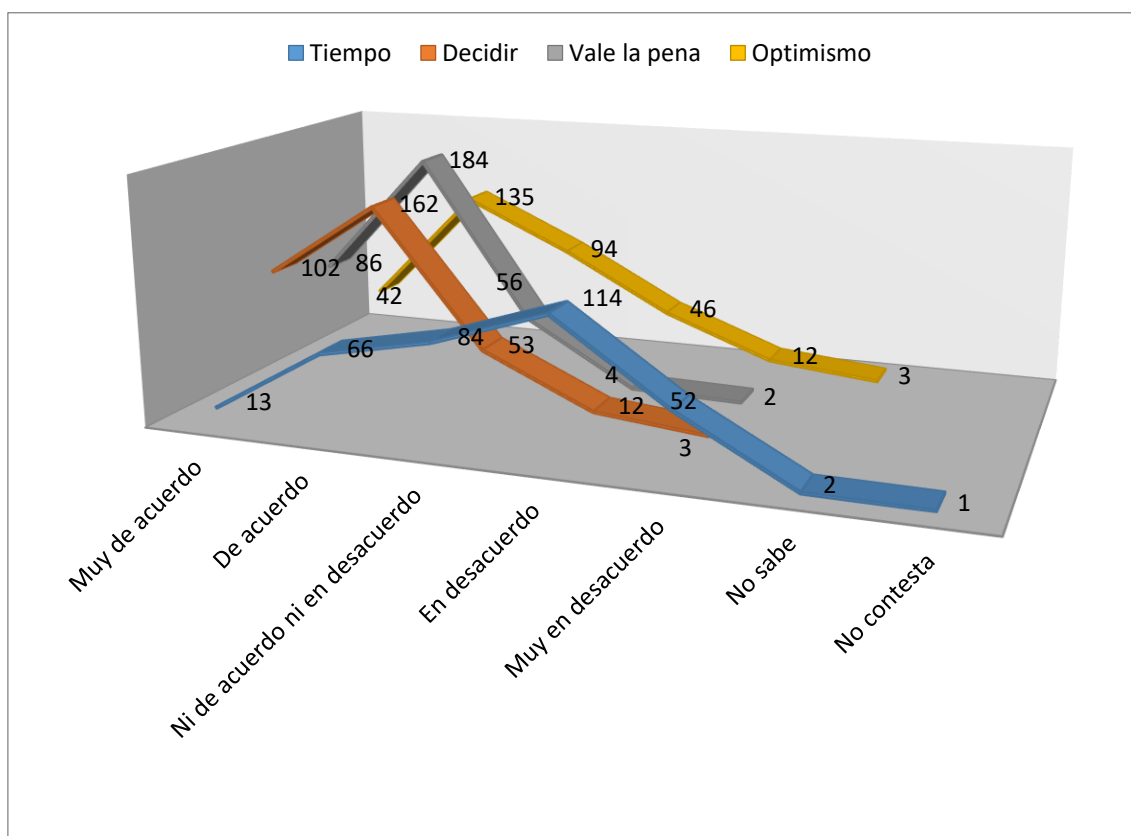
Cuestionados acerca de si por lo general sienten que lo que hacen en la vida vale la pena, la opción más seleccionada ha sido “De acuerdo” con un 55,42% que junto con la opción “Muy de acuerdo” hace un total del 81,33%. Un 16,87% expone que no está ni de acuerdo ni en desacuerdo y únicamente 6 alumnos, es decir, el 1,8% afirma estar “En desacuerdo” o “Muy en desacuerdo” con respecto a la citada afirmación.

En la pregunta sobre si se sienten libres para decidir su manera de vivir, también comprobamos que hay una alta cantidad de respuestas positivas a este respecto. El 30,72% afirma estar muy de acuerdo con la libertad que tienen y un 48,8% expone estar de acuerdo, en total un 79,52%. Un 15,96% no está ni de

acuerdo ni en desacuerdo y un 4,51% responde que está en desacuerdo o muy en desacuerdo.

La última pregunta de este bloque versa sobre si, en el día a día, rara vez tienen tiempo para hacer cosas con las que disfrutan realmente. Como la misma está formulada en negativo, encontramos que el 50% afirma estar en desacuerdo con el enunciado, aunque encontramos que el 23,8% sí que expone que no tiene tiempo para realizar actividades o tareas con las que se deleita.

Figura 80. Grado de acuerdo con respecto al optimismo en el futuro, sentir que lo que se hace en la vida vale la pena, libertad para decidir sobre la manera en que vivir y tener tiempo rara vez para hacer cosas con las que realmente se disfruta del alumnado del PIE.



A modo de conclusión, podemos decir que, de estas últimas cuatro variables estudiadas, la que mayor bienestar subjetivo demuestra a través de los resultados es la relacionada con que sienten que lo que hacen en la vida vale la pena, seguida muy de cerca por la que hace mención a la libertad para decidir sobre su propia manera de vivir. Si bien a través de estas respuestas podríamos afirmar que los mayores afrontan la vida con entusiasmo y optimismo, cuando

son preguntados por esta última postura psicológica con respecto al futuro, su postura no es tan positiva. Por otra parte, vemos que a pesar de que *a priori* los mayores universitarios, como hemos visto previamente, están liberados de las obligaciones laborales y se les presupone mucho tiempo libre, comprobamos que no tienen la sensación de tener tiempo para dedicárselo a su desarrollo personal.

En la Figura 81, vamos a analizar diferentes aspectos que están relacionados directamente con la sensación de bienestar. Tendremos en cuenta que la medida se ha realizado con una escala de 1 a 10, en la que 1 es “Muy insatisfecho” y 10 “Muy satisfecho”. Vamos a considerar que las puntuaciones entre 1 y 4 son bajas, las situadas entre 5 y 7 son puntuaciones positivas con valores medios y finalmente, de 8 a 10 entenderemos que son puntuaciones muy positivas.

A simple vista, vemos con claridad cuál es el aspecto que ha obtenido peores resultados en el cuestionario, este es el relacionado con la situación económica en España. Un 73,19% de los encuestados afirma que la situación en España es mala, pues ni siquiera consideran que la misma sea merecedora del 5, puntuación prototípica del “aprobado”. Por otra parte, un 21,09% expone que la situación es aceptable, pudiendo estar las cosas tanto mejor como peor. Finalmente, solo un 5,12% afirma que la situación económica es buena.

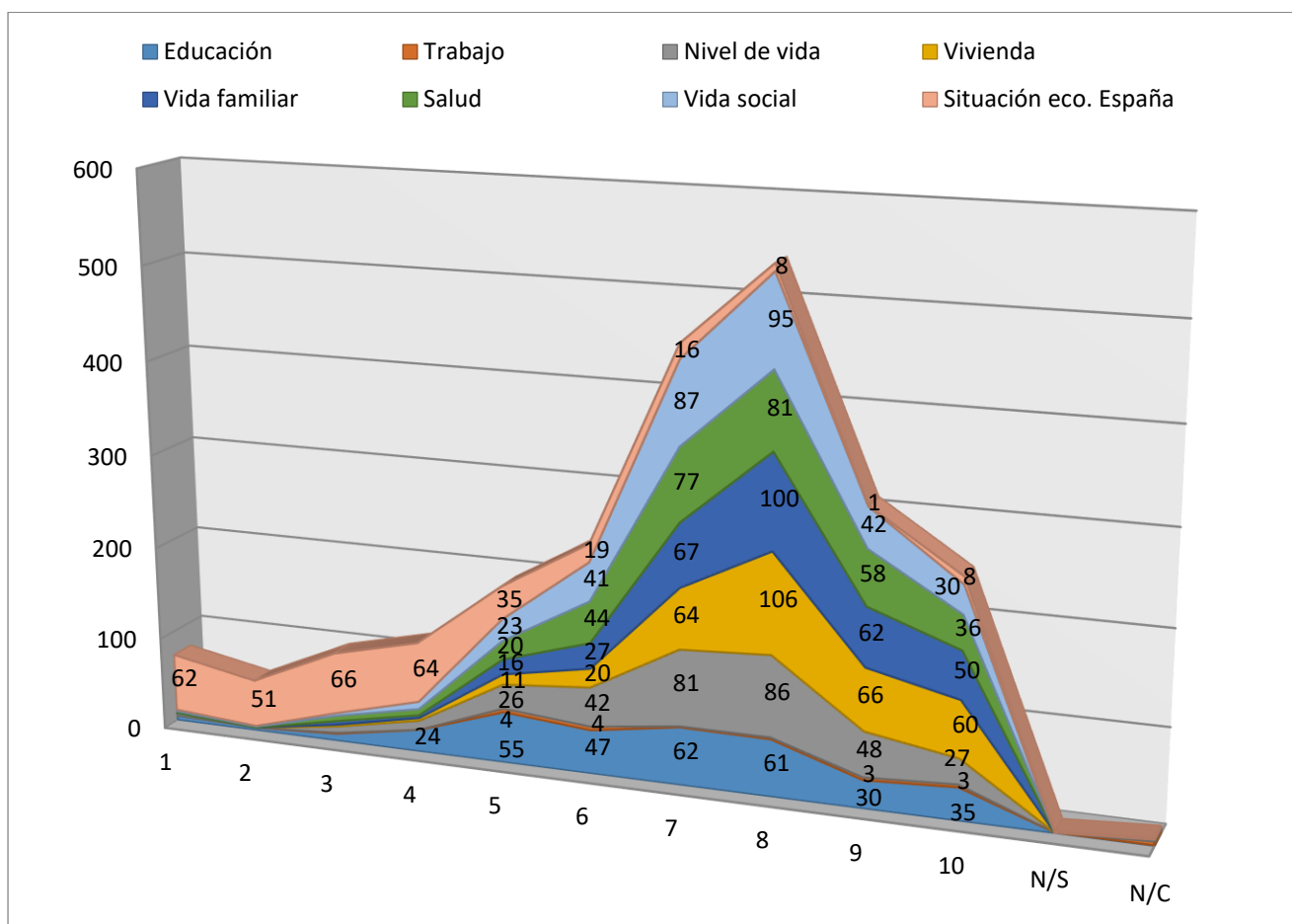
Si en esa misma figura nos fijamos en qué aspecto es el que ha obtenido puntuaciones más altas vemos que es el relacionado con la vivienda. El 69,88% ha afirmado estar muy satisfecho con su vivienda otorgándole puntuaciones elevadas, mientras que el 28,61% afirma tener una satisfacción media con la misma y solamente un 1,5% expresa insatisfacción con respecto al lugar donde vive.

El segundo aspecto más valorado por los alumnos en relación al bienestar subjetivo es su vida familiar. Vemos que un 63,85% expone que está muy satisfecho, seguido del 33,13% que afirma tener una satisfacción media en este y un 2,1% expone que su vida familiar no le produce satisfacción sino todo lo contrario. Veremos con posterioridad cuál es el perfil del alumnado en los

diferentes aspectos para saber si, por ejemplo, influye la situación de convivencia, el sexo o el curso de matriculación.

Los resultados de los aspectos relacionados con la salud, la vida social y el nivel de vida en general son muy similares entre sí. Vemos que en torno al 50% está muy satisfecho en estos aspectos, siendo ligeramente superior a los demás la cuestión relacionada con la salud. Aquellos que están medianamente satisfechos representan un 45% también en las tres variables, estando en este caso ligeramente por encima el aspecto relacionado con la vida social. Finalmente, las puntuaciones relacionadas con la insatisfacción no pasan del 6,02%, encontrándose entre el 4,21% de la vida social y el citado 6,02% del nivel de vida.

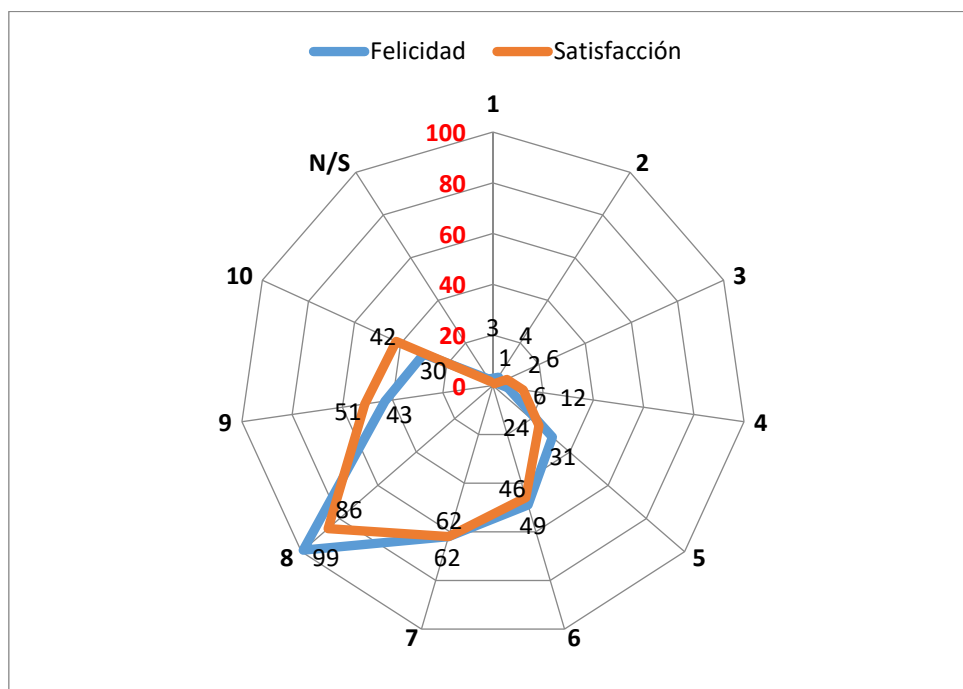
Figura 81. Grado de satisfacción con cada uno de los siguientes aspectos propios: educación, trabajo (si lo tuviera), nivel de vida, vivienda, vida familiar, salud, vida social y finalmente con la situación económica de España.



Para terminar con este grupo de aspectos y poniendo atención en la Figura 81, comprobamos que la educación recibida, aun encontrándose entre los valores que peores puntuaciones ha obtenido, consigue un 37,95% en las puntuaciones altas, un 49,4% en satisfacción media y un 12,05% en puntuaciones relacionadas con la insatisfacción. Para finalizar, vemos que son pocas las respuestas que hemos conseguido en relación al trabajo porque la mayoría de nuestros alumnos son inactivos, pero aquellos que han respondido exponen en un 36,37% estar muy satisfechos, un 40,91% afirma estar satisfecho y solo un 4,55% dice encontrarse insatisfecho con su empleo actual.

Finalicemos este punto relacionado con el bienestar subjetivo tratando las variables referidas a satisfacción y felicidad. Comprobamos que hay alta consistencia entre ambos aspectos y las puntuaciones obtenidas son muy similares. En la Figura 82, observamos como la silueta que dibujan ambas variables tiene la misma forma. Vemos que han sido pocos los alumnos que han seleccionado las puntuaciones bajas de la escala y que las mismas se han quedado en un 4,52% en el caso de la felicidad y en un 5,72% para la satisfacción con la vida. Con respecto a las puntuaciones medias, vemos que es 3 puntos más alta la que obtiene felicidad sobre satisfacción, situándose en un 42,77%. Concluimos este apartado con las respuestas que expresan satisfacción total que son de un 53,91% en relación a la satisfacción con la vida y de un 51,81% en relación a felicidad.

Figura 82. Satisfacción y felicidad actuales con respecto a la vida del alumnado del PIE.



Como conclusión de este apartado, podemos decir que gran parte de los mayores universitarios de las sedes de Aranda de Duero y de Burgos cuando se les pregunta acerca de su bienestar subjetivo mediante cuestiones relacionadas con sus percepciones personales sobre su optimismo, libertad de elección o importancia del día a día, exponen tener posturas positivas que nos hacen ser optimistas en este sentido. También es interesante como los alumnos consideran que, a pesar de la situación económica de España, ellos tienen un buen nivel de vida, una buena vida social y familiar e incluso un estado de salud adecuado.

En términos de felicidad y satisfacción vital también consideramos, a la luz de los resultados, que las puntuaciones altas son las que predominan y que no hay apenas individuos que presenten altos índices de infelicidad e insatisfacción.

### 6.2.3 Calidad de la sociedad.

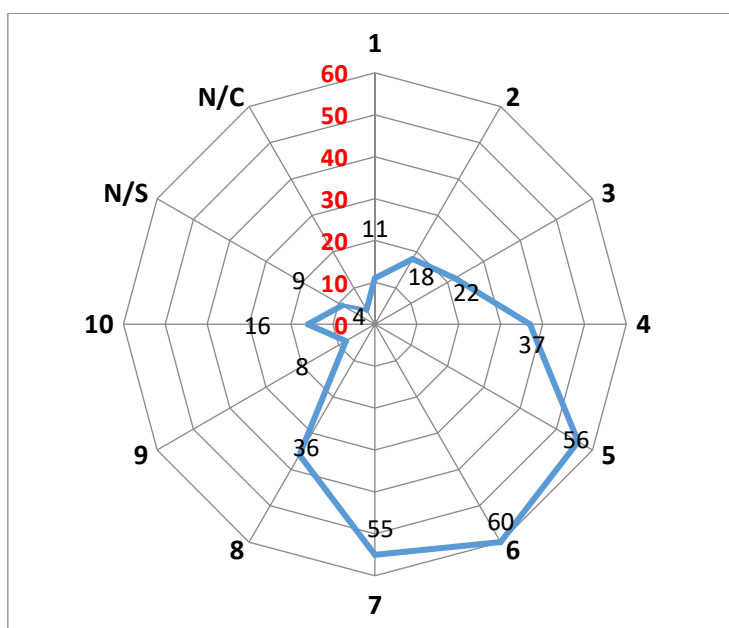
Estudiaremos a continuación la percepción de los mayores universitarios con respecto a la calidad de la sociedad, para ello analizaremos la opinión de los



alumnos sobre si se puede confiar en la gente o hay que ser más bien cautelosos, veremos también las sensaciones a nivel de tensión entre diferentes grupos sociales o de personas a menudo considerados antagónicos, conoceremos su opinión con respecto a la emigración y finalmente su confianza en las diferentes instituciones y agentes sociales.

En la Figura 83 vemos reflejado el grado de confianza de los mayores universitarios en la gente en general. Comprobamos que las puntuaciones más destacadas son las de carácter medio, es decir, aquellas que van del 5 al 7, las cuales representan el 51,5% del total. Solo un 18,07% del total afirma con seguridad y contundencia que se puede confiar en la mayoría de la gente, mientras que el 26,51% expone que tiene un grado bajo de confianza y que hay que ser prudente en el trato con los demás.

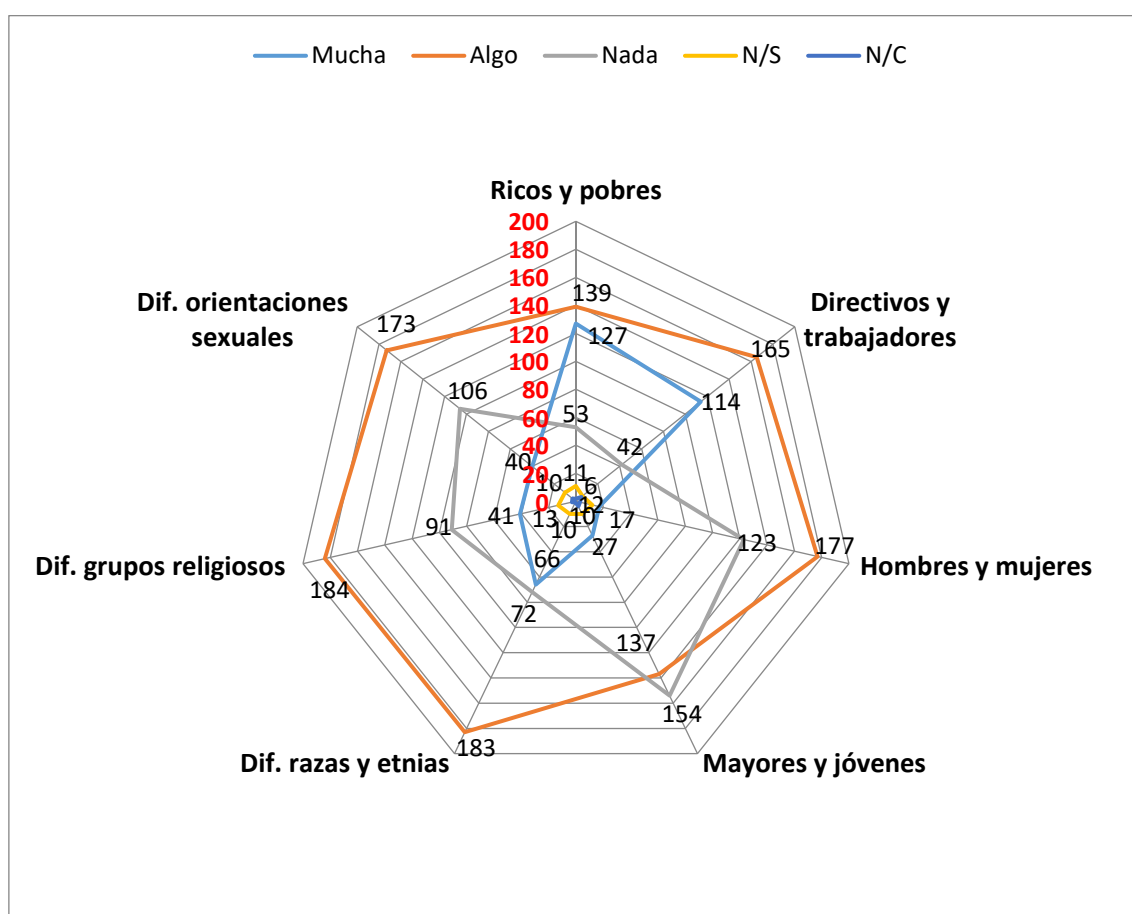
Figura 83. Grado de confianza en la mayoría de la gente.



Preguntados por las tensiones que a veces existen entre los diferentes grupos sociales, afirman que es entre los ricos y los pobres donde consideran que existe mayor tensión, un 38,25%, mientras que un 34,34% expone que existe mucha tensión entre los directivos y los trabajadores. Las respuestas en las que la opción seleccionada es “Algo de tensión” se encuentra en todas las opciones en un rango de entre el 55,42% de los diferentes grupos religiosos y el 41,87% de entre ricos y pobres. En el primero de los casos podemos encontrar la explicación en la continua información que se lanza desde los medios de

comunicación con respecto a temas relacionados con terrorismo religioso. Por otra parte, son los propios mayores los que afirman, con un 46,39%, que entre ellos y los jóvenes no hay nada de tensión, mientras que solo un 8,13% habla de mucha tensión con el grupo de personas jóvenes. El análisis de la Figura 84 nos informa de que no hay un problema de convivencia ni de relaciones de carácter intergeneracional. Finalmente, también vemos que hay un alto porcentaje de alumnos (37,05%) que considera que no hay nada de tensión entre hombres y mujeres.

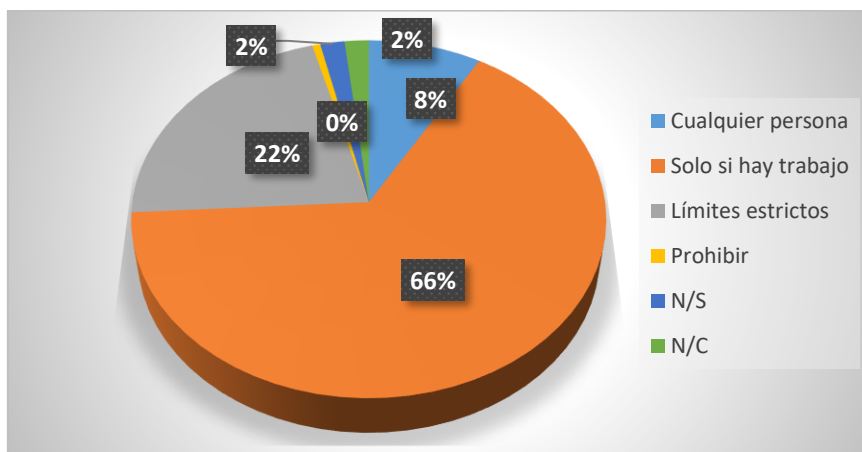
Figura 84. Grado de tensión entre los diferentes grupos sociales.



Los mayores consideran de manera mayoritaria, un 65,66%, que los inmigrantes solo deberían venir a España si hay trabajo, seguidos de aquellos que piensan que el Gobierno tendría que establecer límites estrictos a su entrada en nuestro país con un 21,69% y vemos que solo un 8,43% expone que habría que permitir que viniera cualquier persona que quisiera. Únicamente dos individuos, es decir, un 0,6% consideran que habría que prohibir a la gente venir a trabajar. Finalmente, un 1,81% no sabría qué recomendar al Gobierno en estos

casos y otro grupo en ese mismo porcentaje no ha respondido a la pregunta (Figura 85).

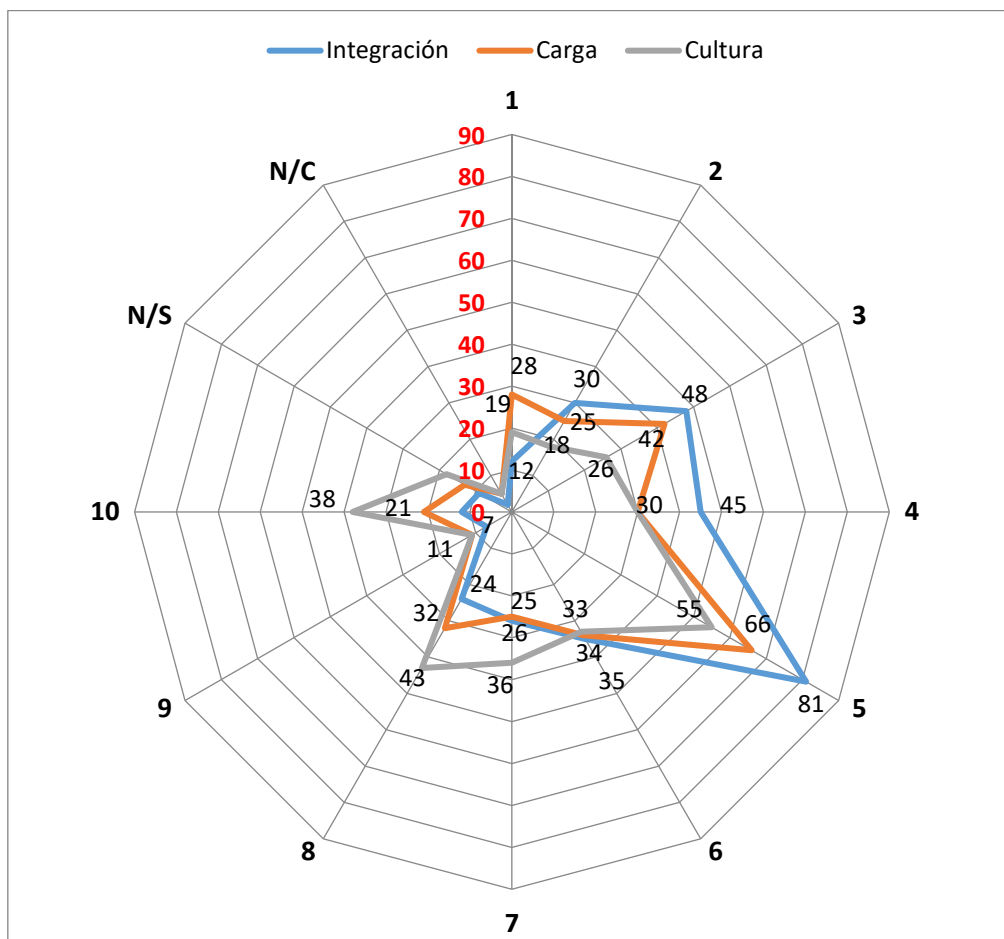
Figura 85. Creencia sobre lo que debería hacer el Gobierno con las personas de otros países que vienen a vivir y a trabajar a España.



En las siguientes tres cuestiones, que hemos agrupado en la Figura 86, vemos la idea que tienen nuestros mayores universitarios de la inmigración. En la primera de las preguntas se les instaba a responder en qué grado consideran que los inmigrantes están integrados en nuestra sociedad. Las respuestas dicen que un 40,70% afirma que no lo están puesto que en la escala han respondido con un 4 o menos, en las puntuaciones medias tenemos al 42,9% y en las puntuaciones altas solamente al 12,99%. Un 2,72% no tiene respuestas para esta pregunta. Vemos que son muchos los que tienen la impresión de que no hay una integración real de la comunidad extranjera. La siguiente cuestión, que hace referencia a si consideran que los inmigrantes son una carga para nuestro estado de bienestar o por el contrario si creen que aportan más de los que reciben, recibe el mismo porcentaje de respuesta tanto en las puntuaciones bajas como en las medias, un 37,65% y vemos como en este caso las puntuaciones altas crecen con respecto a la cuestión anterior hasta situarse en el 19,28%. Sigue habiendo un 3,92% que no sabe qué contestar en relación a la inmigración. Para concluir, haremos el análisis de la cuestión que trata el tema de la cultura, en cuyos extremos se encuentran, por un lado, que nuestra cultura se ve socavada y por otro que la misma se enriquece por esa convivencia multicultural. La mayoría, un 37,35%, ha seleccionado puntuaciones medias, seguido de aquellos que consideran que nuestra cultura se ve comprometida por la

inmigración, un 28,01% y finalmente, son un 27,71% los que creen que nuestra cultura se beneficia del contacto con otras culturas. En este caso, un 5,72% responde que no sabe.

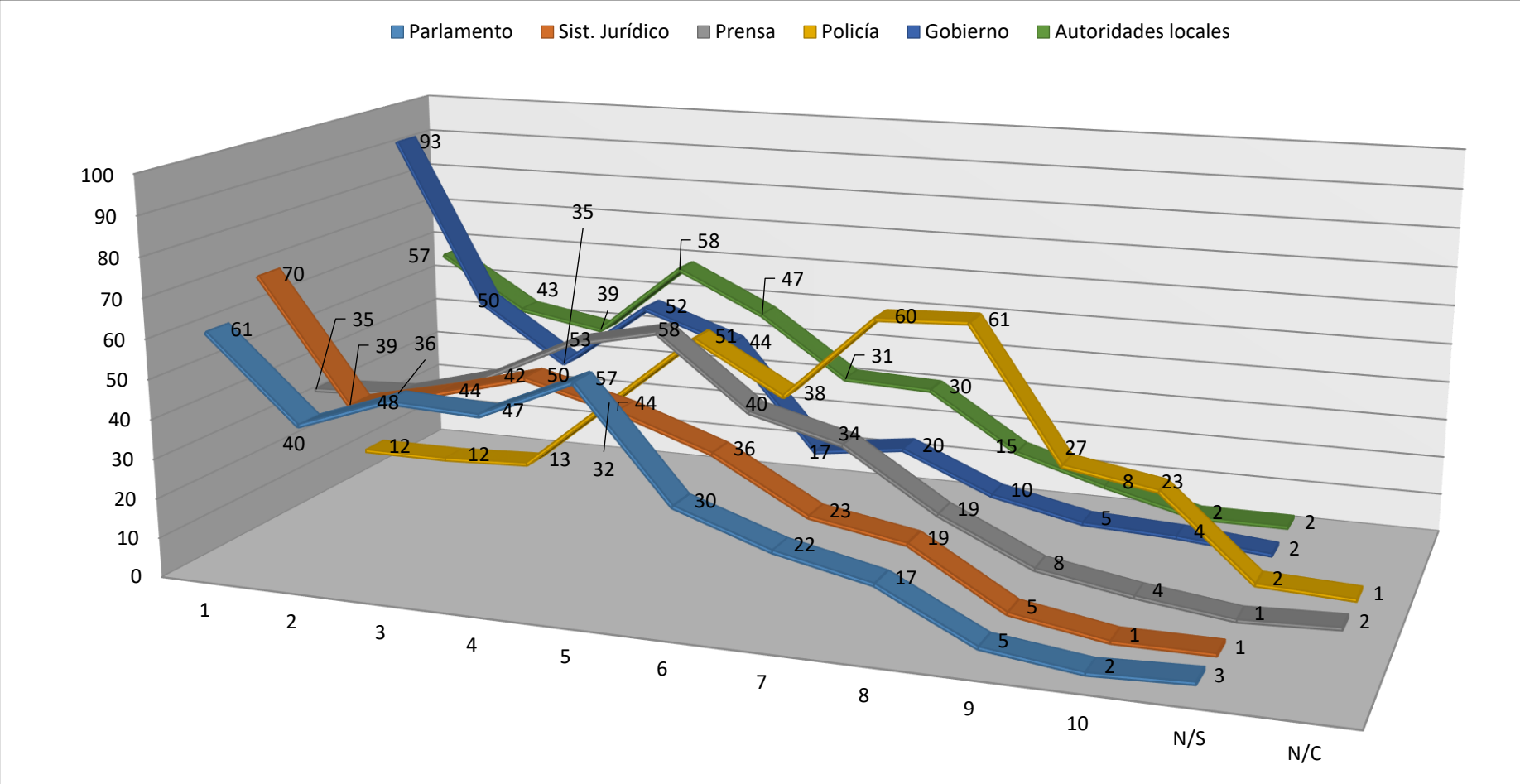
Figura 86. Opiniones del alumnado del PIE sobre los inmigrantes.



A través de la Figura 87, presentamos el análisis del grado de confianza de los mayores universitarios en diferentes instituciones, comenzando por el Parlamento español. Comprobamos cómo está patente una creciente desconfianza en este organismo pues solo el 7,23% confía plenamente en esta institución pública y un 32,83% ha seleccionado puntuaciones medias en este sentido, es decir, entre 5 y 7. Las puntuaciones bajas (menos de 5) son mayoritarias con un 59,04%. Unos resultados similares encontramos acerca del sistema jurídico, que no consigue el aprobado en el 61,14% de la muestra. Las puntuaciones logradas por la prensa son ligeramente mejores en comparación con las hasta ahora expuestas, sin embargo, aún vemos que hay un 50% de los alumnos que desconfía de este agente y solo un 9,33% le otorga puntuaciones

que demuestra buena confianza. La policía es la única institución que consigue buenas calificaciones en la parte alta de la escala, teniendo mayoría de respuestas entre 7 y 8 y consiguiendo que un 33,44% de los alumnos le hayan concedido las máximas puntuaciones. Por otra parte, el Gobierno es la institución que logra peores valoraciones, con un 69,28% de alumnos que no confían en él. Solo un 5,73% tiene total confianza en el mismo y un 24,39% selecciona puntuaciones medias para calificar su confianza en esta institución del Estado. Finalmente, las autoridades municipales, entendidas como Gobierno local, aun teniendo mejores puntuaciones que el Gobierno central, no se puede afirmar que sus resultados sean buenos ya que podrían mejorar considerablemente. Vemos que el 59,34% no confía en su Gobierno local, un 32,53% selecciona una puntuación media de entre 5 y 7 y únicamente un 7,53% afirma confiar en el mismo.

Figura 87. Grado de confianza en las instituciones.



Concluimos por tanto que los mayores universitarios consideran que son las relaciones laborales y económicas las que mayor tensión generan en estos tiempos en los que la influencia de la crisis es muy notable.

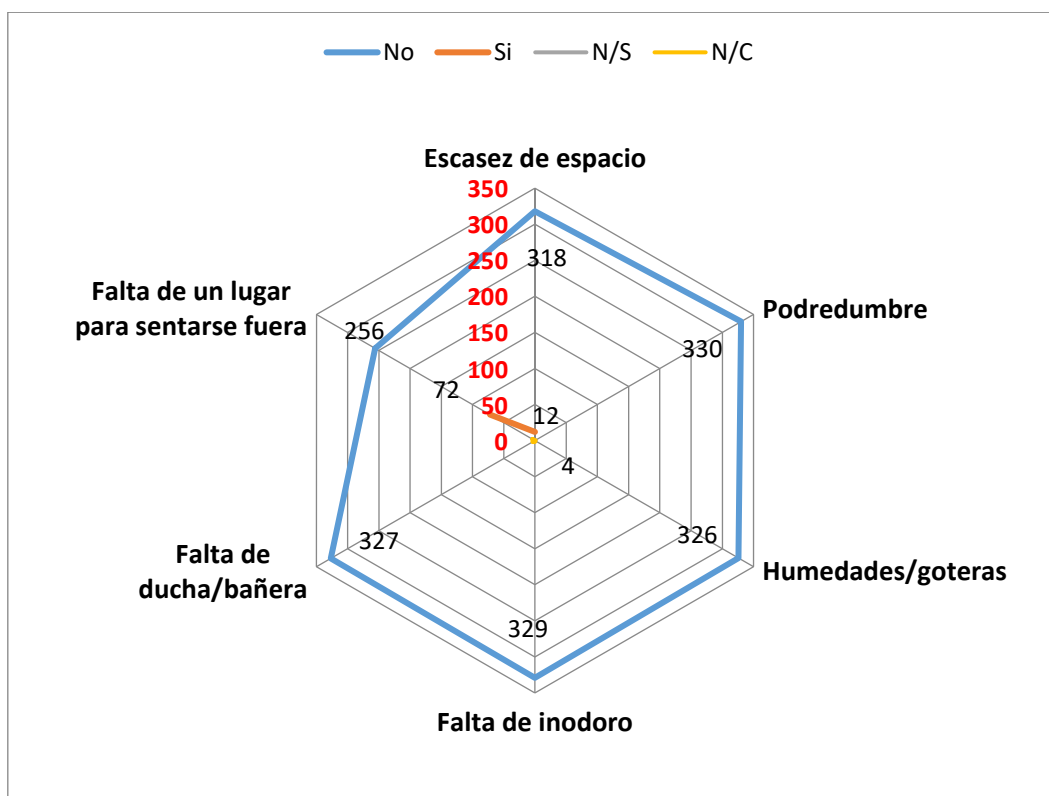
No podemos terminar sin comentar que, dentro de la escala, la puntuación 5 ha sido la más marcada por el alumnado en todas y cada una de las cuestiones relativas al hecho migratorio. Vemos que aún queda mucho trabajo por hacer en el Programa Interuniversitario de la Experiencia de la Universidad de Burgos para conseguir reducir los estereotipos para con la población inmigrante, en este sentido, el conocimiento mutuo puede ser una vía eficaz.

Los resultados sobre la confianza en las instituciones son el resultado de las políticas de austeridad que España arrastra tras años sumidos en una profunda crisis económica, la desconfianza en los poderes legislativo, ejecutivo y judicial por los crecientes casos de corrupción y la manipulación constante de los medios de comunicación que aprovechan su proyección pública para favorecer diferentes intereses; queda claro que los mayores no son indiferentes a la realidad que les rodea y son plenamente conscientes de la situación.

#### **6.2.4 Vivienda y entorno local.**

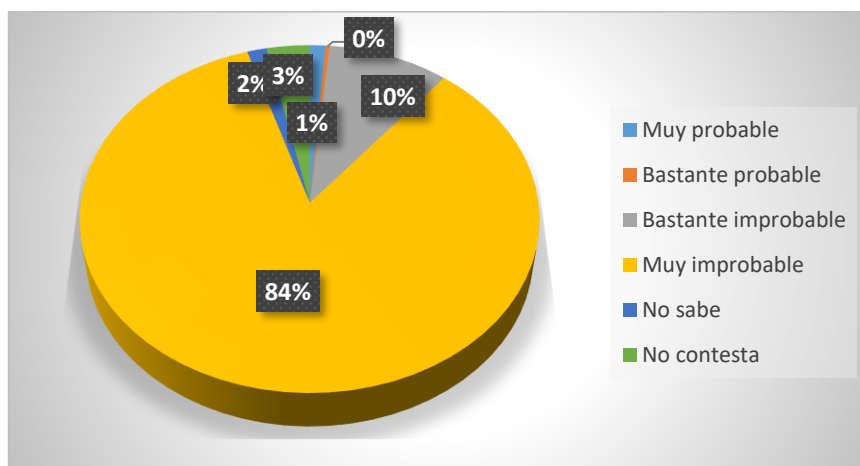
En las siguientes líneas presentamos los resultados relacionados con el bloque de variables denominado “Entorno familiar y local”. Tal y como podemos apreciar en la Figura 88, los mayores del PIE apenas tienen problemas relacionados con la vivienda y únicamente la variable que hace referencia a la falta de un lugar para sentarse fuera ha sido seleccionada por un 21,69%. Por otra parte, el 3,61% afirma presentar problemas de escasez de espacio.

Figura 88. Problemas en la vivienda del alumnado del PIE.



Con respecto a la posibilidad de tener que abandonar la vivienda por falta de pago, el 93,68% afirma que es muy o bastante improbable que esa situación se produzca, un 1,5% expone que es probable que esa situación pueda ocurrir y cerca de un 5% ha marcado las opciones de no sabe o no contesta (Figura 89).

Figura 89. Probabilidad de tener que abandonar la vivienda en los 6 meses posteriores a la cumplimentación del cuestionario por falta de pago.

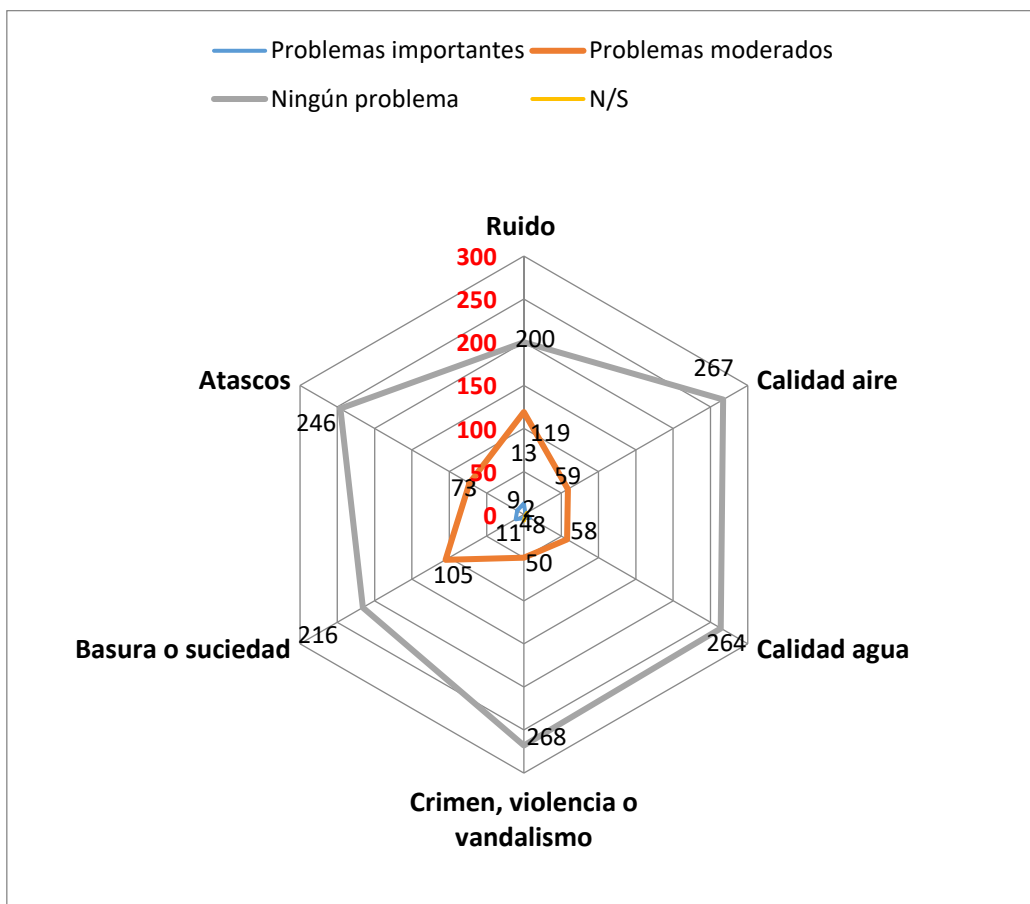


Preguntados por problemas prototípicos que pueden surgir en los barrios, los alumnos del PIE afirman que es el ruido el más importante. En la Figura 90



vemos como un 3,92% expone tener problemas importantes a este respecto y un 35,84% problemas moderados. La basura y la suciedad también les generan problemas a un 34,94%. Con respecto a los atascos, si bien la mayoría (74,10%) no tiene ningún problema hay un 21,99% que afirma que hay problemas moderados en su barrio y un 2,71% expone que los problemas son importantes. En el lado opuesto encontramos que el crimen, violencia o vandalismo no les genera ningún problema al 80,72%, seguido muy de cerca por la calidad del aire y la calidad del agua.

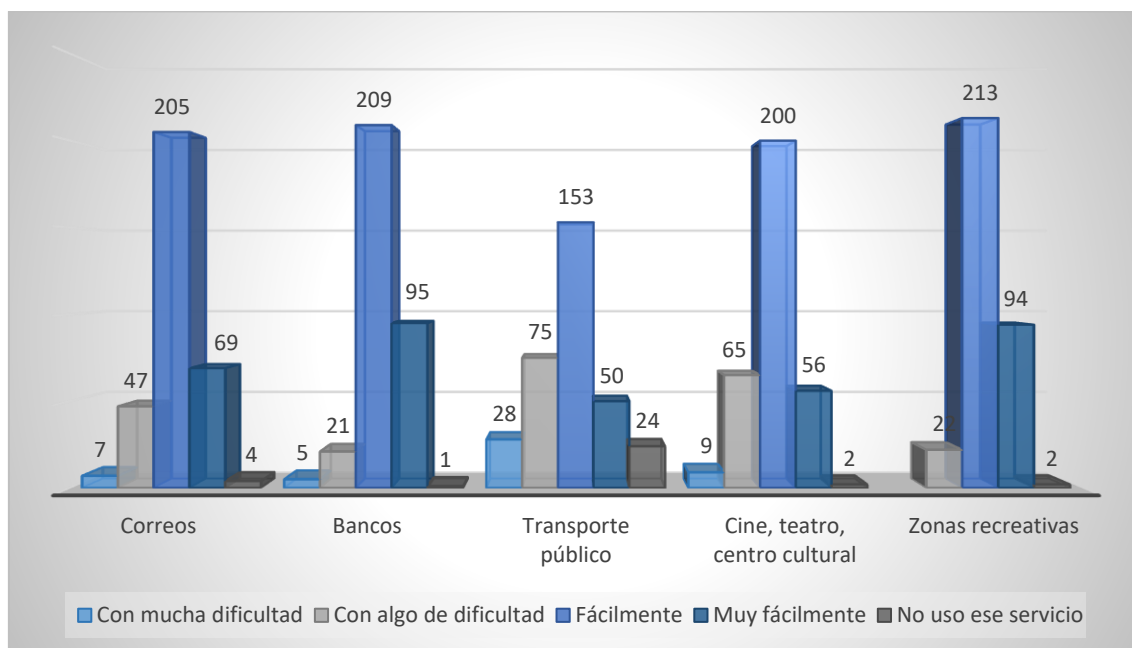
Figura 90. Problemas en el barrio del alumnado del PIE.



Finalmente, ante la cuestión de cómo consideran el acceso a diferentes servicios públicos, privados, recreativos o culturales en relación tanto a la cercanía física como a los horarios de apertura y otros parámetros, las personas mayores consideran que a lo que más facilidad de acceso tienen es a las zonas recreativas con un 92,47%, seguido de los bancos, pues un 91,56% expone que llegan fácilmente o muy fácilmente y de los servicios postales con un 82,53% (Figura 91). El servicio que menos utilizan de todos los propuestos es el

transporte público, que utilizan con menor frecuencia los alumnos de Aranda de Duero que los de Burgos, quizá por la menor disponibilidad de horarios y combinaciones y, por ser más sencillo llegar de un lugar a otro caminando. Por otra parte, es en esta opción en la que más alumnos han marcado “muchísima dificultad”, un 8,43%, puesto que puede ser que no utilicen el transporte público porque hay dificultad de acceso tanto a trenes como autobuses.

Figura 91. Acceso a diferentes servicios considerando la cercanía física, los horarios de apertura, la distancia y similares del alumnado del PIE.



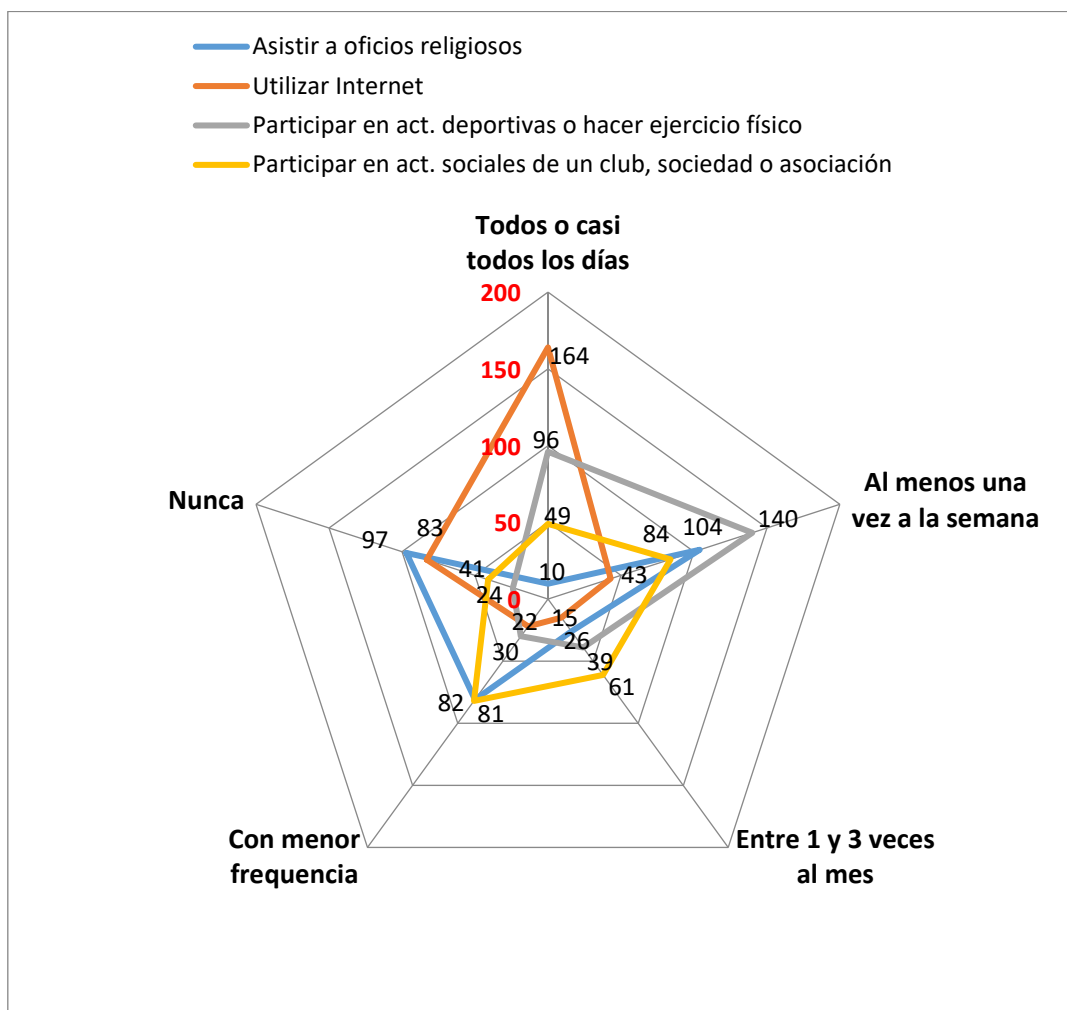
Podemos concluir que las condiciones de la vivienda no les generan preocupaciones que puedan afectar gravemente a su calidad de vida. Muchos de los mayores universitarios tienen en propiedad la vivienda y, como veremos más adelante, no tienen dificultades para llegar a fin de mes.

Su entorno más cercano tampoco les genera problemas importantes más allá de alguno relacionado con el ruido o las basuras y únicamente el transporte es visto como un servicio que no ofrece todas las facilidades que se le suponen.

### **6.2.5 Exclusión social y participación en la comunidad.**

En este apartado, los alumnos del PIE de la Universidad de Burgos han sido preguntados por la frecuencia de realización de diferentes actividades que pueden ser personales o grupales, su implicación con organizaciones de diferentes ámbitos y su sentimiento de exclusión social. En la Figura 92 comprobamos que la actividad que los mayores universitarios de las sedes de Burgos y Aranda de Duero realizan con mayor frecuencia diaria es la navegación por Internet, seguida por la práctica de actividades de carácter deportivo o ejercicio físico. Por lo tanto, Internet y actividad física, con un 62,35% y un 71,08% respectivamente, son las actividades que más practican los mayores universitarios. Como analizaremos más adelante, una causa de esta situación puede ser el completo programa que se ofrece desde el PIE relacionado con las Nuevas Tecnologías tanto a nivel teórico como práctico y también las asignaturas relacionadas con la salud y con el envejecimiento activo. De cualquier forma, se ha de seguir trabajando en esta línea pues un 25% nunca se ha conectado a Internet y un 7,23% no practica ninguna actividad de carácter físico. De todas las actividades expuestas, las de carácter religioso, en las que no se incluían bodas, funerales o bautizos, son las menos practicadas, ya que un 29,22% expone que nunca las practica y cerca de 25% solamente alguna vez al año. Finalmente, la participación en actividades sociales a través de un club o asociación es un hecho habitual para el 40% y algo más esporádico para el 43% si bien hay un 12,35% que ha seleccionado la opción nunca. Los mayores tienen constituidas sendas asociaciones en ambas sedes que organizan múltiples actividades entre las que se encuentran viajes culturales, conferencias o visitas y es por ello que tienen amplia participación en este sentido, aparte de las asociaciones en las que estén implicados fuera del PIE.

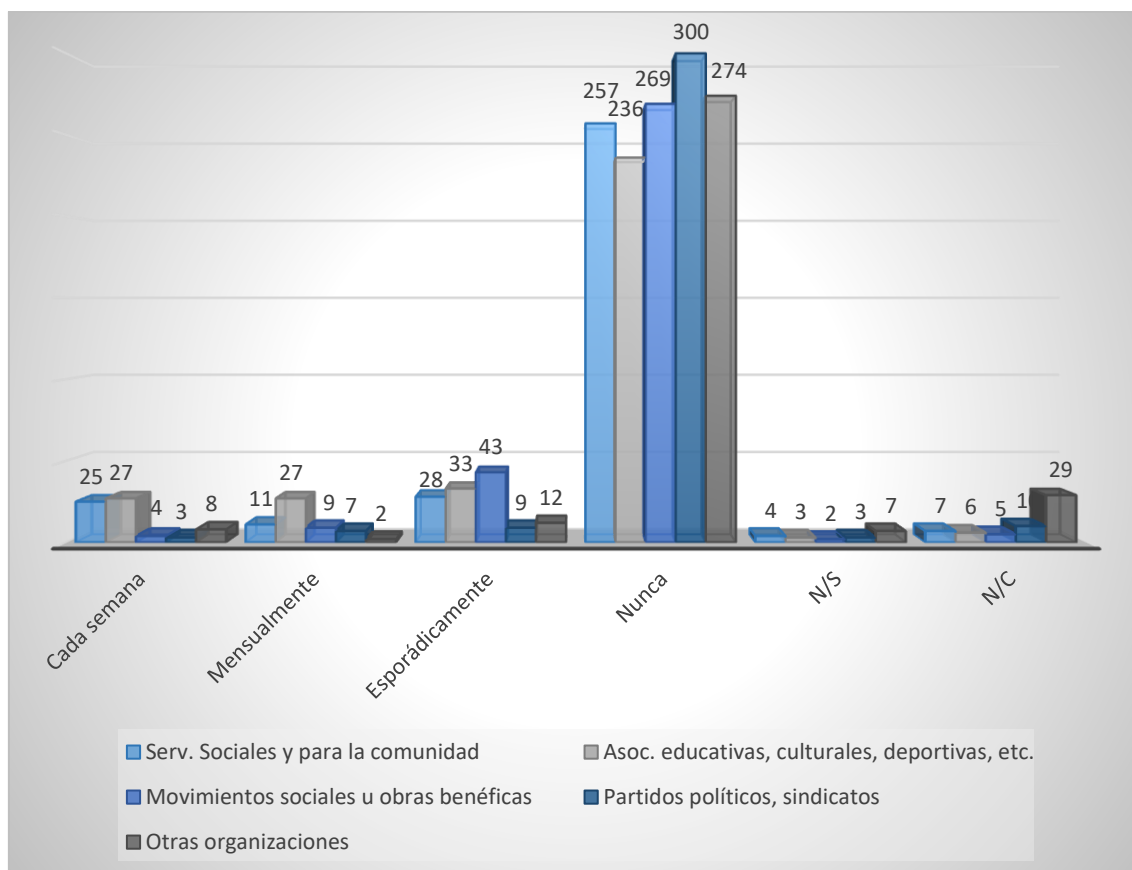
Figura 92. Frecuencia de realización de diferentes actividades por el alumnado del PIE.



A continuación, analizamos la participación social de los mayores en relación con el voluntariado. Vemos claramente en la Figura 93 que la opción seleccionada de forma mayoritaria para todo tipo de organizaciones ha sido “nunca”, con variaciones desde el 71,08% de la opción relacionada con colaborar con asociaciones educativas, culturales, deportivas o profesionales al 90,36% del voluntariado en partidos políticos o sindicatos. La frecuencia de trabajos voluntarios es mayor en las asociaciones educativas o culturales con un 16,27% de alumnos que participan en las mismas semanal o mensualmente y en servicios sociales y para la comunidad con un 10,84%. Cerca de un 17% han marcado que esporádicamente participan en movimientos sociales u obras benéficas como la recaudación de fondos. Tenemos un largo camino que recorrer desde los PUMs en este sentido si deseamos que los mayores hagan

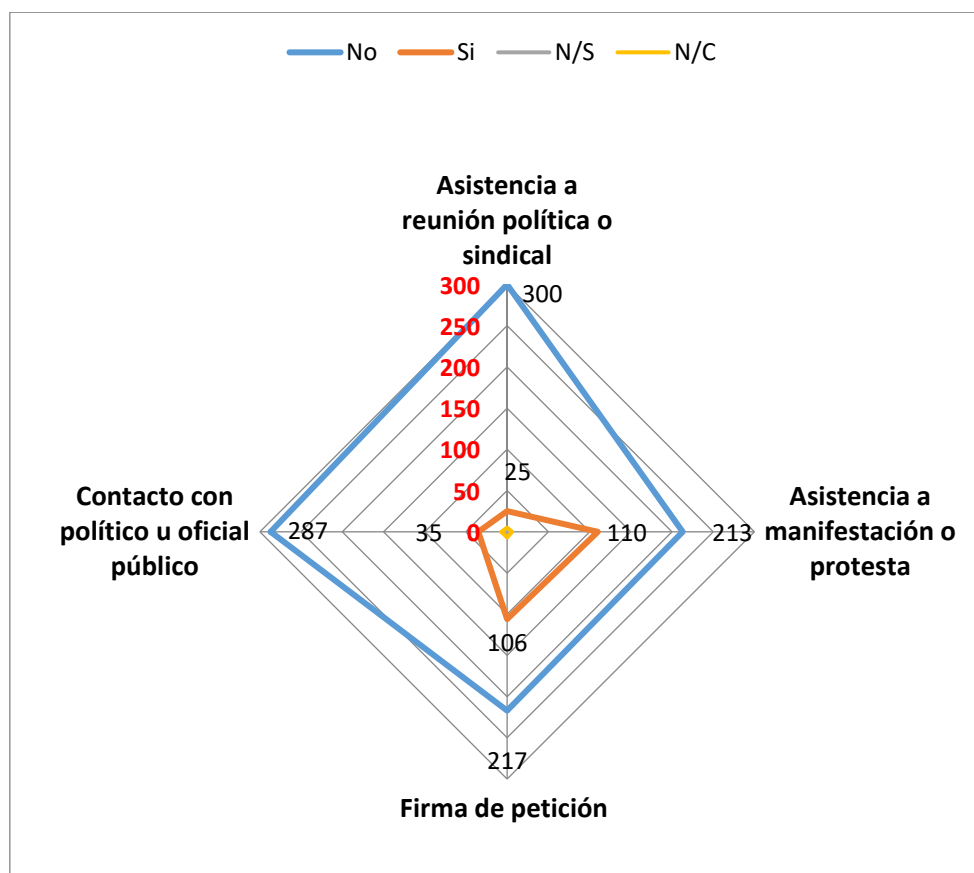
uso de su conocimiento y experiencia y puedan aplicar ambos en beneficio de la comunidad.

Figura 93. Frecuencia de realización de trabajos voluntarios no retribuidos a través de diferentes organizaciones en los últimos 12 meses del alumnado del PIE.



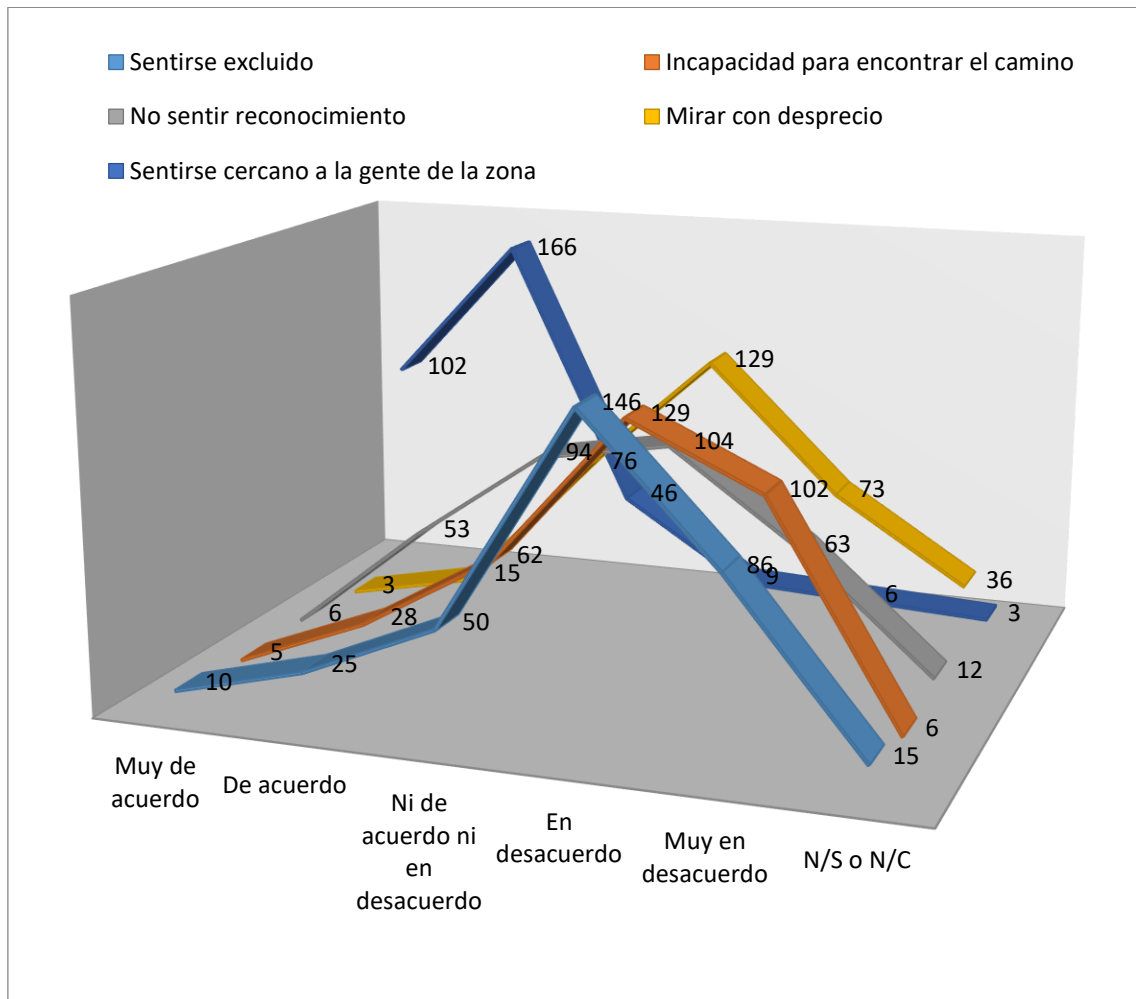
En el último año, previo a la cumplimentación del cuestionario en octubre de 2014, los mayores apenas han tenido contacto con políticos u oficiales públicos (solo un 10,54%) o han asistido a una reunión de sindicatos o grupos políticos (7,53%), lo más frecuente ha sido la asistencia a manifestaciones o protestas con un 33,13% y la firma de peticiones con un 31,93% (Figura 94).

Figura 94. Acciones realizadas en los últimos 12 meses por el alumnado del PIE.



Finalizamos este apartado analizando la exclusión social percibida por el alumnado del PIE. En la Figura 95 queda reflejado que un 80,72% se siente cercano a su comunidad y se identifica con la gente de la zona en la que vive, vemos que es la opción mejor valorada de todas las propuestas. En torno al 69% de la muestra no se siente excluido de la sociedad y también afirma estar “en desacuerdo” o “muy en desacuerdo” con la afirmación relacionada con la incapacidad de encontrar su camino en la vida. La opción sobre sentir que lo que se hace no es reconocido por los conocidos, recibe un 17,77% de acuerdo, seguido de la afirmación sobre sentirse excluido de la sociedad (10,54%), son los dos enunciados que obtienen puntuaciones más negativas. Un 10,84% expone no saber o no contesta a la pregunta relacionada con recibir miradas de desprecio por la situación laboral o los ingresos, lo que nos indica que no es un hecho muy habitual.

Figura 95. Grado de acuerdo con respecto a sentirse excluido de la sociedad, a sentir que la vida se ha convertido en algo tan complicado que hay incapacidad de encontrar el camino, sentir que el valor de lo que se hace no es reconocido por los conocidos, sentir que algunas personas me miran con desprecio por mi situación laboral o ingresos y sentirse cercano a la gente de la zona en la que se vive.



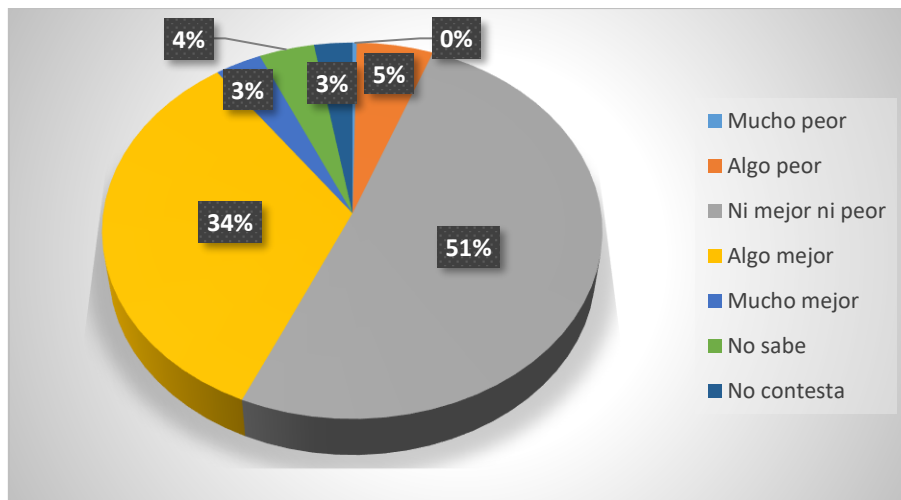
A grandes rasgos vemos que no se sienten especialmente excluidos a nivel social y que participan en su comunidad a través de diferentes actividades y recursos, uno de ellos el PIE.

### 6.2.6 Nivel de vida y privaciones.

Cuando los mayores han sido preguntados por su nivel de vida, en muchas de las respuestas nos encontramos con que no han contestado o han marcado la opción de no sabe. Parece que es un tema con el que les cuesta sincerarse y que no es recurrente en los diferentes cuestionarios que rellenan durante el curso, pues estos suelen estar relacionados con temas educativos.

En la cuestión relativa a la situación económica del hogar si comparan la misma con la de la mayoría de los españoles, un 36,74% expone que es mejor y solo un 5,72% reconoce que es peor, pensando la mayoría que no hay diferencias significativas entre ellos y el resto (Figura 96). Por otra parte, un 75,9% afirma llegar a fin de mes con facilidad frente al 20,48% que expone tener algún tipo de dificultad.

Figura 96. Evaluación de la situación económica del hogar del alumnado del PIE en comparación con la mayoría de la población española.

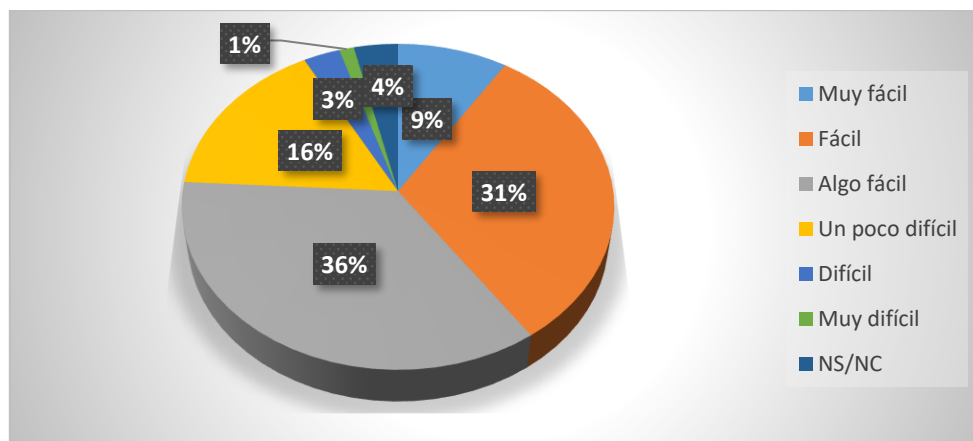


Con respecto a la facilidad o dificultad para llegar a fin de mes, la Figura 97 nos muestra una realidad en la que aquellos que afirman tener facilidad en mayor o menor grado suman el 76% del total. Solo un 4% afirma encontrarse en una situación difícil o muy difícil y un 16% expone que presenta dificultades, aunque las mismas no son de gravedad. En general podemos decir que nuestro alumnado no presenta excesivos problemas económicos y su situación es mejor que la de la media española. Consultada la “Encuesta de Condiciones de Vida” realizada por el Instituto Nacional de Estadística en 2014, vemos que los hogares



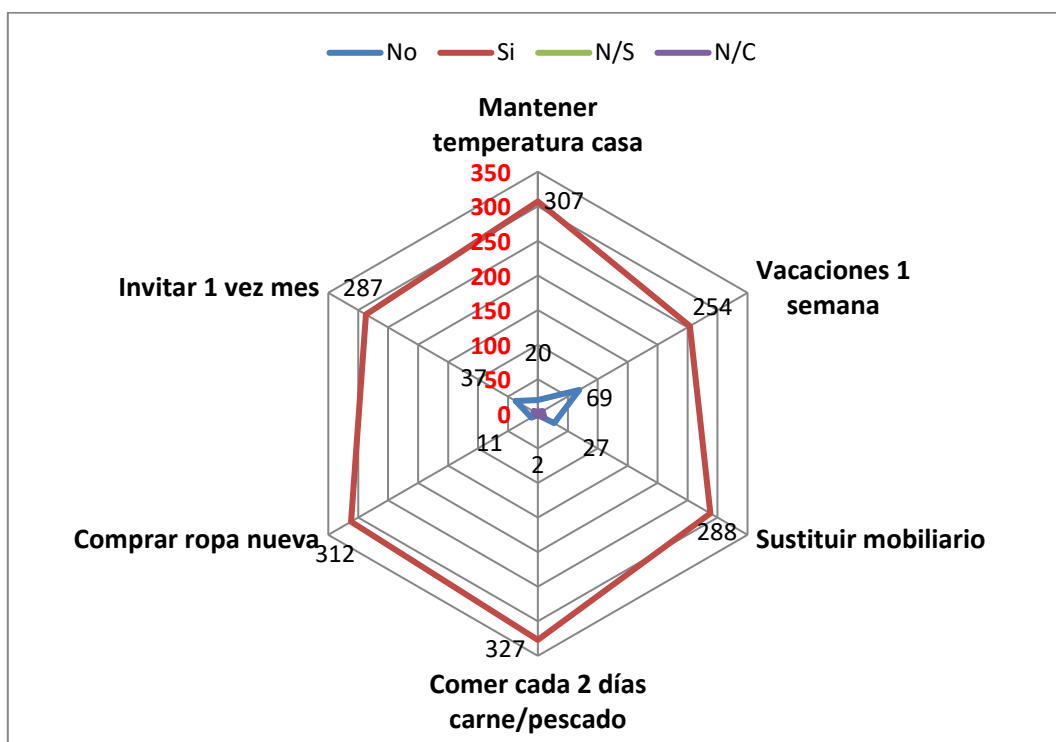
españoles presentan en un 16,1% mucha dificultad para llegar a fin de mes. En la muestra que nos ocupa ese porcentaje únicamente se sitúa en el 1%. A pesar de todo, los datos de Castilla y León confirman que esta región es de las que menos dificultades presenta en este sentido con solamente un 12,1% de la población con ese tipo de problemática.

Figura 97. Evaluación de la facilidad o la dificultad para llegar a fin de mes del alumnado del PIE.



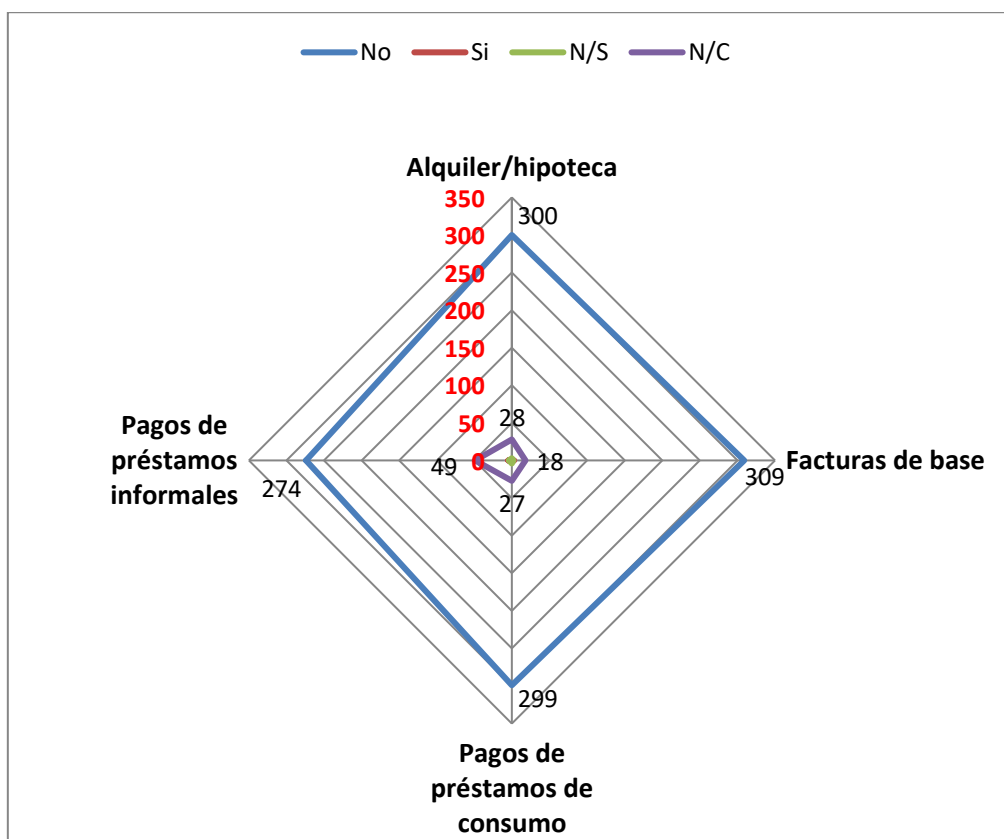
Si bien sabemos que hay algunas cosas que mucha gente no puede permitirse, veamos si el alumnado del PIE de las sedes de Aranda de Duero y Burgos se encuentra en esas circunstancias. Gracias a la Figura 98, comprobamos que de la lista propuesta en la que se incluían mantener la temperatura de la vivienda, pagarse unas vacaciones de una semana al año fuera de casa, sustituir mobiliario roto o deteriorado, comer cada 2 días carne o pescado, comprar ropa nueva e invitar a casa a amigos o familiares una vez al mes, la opción que menos pueden permitirse los alumnos es la de las vacaciones fuera de casa con un 20,78% seguido a cierta distancia por la imposibilidad de invitar a casa a amigos o familiares del 11,14% del alumnado. Un 98,49% expone que puede permitirse comer carne o pescado varias veces a la semana y un 92,47% puede mantener la casa lo suficientemente caliente. Parece que los universitarios mayores tienen claras sus prioridades y ponen un especial interés en satisfacer las necesidades más básicas como son las relacionadas con la alimentación o la vivienda.

Figura 98. Posibilidad del alumnado del PIE de permitirse cada una de las siguientes acciones relacionadas con la vivienda y con la satisfacción de necesidades básicas.



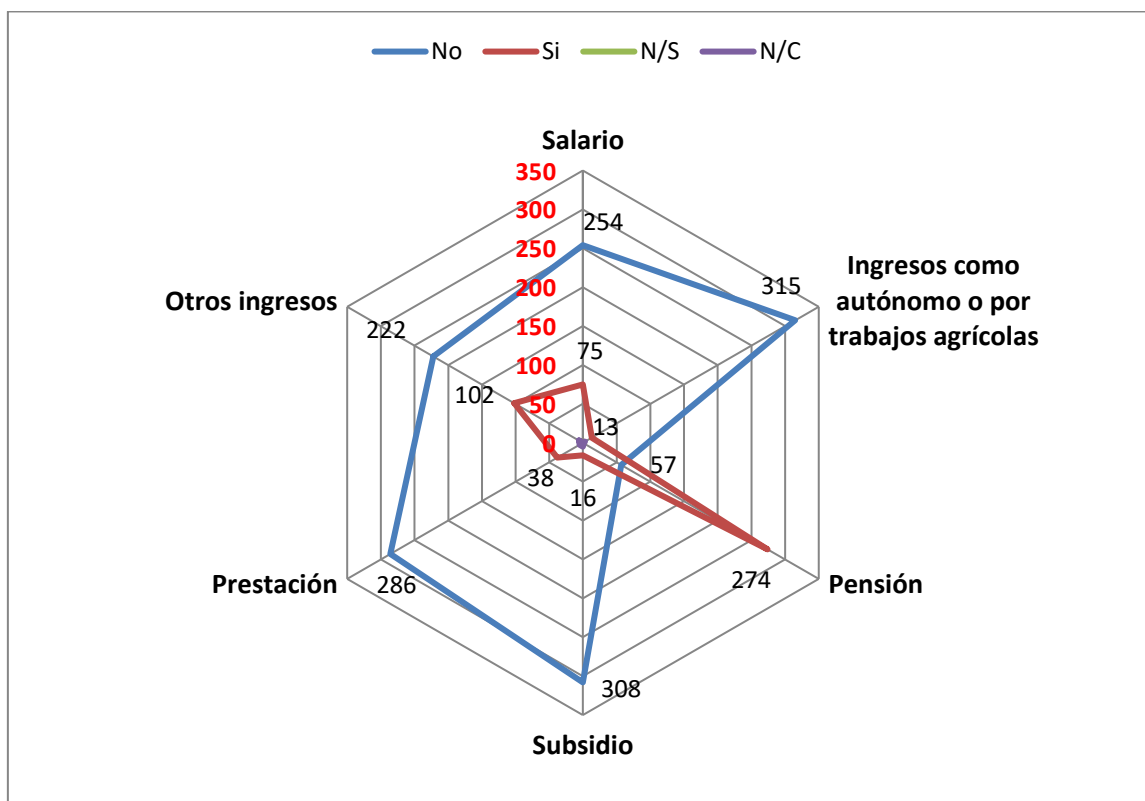
En la Figura 99 se muestran los resultados de las preguntas relacionadas con retrasos en diferentes pagos en el último año. Expongamos en primer lugar que tenemos, de media en las cuatro preguntas, un 30,5% de alumnos que no ha contestado. Suponemos que han considerado que son preguntas muy personales y han decidido obviarlas. Aquellos que respondieron a las preguntas, seleccionaron mayoritariamente la opción relacionada con no haberse retrasado en este tipo de pagos, si bien desconocemos si aquellos que no han contestado los tuvieron, por lo que no podemos afirmar que el total de la muestra no tengas problemas de pago sobre los recibos preguntados.

Figura 99. Retrasos en los pagos en los últimos 12 meses del alumnado del PIE.



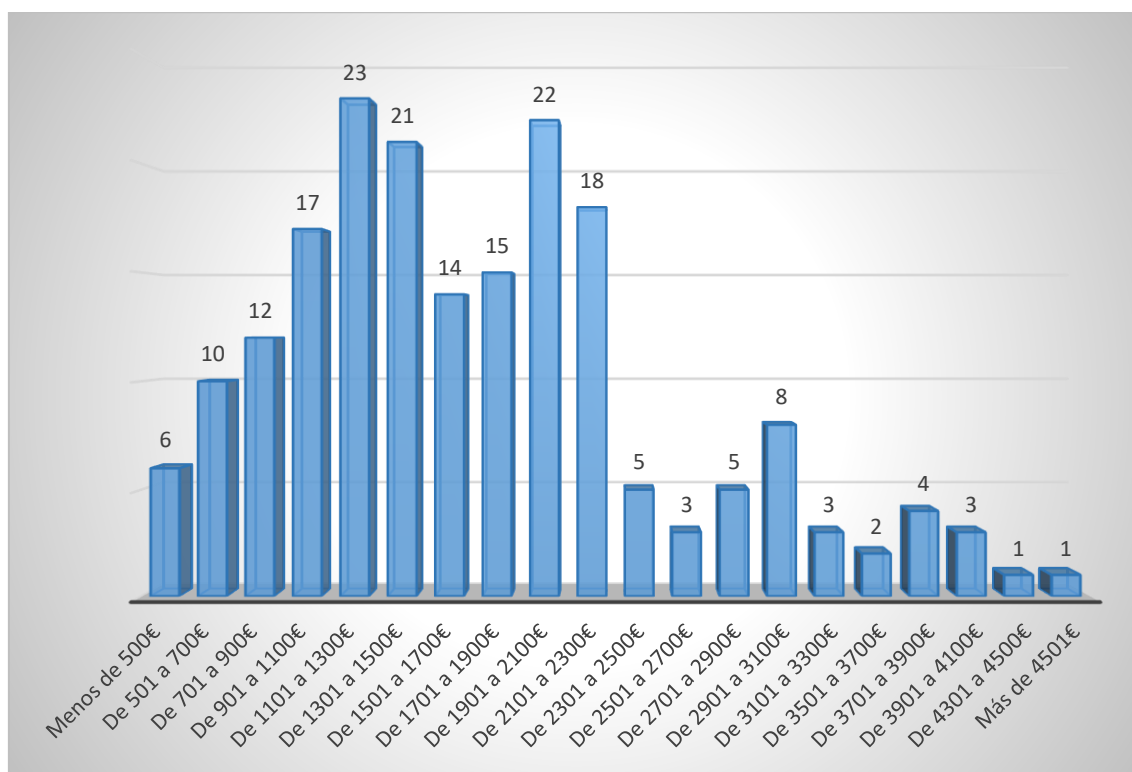
En relación a los tipos de ingresos recibidos en el hogar en los últimos 12 meses, la Figura 100 nos muestra claramente como en la mayoría de los hogares (82,53%), se cobra al menos una pensión. Un 30,72% afirma que recibe otros ingresos que pueden estar relacionados con ahorros, rentas, acciones, etc. Únicamente un 22,59% de los hogares recibe un salario fruto del trabajo de alguno de los miembros del hogar que son principalmente las parejas y/o los hijos. Comprobamos que solo en el 3,92% de los hogares (13 hogares) hay ingresos por trabajo autónomo y vemos que en los hogares de los mayores hay baja cultura del emprendimiento.

Figura 100. Tipos de ingresos recibidos por cualquier miembro del hogar del alumnado del PIE en los últimos 12 meses.



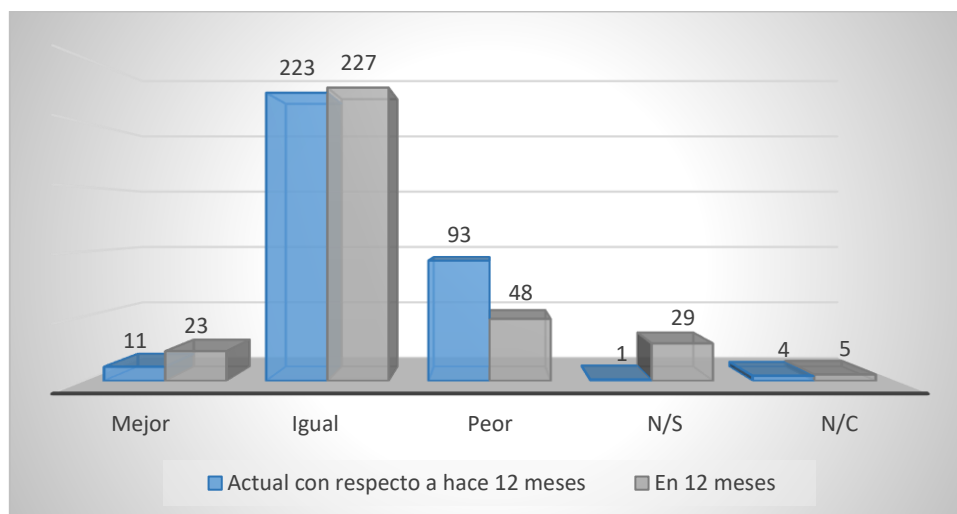
Los alumnos también fueron preguntados sobre si conocían los ingresos netos mensuales de su hogar, que sería la cantidad obtenida sumando los ingresos provenientes de todas las fuentes y de todos los miembros de la familia que residen en casa. Un 67% dijo que conocía esa cifra, un 23% no respondió a la pregunta y un 10% confesó que lo desconocía. Concretando un poco más, les preguntamos por la cifra aproximada a la que ascendía esa cantidad, pero solo un 58,13% del total respondió a la pregunta. Los resultados, recogidos en la Figura 101, nos dicen que un 20,73% ingresa 1.000€ o menos, un 45,60% entre 1.001 y 2.000€ y un 33,68% más de 2.001€. Si bien no podemos generalizar estas respuestas a toda la muestra, comprobamos que los mayores universitarios tienen, en general, un buen nivel de ingresos que les permite tener un buen nivel de vida y llegar con facilidad a fin de mes.

Figura 101. Ingresos netos por hogar del alumnado del PIE.



Para finalizar con este apartado, se les hicieron dos preguntas para que comparasen su situación económica actual con la que preveían que tendrían pasados 12 meses y con la que tuvieron en los últimos 12 meses. La Figura 102 nos muestra que la mayoría de los alumnos considera que su situación es igual ahora que hace un año (67,17%) y que seguirá igual en el próximo año (68,37%). Solo un 3,31% piensa que su situación ha mejorado en los últimos tiempos y un 6,93% es optimista y piensa que ésta mejorará en los próximos meses. Un 28% expone que ahora la situación económica de su hogar es peor ahora que hace solo unos meses y un 14,46% teme que ésta empeore en el plazo de un año.

Figura 102. Comparación de la situación económica del hogar del alumnado del PIE con respecto a hace 12 meses y previsión para los 12 próximos meses.



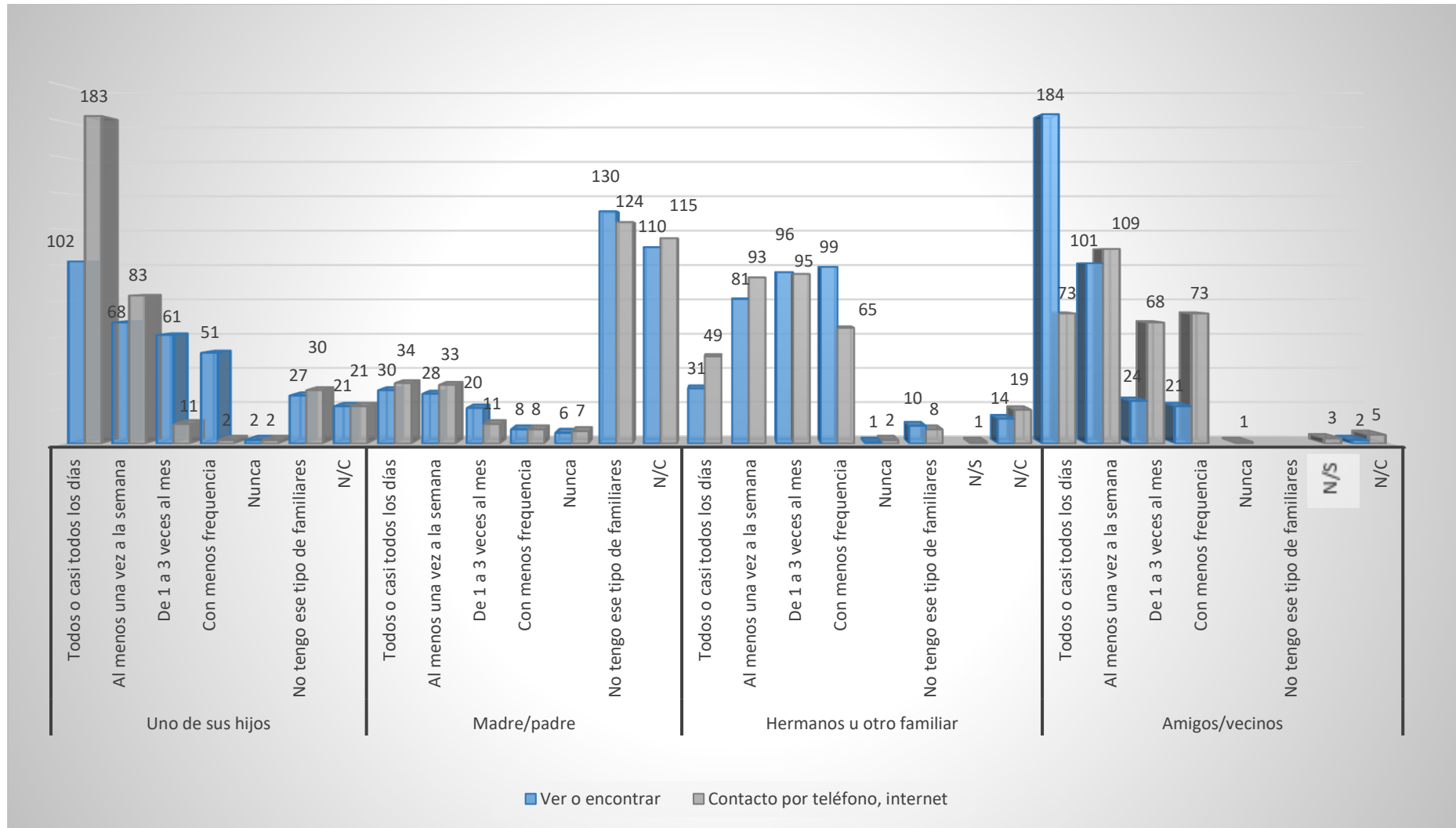
De la información anterior deducimos que los mayores no están seguros de que la situación de crisis remita a corto plazo. Por otra parte, la muestra universitaria no parece ser la más afectada por esa circunstancia, afirmando los encuestados que tienen facilidad para llegar a fin de mes, que pueden permitirse acciones relacionadas con la vivienda y con las necesidades básicas o que no tienen problemas para hacer frente a diferentes tipos de pago. Concluimos que su situación es mejor que la de la ciudadanía en general y los recursos que los mayores han generado a lo largo de su vida, les proporcionan estabilidad en la vejez.

### 6.2.7 Vida familiar y social.

La siguiente información nos informa del contacto que tienen los mayores universitarios del PIE con personas cercanas a ellos por vínculos de sangre o de vecindad/amistad. La Figura 103 nos muestra que el contacto presencial diario con el hijo o hija que más ven o se encuentran es del 30,72%, si bien por teléfono, correo postal o Internet (correo electrónico, aplicaciones tipo WhatsApp, etc.) este porcentaje aumenta hasta el 55,12%. Entendemos que muchos no viven en la misma ciudad y a pesar de esta circunstancia, el contacto se mantiene a pesar de la distancia que impide que haya una mayor frecuencia de visitas. El 20,48% se ve con su hijo/a al menos una vez a la semana y un 25% contacta con ellos

por medios electrónicos en esa misma frecuencia. En relación al padre o madre, comprobamos que muchos (alrededor del 72%) ya no tienen este tipo de familiares por lo que han seleccionado mayoritariamente esa opción o directamente no han seleccionado ninguna respuesta. De entre aquellos que aún tienen ascendientes, la mayoría, un 17,47%, afirma verlos personalmente al menos una vez a la semana o diariamente y un 20,18% afirma que su contacto semanal o diario se desarrolla vía telefónica, por correo postal o por Internet. Con respecto a hermana, hermano u otro tipo de familiar, comprobamos que el contacto es menos frecuente que en los dos casos anteriores y solo se ven diaria o semanalmente el 33,74%, siendo algo más frecuente (42,77%) el contacto por otros medios no presenciales. En este caso, el contacto presencial mensual o incluso un contacto menos frecuente se produce en el 58,74% de los casos y un 48,19% afirma que esa comunicación no es presencial sino por carta, teléfono o Internet. Finalmente, los mayores universitarios ven o se encuentran a sus amigos y vecinos todos o casi todos los días o al menos una vez a la semana en un 85,84% y hablan con ellos por teléfono o por otras vías en un 54,82%.

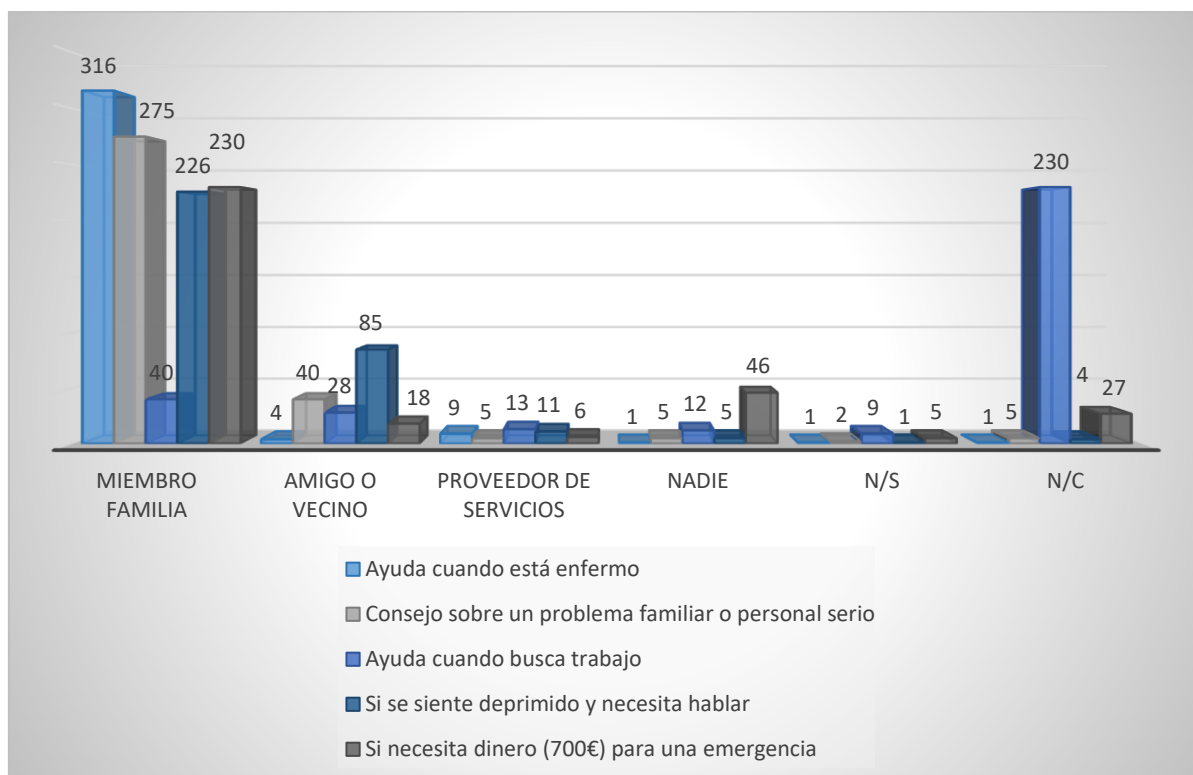
Figura 103. Frecuencia de contacto personal o vía telefónica, Internet o correo postal con diferentes familiares y/o amigos.





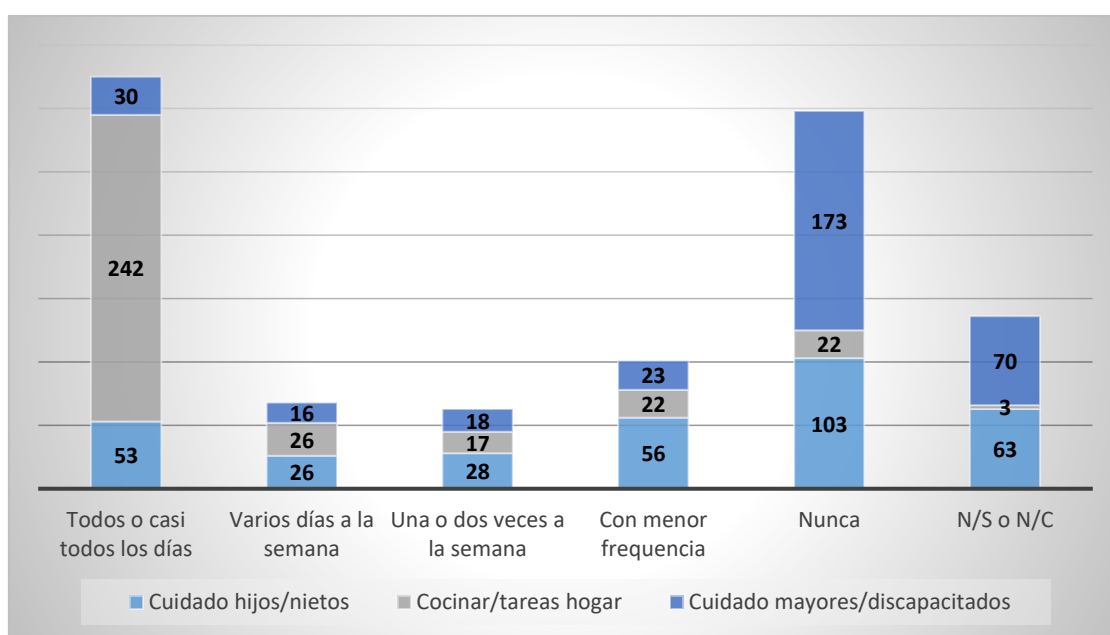
Por otra parte, cuando se les ha preguntado de quién recibirían ayuda en situaciones difíciles o problemáticas, las respuestas han sido todas bastante similares, inclinando la balanza en favor de los familiares. En la Figura 104 comprobamos como en una situación de enfermedad, los mayores consideran que principalmente recibirían ayuda de los miembros de su familia en un 95,18%. Cuando se trata de solicitar consejo para un problema familiar o personal serio, si bien un 82,83% acudiría a la familia, hay un 12,05% que solicitaría ayuda a amigos o vecinos, quizá pensando que le puedan ofrecer una visión más neutra de la cuestión a resolver. Son pocos los que contestan sobre la búsqueda de empleo, pero los que lo hacen también se inclinan de manera mayoritaria hacia la ayuda familiar. Para hablar con alguien debido a una sensación de depresión, el 68,07% apostarían por alguien de la familia y el 25,60% por algún amigo o vecino. Finalmente, a la hora de solicitar una pequeña cantidad de dinero para una emergencia, si bien cerca del 70% apostarían por la familia, hay un 13,86% que dice que no se lo pediría a nadie.

Figura 104. Apoyo más importante para el alumnado del PIE en cada una de las situaciones presentadas.



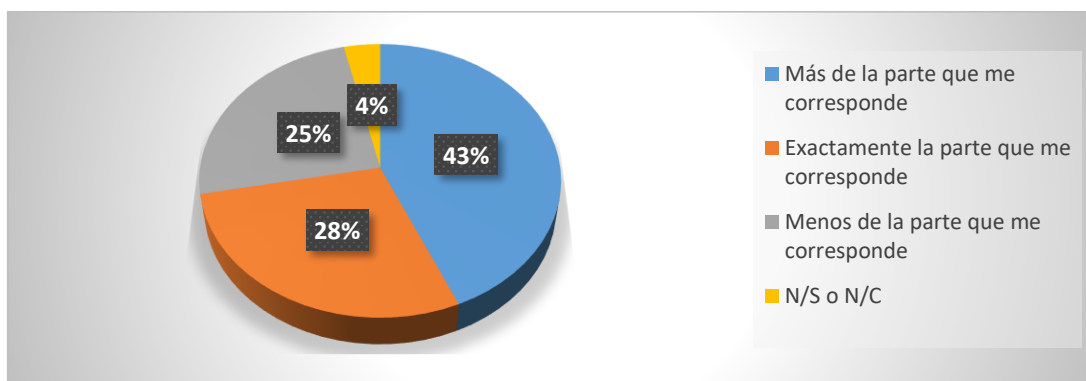
Los mayores del PIE de la UBU se involucran con mayor frecuencia en tareas relacionadas con el hogar que en aquellas relacionadas con el cuidado de otras personas (Figura 105). Solo un 9% afirma cuidar diariamente de mayores o discapacitados y otro 16% confirma que cuida de hijos o nietos todos los días o casi todos. En cuanto al número de horas dedicadas a estas actividades, la cocina y tareas del hogar es la que consume más tiempo, una media de 20 horas a la semana.

Figura 105. Frecuencia con la que se involucra el alumnado del PIE en cada una de las siguientes actividades.



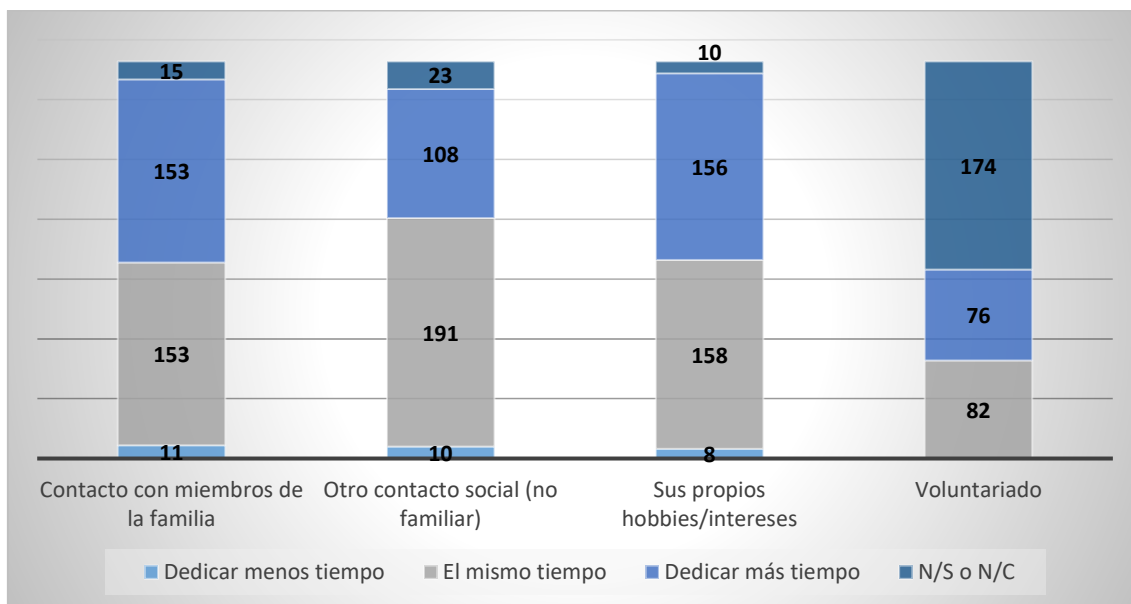
Preguntados por la percepción personal acerca de la parte de trabajo de la casa que realizan, un 43% confirma que es más de lo que le corresponde, seguido de un 28% que afirma que esa proporción es justamente la que le corresponde y uno de cada cuatro reconoce que realiza un trabajo menor del que le correspondería (Figura 106).

Figura 106. Percepción del alumnado del PIE acerca de la parte de trabajo de la casa que realiza.



Finalmente, en relación al tiempo dedicado a actividades cotidianas, confirmamos que hay pocos alumnos a los que les gustaría dedicar menos tiempo a las mismas, también vemos que no tienen una idea clara sobre colaborar en actividades de voluntariado y que les gustaría dedicar más tiempo sobre todo a sus propias aficiones y a las relaciones familiares (Figura 107).

Figura 107. Tiempo que al alumnado del PIE le gustaría dedicar a las siguientes actividades.



A modo de conclusión podemos afirmar que son los amigos y los vecinos, seguidos de los hijos, con quienes nuestros alumnos tienen una mayor relación presencial de carácter social. Por otra parte, los mayores consideran que a la hora de afrontar dificultades o problemas son los familiares los que servirían de

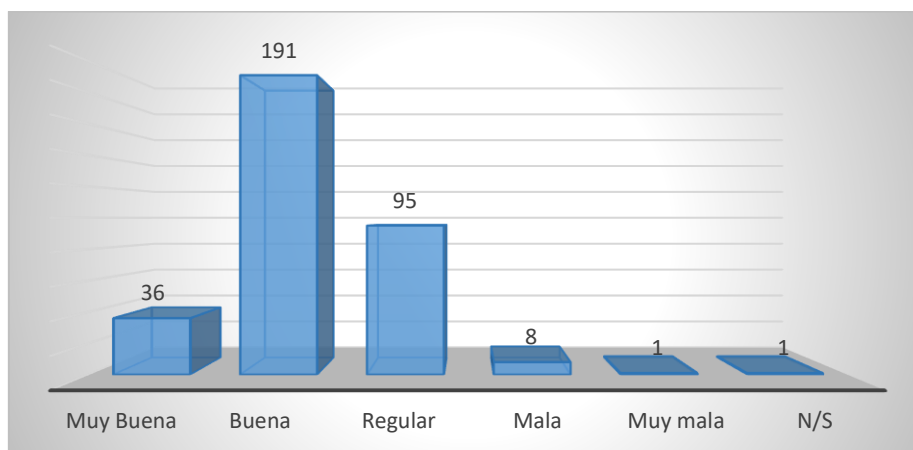
apoyo. La cercanía física les hace sentirse, como habíamos visto anteriormente, miembros de pleno derecho de su comunidad.

### 6.2.8 Salud y servicios públicos.

En este apartado se tratan cuestiones relacionadas con la salud autopercibida y con la satisfacción o calidad que los mayores universitarios otorgan a los diferentes servicios públicos que cubren necesidades básicas.

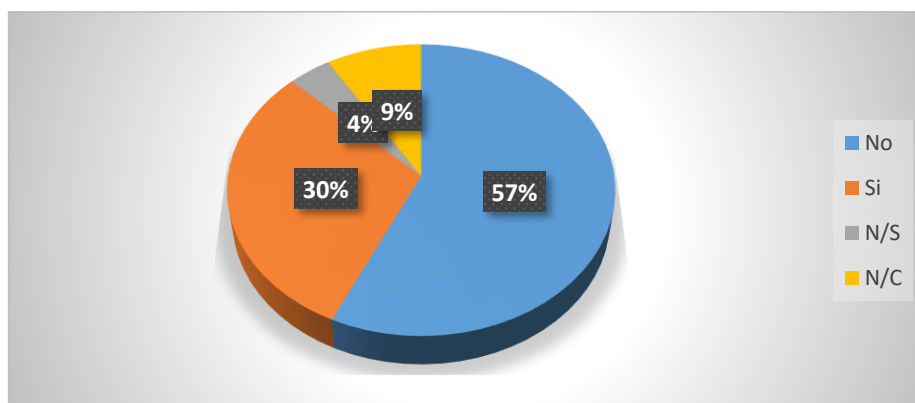
En primer lugar, comprobaremos cómo consideran que es su estado de salud para detenernos más adelante en este mismo punto cuando analicemos las respuestas al Cuestionario de Salud EQ-5D-5L del EuroQol Group. La Figura 108 nos muestra que el 68,37% de los alumnos considera que su estado de salud actual es bueno o muy bueno, frente al 2,71% que expone que es malo o muy malo, vemos también que un 28,61% dice que este es regular. Analizaremos con más calma cuál es el perfil sociodemográfico de los que exponen tener peor estado de salud y conoceremos si aquellos que llevan más años en el PIE expresan tener buena o mala salud.

Figura 108. Estado de salud autopercibido por el alumnado del PIE.



Aparte de conocer su percepción personal sobre su salud, hemos querido saber si tienen algún problema de salud, enfermedad o incapacidad física o mental crónicos, tal y como recogemos en la Figura 109. Mientras que la mayoría, un 56,93% afirma no tener un problema de estas características, el 30,42% expone que su enfermedad si es de carácter crónico.

Figura 109. Problemas de salud, enfermedad o incapacidad física o mental crónicos del alumnado del PIE.



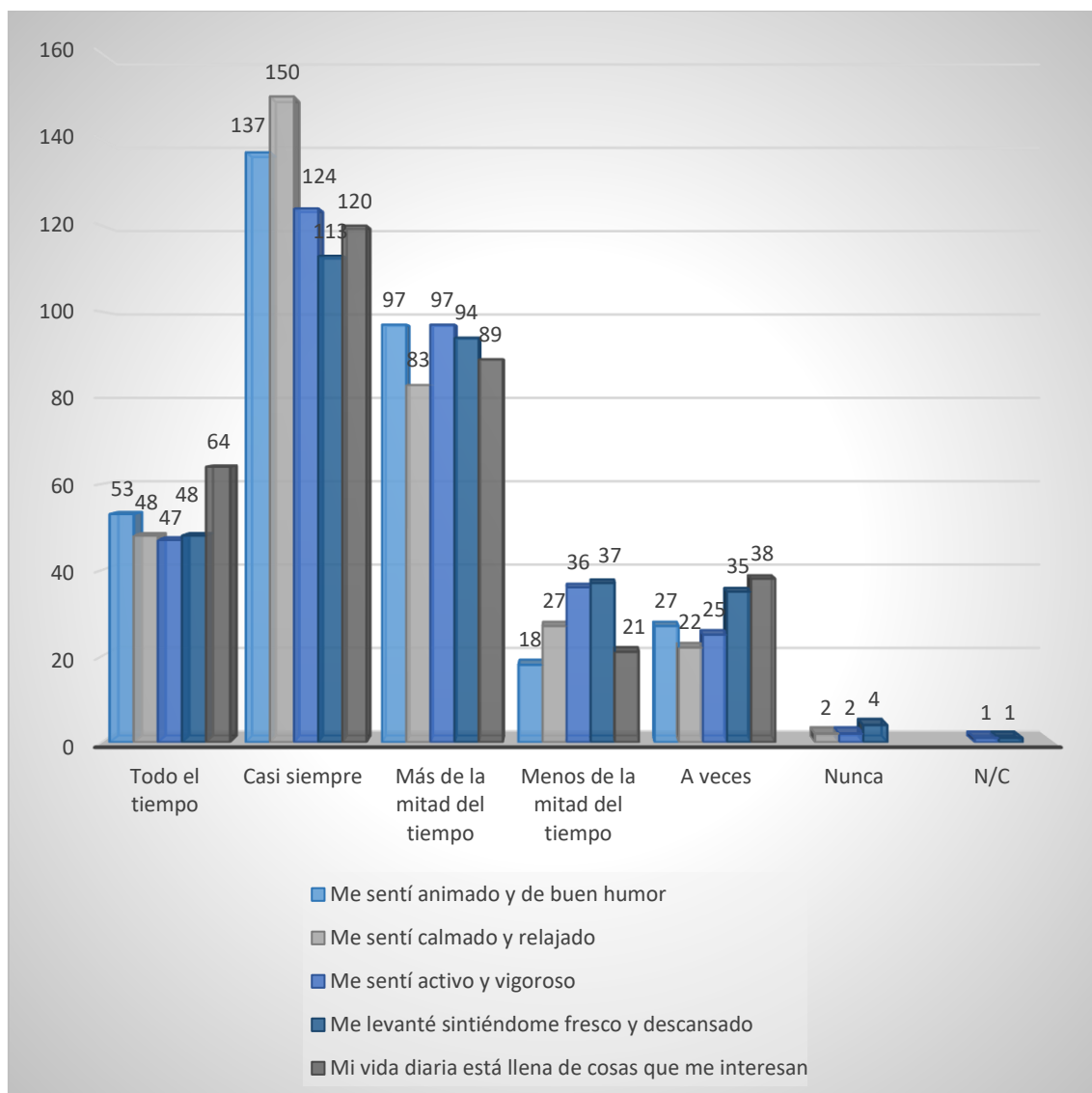
Sin embargo, de entre los que afirman tener una enfermedad crónica, un 33,33% expone que esta no le limita en la realización de actividades diarias, un 5,88% afirma que se ven limitados severamente por esta circunstancia en ese tipo de actividades y finalmente, un 51,96% manifiesta que, aunque se ven limitados solo es hasta cierto punto.

Los mayores también respondieron al Índice de Bienestar (versión 1998) de la Organización Mundial de la Salud (cinco). Se les pidió que indicaran, para cada una de las cinco afirmaciones propuestas, la respuesta que definiera mejor cómo se habían sentido durante las últimas dos semanas. Las opciones eran todo el tiempo (5 puntos), casi siempre (4 puntos), más de la mitad del tiempo (3 puntos), menos de la mitad del tiempo (2 puntos), a veces (1 punto) y nunca (0 puntos). Para calcular la puntuación, se suman las cifras correspondientes marcadas en cada recuadro y se multiplica la suma total por cuatro. Se obtiene una puntuación entre 0 y 100 y mayor puntuación significa mayor bienestar.

En primer lugar, comentaremos los resultados totales por porcentaje. Las afirmaciones “me sentí calmado y relajado” con un 59,64% seguida de cerca por aquella que dice “me sentí animado y de buen humor” con un 57,23%, fueron las que obtuvieron un mayor número de respuestas positivas. Las respuestas en la opción “más de la mitad del tiempo”, varían levemente en las diferentes afirmaciones estando todas entre el 29,22% de “me sentí animado y de buen humor” y “activo y vigoroso” y el 25% de “me sentí calmado y relajado”. Las afirmaciones “me levanté sintiéndome fresco y descansado” y “me sentí activo y vigoroso” acumulan un mayor porcentaje de respuestas en “menos de la mitad

del tiempo”, con un 11,14% y un 10,84% respectivamente. Finalmente, un 11,45% de los alumnos afirma que solo a veces “su vida está llena de cosas que le interesan”. Tal y como se recoge en la Figura 110, las respuestas en la opción “nunca” no pasan, en el peor de los casos, de un 1,20%.

Figura 110. Respuestas al Índice de Bienestar de la OMS (cinco) del alumnado del PIE.



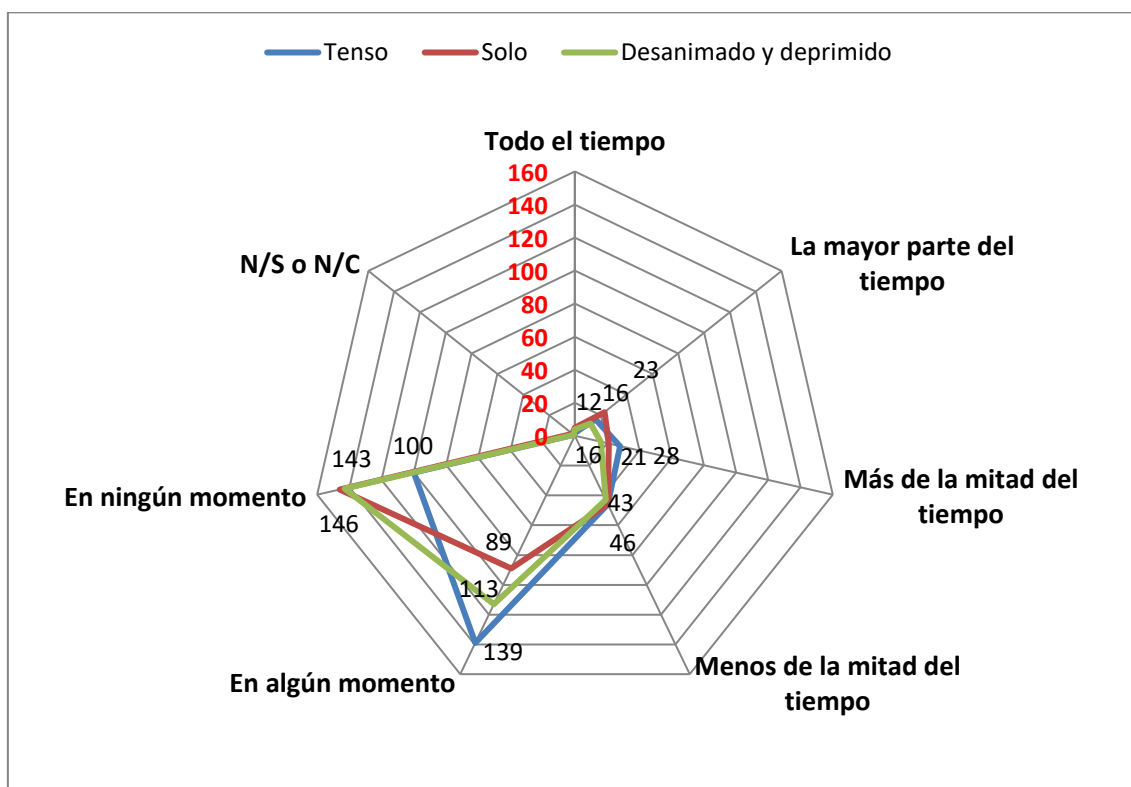
En la Tabla 26 se puede observar como la media en cada una de las dimensiones se encuentra entre 65 y 70 puntos, siendo la media total de 68,45 puntos.

Tabla 26. Media por dimensiones y media total del Índice de Bienestar de la OMS.

	Media	Media TOTAL
<b>Me sentí animado y de buen humor</b>	70,3	
<b>Me sentí calmado y relajado</b>	70,18	
<b>Me sentí activo y vigoroso</b>	67,41	68,45
<b>Me levanté sintiéndome fresco y descansado</b>	65,24	
<b>Mi vida diaria está llena de cosas que me interesan</b>	69,1	

En relación al estado de salud mental, a los mayores se les propusieron una serie de afirmaciones relacionadas con sentimientos de carácter negativo y se les pedía que seleccionasen la frecuencia con la que habían sentido los mismos en las últimas dos semanas. El primero era “Me he sentido especialmente tenso” y un 30,12% exponía que nunca, un 41,87% manifestaba que a veces y únicamente un 13,86% afirmaba que más de la mitad del tiempo, casi siempre o todo el tiempo. Sobre si se habían sentido solos, el 43,98% afirmaba que nunca, un 26,81% exponía que a veces y un 14,76% con bastante frecuencia en los últimos quince días. Finalmente, cuestionados por sentimientos de desánimo y depresión, un 43,07% no lo ha sentido últimamente, un 34,04% solo a veces y solamente un 9,64% lo ha sentido más de la mitad del tiempo o con mayor frecuencia (Figura 111). Concluimos en este punto que los mayores universitarios se sienten más solos que deprimidos o tensos.

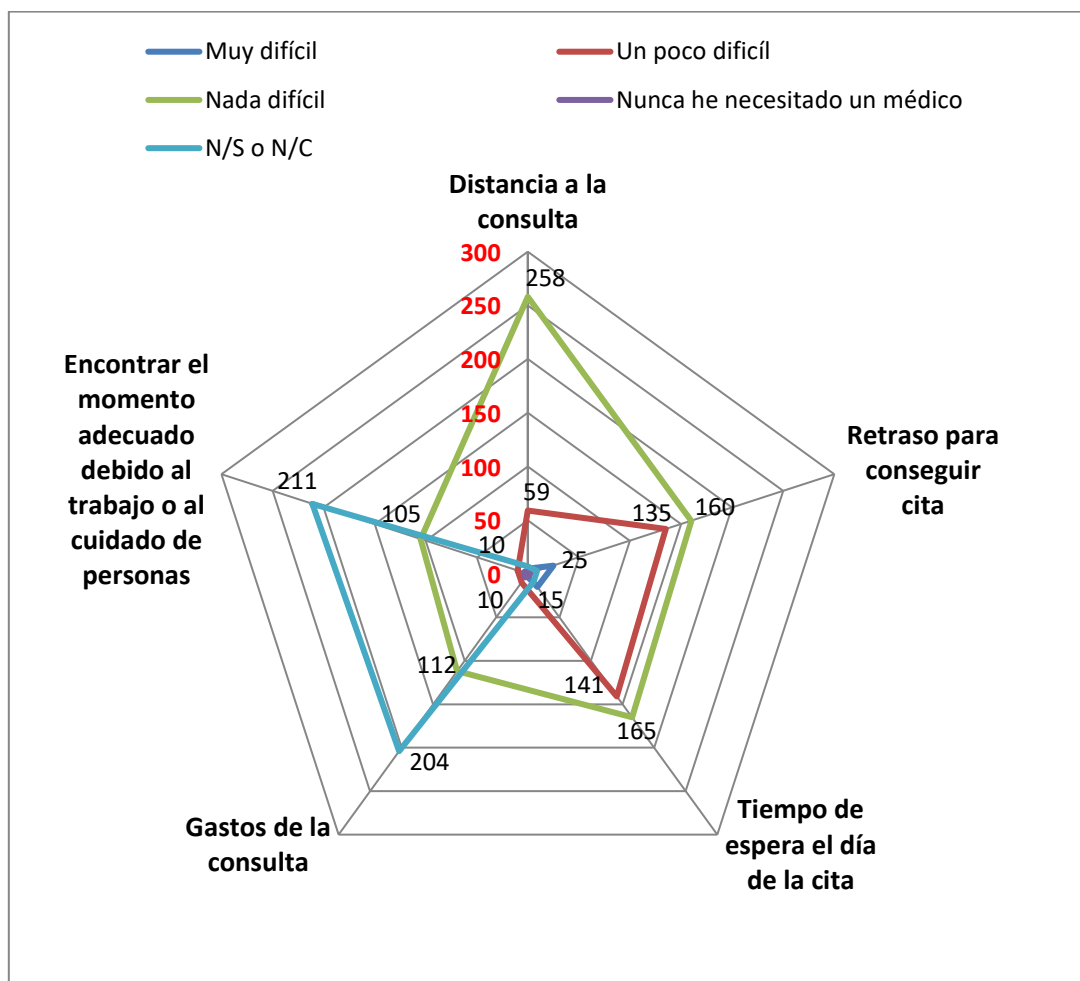
Figura 111. Sentimientos sufridos en la última semana por el alumnado del PIE.



Tal y como se puede apreciar en la Figura 112, el factor que más dificultó a los mayores universitarios su última consulta médica fue el tiempo que tuvieron que esperar para poder conseguir una cita, con un 7,53% de personas a las que les resultó muy difícil y un 40,66% a las que les resultó un poco difícil. También consideran una dificultad el tiempo de espera para ver al médico el día de la cita, con un 4,52% que manifiestan que les resultó muy difícil y un 40,66% a los que les resultó algo difícil. En el lado opuesto encontramos que la mayoría no tiene ninguna dificultad con respecto a los gastos por disfrutar un sistema social de carácter universal. Tampoco exponen tener falta de tiempo por cuestiones laborales, al ser la gran mayoría jubilados, o por cuidar a alguna otra persona.

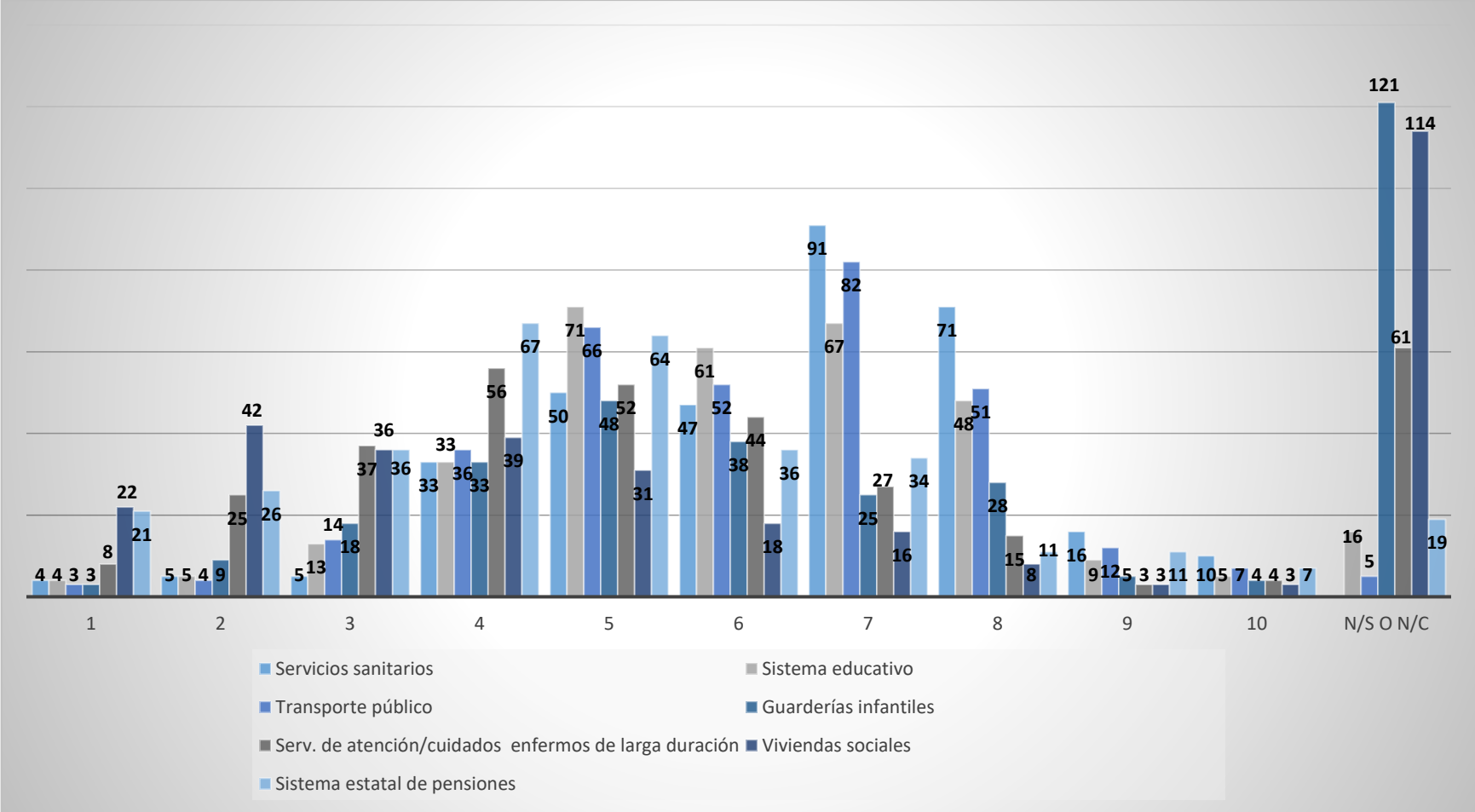


Figura 112. Grado en que los siguientes factores dificultaron o no la última visita al médico o especialista del alumnado del PIE.



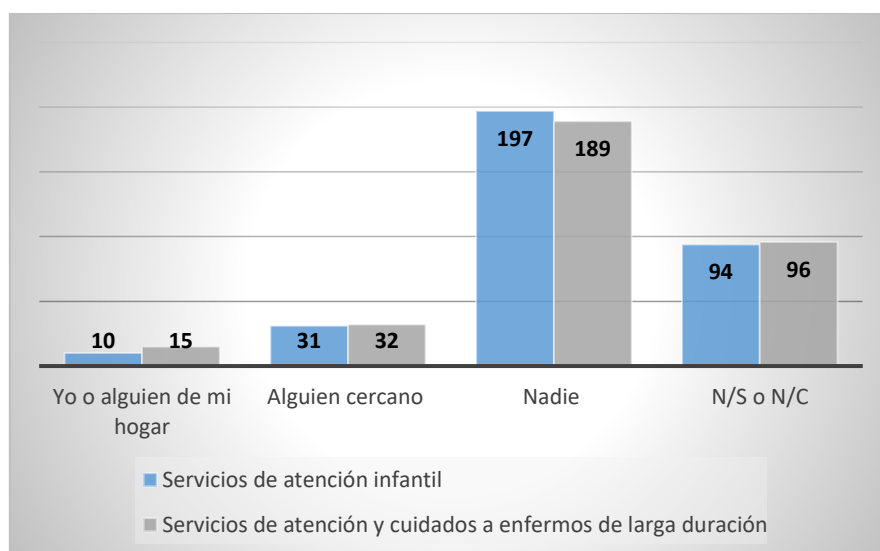
En relación con la calidad de los servicios públicos, los que mejor parados salen son, de mayor a menor, los servicios sanitarios, el transporte público y el sistema educativo con un 29,22%, 21,08% y un 18,68% de respuestas entre 8 y 10 respectivamente (Figura 113). Por el contrario, los servicios peor valorados en cuestión de calidad son el sistema de pensiones, las viviendas sociales y los servicios de atención y cuidados a enfermos de larga duración (mayores, discapacitados) que obtienen las puntuaciones más altas entre 1 y 4. Los dos servicios públicos sobre los que tienen un mayor desconocimiento son las guarderías infantiles con un 36,45% de respuestas en la opción “no sabe” o “no contesta” y las viviendas sociales con un 34,33%.

Figura 113. Evaluación del alumnado del PIE sobre la calidad de los servicios públicos en España.



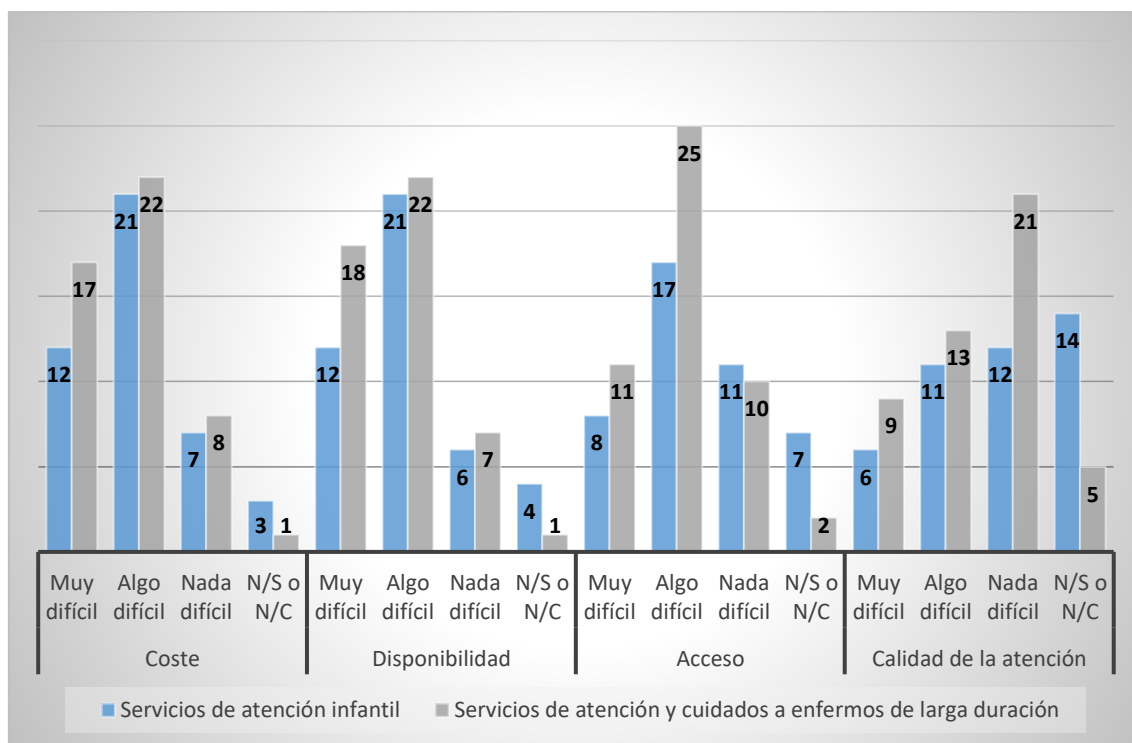
Con respecto a la utilización de servicios de atención infantil o a enfermos de larga duración, la gran mayoría, un 59,34% y un 56,93% respectivamente, no los ha tenido que utilizar personalmente ni nadie cercano a ellos se ha visto en esa necesidad en los últimos 12 meses. Vemos que cerca del 30% en ambos casos ha respondido a la pregunta “no sabe” o “no contesta” que entendemos como que no han tenido que utilizar los recursos mencionados. El 12,35% expone que él o ella misma, alguien de su hogar o alguien cercano ha tenido que utilizar servicios de atención infantil y el 14,16% manifiesta lo mismo con respecto a los servicios de cuidados de enfermos (Figura 114).

Figura 114. Utilización de los siguientes servicios en los últimos 12 meses por el alumnado del PIE.



La Figura 115 recoge los resultados de aquellos que expusieron que habían tenido que utilizar los servicios de atención a la infancia o a enfermos personalmente o conocían a alguien cercano. Con respecto a los servicios de atención a la infancia, un 76,74% encontró dificultad en el coste y en la disponibilidad, un 58,14% en el acceso a los recursos y un 39,53% en la calidad del servicio. En los servicios de atención a enfermos, el 81,25% encontró dificultad en el coste, un 83,33% en la disponibilidad, un 75% en el acceso y un 45,83% en la calidad. De las respuestas concluimos que existió cierta dificultad en ambos por cuestiones de coste, disponibilidad de plazas y acceso a los mismos, sin embargo, valoran positivamente la calidad que les ofrecieron.

Figura 115. Grado en que los siguientes factores dificultaron o no el acceso a los siguientes servicios.



En relación a la salud podemos concluir que los mayores del PIE presentan buena salud, elevados niveles de bienestar mental y que entre los sentimientos negativos predomina el de soledad. Acerca de los servicios públicos, consideran que son muy mejorables y, en relación a los servicios sanitarios, entienden que la mejora consistiría en reducir los tiempos de espera.

### 6.3 Análisis comparativo entre los resultados de Europa y España en la EQLS 2012 y los resultados del alumnado del Programa Interuniversitario de la Experiencia de la Universidad de Burgos de las sedes de Burgos y Aranda de Duero.

#### 6.3.1 Introducción.

En las siguientes líneas se presenta el análisis comparativo por áreas de calidad de vida entre la muestra del PIE y los resultados de la EQLS 2012 tanto nacionales como de la Unión Europea. Para realizar el análisis y poder hacer una comparativa ajustada a la realidad, los datos han sido extraídos de la plataforma digital de Eurofound. El análisis se ha realizado siguiendo el criterio

de la edad, si bien se podrían haber elegido también tanto los ingresos como el sexo. Sobre este último se harán los comentarios necesarios en aquellas áreas en las que sea relevante.

Con respecto a la edad, la página web de Eurofound nos ofrece estos datos por rango, siendo los mismos: todas las edades, entre 18 y 24 años, entre 25 y 34 años, entre 35 y 49 años, entre 50 y 64 años y más de 65 años. Para homogeneizar los porcentajes y conociendo que la muestra de nuestro alumnado está compuesta por un total de un 45,78% de alumnado entre 50 y 64 años y un 54,22% de mayores de 65 años, se ha realizado la correspondiente ponderación para hacer comparables los resultados. Por lo tanto, en la comparativa se habla de personas mayores a partir de la homogenización de los resultados del grupo de 50-64 años y del grupo de más de 65 años.

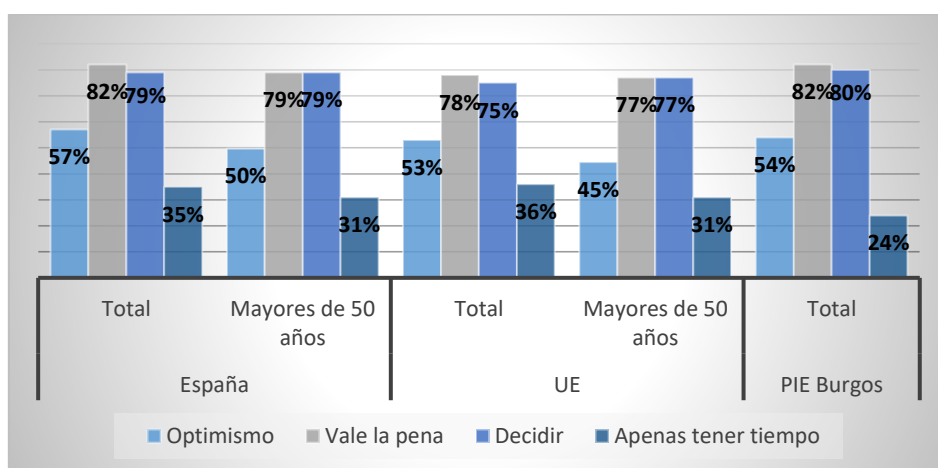
Pasamos a continuación a realizar la comparativa en función de las diferentes áreas.

### **6.3.2 Bienestar subjetivo.**

En una primera aproximación a los diferentes elementos que conforman el bienestar subjetivo nos acercamos a los siguientes aspectos: el hecho de ser optimista con respecto al futuro, sentir que la vida vale la pena, ser libre para decidir la manera en que vivir o el no tener tiempo para hacer cosas con las que se disfruta. En este sentido, tal y como refleja la Figura 116, el alumnado del PIE presenta mejores puntuaciones que sus coetáneos tanto españoles como europeos, siendo la diferencia mayor con respecto a estos últimos. Por otra parte, si la comparación se efectúa entre los mayores del PIE y la muestra total española, seguimos viendo como los mayores universitarios valoran con un 1% más su capacidad de decisión, estos mismos están un 11% más en desacuerdo con la afirmación “rara vez tengo tiempo para hacer cosas con las que disfruto realmente” y un 82% afirma con contundencia que su vida vale la pena. Solamente hay una diferencia del 3% a favor de la muestra total española acerca del optimismo con respecto al futuro. Los resultados de España, más allá de la muestra que se utiliza en esta investigación, son mejores que los de los europeos

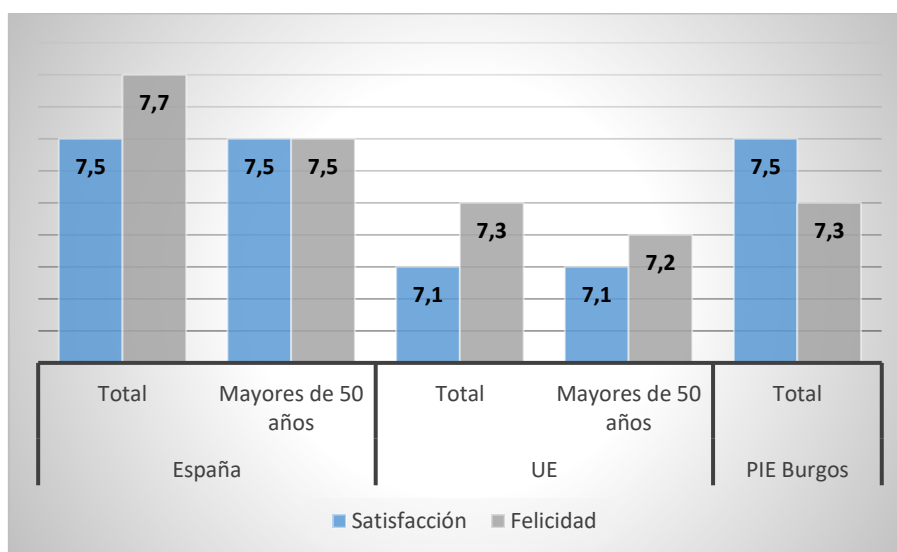
en todos y cada uno de los aspectos aquí recogidos. Dentro del grupo de personas mayores, también observamos diferencias significativas entre los mayores de hasta 64 años y los mayores de 65 años, siendo estos últimos quienes presentan unos resultados ligeramente más negativos.

Figura 116. Comparativa entre España, UE y el PIE sobre el hecho de estar “muy de acuerdo” o “de acuerdo” con respecto a ser optimista, sentir que la vida vale la pena, ser libre para decidir o no tener tiempo para hacer cosas con las que se disfruta.



Si nos centramos en la satisfacción y la felicidad, comprobamos como los mayores del PIE se sienten más satisfechos que felices a diferencia del resto de población tanto española como europea que se siente más feliz que satisfecha. En términos generales podemos decir que tanto la población española como europea de entre 50 y 64 años se siente menos feliz y satisfecha que los mayores de 65 años, es más, los porcentajes de estos últimos son ligeramente superiores a la media de la población total si hablamos de satisfacción y ligeramente inferiores si nos centramos en la felicidad. Los mayores del PIE presentan un 7,5 de media en satisfacción, mismo porcentaje que la media española y puntuación que les sitúa 4 décimas por encima de los europeos. En relación a la felicidad, los mayores del PIE, con un 7,3 de media, se sitúan al mismo nivel que la población total europea pero 4 décimas por debajo de la media de la población española y 2 décimas por debajo de las personas mayores de esa muestra nacional (Figura 117).

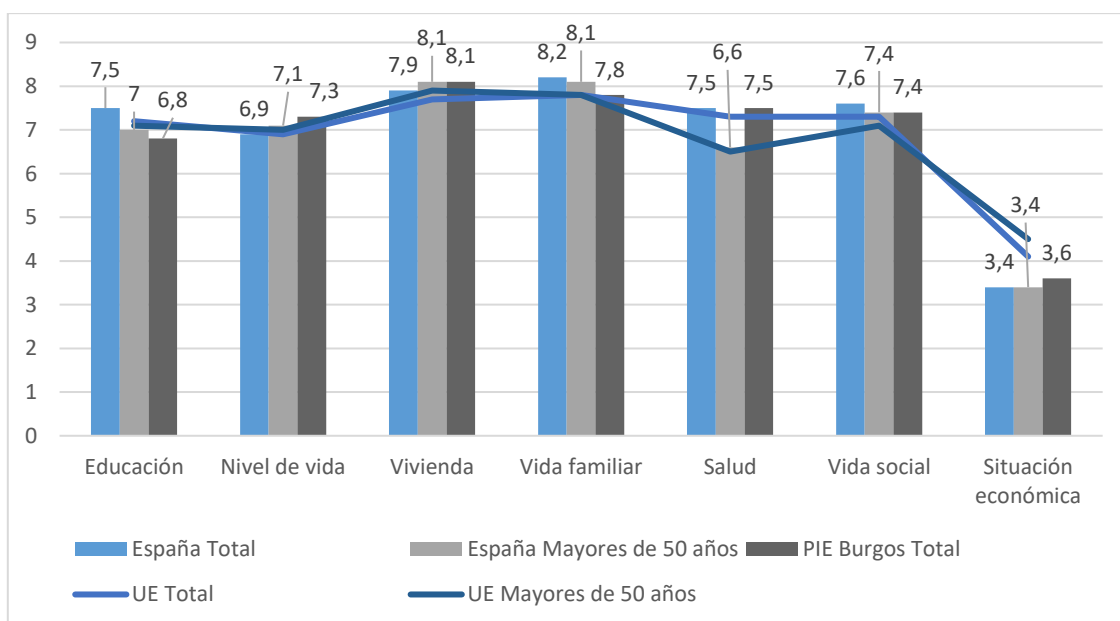
Figura 117. Comparativa entre España, UE y el PIE del grado de satisfacción con respecto a la satisfacción y felicidad.



Finalmente, en este apartado de bienestar subjetivo la Figura 118 nos acerca a la percepción sobre aspectos generales como pueden ser la vida familiar o social. A grandes rasgos podemos afirmar que las medias españolas superan a las europeas excepto en nivel de vida donde ambas obtienen una media de 6,9 puntos y en la situación económica del país, donde Europa obtiene un 4,1 de media frente al 3,4 de España, claros efectos de la crisis económica de finales de la primera década de los años 2000. En relación al alumnado del PIE vemos que los mayores de la UBU están más insatisfechos con su nivel educativo que cualquier otro de los grupos analizados en esta comparativa, sin embargo, ocurre lo contrario con su nivel de vida, al que puntúan con un 7,3 de media, 4 décimas por encima de las medias española y europea y 2 y 3 décimas por encima de las medias de mayores españoles y europeos respectivamente. A nivel de vivienda, tanto los mayores españoles como los europeos y la muestra del PIE, están más satisfechos que el conjunto de la población. Con respecto a la vida familiar, es curioso como los mayores perciben mayor insatisfacción en este punto que el resto de la población, siendo los mayores europeos y los del PIE quienes presentan peores resultados. Podemos afirmar con respecto a estos tres últimos aspectos analizados, nivel de vida, vivienda y vida familiar, que los mayores de 65 años están más satisfechos que aquellos que tienen entre 50 y 64 años, siendo las diferencias mucho más significativas en la muestra española que en la europea.

Si nos detenemos en la salud, la media del PIE es la misma que la media de la población española, 7,5 y está muy por encima de la puntuación que obtienen los mayores españoles (6,6 puntos) y de los mayores europeos (6,5). En este aspecto comprobamos como la edad influye, habiendo una diferencia a favor de los mayores jóvenes superior a medio punto tanto en España como en Europa. Las respuestas acerca de la vida social nos informan de que los españoles están más satisfechos que los europeos y que los mayores universitarios obtienen una puntuación de 7,4, igual que sus coetáneos españoles y 3 décimas por encima de los europeos. Finalmente, la percepción de la situación económica, que es muy negativa en todos los tramos de edad, confirma que los mayores de la UBU son más optimistas que el resto de la población española, pero sin llegar a los niveles europeos.

Figura 118. Comparativa entre España, UE y el PIE del grado de satisfacción con respecto a aspectos del bienestar subjetivo como son la educación, el nivel de vida, la vivienda, la vida familiar, la salud, la vida social y la situación económica.



A modo de conclusión podemos confirmar que los mayores de la Universidad de Burgos se muestran más optimistas respecto al futuro, con sentimientos de que pueden manejar su tiempo y tomar decisiones sobre su propia vida y de que la misma vale la pena en mayor proporción que la muestra de personas mayores españolas. Por otra parte, vemos que en algunos de estos



aspectos nos encontramos que incluso puntúan mejor que el total de la población.

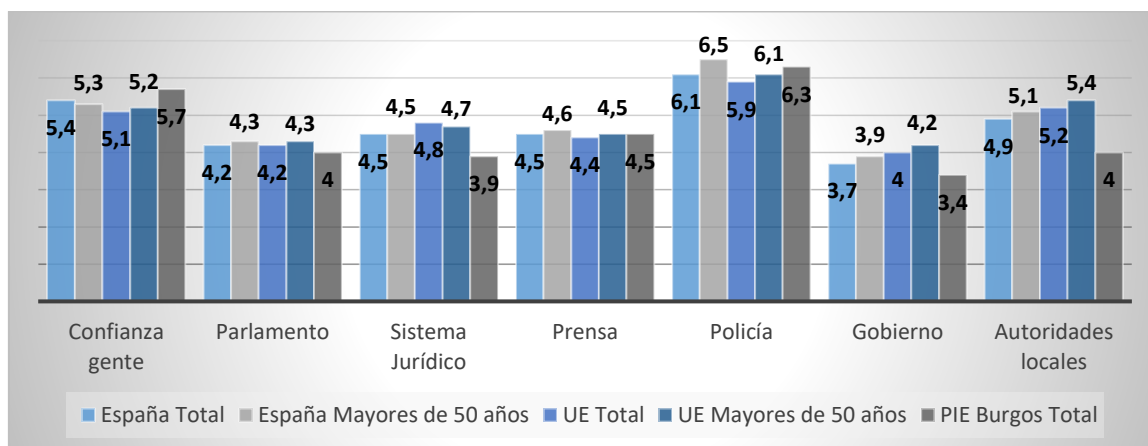
Sin embargo, preguntados directamente por la felicidad y la satisfacción se muestran más comedidos en sus respuestas, si bien igualan a la población tanto total como de mayores en España en cuanto a satisfacción y solamente están 2 décimas por debajo de los mayores españoles en felicidad.

En cuanto a las preguntas relacionadas con aspectos como su educación y la vida familiar, las respuestas son desiguales, si bien se puede afirmar que solamente es en esas dos áreas donde presentan mayor insatisfacción que los mayores españoles.

### **6.3.3 Calidad de la sociedad.**

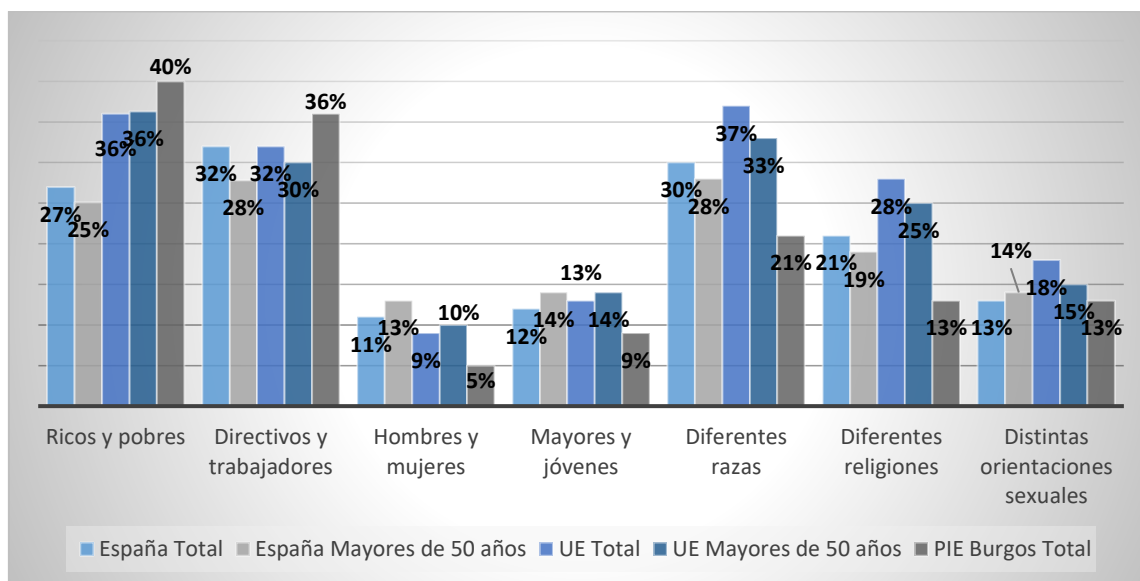
El análisis de la calidad de la sociedad nos lleva a la reflexión de que el alumnado mayor de la UBU tiene altos niveles de confianza en la mayoría de la gente, más que la media española y europea y más que los mayores de la muestra nacional. Por otra parte, tal y como se recoge en la Figura 119, la confianza en las instituciones es sustancialmente más baja para los mayores universitarios que para el resto de la población. Esta diferencia es claramente significativa con respecto al sistema jurídico, donde los mayores del PIE están 6 décimas por debajo y también en relación a las autoridades municipales, con cerca de 1 punto de diferencia a favor tanto de la muestra general como de los mayores de la muestra global. En todos los aspectos los mayores de 65 años presentan mayor confianza que los mayores de entre 50 y 64 años. Parece ser que los más jóvenes se muestran más críticos con las instituciones que les representan, informan o defienden. Hay margen de mejora en este sentido y más aun siendo conscientes de que la calidad de la sociedad es un aspecto relevante en el diseño del modelo global que se ha realizado para la muestra del PIE.

Figura 119. Comparativa entre España, UE y el PIE del grado de confianza en diferentes grupos e instituciones.



Si echamos un simple vistazo a la Figura 120 podemos comprobar que los dos grupos que presentan, en términos generales, menor tensión son hombres y mujeres y las personas mayores y jóvenes. Es interesante detenernos en este último punto al ser las personas mayores protagonistas del citado aspecto. Tanto los mayores de la muestra nacional como europea perciben que existe mayor tensión entre mayores y jóvenes que el total de la población, un 2 y un 1% respectivamente, siendo menos críticos los mayores de 65 años. Los mayores del PIE están por debajo de ambas muestras con solo un 9% de personas que opinan que existe mucha tensión. Por otra parte, si bien a nivel general la mayor tensión se percibe entre ricos y pobres, directivos y trabajadores y las diferentes razas o grupos étnicos, tanto en España como en Europa, los niveles de tensión percibidos por los mayores del PIE son mucho más elevados en los dos primeros aspectos y mucho más bajos en el último.

Figura 120. Comparativa entre España, UE y el PIE sobre el hecho de existir mucha tensión entre diferentes grupos sociales.



Podemos concluir que la tolerancia cultural en los mayores universitarios de Burgos es bastante superior a las medias tanto nacional como europea pero a nivel económico perciben mayor tensión y desigualdad. En términos generales perciben que hay menor tensión entre los diferentes grupos sociales. Sobre la confianza en las instituciones, es un hecho que los universitarios mayores se muestran más críticos y esta circunstancia les genera una merma en su calidad de vida.

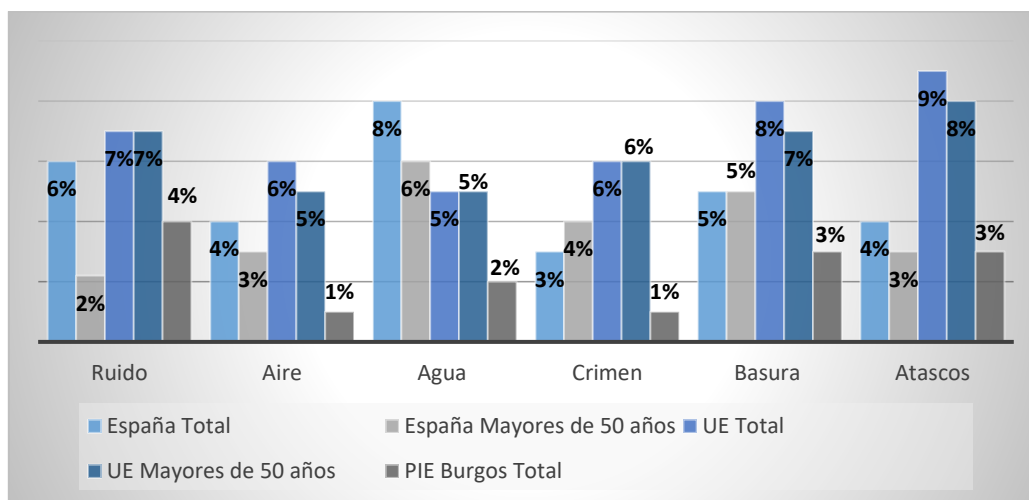
#### 6.3.4 Vivienda y entorno local.

En un primer acercamiento vemos que la mayoría de los mayores del Programa Interuniversitario de la Experiencia de la Universidad de Burgos no tiene problemas relacionados con su vivienda como la falta de inodoro o ducha o podredumbre en ventanas, puertas o suelos. Por otra parte, solo un 1% afirma tener problemas de humedades y un 4% de los alumnos dicen que su problema es la falta de espacio. Es significativo que un 24% no disponga de un lugar para sentarse fuera como puede ser un balcón o un jardín. Los datos de la UBU son bastante mejores que los de la muestra general de España y Europa, donde claramente los mayores de 65 años presentan más problemas que los menores de 65 años.

Preguntados por la probabilidad de tener que abandonar la vivienda por impago, los mayores, tanto de la muestra general como del PIE, presentan porcentajes muy bajos (1-2%), siendo solamente del 1% en el caso de los universitarios. Recordemos que la media española se sitúa en el 13% y la europea en el 5%.

En relación a los problemas en la zona donde se vive, son los mayores del PIE los que claramente presentan menor incidencia de los mismos, con un máximo de un 4% de problemas importantes relacionados con el ruido y un mínimo de un 1% si hablamos de aire y crimen o violencia (Figura 121). Los europeos presentan más problemas que los españoles y en ambos territorios son las personas mayores las que perciben menos problemas que el resto de la población. Así mismo, vemos diferencias entre los mayores de 65 años y los menores, siendo estos últimos quienes refieren mayores problemas.

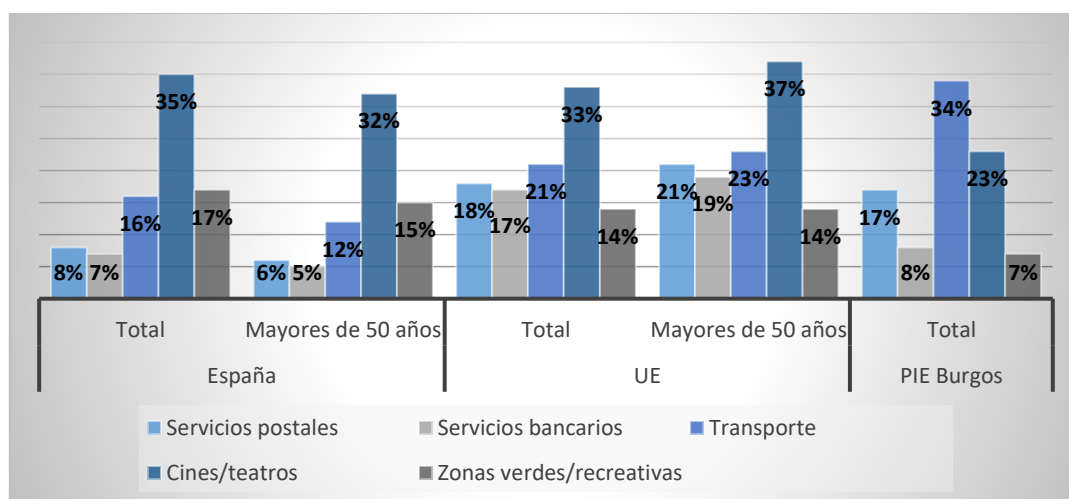
Figura 121. Comparativa entre España, UE y el PIE sobre el hecho de tener problemas importantes en aspectos relacionados con la zona donde se vive.



Finalmente, en lo que respecta al acceso (horario, distancia, cercanía) a diferentes servicios, quienes refieren mayor problemática son los europeos mayores de 50 años. Tal y como se recoge en la Figura 122, tanto en España como en Europa el mayor problema lo vemos con cines, teatros o centros culturales y los que presentan menos dificultad de acceso en España son los servicios bancarios y en Europa las zonas recreativas. La muestra del PIE afirma encontrar más dificultad en los servicios de transporte público y menos en las zonas recreativas, con fuertes diferencias con respecto a la totalidad de España.

Es curioso como en España los mayores de 50 años encuentran menor dificultad de acceso a la mayoría de los servicios frente a los europeos mayores que encuentran mayor dificultad que el resto de población.

Figura 122. Comparativa entre España, UE y el PIE sobre el acceso a diferentes servicios teniendo en cuenta las respuestas: “muchísima dificultad” o “algunos problemas”.



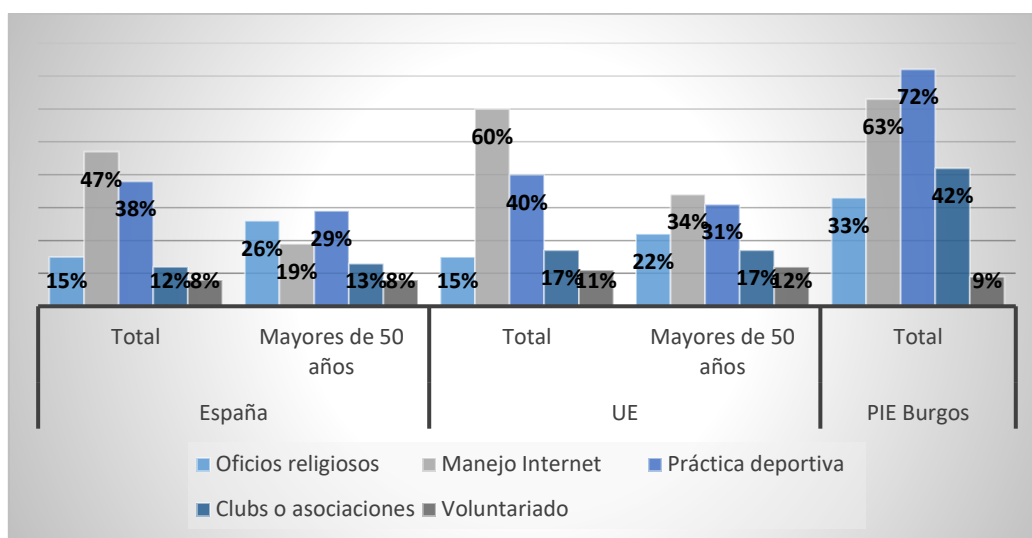
Como conclusión podemos decir que los mayores universitarios tienen una vivienda adecuada con pocas posibilidades de tener que abandonarla, lo que les ofrece una buena calidad de vida en ese sentido. Igualmente, no existen apenas problemas reseñables en las zonas en las que viven, facilitando tanto su vida pública como privada. Para terminar, comprobamos que su calidad de vida está afectada por la dificultad de acceso a servicios básicos como puede ser el transporte o aquellos que están relacionados con la oferta cultural.

### 6.3.5 Exclusión social y participación en la comunidad.

Nos acercamos en este punto al conocimiento sobre la participación comunitaria de los mayores del Programa Interuniversitario de la Experiencia. Si nos fijamos en la Figura 123, comprobamos como los mayores universitarios son quienes mejores porcentajes de participación presentan, pues hablamos de frecuencia diaria o semanal. Solamente presentan peor porcentaje con respecto al voluntariado si hacemos la comparación con la población europea. Son muy destacables las diferencias con respecto a la media de la población española en

general y sobre todo con sus coetáneos. Con estos últimos comprobamos como hay una diferencia de un 44% con respecto al manejo de Internet y de un 43% en relación a la práctica deportiva. Estos dos datos ponen de manifiesto dos hechos, por un lado, la apuesta de nuestros mayores universitarios por un envejecimiento activo que contribuye directamente en su calidad de vida y por otro, que los esfuerzos del PIE a través de diferentes asignaturas para hacer realidad el uso de las TIC, ha obtenido sus frutos.

Figura 123. Comparativa entre España, UE y el PIE sobre la frecuencia de realización de diferentes actividades teniendo en cuenta las respuestas: “todos los días” o “varios días a la semana”.



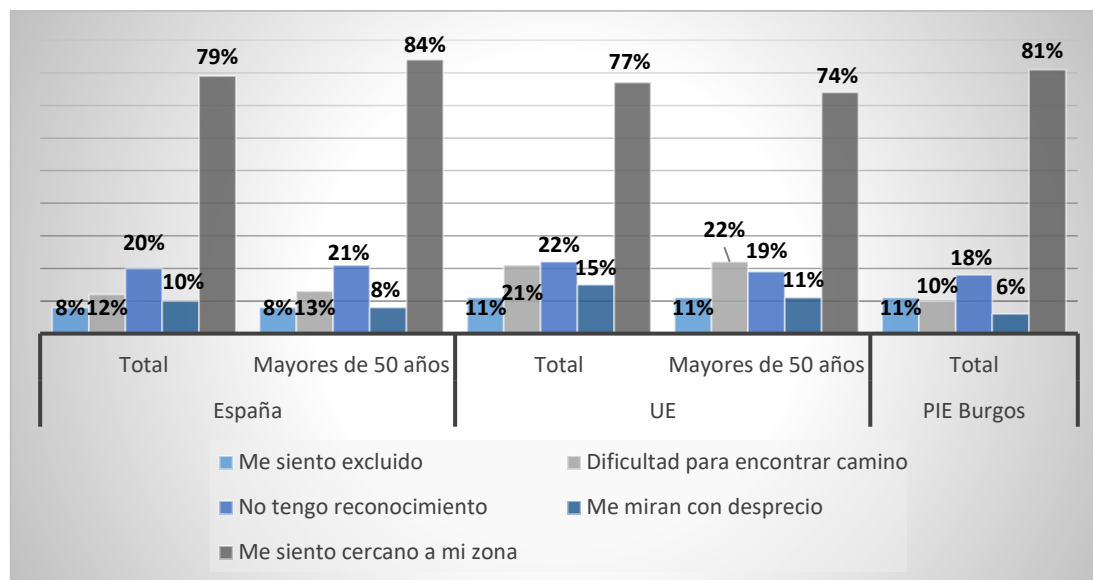
Si volvemos al tema del voluntariado, comprobamos que estamos aún lejos de lograr una amplia participación, no solo de los mayores sino de toda la sociedad en general. Es cierto que los mayores más jóvenes tienen porcentajes más elevados de participación, pero pasarán años hasta que este hecho esté más extendido.

Por otra parte, refiriéndonos a los 12 meses anteriores a la encuesta, vemos que los mayores del PIE son activos a nivel de asistencia a manifestaciones, firma de peticiones o contacto con políticos u oficiales públicos. En el primero de los casos, son un 23% más activos con respecto a la población española en general y el caso de la firma de peticiones la diferencia alcanza el 22%. Podemos afirmar que en el momento en que se realizó la encuesta la sociedad estaba sufriendo una fuerte crisis económica que en ocasiones propició

la toma de decisiones drásticas por parte de los gobernantes. Los mayores del PIE, como ya habíamos visto en apartados anteriores, son más críticos que otros grupos de población y ahora comprobamos que participan para que se produzcan cambios sociales.

Finalmente, si hablamos en términos generales de sentimientos de exclusión, certificamos que los mayores de la Universidad de Burgos sienten con menor frecuencia esas sensaciones, tal y como reflejan los datos recogidos en la Figura 124. Con respecto a sentirse excluido de la sociedad, un 11% de los mayores del PIE está de acuerdo con esa afirmación frente al 8% tanto de mayores de 50 años españoles como de la población en general. Los mayores del PIE se sitúan en este punto a niveles europeos. Solo un 10% de los mayores del PIE siente dificultad para encontrar su camino frente al 13% del resto de mayores españoles. Cerca de otro 3% separa a los mayores universitarios de aquellos de la muestra general en relación a no sentirse reconocido y otro 2% les separa en relación a las miradas de desprecio. Vemos claramente como los mayores de la UBU se encuentran más protegidos ante estos sentimientos negativos, creemos que tienen más herramientas para enfrentarse a su propia realidad. Para concluir comprobamos que cerca de un 80% de la población en general y de mayores en concreto, afirma sentirse cercano a su comunidad más cercana. Los sentimientos de pertenencia confirman una alta calidad de vida en este sentido.

Figura 124. Comparativa entre España, UE y el PIE sobre el hecho de estar “muy de acuerdo” o “de acuerdo” con respecto a sentirse excluido de la sociedad, dificultad para encontrar el camino, no sentir reconocimiento, sentir miradas de desprecio o sentirse cercano a la zona de residencia.



A modo de conclusión, tras el análisis de este apartado comprobamos que los mayores del PIE participan activamente a través de diferentes actividades de su entorno y que de este modo están de alguna manera protegidos frente a la exclusión social. Consideramos que este hecho puede estar relacionado con que aún son mayores-jóvenes y que no presentan problemas graves de salud, lo que les permite centrarse en su propio proceso de envejecimiento entendido como un proceso de desarrollo personal.

### 6.3.6 Nivel de vida y privaciones.

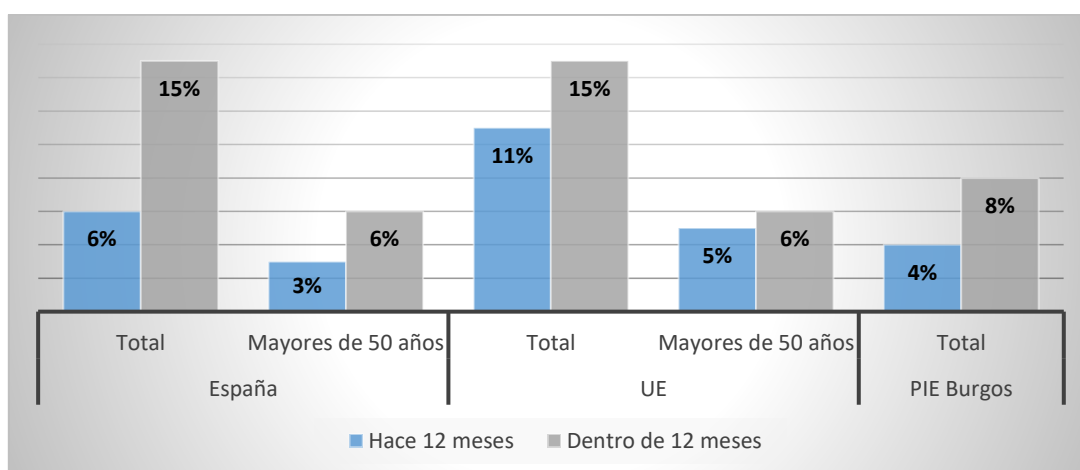
El acercamiento al nivel de vida y privaciones nos presenta unos datos positivos para los mayores universitarios de la Universidad de Burgos. Solamente el 5% considera que su situación económica es peor o mucho peor en comparación con la mayoría de los españoles, muy lejos de los datos de la media española (23%) y de la media europea (27%). Pensando en el total de ingresos mensuales, el 42% de los mayores del Programa considera que puede llegar a fin de mes de manera fácil o muy fácil frente al 24% de los españoles mayores de 50 años o el 28% de los mayores europeos.



Una rápida revisión de los diferentes elementos que un hogar se puede permitir, como mantener la casa caliente o sustituir el mobiliario roto o deteriorado, nos presenta un panorama en el que los estudiantes de la UBU no tienen problemas reseñables. A grandes rasgos, los mayores de la muestra española presentan menos problemas que el total de la muestra nacional y a su vez, los mayores universitarios, exponen una problemática mucho menor que ambos grupos. La misma situación se produce cuando son preguntados por dificultades en el pago de préstamos, facturas de base, alquileres o hipotecas.

Cuando los encuestados son preguntados por la situación económica de su hogar, solo un 4% de los mayores universitarios afirma que es mejor en el momento de responder a la citada cuestión que 12 meses antes. Sin embargo, un 8% es optimista y cree que esa misma situación mejorará en el próximo año (Figura 125). Los datos de los alumnos universitarios son más positivos que los de sus coetáneos de la muestra general pero peores que los de la población general. Consideramos que el punto de vista crítico de los mayores, que se ha reflejado en diferentes momentos del análisis y su experiencia vital en situaciones similares, les hace pensar que las dificultades económicas no se resuelven en un periodo tan breve de tiempo.

Figura 125. Comparativa entre España, UE y el PIE sobre si la situación económica del hogar personal a día de hoy es mejor que hace 12 meses o si mejorará en los próximos 12 meses.



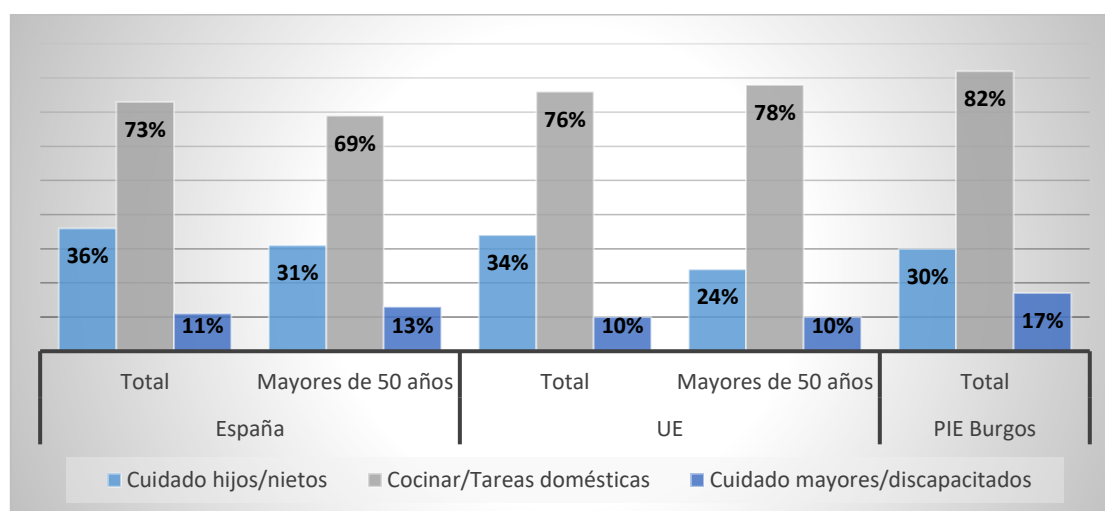
En este sentido, confirmamos que los mayores que participan en el PIE no presentan problemas graves de ingresos y se sienten afortunados en

comparación con el resto de la población lo que es muy favorable en relación a la calidad de vida.

### 6.3.7 Vida familiar y social.

A través de la Figura 126 nos acercamos más en profundidad a la vida familiar. Los datos nos informan de que, en términos generales, la mayor parte del tiempo doméstico se dedica, por este orden, a la cocina y tareas domésticas, al cuidado de hijos/nietos y al cuidado de personas mayores o discapacitadas. En el alumnado del PIE también se cumple este supuesto y es este grupo el que mayor porcentaje de tiempo dedica a sus mayores o discapacitados, confirmamos en este punto el hecho del sobre-envejecimiento. También comprobamos en nuestra muestra que dedican más tiempo a las labores domésticas cotidianas que el resto de la población y en relación al cuidado de hijos y nietos, vemos como los mayores del PIE están prácticamente al mismo nivel que el resto de mayores españoles y se sitúan por encima de los mayores europeos. En este sentido, podemos afirmar que esta circunstancia puede resultar favorecedora de una mayor calidad de vida.

Figura 126. Comparativa entre España, UE y el PIE sobre la frecuencia temporal de diferentes actividades domésticas teniendo en cuenta las respuestas: “todos los días” o “varios días a la semana”.

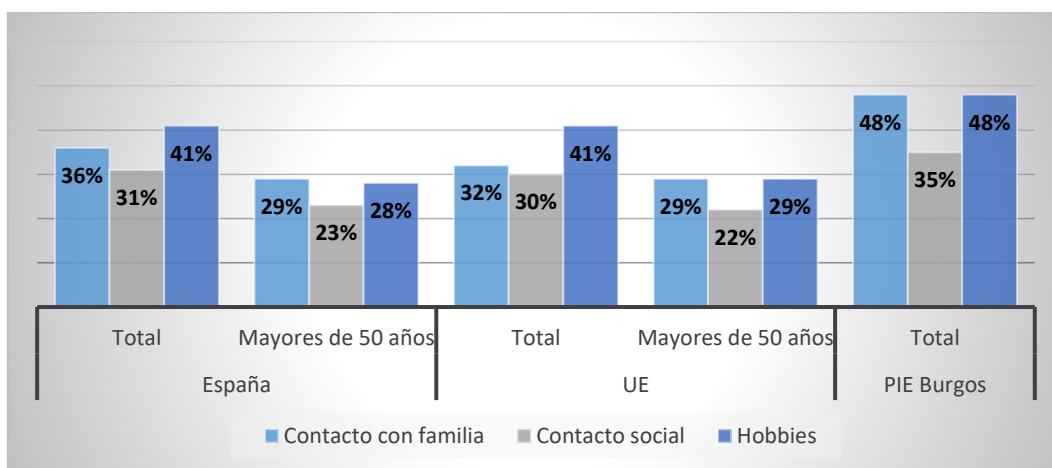


Señalaremos también que los mayores del PIE consideran en mayor proporción que la media española y europea, un 25% más, que realizan más

trabajo doméstico del que les corresponde, entendiendo que creen que hay un reparto desigual del mismo. Consideramos que estos datos pueden deberse a la feminización de nuestra muestra y al tradicional rol doméstico de la mujer que perdura aún en algunos hogares.

Por otra parte, los mayores del PIE exponen que les gustaría dedicar más tiempo tanto a sus contactos sociales como familiares y a sus propios hobbies, principalmente a estos dos últimos (Figura 127). Son el grupo al que más tiempo le gustaría ocupar en esas actividades, si bien vemos que los mayores españoles y europeos se sienten menos inclinados hacia estas ocupaciones que el resto de la población, puntualizando que, a mayor edad, menor interés.

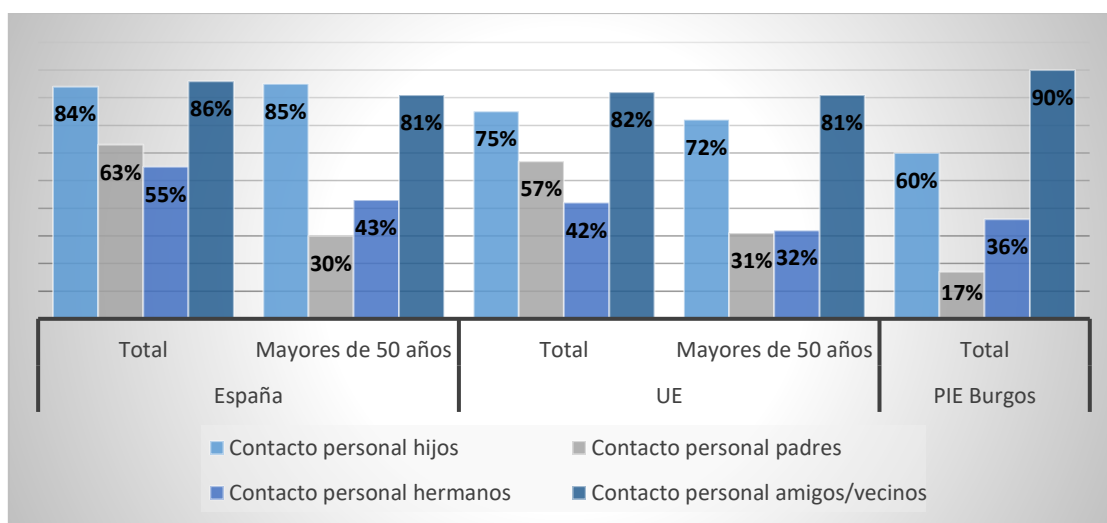
Figura 127. Comparativa entre España, UE y el PIE sobre actividades de la vida cotidiana a las que les gustaría dedicar más tiempo.



Si ponemos la atención en el contacto presencial, comprobamos que los mayores de la UBU son los que más se ven con sus amigos y vecinos, un 4% más que la media española y un 9% más que los mayores españoles de más de 50 años (Figura 128). Es lógico que muchos no vean a sus padres por haber estos fallecido y al ser mayores, la relación con sus hermanos se ha podido enfriar por diferentes motivos, entre ellos, la distancia. También es amplia la diferencia con respecto al contacto cara a cara con los hijos, que es un 25% más baja que en la muestra de los mayores españoles. Consideramos que puede deberse al hecho de que los alumnos de la UBU son todavía autónomos e independientes y no necesitan supervisión. También el hecho de vivir en localidades con un limitado mercado de trabajo hace que muchos descendientes tengan que residir en otros municipios. Entendemos que la calidad de vida está

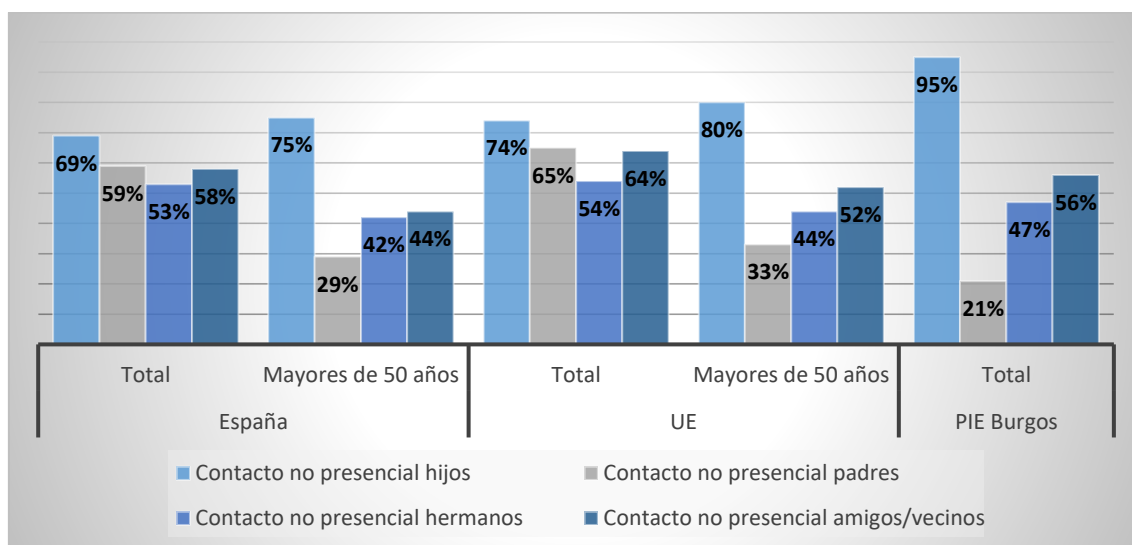
influenciada por los contactos y las relaciones sociales y que en este punto los mayores del PIE podrían obtener mayores niveles de satisfacción con relaciones más frecuentes con la familia si bien, los amigos y vecinos pueden ser igualmente una fuente de apoyo y acompañamiento desde una posición de igualdad.

Figura 128. Comparativa entre España, UE y el PIE sobre la frecuencia temporal de contacto presencial con familiares y amigos teniendo en cuenta las respuestas: “todos los días” o “varios días a la semana”.



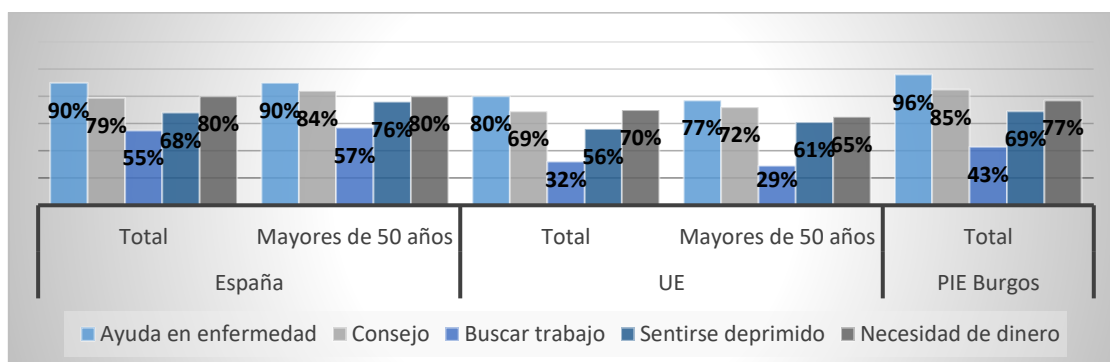
Por otra parte, si hablamos del contacto no presencial, es decir, aquel que se realiza principalmente mediante el teléfono o Internet, vemos como son los mayores universitarios quienes presentan una mayor frecuencia de contacto con hijos y/o nietos. Vemos en la Figura 129 que tienen un alto porcentaje de contacto con vecinos y amigos, solo un 2% más bajo que el de la media española pero un 12% superior al de los mayores de 50 años de esa misma muestra. Veremos más adelante que este hecho puede deberse al mayor uso que tienen los universitarios de las TIC.

Figura 129. Comparativa entre España, UE y el PIE sobre la frecuencia temporal de contacto no presencial con familiares y amigos teniendo en cuenta las respuestas: “todos los días” o “varios días a la semana”.



Para terminar este apartado vamos a proceder al análisis de a quién pedirían ayuda en determinadas situaciones delicadas. Comprobamos que la mayoría de los grupos estudiados elegiría como primera opción “un miembro de su familia” en casi todos los aspectos, a excepción de en la búsqueda de empleo, donde los europeos no apuestan por la familia ni tampoco los mayores del PIE, que mayoritariamente consideran que no se van a encontrar en esa situación. Cuando se trata de buscar ayuda en caso de enfermedad, el alumnado del PIE tiene claro que se decantaría por un familiar (95%), así como en caso de consejo (85%) o necesidad de dinero (77%). El hecho de sentirse deprimido llevaría a un 69% a hablar con un familiar, sin embargo, un 76% de los mayores españoles de más de 50 años seleccionaría esta opción con mayor frecuencia (Figura 130).

Figura 130. Comparativa entre España, UE y el PIE sobre si pedirían ayuda a un familiar en las situaciones dadas.

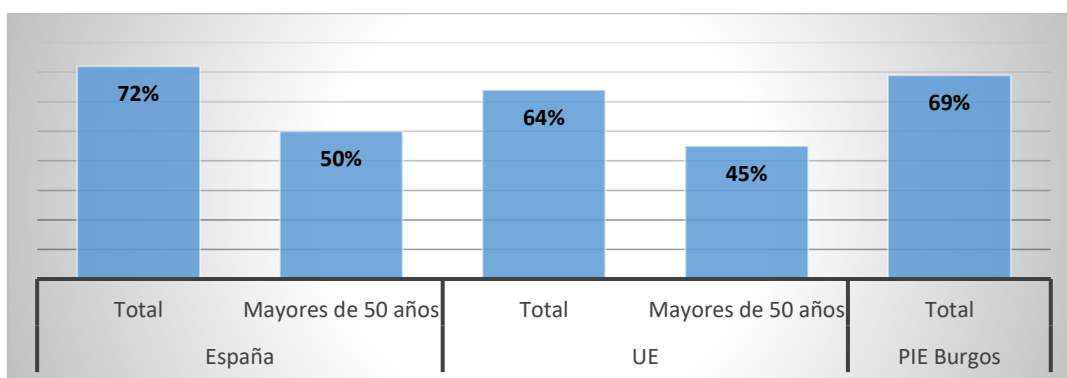


A modo de conclusión, podemos afirmar que los mayores del PIE presentan una alta calidad de vida por el apoyo social con el que cuentan encontrando principalmente el mismo en familiares y amigos con los que se comunican frecuentemente por diversas vías y que saben que están disponibles en caso de necesidad. Creemos que el hecho de tener un poco más de tiempo libre para sus aficiones y relaciones les aportaría una mayor calidad de vida.

### 6.3.8 Salud y servicios públicos.

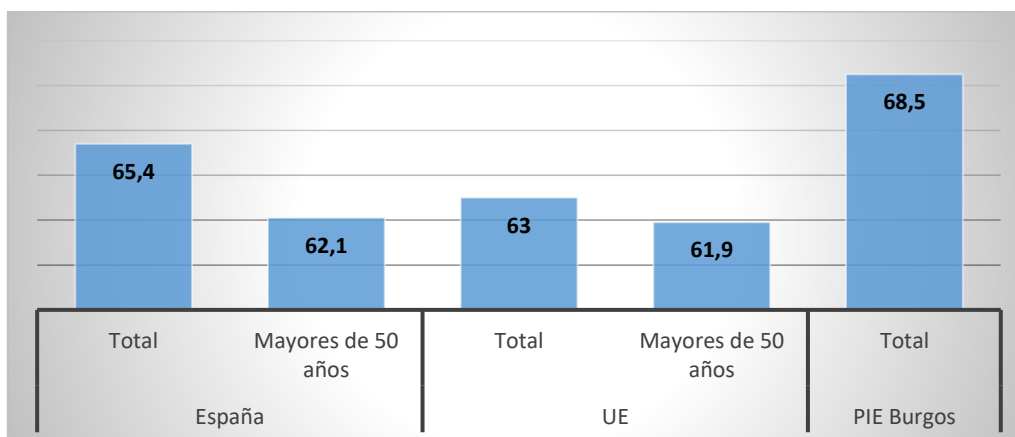
En relación a la salud vemos como los mayores del PIE presentan un porcentaje más elevado de buena salud que los mayores de la muestra española (un 19% más) y europea, lo que les sitúa muy cerca del total de la media española. En esta última muestra, las diferencias son significativas entre los mayores de 65 años y los mayores de entre 50 y 64 años, presentando estos últimos un 24% más de respuestas positivas (Figura 131). Tal y como se ha visto a lo largo de la investigación, la salud es uno de los factores más importantes en la percepción de la calidad de vida y podemos afirmar que los mayores del PIE presentan niveles elevados.

Figura 131. Comparativa entre España, UE y el PIE sobre el estado de salud teniendo en cuenta las respuestas: “muy buena” o “buena”.



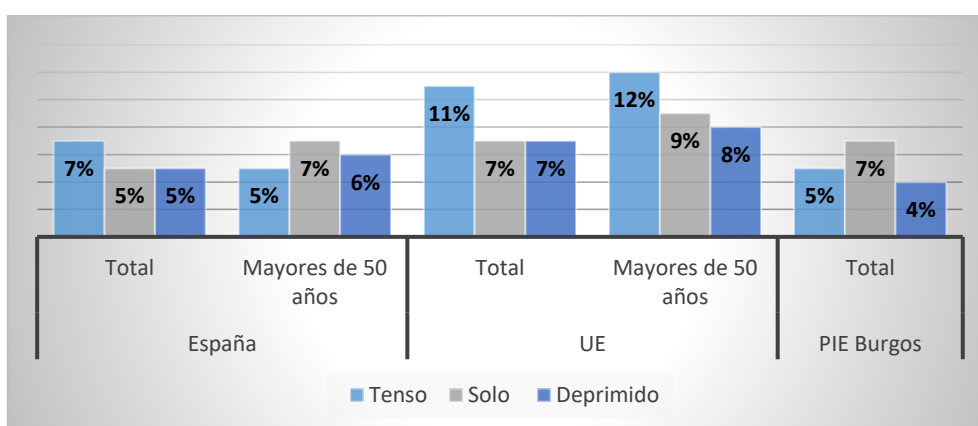
Por otra parte, el análisis del bienestar mental también nos arroja resultados muy favorables para los mayores de la UBU pues están 3 puntos por encima de la media de la población general española y 6 puntos por encima de los mayores de 50 años (Figura 132). Las diferencias con los europeos son aún más significativas.

Figura 132. Comparativa entre España, UE y el PIE en la Escala de Bienestar Mental de 5 niveles de la OMS (WHO-5).



Si la Escala de Bienestar Mental era favorable a los mayores del PIE estos también salen bien parados cuando se les pregunta por sentimientos relacionados con la soledad, depresión o tensión. Los universitarios se sienten solos en la misma medida que los mayores de la muestra nacional española, pero tal y como se recoge en la Figura 133, hay un 2% de diferencia con el total de la población española, a favor de esta última. Por otra parte, la muestra de la UBU expresa que está menos deprimida y siente menos tensión que el resto de la población. Se puede remarcar que son los mayores más jóvenes quienes afirman sentirse más tensos y vemos que a mayor edad mayor sensación de depresión.

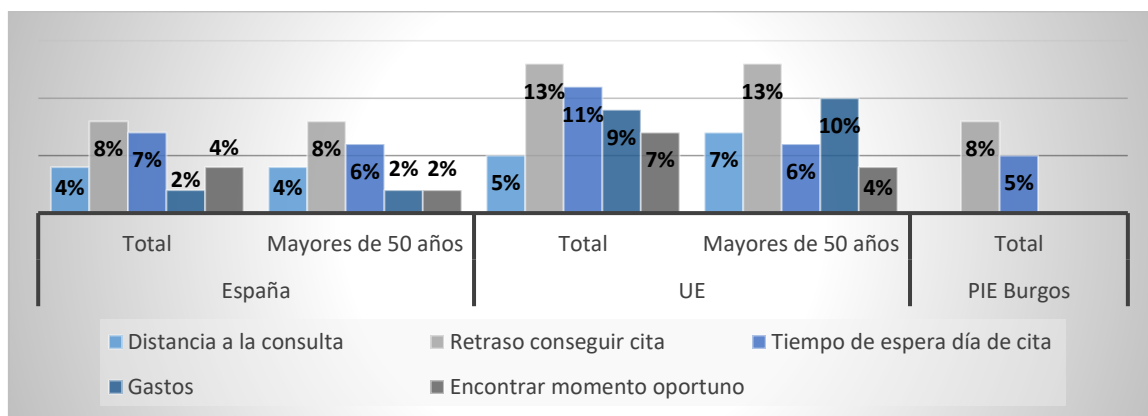
Figura 133. Comparativa entre España, UE y el PIE sobre sentimientos teniendo en cuenta las respuestas: “todo el tiempo” o “la mayor parte del tiempo”.



Al hablar de los factores que dificultan las visitas médicas, los mayores de la UBU solo muestran algún tipo de dificultad en relación a los retrasos, tanto

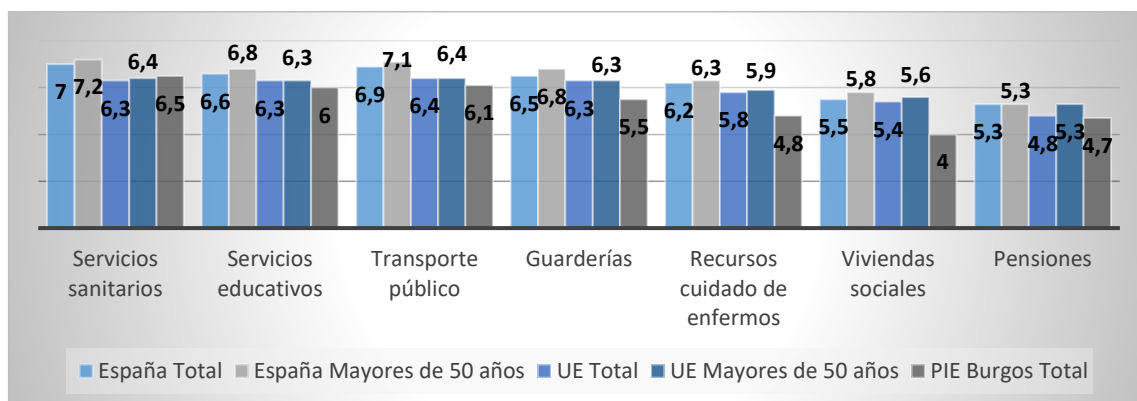
para conseguir una cita (8%) como el mismo día de la cita (5%). Tal y como se aprecia en la Figura 134, las dificultades son más acusadas en Europa que en España por las grandes diferencias existentes entre los modelos sanitarios. Consideramos de gran importancia que los mayores de la investigación aquí presentada tengan pocas dificultades en este sentido porque estas circunstancias tienen influencia en la calidad de vida.

Figura 134. Comparativa entre España, UE y el PIE sobre factores que dificultan las visitas médicas teniendo en cuenta la respuesta: “muy difícil”.



Para concluir este apartado, nos centramos en la percepción de calidad que se tiene sobre diferentes servicios. Los mayores universitarios son los que obtienen una peor puntuación tanto si los comparamos con el total nacional como con los mayores de 50 años de la muestra total o incluso con los europeos (Figura 135). Son las viviendas sociales, junto con las pensiones o los recursos para el cuidado de enfermos o discapacitados los servicios que más insatisfacción generan.

Figura 135. Comparativa entre España, UE y el PIE sobre la calidad de diferentes servicios públicos.





A grandes rasgos podemos decir que los mayores de la UBU presentan buenos niveles de salud y de bienestar mental, con niveles muy similares a los de la población en general. Por otra parte, a nivel de servicios públicos, si bien no encuentran muchos factores que dificulten las visitas médicas si consideran que la calidad de los servicios públicos más relevantes del país podría ser muy superior.



## **CAPÍTULO 7: Cuestionario de Salud EQ-5D-5L EVA (2009) del EuroQol Group. Aplicación al alumnado del Programa Interuniversitario de la Experiencia de la Universidad de Burgos.**

### **7.1 Introducción.**

Las distintas concepciones de la calidad de vida en relación al envejecimiento recogen un enfoque de carácter multidimensional porque tienen en cuenta no solo el funcionamiento físico, energía o vitalidad personal, sino también el bienestar psicológico y emocional, la ausencia de problemas de comportamiento, el funcionamiento social y el sexual, los apoyos recibidos y percibidos, junto a la satisfacción con la vida y las percepciones de salud (Schallock, De Vries y Lebsack, 1999; Wolkenstein y Butler, 1992).

La década de los 90 del pasado siglo XX propició el desarrollo del concepto CVRS también conocido como salud percibida. En el mismo se incorporan aspectos de la vida directamente relacionados con el funcionamiento físico y mental y con el estado de bienestar (Guyatt, Feeny y Patrick, 1993). La mejor forma de medir este concepto es a través de cuestionarios. El estudio de la CVRS posibilita hacer una evaluación de los efectos de la salud, la enfermedad y el tratamiento en la calidad de vida de las personas (Ferrans, Zerwic, Wilbur y Larson, 2005), partiendo de la propia percepción del individuo y teniendo en cuenta diferentes dimensiones.

Según Patrick y Erickson (1993) la CVRS sería la medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud. Por su parte, Naughton, Shumaker, Anderson y Czajkowski (1996), exponen que la CVRS sería la evaluación subjetiva de las influencias del estado de salud actual, los cuidados sanitarios y la promoción de la salud, sobre la capacidad del individuo para obtener y mantener un nivel global de funcionamiento que le permite continuar aquellas actividades que son importantes para el individuo y que tienen un impacto sobre su estado general de bienestar. Para estos autores, las dimensiones que son importantes para realizar la medición de la CVRS son:

el funcionamiento social, físico y cognitivo, la movilidad y cuidado personal y el bienestar emocional.

Otro matiz importante es el que aporta Schwartzmann (2003), ya que entienden que la calidad de vida es un proceso dinámico y cambiante en el que hay continuas interacciones del individuo con el medio que le rodea. Lo interesante de este concepto es que entiende que la percepción de los sujetos sobre su bienestar físico, psíquico y/o social depende de sus propios valores, creencias, expectativas, de su contexto cultural y de su historia personal.

El concepto de CVRS que más se ajusta a los objetivos de esta investigación, es el que lo concibe como la capacidad que tiene el individuo para realizar aquellas actividades importantes relativas al componente funcional, afectivo y social, los cuales están influenciadas por la percepción subjetiva, es decir, sería la manera en que las personas experimentan su bienestar mental, físico y la satisfacción con su vida cotidiana (Badía y Lizán, 2003). Está claro que la calidad de vida es un concepto únicamente humano que se relaciona directamente tanto con el grado de satisfacción que tiene la persona como con su nivel de felicidad.

Las personas mayores que se implican en experiencias de carácter educativo obtienen beneficios que incluyen no solo el poder desarrollar estrategias de afrontamiento sino también el desarrollo del interés por nuevas actividades, la integración a nivel social y sobre todo el desarrollo de nuevas redes sociales; en otras palabras, el aumento de la calidad de vida y el bienestar (Jarvis, 2001; Manheimer, 2002).

Para obtener la información relativa a la CVRS en el alumnado de la Universidad de Burgos se ha utilizado el Cuestionario de Salud EQ-5D-5L EVA (2009) del EuroQol Group. Las bases teóricas expuestas hasta este momento nos ofrecen el marco desde el cual poder desarrollar este capítulo con suficientes garantías científicas y presentar unos resultados que nos permitan avanzar en la generación de propuestas que puedan mejorar tanto la teoría como la práctica.

## 7.2 Análisis descriptivo.

Daremos inicio a los resultados analizando los valores estadísticos que acompañan a cada una de las dimensiones del cuestionario de salud EQ-5D-5L y a la Escala Visual Analógica (Tabla 27). En primer lugar, aclararemos que la puntuación 1 de la escala es la más positiva y la 5 la más negativa. Si analizamos la mediana, comprobamos que en lo que respecta a la EVA, la mitad de la muestra ha seleccionado puntuaciones de 80 o por encima y es un valor muy cercano a la media que se sitúa en un poco más de 76 puntos. Podemos concluir que en este caso la distribución es ligeramente asimétrica con cola a la izquierda. Por el contrario, en todas las dimensiones de la EVA menos en la relacionada con el dolor/malestar, vemos como la media es superior a la mediana y la asimetría, en este caso, nos dibuja la cola a la derecha. Confirmamos que son las dimensiones de autocuidado y actividades cotidianas las que menor desviación estándar presentan respecto de la media, en el caso de la primera ningún alumno ha marcado las opciones 4 ni 5, de hecho, ningún individuo ha marcado la opción 5 en ninguna de las dimensiones. Las magnitudes que mayor desviación estándar presentan y en las que, mayor variabilidad en las respuestas vamos a encontrar, son las de dolor/malestar y la de ansiedad/depresión. En la EVA tenemos una desviación estándar de unos 15 puntos lo que nos confirma que la mayoría del alumnado ha marcado puntuaciones entre 61 y 91.

Con respecto al coeficiente de variación (c.v.), vemos que en todos los casos es de baja varianza y que los valores de la dimensión denominada autocuidado, al tener su c.v. un valor bajo, son más homogéneos que los del resto de variables. Lo mismo nos ocurre con la EVA que, tal y como habíamos visto anteriormente, comprobamos que sus valores son bastante uniformes.

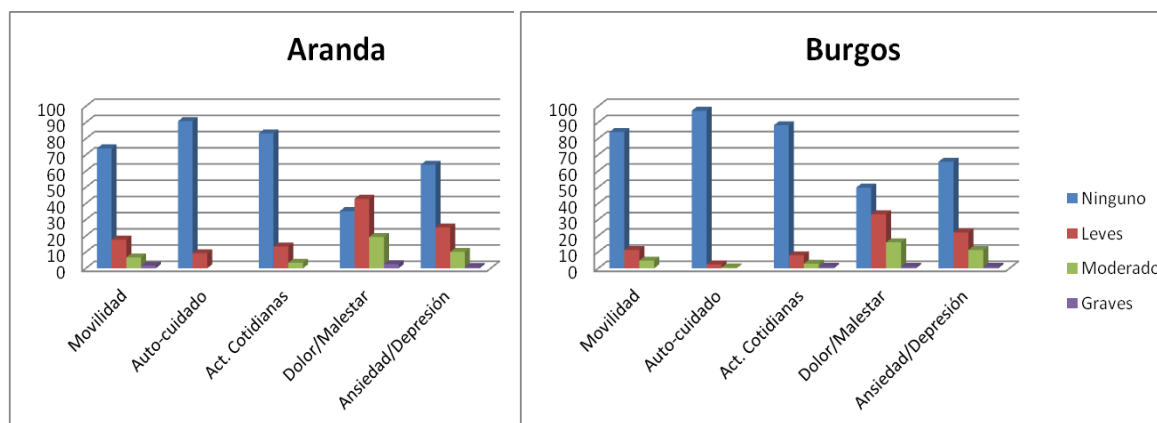
Tabla 27. Valores estadísticos descriptivos de las 5 dimensiones del cuestionario de salud EQ-5D-5L y de la Escala Visual Analógica (EVA).

	Movilidad	Autocuidado	Actividades cotidianas	Dolor/ Malestar	Ansiedad/ Depresión	EVA
<b>Mediana</b>	1	1	1	2	1	80
<b>Media</b>	1,262048	1,054217	1,177711	1,756024	1,475904	76,14458
<b>Desviación estándar</b>	,5822184	,2397386	,4932017	,7874352	,7225484	15,1778
<b>Mínimo</b>	1	1	1	1	1	25
<b>Máximo</b>	4	3	4	4	4	100
<b>Número</b>	332	332	332	332	332	332
<b>Coficiente de variación (c.v.)</b>	,4613282	,2274092	,41878	,4484194	,4895634	,1993288

Pasemos ahora a analizar el estado de salud del alumnado a través de las 5 dimensiones del EQ-5D-5L EVA. Como dato importante señalaremos que ningún alumno ha marcado como respuesta la “imposibilidad total”, lo que nos da una información valiosa acerca del estado de salud general del grupo. Para comenzar diremos que en ambas sedes la respuesta predominante es la de “sin problemas”. En la sede de Aranda de Duero, la dimensión que mejor puntuación obtiene es la de autocuidado pues la mayoría (90,76%) ha afirmado no tener ningún problema en este sentido y solo un 9,24% ha seleccionado la opción “problemas leves”. Las dimensiones de actividades cotidianas y de movilidad también presentan un elevado número de respuestas en el primer nivel “sin problemas”, aunque la movilidad es una dimensión que genera problemas leves al 17,65%, moderados al 6,72% y graves al 1,68% del alumnado. Las dimensiones más problemáticas son la de dolor/malestar y la de ansiedad/depresión. En la primera es significativo que los alumnos con problemas leves (42,86%) superan a aquellos que no presentan ningún problema (35,29%) y también que el 19,33% afirma tener problemas moderados. En relación a la ansiedad/depresión, la mayoría no presenta problemas, pero un 25,21% afirma tener inconvenientes leves y otro 10,08% moderados. Los datos en la sede de Burgos son muy similares en todas las dimensiones excepto en la dimensión de dolor/malestar donde un 49,77% afirma no tener ningún problema, seguidos de un 33,33% que expone que tiene problemas leves y de un 15,96%

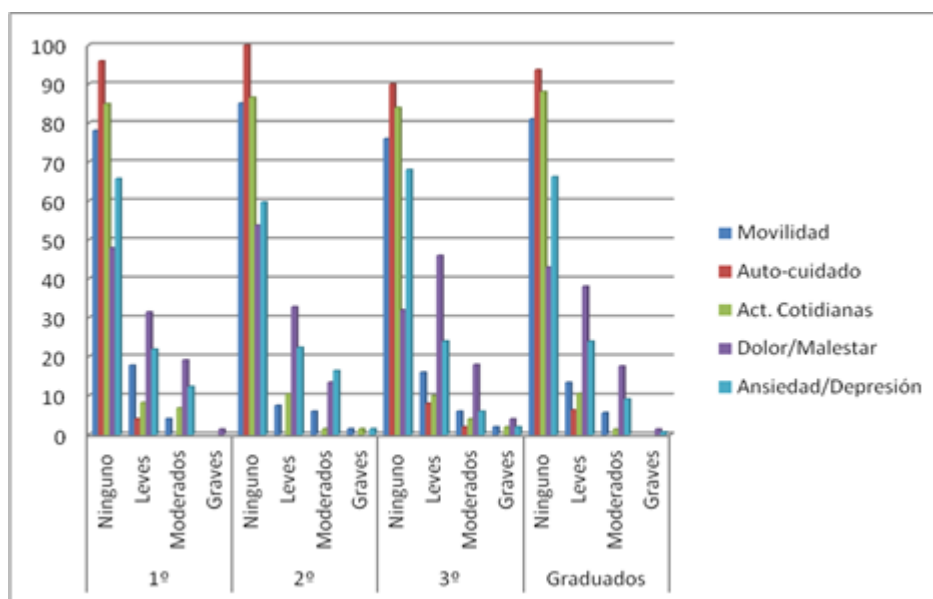
que percibe que tiene problemas moderados. Tal y como se recoge en la Figura 136, es testimonial el porcentaje del alumnado que dice tener problemas graves en este sentido.

Figura 136. Resultados del cuestionario de salud (EQ-5D-5L) por sedes.



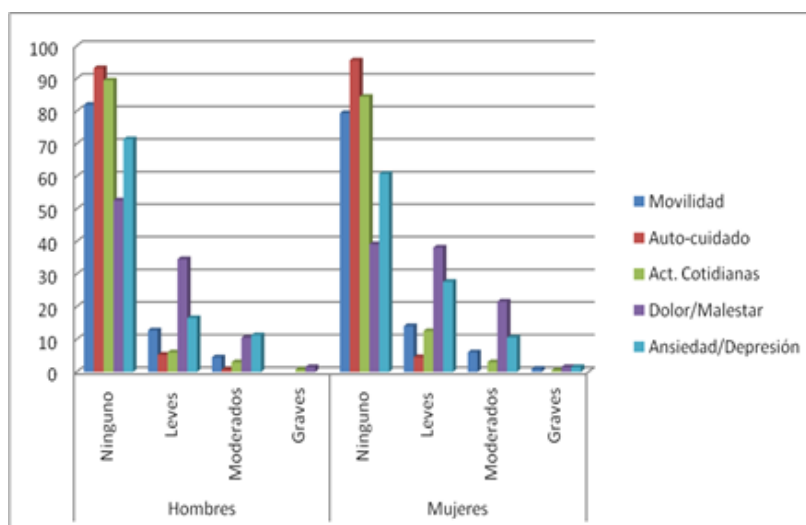
Si nos centramos en el estudio de las diferentes dimensiones por cursos, vemos que la Figura 137 no nos descubre grandes diferencias, pero si pequeños matices en los que merece la pena detenerse. La mayoría del alumnado (74,28%) afirma no tener ningún problema en las 5 dimensiones sobre las que ha sido preguntada, esto nos indica el buen estado de salud general del alumnado del PIE. Las 3 dimensiones que menos problemas generan en todos los cursos son, por orden: autocuidado, actividades cotidianas y movilidad. Por otra parte, las dimensiones de dolor/malestar y ansiedad/depresión, son las que más problemas leves y moderados hacen percibir a los mayores. En el caso del alumnado de tercero, la diferencia entre ambas dimensiones es bastante notable. Los alumnos de segundo, por el contrario, refieren que les genera más problemas la ansiedad que el dolor y son muy poco significativos los valores de la respuesta “graves”, si bien son más frecuentes en el alumnado de tercero.

Figura 137. Resultados del cuestionario de salud (EQ-5D-5L) por cursos.



En el análisis por sexos, confirmamos que son los hombres los que presentan una mejor autopercepción de su salud pues en la mayoría de las dimensiones, excepto en la de autocuidado, exponen que no tienen ningún problema. Sus homólogas femeninas afirman tener el doble de problemas moderados asociados al dolor/malestar, un 21,6% frente a un 10,53% de los hombres y en su mayoría, califican como leves sus problemas asociados con la ansiedad/depresión. Por otra parte, aun no siendo muy relevantes los datos en torno a la respuesta “grave”, es significativo ver cómo las mujeres si lo han marcado en las dimensiones de movilidad y ansiedad (Figura 138).

Figura 138. Resultados del cuestionario de salud (EQ-5D-5L) por sexos.

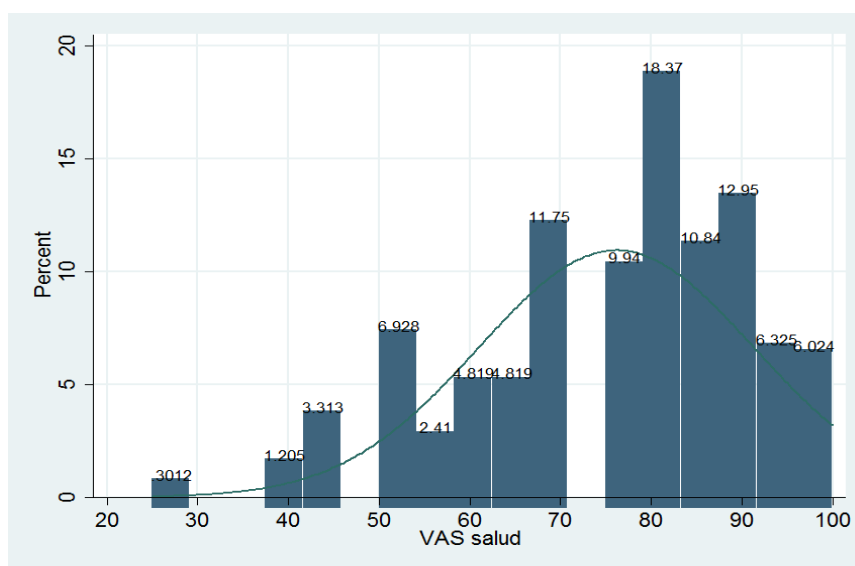




Los resultados de la EVA los analizaremos primero a nivel general para conocer la distribución de los mismos y seguiremos con el análisis por cada una de las variables sociodemográficas estudiadas.

La Figura 139 nos muestra un análisis en profundidad de la distribución de las valoraciones de la EVA y nos permite observar la existencia de conglomerados en torno a diversos valores (en particular los valores 80, 90 y 100). Por otra parte, vemos claramente que la distribución está desplazada hacia la derecha, ya que se produce una alta concentración de puntos a partir del valor 65. Una forma de analizar estadísticamente estos datos es mediante la obtención de indicadores que permitan comparar esta distribución con una normal. En este caso, el indicador de curtosis es de 2,77 lo que nos indica que la distribución de la EVA tiene colas más largas que una distribución normal y el valor negativo de asimetría (-,59) nos indica que la cola izquierda es más preponderante que la derecha. Es decir, la distribución no es simétrica. Es interesante destacar el nivel de asociación que existe entre la Escala EQ-5D-5L y la EVA por ese motivo se ha analizado el comportamiento de los resultados de la escala en cada una de las categorías de las dimensiones medidas por el cuestionario y se ha visto que, a mayor nivel de gravedad expresada en las diferentes dimensiones, menor es la puntuación en la EVA.

Figura 139. Resultados de la EVA del alumnado del PIE.



Comenzamos el análisis de las variables sociodemográficas clarificando que la mayoría del alumnado del PIE tiene una edad de entre 55 y 70 años, siendo muy poco frecuentes los mayores de 80 y los menores de 55.

Los alumnos de primero de la sede de Aranda de Duero que presentan mejor media, 85 puntos, son los de entre 70-74 años, seguidos de los de 60-64 con una media de 82,5 puntos. Los más distantes son los mayores de 80 cuya media es de 70 puntos. En esta sede solo hay alumnos de segundo de edades comprendidas entre los 60-64 y de más de 80, siendo 11,67 puntos más alta la puntuación de los primeros con respecto a los segundos. El alumnado de tercero que mejor percepción tiene de su salud son los mayores de 80 años con 90 puntos de media, seguido de los de 65-69 años con 85 puntos. Los alumnos graduados más satisfechos están entre los 60-64 años, seguidos de los de 70-74, de los de más de 80 y finalmente de los de 65-69 años. Un único alumno tiene entre 55-59 años por lo que la media, en este caso no sería representativa.

En Burgos, la situación es diferente. Los alumnos de primer y segundo curso perciben mejor su estado de salud a mayor edad. En el caso del alumnado de primero, la tendencia cambia pues aquellos que han cumplido 70 años presentan una media de 55 puntos frente a la máxima de tercero de 84,17 puntos. Los alumnos de tercero más satisfechos con su estado de salud son los de 60-64 años con una media de 93,33 puntos, seguidos de los de 65-69 con 81,67 y finalmente encontramos a los de 70-74 años con una puntuación media de 60. En relación a los alumnos graduados, vemos que los más jóvenes son los que puntúan más alto en la escala y que a partir de los 65 años, las puntuaciones medias van descendiendo de manera progresiva.

En la sede de Aranda de Duero, entre las mujeres de entre 60 y 69 años se sigue una misma tendencia que es que perciben mejor su salud aquellas que se encuentran en el primer curso, seguidas de las de segundo, tercero y graduadas, siendo ligeramente superior la puntuación de las alumnas de 65-69 años. Esta tendencia se rompe entre las alumnas de 55-59 años, que a pesar de ser más jóvenes expresan tener peor salud, principalmente el alumnado de primero. Finalmente, aquellas de más de 70 años también presentan puntuaciones altas en la EVA en los últimos cursos, pues no es en ningún caso,

menor a 70 puntos. La valoración en la sede de Burgos nos dice que las alumnas de primero, a medida que envejecen y hasta los 60-64 años, van aumentando sus puntuaciones ligeramente en la escala pasando de 75 a 76 puntos. En el tramo de edad de 65-69 años se produce un fuerte aumento de la media situándose la misma en 85 puntos, para situarse en los 78,33 en las mujeres de entre 70-74 años. En segundo y tercero vemos que todos los valores en los diferentes tramos de edad se sitúan en torno a 80, excepto en el de 65-69 años en el que en el caso de segundo la media baja hasta los 62,5 y en tercero a los 65,83 puntos. Las alumnas graduadas presentan valores medios de salud pues se sitúan entre 70,63 y 73 entre los 60 y los 79 años de edad y valores mucho mejores entre los 55-59 años y las mayores de 80 años, con 100 y 85 puntos respectivamente.

Una diferencia que merece la pena señalar es el hecho de que las mujeres se matriculan siendo más jóvenes que los hombres en el PIE siendo una posible explicación a esta situación la menor tasa de ocupación entre las mujeres de más de 50 años con respecto a los hombres.

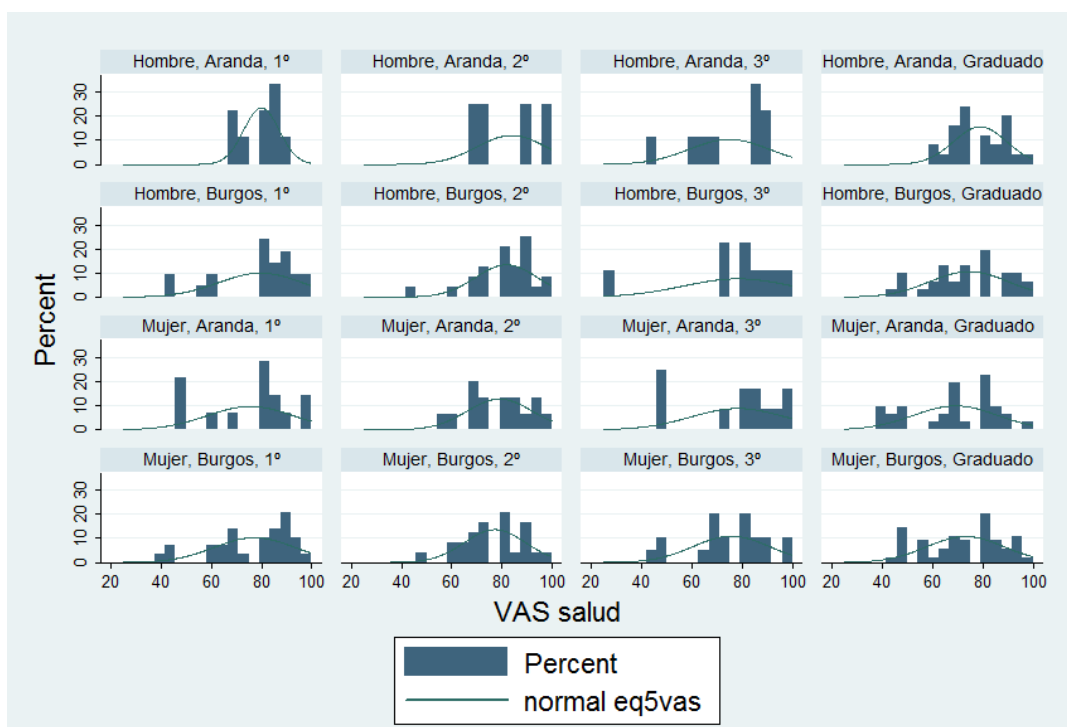
A modo de conclusión y tras realizar la prueba t de Student (Test-T) con respecto al sexo, comprobamos que se confirma la hipótesis de que son los hombres quienes perciben que su estado de salud general es mejor que el de las mujeres, pues la citada prueba de distribución de probabilidad nos informa de que la media de los hombres está 3,63 puntos por encima de la de sus compañeras y como el p-valor es 0,033, es decir, menor al nivel de significación (0,05), vemos que la regresión entre ambas variables (salud y sexo) es significativa. A través del Test-T también hemos analizado la relación entre la sede y el estado de salud y no hay una relación significativa pues el p-valor se sitúa en 0,762. Por otra parte, el vínculo entre las variables salud y edad, calculado a través de ANOVA, no es significativo pues la regresión estadística arroja un p-valor de 0,124.

El análisis de la EVA también se ha realizado por cursos y en relación al sexo y a la sede. A simple vista podemos comprobar los buenos resultados que se han obtenido en la escala, tal y como habíamos visto previamente en el análisis de los parámetros estadísticos. Nos centraremos en analizar los

resultados del alumnado de los tres primeros cursos pues más adelante focalizaremos toda nuestra atención en los graduados.

En el primer y segundo curso, tanto en Aranda de Duero como en Burgos, encontramos unos resultados muy similares pues presentan una mejor autovaloración de su salud los hombres que las mujeres y ligeramente más alta los alumnos de segundo que los de primero. En tercero, en ambas sedes desciende levemente la media con respecto a los dos primeros cursos y vemos como en la sede de Aranda de Duero se invierten los valores y son los hombres los que tienen mejor media que las mujeres. Por otra parte, en Burgos sigue siendo el sexo masculino el que expresa mejor percepción de su salud. Si hablásemos en términos de porcentajes, vemos como sin contar con los alumnos graduados y centrándonos solo en los tres primeros cursos, únicamente un 4,74% ha marcado en la escala un número inferior a 50, siendo importante la diferencia entre mujeres y hombres pues estos últimos presentan un 55,55% de puntuaciones bajas siendo que ellos únicamente representan el 40% de la muestra. En las puntuaciones intermedias, de entre 50 y 79, ocurre lo contrario y son las mujeres las que las han seleccionado con mayor frecuencia, situándose en el 70,71% del total de la muestra, siendo que el sector femenino representa el 60% del total. En la zona alta de la escala, a partir de 80 puntos, están alrededor del 58% del total de los alumnos/as de segundo y tercero y el 65,75% del alumnado de primero, también en este sentido vemos que hay diferencias significativas entre sexos, siendo más frecuente esta puntuación en hombres que en mujeres. Finalmente, los alumnos graduados masculinos de la sede de Aranda de Duero destacan con gran diferencia con respecto a sus homólogas femeninas que son quienes presentan el valor más bajo de la serie, un 78,8 frente a un 69,03. La sede de Burgos muestra valores muy cercanos en ambos sexos, siendo únicamente un punto más alto el resultado masculino. En todos los histogramas recogidos en la Figura 140 la curva presenta asimetría negativa y está, en la mayoría de los casos, ligeramente sesgada a la derecha indicándonos que la muestra presenta altas puntuaciones en la EVA como ya habíamos comprobado previamente.

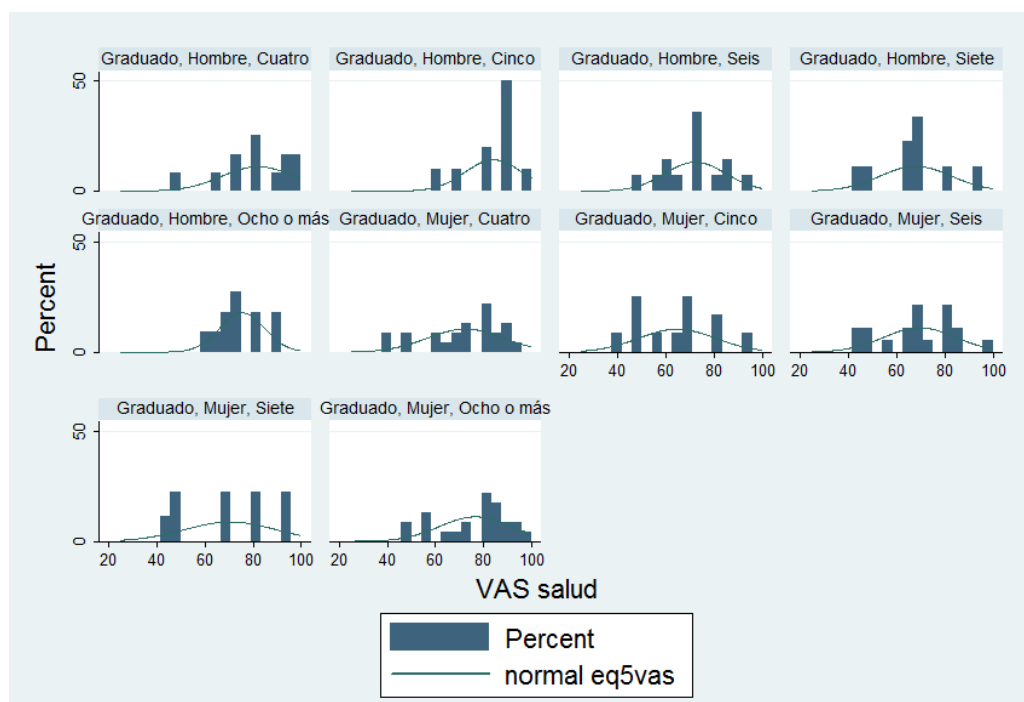
Figura 140. Resultado de la EVA por cursos, sedes y sexos.



Nos interesa conocer con mayor profundidad los datos con respecto a los graduados pues son quienes han sido alumnos del PIE un mayor número de años. En primer lugar, hemos de decir que un 43% del alumnado en las sedes de Burgos y Aranda de Duero tiene la consideración de graduado al haber cursado ya los tres años oficiales de los que se compone el programa. En relación al género, no hay diferencias significativas con respecto a la muestra total que está compuesta de un 60% de mujeres frente a un 40% de hombres, en el caso de los graduados, las mujeres son el 60,56% y los hombres el 39,44%. También sabemos que un 25% de los alumnos se matricula por cuarta vez en el curso académico 2014/15, un 24% por octava vez o más, un 23% por sexta vez y un 15% y 13%, por quinta y séptima vez respectivamente. En la Figura 141 vemos claramente como la mayoría del alumnado ha seleccionado puntuaciones por encima de 50 en la EVA, habiendo solo un 4,93% que ha marcado puntuaciones más bajas. De ese 4,93%, un 85,71% son mujeres frente a un 14,29% de hombres por lo que estamos en condiciones de afirmar que las mujeres graduadas exponen que tienen peor salud que sus homólogos masculinos. Con respecto a las puntuaciones medias de la escala, es decir, aquellas situadas entre 50 y 79, comprobamos que cerca de la mitad de los

graduados, un 49,3%, ha seleccionado este tramo de la escala para expresar su estado de salud en la fecha de cumplimentación del cuestionario. Del total, vemos como las mujeres representan el 58,57% y los hombres el 41,43%, es decir, los hombres están prácticamente un 2% por encima de las mujeres si tenemos en cuenta los porcentajes de representación por sexos. Finalmente, en la parte alta de la escala, o sea a partir de 80, nos encontramos con el 45,78% de los alumnos graduados y estamos en condiciones de afirmar que no existen diferencias significativas entre sexos.

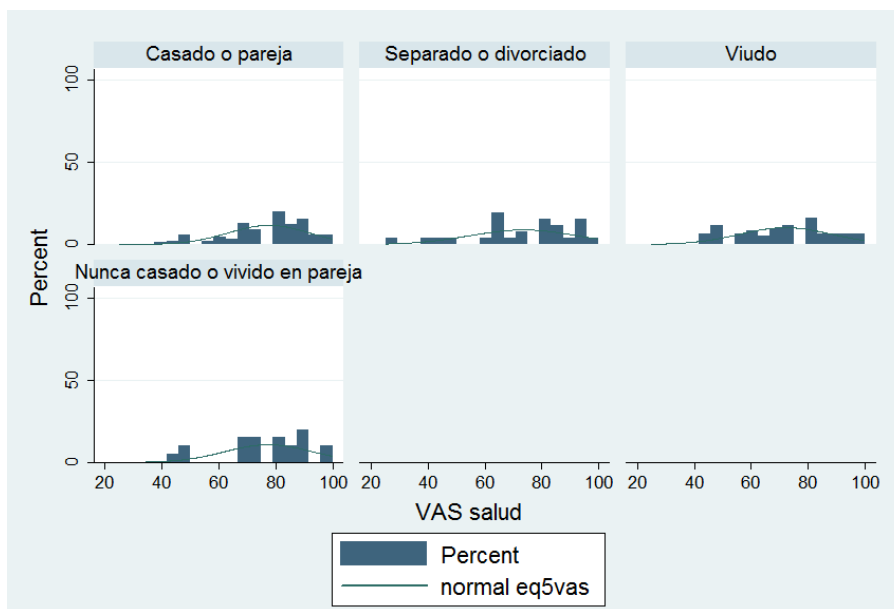
Figura 141. Resultado de la EVA por sexo en el alumnado graduado.



A continuación, se ha procedido a realizar el análisis de la salud a través de la variable relacionada con el estado civil. Expliquemos en primer lugar que un 66,87% de los alumnos está casado y que los viudos representan el 18,67%. Comprobamos como son los alumnos separados los que presentan mayores valores por debajo de 50, con un 11,54%, seguidos de un 6,45% de viudos que expone tener mala salud. Por otra parte, son los casados los alumnos que afirman tener un mejor estado de salud general, marcando la puntuación de 80 o superior un 59,01% (Figura 142). El alumnado que nunca se ha casado ni ha convivido en pareja, presenta una puntuación muy cercana a los mayores casados con un 55%, seguido por los separados o viudos que están muy

satisfechos con su salud en un 50%. Solo los viudos son los que expresan, en un porcentaje menor al 50%, que perciben su salud de manera muy positiva. Podemos concluir que estar casado es un factor que influye de manera positiva en la percepción de la salud de los alumnos matriculados en el PIE.

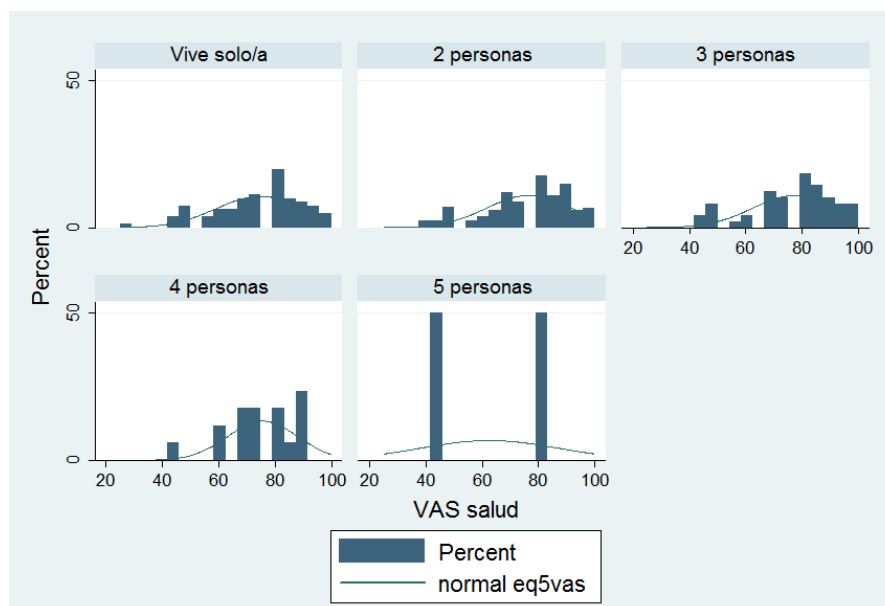
Figura 142. Resultado de la EVA por estado civil.



La Figura 143 recoge el análisis del resultado de la EVA en relación al número de personas que viven en el hogar. La convivencia más frecuente del alumnado es con otra persona (55,12%), seguido de los hogares unipersonales con un 24,4% y de los de tres personas con un 14,79%. Aquellos que presentan puntuaciones más bajas en la escala, recordamos que entendemos como bajas aquellas por debajo de 50, son los que viven en hogares de cuatro personas con un 5,88%. El resto de alumnos que convive solo o en hogares con dos o tres personas, presenta en este punto porcentajes de entre el 4 y el 5%. Los mayores que perciben que su salud es mejor son los que residen con otras dos personas más, los cuales presentan puntuaciones de 80 o más en un 59,18% y también los que conviven con otra persona, que suele ser la pareja, con un 55,74%. No hemos tenido en cuenta en este análisis a los que conviven en hogares de 5 personas al representar únicamente el 0,6% de la muestra total. A la luz de los datos comprobamos que el hecho de vivir solo no predice un peor estado de salud, al menos en nuestra muestra, pues sabemos que los mayores del PIE

mantienen activas las relaciones personales y sociales a través de la participación en acciones de formación de carácter universitario.

Figura 143. Resultado de la EVA por número de personas en el hogar.

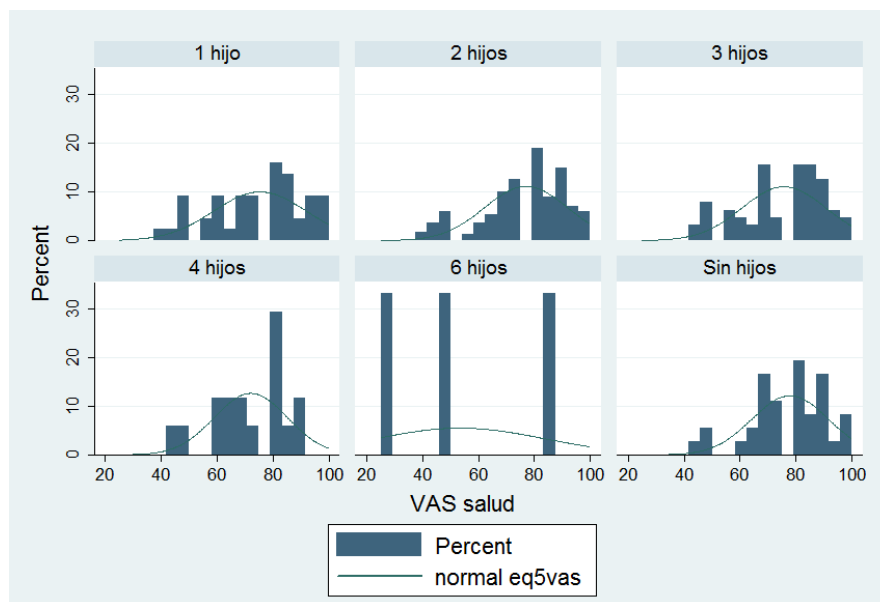


Siguiendo con el estudio de las diferentes variables comprobamos que los alumnos con dos hijos son más de la mitad de la muestra, un 50,6% y son el grupo más numeroso. Están seguidos de aquellos con tres hijos que representan el 19,28%, de los que tienen un único hijo (13,25%), de los que tienen cuatro hijos (5,12%) y de las familias numerosas de segunda categoría que son solo el 0,9%. No vamos a tener en cuenta a los mayores con seis hijos pues son solo 3 individuos y no son representativos. Quienes puntúan peor en la EVA son quienes tienen cuatro hijos, pues un 5,88% considera que su salud no alcanza la puntuación de 50 y está seguido de cerca por quienes tienen dos hijos con un porcentaje del 5,36% (Figura 144). El grupo de alumnos que percibe su salud como muy buena y considera que la misma está por encima de 80 son los que tienen tres hijos con un 54,69%, seguido solo a 2,42 puntos de distancia por quienes solo tienen un hijo. Por otra parte, si de un total de 296 alumnos que tienen hijos, vemos que el 51,01% puntúa por encima de 80, un 43,92% puntúa entre 50 y 79 y un 5,07% por debajo de 50, la comparación con aquellos que no tienen hijos es sorprendente. En la misma vemos que, aquellos que no tienen hijos puntúan 80 o más en un 83,33%, es decir, hay cerca de un 40% de diferencia en este punto entre quienes tienen hijos y los que no y vemos también



que solo un 2,78% selecciona opciones por debajo de 50. En este apartado podemos concluir que el hecho de tener hijos o no es un factor decisivo a la hora de percibir un buen estado de salud general.

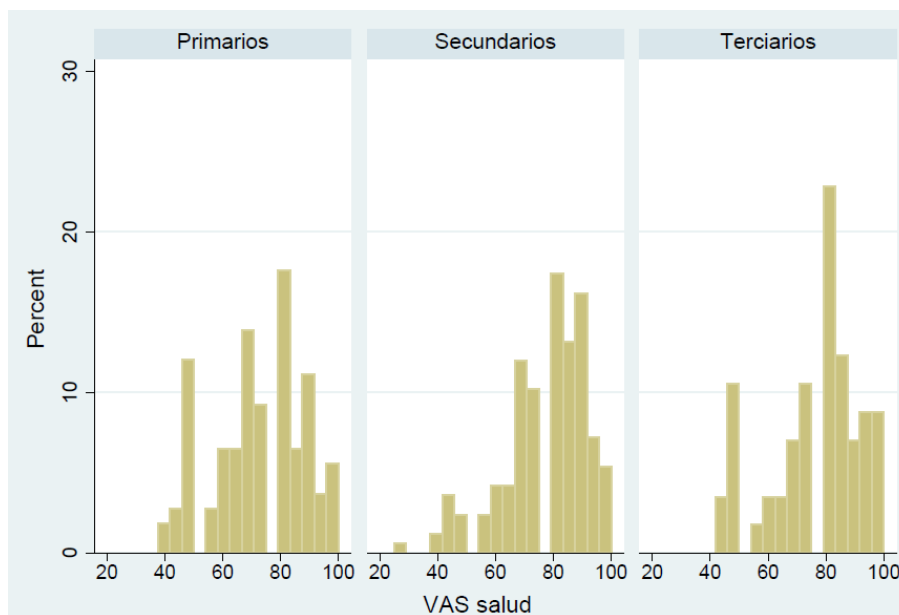
Figura 144. Resultado de la EVA por número de hijos.



En el siguiente apartado comencemos recordando la distribución del alumnado por el tipo de estudios completado. Un 14,76% afirma haber cursado estudios primarios pero no haberlos completado, un 17,77% expone que completó la educación primaria, un 32,83% terminó la secundaria, un 17,47% finalizó estudios de bachillerato o formación profesional y un 16,27% afirma tener estudios de tercer grado. En la Figura 145 queda de manifiesto que son los alumnos que terminaron la secundaria los que han seleccionado en un porcentaje mayor (6,42%) una puntuación menor de 50 en la EVA, siendo también alto el porcentaje de los alumnos que no finalizaron la primaria, que se sitúa en un 6,12%. En el resto de los grupos solo ha seleccionado valores menores a 50 entre un 3,4 y un 3,7%. En relación a la selección de valores altos en la escala, destacan los alumnos que finalizaron estudios de tercer grado que con un 61,11% afirman tener un estado de salud cercano a 80 puntos o superior, si bien los alumnos con educación secundaria también han seleccionado estos valores en un 60,55%. En este sentido, son claramente los alumnos sin estudios quienes presentan peores marcas, habiendo sido solo un 34,69% los que han elegido valores altos, es decir, hay una diferencia de un 26,42% con respecto a

los mejor posicionados que son los que tienen estudios superiores de tercer grado. Afirmamos por tanto que, a menor nivel educativo, peor autopercepción de la salud.

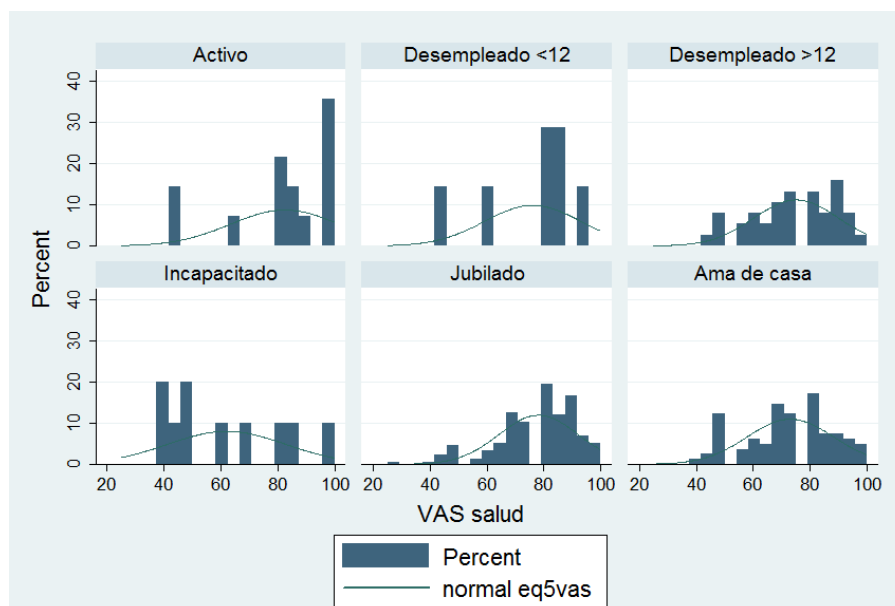
Figura 145. Resultado de la EVA por estudios completados.



El alumnado del PIE de la UBU en las sedes de Burgos y Aranda de Duero está conformado, principalmente por personas prejubiladas o jubiladas que representan el 53,31% y por amas de casa (25%). Vemos que solo hay un 4,22% en activo, un 3,01% incapacitado para trabajar debido a una enfermedad crónica o invalidez y un 13,86% de desempleados, dentro de los que predominan los que se encuentran en esta situación desde hace más de 1 año. Los resultados de la EVA (Figura 146) nos muestran que el peor estado de salud corresponde, como no puede ser de otra manera debido a la propia naturaleza de su situación, a los incapacitados, con un 30% de respuestas por debajo de 50. Tanto quienes están activos como los que están en situación de desempleo desde hace menos de 12 meses, expresan en un 14,29% que tienen mala salud. Por otra parte, son los alumnos activos laboralmente los que destacan en las puntuaciones de 80 o superiores, con un 78,57% de ellos que expresa que su estado de salud es bueno. Quienes peores niveles de puntuaciones altas tienen son, por un lado, los incapacitados con un 30% y por otro, las amas de casa, con un 43,37%. Con estos resultados nos queda claro que la situación laboral es un factor relevante que influye en la percepción de la salud y estamos en condiciones de afirmar que

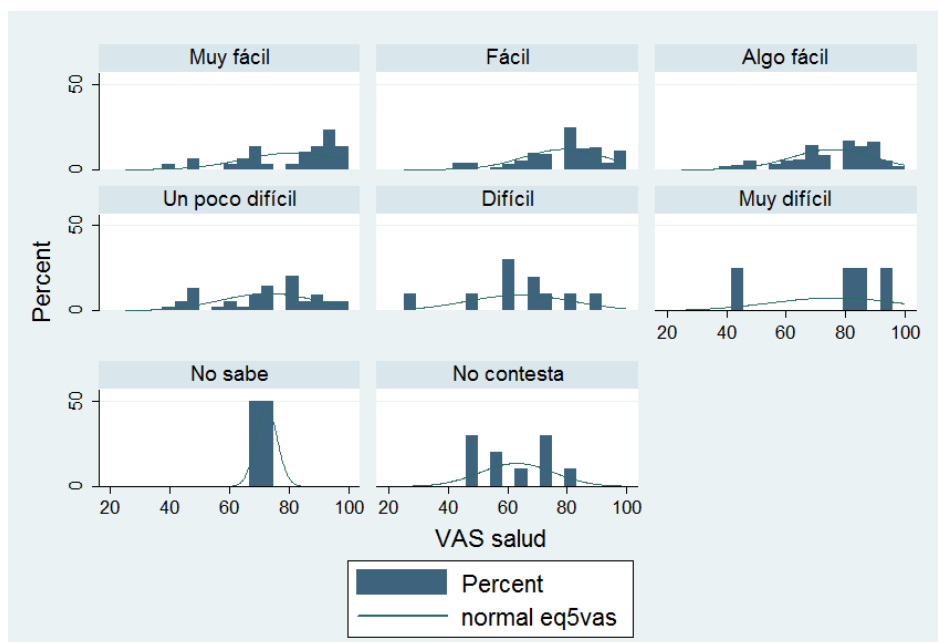
tanto seguir activo como haber trabajado en los últimos 12 meses, ayuda a tener una percepción positiva de la propia salud.

Figura 146. Resultado de la EVA por situación laboral actual.



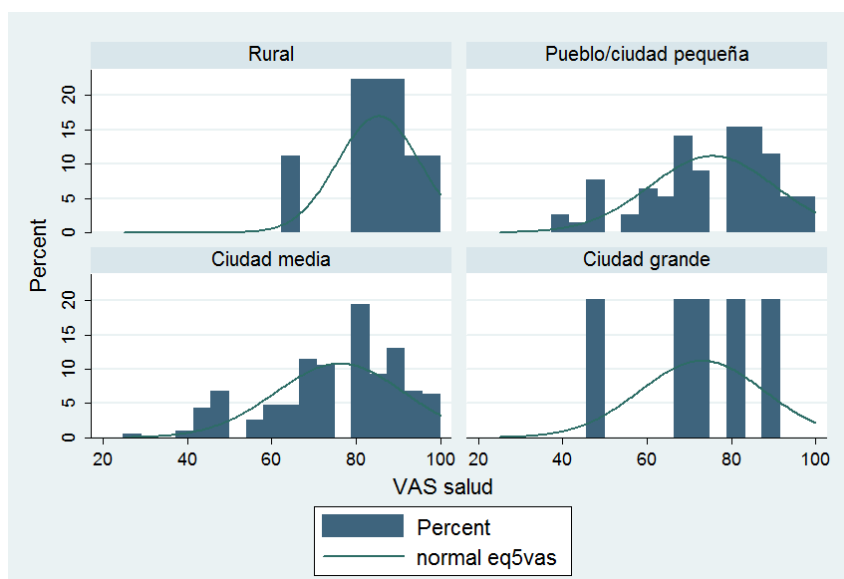
A continuación, estudiaremos la variable que hace referencia a los ingresos mensuales del hogar y si los mayores consideran que pueden llegar a fin de mes con facilidad o, por el contrario, tienen dificultades. Veremos si hay relación entre los ingresos y la percepción de la salud. La medición se ha realizado mediante una escala Likert de 6 grados en la que las dos primeras opciones eran “Muy fácil” y “Fácil”, las dos siguientes “Algo fácil” y “Un poco difícil” y las dos últimas “Difícil” y “Muy difícil”. La Figura 147 nos informa de que si bien la mayoría de los alumnos, un 51,51%, ha seleccionado las opciones de “Algo fácil” y “Un poco difícil”, también comprobamos que solo un 4,22% ha marcado las opciones que hablan de dificultad en la llegada al final de mes. De los alumnos que han seleccionado las respuestas “Muy fácil” y “Fácil”, un 64,93% ha marcado en la EVA una puntuación de 80 o superior, quienes seleccionaron “Algo fácil” y “Un poco difícil” (51,16%), han respondido 80 o más en la escala y finalmente de los que han elegido “Difícil” y “Muy difícil”, solo considera que tiene buena salud un 35,71%. Al agrupar las respuestas por parejas, vemos claramente como existe una relación entre la facilidad para llegar a fin de mes con una mejor percepción de la salud y viceversa, a mayor dificultad para llegar a fin de mes, menor percepción de una buena salud.

Figura 147. Resultado de la EVA por facilidad o dificultad para llegar a fin de mes.



Gran parte del alumnado del PIE de Burgos y Aranda de Duero, un 71,99%, afirma residir en una ciudad de dimensión media, un 23,8% en un pueblo o ciudad pequeña, un 2,71% en una zona de carácter rural y únicamente un 1,51% dice que vive en una ciudad grande o en la periferia de una ciudad de gran tamaño. Quienes han seleccionado de la escala un número igual o superior a 80 en mayor medida han sido los que afirman vivir en una zona rural con un 88,88%, seguido de los que viven en una ciudad media con un 54,39% y de los que viven en una ciudad pequeña, con un 51,89%. Solo los que viven en una ciudad mediana (5,44%) y en una ciudad pequeña (3,8%) han seleccionado puntuaciones inferiores a 50 (Figura 148).

Figura 148. Resultado de la EVA por tipo de zona de residencia.



### 7.3 Análisis correlacional.

A continuación, se presenta el análisis del comportamiento de los resultados de la EVA en cada una de las categorías de las dimensiones medidas por el cuestionario y se ha visto que, a mayor nivel de gravedad expresada en las diferentes dimensiones, menor es la puntuación en la EVA. En el análisis de las correlaciones existentes entre esta y las diferentes dimensiones (Tabla 28) comprobamos como la dimensión referida al dolor/malestar es la que presenta una correlación más negativa con la escala que mide numéricamente la percepción de la salud, es decir, a mayor dolor, menor puntuación en la escala. Destacar que, como no podía ser de otra manera, todas y cada una de las dimensiones presentan una correlación negativa con la EVA. A la vista de los datos, también comprobamos que existe una fuerte correlación de las dimensiones movilidad y autocuidado con la dimensión actividades cotidianas, lo que nos indica que tienen menores problemas para enfrentarse a las actividades de la vida diaria quienes presentan una mejor movilidad y una mayor capacidad para el autocuidado.

Tabla 28. Correlación entre la EVA y las 5 dimensiones del cuestionario de salud EQ-5D-5L.

	EVA	Movilidad	Autocuidado	Actividades cotidianas	Dolor/ Malestar	Ansiedad/ Depresión
EVA	1,000					
Movilidad	-0,3913	1,000				
Autocuidado	-0,2454	0,4390	1,000			
Actividades cotidianas	-0,4413	0,5843	0,5315	1,000		
Dolor/ Malestar	-0,5934	0,4957	0,2783	0,4387	1,000	
Ansiedad/ Depresión	-0,3779	0,1264	0,1820	0,2198	0,3427	1,000

A continuación, se ha procedido a realizar la correlación de la EVA con las diferentes variables sociodemográficas que se han explicado en el apartado anterior. Los resultados, que presentamos en la Tabla 29, nos informan de que existe una correlación moderada-alta negativa entre el estado civil y el número de personas que viven en el hogar, una correlación moderada-baja y positiva entre edad y situación laboral, número de hijos y curso y finalmente, una correlación moderada-baja de carácter negativo entre edad y número de personas en el hogar. Comprobamos como la edad es una variable importante en nuestra investigación capaz de influir en el aumento o disminución del valor de otras variables.

Tabla 29. Correlación de la EVA con las variables sociodemográficas.

	EVA	Edad	Curso	Estado civil	Personas hogar	Nº hijos	Estudios	Situación laboral	Llegar a fin de mes	Zona
EVA	1,000									
Edad	-0,1044	1,000								
Curso	-0,1504	0,4271	1,000							
Estado civil	-0,1554	0,2714	0,1191	1,000						
Personas hogar	0,0435	-0,3800	-0,1788	-0,6031	1,000					
Nº hijos	-0,0982	0,3487	0,0828	0,1405	-0,0004	1,000				
Estudios	0,1395	-0,1887	-0,2083	-0,1766	0,2137	-0,1869	1,000			
Situación laboral	-0,0768	0,4083	0,3717	0,0954	-0,2093	0,1947	-0,2713	1,000		
Llegar a fin de mes	-0,2597	0,0260	0,0059	0,2545	-0,0623	0,0790	-0,1067	-0,0172	1,000	
Zona	-0,0201	0,0488	-0,655	0,0194	-0,0155	-0,0214	0,0282	-0,432	0,0910	1,000

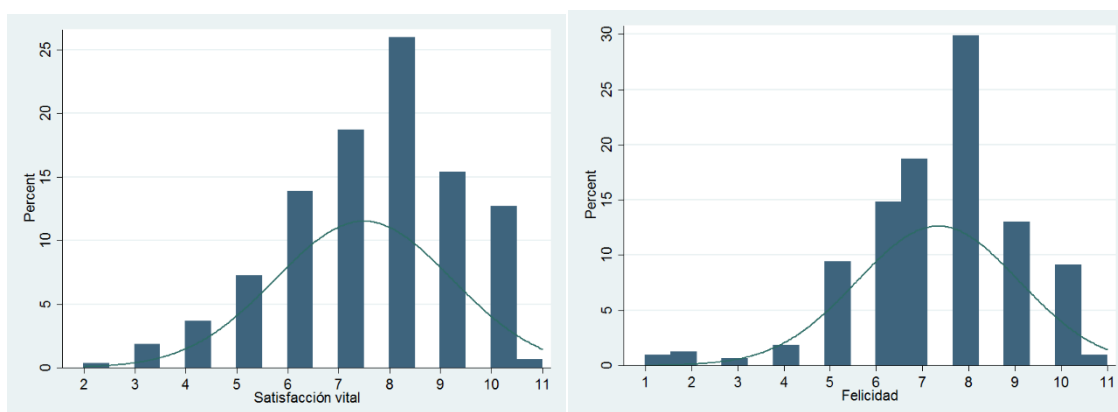
Llegado a este punto corresponde ahora realizar el análisis de las variables que hacen referencia al bienestar subjetivo como son la satisfacción vital y la felicidad. Ambas variables han sido respondidas por el alumnado en una escala Likert de 10 grados donde 1 es el valor más bajo y 10 el más alto, la puntuación 11 corresponde a aquellos que no han respondido la pregunta. La Tabla 30 nos informa de los valores estadísticos que acompañan a las variables satisfacción vital y felicidad. La mediana en ambas variables se sitúa en la puntuación 8, es decir, la mitad de la muestra ha seleccionado puntuaciones de 8 o por encima y vemos además que es un valor muy cercano a las respectivas medias que son 7,49 en el caso de satisfacción y 7,33 en felicidad. Las desviaciones típicas se ubican en ambos casos entre el 1,73 y el 1,75 y la puntuación mínima en el caso de la felicidad ha sido 1 y en satisfacción 2, llegando en sendas variables a la máxima puntuación posible situada en el valor 10. El coeficiente de variación es de baja varianza y con valores homogéneos (Tabla 30).

Tabla 30. Valores estadísticos descriptivos de la satisfacción vital y de la felicidad.

	Satisfacción vital	Felicidad
<b>Mediana</b>	8	8
<b>Media</b>	7,490964	7,337349
<b>Desviación estándar</b>	1,730282	1,753905
<b>Mínimo</b>	2	1
<b>Máximo</b>	10	10
<b>Número</b>	332	332
<b>Coefficiente de variación (c.v.)</b>	,2309826	,239038

Un análisis más profundo de la distribución de las valoraciones de cada una de estas variables (Figura 149) nos permite saber que en relación a la variable felicidad, la distribución está desplazada hacia la derecha, pues encontramos una alta concentración de puntos a partir del valor 7. El indicador de curtosis es de 4,1679 lo nos indica que la distribución de la felicidad tiene colas más largas que una distribución normal y el valor negativo de asimetría (-0,7476) nos indica que la cola izquierda es más preponderante que la derecha y por tanto, la distribución no es simétrica. Encontramos la misma situación en el análisis de la satisfacción vital, si bien la curtosis es menor, 2,8820, al igual que la asimetría (-0,4753) y la varianza también es levemente más baja.

Figura 149. Resultados de la satisfacción vital y la felicidad del alumnado del PIE.



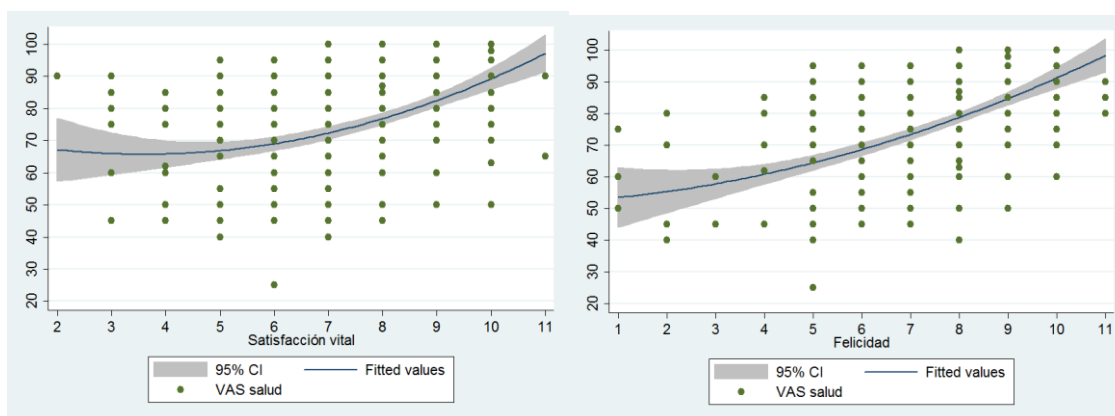
La prueba t de Student con respecto al sexo, tanto en la variable de satisfacción como en la de felicidad, nos confirma la hipótesis de que son los



hombres quienes perciben que son más felices y están más satisfechos con su vida que las mujeres. A nivel de satisfacción, los hombres tienen ,1533 puntos más de media que sus compañeras y ,1945 en la variable felicidad. Por otra parte, el vínculo entre las variables EVA y satisfacción y bienestar, calculado a través de ANOVA, es significativo pues la regresión estadística arroja un p-valor de 0,023 y 0,000 respectivamente, es decir, los datos demuestran que la percepción del estado de salud es un factor que influye decisivamente en la percepción de la satisfacción vital y la felicidad.

El diagrama de dispersión (Figura 150) muestra el patrón de relación entre la EVA y las variables satisfacción vital y felicidad. Recordemos que el objetivo de la investigación está relacionado con el análisis de la CVRS y entendemos que el bienestar subjetivo forma parte importante del concepto salud. Se observa una relación creciente entre ambas magnitudes y la EVA y vemos como los valores pronosticados aumentan en la EVA a medida que nos elevamos en las puntuaciones tanto de satisfacción como de felicidad, todo con un intervalo de confianza del 95%. La pendiente dibujada es más fuerte en la variable felicidad pues parte de la puntuación 50 hasta subir a 90 mientras que la variable felicidad comienza cerca de 70 y termina también en 90.

Figura 150. Diagramas de dispersión de las variables satisfacción vital y felicidad con respecto a la EVA.



Finalmente se presentan los datos de correlación entre las variables satisfacción vital y felicidad con las variables sociodemográficas y más importante, con la valoración de la EVA (Tabla 31).

Tabla 31. Correlación de la satisfacción vital y la felicidad con la EVA y con las variables sociodemográficas.

	Satisfacción vital	Felicidad
Satisfacción vital	1,000	
Felicidad	0,7133	1,000
EVA	0,4717	0,5632
Edad	0,0521	-0,0370
Curso	-0,0478	-0,0155
Estado civil	-0,2263	-0,2831
Personas hogar	0,0400	0,1646
Nº hijos	0,0176	-0,0174
Estudios	0,0314	0,0661
Situación laboral	0,0821	0,0601
Llegar a fin de mes	-0,2497	-0,2597
Zona	-0,0091	-0,0484

La correlación positiva más alta es aquella que se da entre satisfacción y felicidad con un 0,7133, es decir, vemos que ambas variables son altamente predictivas entre sí. Por otra parte, tanto satisfacción con un 0,4717 como felicidad con un 0,5632 también correlacionan moderadamente con la EVA. Queda patente la diferencia entre satisfacción y felicidad pues parece que se asocia en mayor medida la felicidad con la percepción del estado de salud que la satisfacción. La facilidad o dificultad para llegar a fin de mes, correlaciona negativamente y de forma relativamente baja tanto con la felicidad como con la satisfacción, es decir, a mayor facilidad para llegar a final de mes mayor va a ser la sensación de bienestar subjetivo. Por último, también vemos una correlación negativa y baja entre el estado civil y la satisfacción y el bienestar. Estar casado o conviviendo en pareja para ser un hecho predictivo de un mayor bienestar para el alumnado del PIE de la UBU.

#### **7.4 Análisis comparativo.**

Si comparamos nuestros resultados con los de la Encuesta Nacional de Salud en España (ENSE) 2011/2012, vemos que hay similitudes en el sentido de que tanto en nuestra investigación como en el citado informe se confirma que las mujeres declaran más problemas de salud que los hombres en la mayoría de las dimensiones y que es la dimensión dolor/malestar en la que ambos sexos afirman tener algún problema con mayor frecuencia.

Los alumnos del PIE presentan un porcentaje menor de problemas relacionados con la movilidad que la población en general y comprobamos que en la dimensión relacionada con el autocuidado, existen diferencias importantes principalmente a partir de los 75 años, ya que nuestra muestra puntúa mejor en cerca de un 15% que la muestra general. Una situación similar a la descrita anteriormente ocurre en la dimensión referida a las actividades de la vida cotidiana.

Por otra parte, en las dimensiones de dolor/malestar y ansiedad/depresión, la situación es completamente diferente a las descritas hasta el momento y encontramos que el alumnado del PIE obtiene peores resultados que la población en general, siendo más acentuado este hecho en el sexo masculino que en el femenino. Estos datos nos demuestran que los PUMs son un buen remedio contra determinados problemas pues logran que las personas mayores con dolor o ansiedad/depresión sean capaces de matricularse en un programa de estas características y beneficiarse de todas las ventajas que este ofrece. Podemos decir que los PUMs posibilitan que personas que no están completamente sanas sigan formando parte de lo que denominamos “ciudadanía activa”, tengan la oportunidad de seguir formándose y adquieran pautas y desarrollen estrategias que les permitan mantener, a pesar de sus circunstancias personales de salud, altos niveles de felicidad. A modo de resumen podemos decir, que los PUMs contribuyen a mejorar la calidad de vida de quienes participan en ellos.

En otro orden de cosas, la Encuesta Nacional de Salud, que mide la CVRS en la población adulta en general, concluye que la puntuación media de la EVA es de 77,53 y que los valores decrecen de manera sistemática con la edad, un

hecho que también queda reflejado a través de la información recopilada y analizada en esta investigación. En nuestro estudio, la media de la EVA del alumnado es de 77,32 puntos, un valor muy positivo en nuestro caso ya que no solo está cercano a la media del conjunto de la población española, sino que es prácticamente el mismo valor que el de Castilla y León (76,34).

Por otra parte y siguiendo con la comparación con respecto a la región de Castilla y León, comprobamos que si bien la población en general presenta mayor porcentaje de problemas en las dimensiones de actividades cotidianas y movilidad, en nuestra muestra esos amplios porcentajes quedan reflejados en las dimensiones de dolor/malestar y ansiedad/depresión como sucede en los datos generales de la población española. Estos datos nos informan de que los niveles de salud de los alumnos del PIE, son muy similares a los de la población en general, donde se incluyen personas desde los 18 años hasta más de 85 años, lo que apoya la idea de que aprender a lo largo de la vida tiene numerosos beneficios tanto personales como sociales y contribuye de manera clara a mantener los niveles de salud o incluso mejorarlos.

Como conclusión podemos decir que los adultos mayores españoles perciben que su salud es peor en comparación con los alumnos universitarios de la UBU, sin embargo, no podemos concluir que esa situación sea consecuencia directa de una intervención educativa enmarcada dentro de unos objetivos de envejecimiento activo. Nuestra muestra podría estar sesgada en tanto en cuanto, la salud es un factor decisivo para matricularse en un programa formativo que requiere de un desplazamiento hasta el lugar donde se desarrollan las clases, disposición para entablar relaciones socio-personales o un bienestar mínimo que permita centrar la atención en los diferentes contenidos. Lo que si estamos en condiciones de afirmar es que aquellos alumnos que permanecen matriculados en el PIE después de graduarse, a pesar de tener una edad media de 69,12 años, presentan mejores resultados en la EVA que sus homólogos/as de la muestra nacional. Parece claro que formarse en la madurez tiene relación directa con una mejor percepción de la salud y que pese a que queda claro que la CVRS depende en buena medida de la edad y del sexo (ENSE, 2014) hay otras variables que pueden influir en esa percepción.

## **CAPÍTULO 8: Inferencia estadística a partir de los resultados de la muestra en la Encuesta Europea sobre la calidad de vida 2012 del Eurofound y en el Cuestionario de Salud EQ-5D-5L EVA (2009) del EuroQol Group.**

### **8.1 Introducción.**

Para proceder a realizar un mejor análisis estadístico se han creado nuevas variables que aúnan las preguntas integradas en cada bloque. Las nuevas variables han sido calculadas mediante la alpha de Cronbach y están formadas por una media aritmética de todas las preguntas del bloque que representan. Se han estandarizado las diferentes variables pues en algunas preguntas la escala de los valores se sitúa entre 1 y 5, en otras entre 1 y 10, etc., por otra parte, se han eliminado las respuestas “No sabe” y “No contesta” para evitar contaminar los resultados.

En un primer momento se llevará a cabo el análisis de la alpha de Cronbach que nos muestra la correlación de cada ítem o pregunta con el resto del bloque, veremos su comportamiento y una vez que comprobemos que no hay ninguna variable que investiga un factor totalmente distinto crearemos la nueva variable. Es importante resaltar que solo se han creado las variables de los bloques que presentan resultados más significativos pues consideramos que de esta manera la investigación se centra en los aspectos relevantes.

Vamos a tomar como variables sociodemográficas, que serán las variables independientes del estudio, las siguientes:

- Sede del programa
- Curso en el que se encuentra matriculado en el curso 2014/2015
- Sexo
- Edad
- Estado civil
- Número de personas total que viven en el hogar
- Número de hijos
- Estudios finalizados
- Situación laboral

A continuación, presentamos la elaboración de nuevas variables relacionadas con las áreas estudiadas de calidad de vida. En cada grupo de preguntas se han incluido todas aquellas cuestiones que estaban relacionadas con la temática.

En el bloque de “**Bienestar subjetivo**” se han incluido las siguientes preguntas:

- Q29 de la A a la D
- Q40 de la A a la H
- Q30
- Q41

Tras realizar el análisis de la alpha de Cronbach en todas las preguntas del bloque denominado “Bienestar subjetivo” comprobamos que la misma tiene como resultado un valor alto que es de 0,8569 lo que significa que la mayoría de las respuestas estarían muy relacionadas entre sí y medirían lo mismo. Dos de las variables, que son la 29d que coincide con la afirmación “*En el día a día rara vez tengo tiempo para hacer cosas con las que disfruto realmente*” y la 40h que pregunta por la satisfacción con la situación económica de España, tienen poca correlación con todas las demás de este bloque lo que nos lleva a pensar que no miden el mismo aspecto que las demás variables. Si eliminásemos cualquiera de los dos variables mencionadas anteriormente o ambas, la alpha de Cronbach aumentaría hasta niveles cercanos a 0,900 y veríamos que el conjunto de variables que integran el “bienestar subjetivo” sería más consistente. Hemos creado la variable de este bloque para, más adelante, incluirla en el modelo general.

El bloque “**Calidad de la sociedad**” está formado por las preguntas reseñadas a continuación:

- Q24
- Q25 de la A a la G
- Q26
- Q27 de la A a la C
- Q28 de la A a la F

La alpha de Cronbach de este grupo de variables es de 0,7711 que es un valor bastante elevado. Comprobamos que eliminando la pregunta 28 la cual cuestionaba acerca de la confianza en diferentes instituciones, la alpha aumenta hasta situarse casi en ,1. Pensamos que es posible que la pregunta 28 no mida la misma dimensión que el resto de las variables de la categoría. Procedemos también a crear la variable general para que sea parte del modelo general.

Las preguntas que componen el grupo de “**Vivienda y entorno local**” son:

- Q19 de la A a la F (Vivienda)
- Q20 (Vivienda)
- Q50 de la A a la F (Entorno local)
- Q51 de la A a la E (Entorno local)

En el instrumento las variables que conforman el bloque aparecen como representativas de un solo factor, pero basándonos en la alpha vemos que no miden lo mismo. Los valores de alpha (0,5417) son inaceptablemente bajos y los mismos solo mejoran levemente si analizamos por separado las preguntas en torno a vivienda y las de entorno local, donde estas últimas alcanzarían unos valores de 0,7093. Por esta razón, estas variables no se analizarán en conjunto ni por separado ya que se ha comprobado en el análisis descriptivo que los mayores del PIE no presentan apenas problemas en este sentido y las respuestas son bastante homogéneas y con valores positivos.

El bloque de “**Exclusión social y participación en la comunidad**” lo integran estas cuestiones:

- Q21 de la A a la D (Participación en la comunidad)
- Q22 de la A a la E (Participación en la comunidad)
- Q23 de la A a la D (Participación en la comunidad)
- Q29 de la E a la I (Exclusión social)

En este bloque esperábamos una alta correlación entre las variables puesto que, como hemos estudiado en el marco teórico, la calidad de vida es multidimensional y la participación social contribuye a mejorar los niveles de salud y/o bienestar, pero tanto el análisis de fiabilidad de todas las preguntas que

nos arroja una alpha de Cronbach de 0,6096, como diversos subanálisis, nos muestran una interrelación pobre o incluso muy pobre entre las diferentes variables. Si solo analizamos las variables relacionadas con la exclusión social vemos que la alpha sube a 0,715 y si únicamente hiciéramos el análisis de las preguntas relacionadas con la práctica de diferentes actividades veríamos que la alpha vuelve a situarse en niveles bajos. A priori habría una fuerte relación entre la participación social y la percepción de sentirse o no excluido de la sociedad, pero en la presente investigación no se manifiesta esa relación.

La conclusión interesante en este sentido nos llevaría a cuestionar la validez del instrumento en este aspecto concreto y en la población de la muestra. Vemos que puede ser que no pertenezcan a la misma categoría o que no midan la misma dimensión el hecho de asistir a oficios religiosos, con el uso de Internet o la práctica de actividades deportivas. Tras hacer las oportunas correlaciones entre las variables de la pregunta 21 comprobamos que no hay correlación entre ninguna de ellas ni positiva ni negativa. Por este motivo, en el modelo general no se incluirá la variable completa de este bloque aunque si como variables independientes las preguntas Q21b, Q21c y Q21d, que preguntan por el uso de Internet, la participación en actividades deportivas o la práctica de ejercicio físico y la participación en actividades sociales de un club, sociedad y asociación puesto que nos interesa conocer cómo influyen estas variables en la calidad de vida global.

El grupo **“Vida familiar y social”** está formado por las siguientes preguntas:

- Q33 de la A a la D (Vida social)
- Q34 de la A a la D (Vida social)
- Q35 de la A a la E (Vida social)
- Q36 de la A a la C (Vida familiar)
- Q37 de la A a la C (Vida familiar)
- Q38 (Vida familiar)
- Q39 de la A a la D (Vida social)

Tras el análisis del comportamiento de este grupo de variables se comprueba que no existe una fuerte relación entre las mismas pues la alpha de



Cronbach presenta un valor de 0,3242 que se considera completamente inaceptable. Analizar de forma independiente las variables compuestas por varias subvariables tampoco arroja buenos resultados y es por este motivo que se decide no tener en cuenta esta variable para el análisis de conjunto.

El bloque “**Salud y servicios públicos**” queda constituido por estas cuestiones:

- Q42 (Salud)
- Q43 (Salud)
- Q45 de la A a la E (Salud)
- Q46 de la A a la C (Salud)
- Q47 de la A a la E (Servicios públicos)
- Q53 de la A a la G (Servicios públicos)
- Q54 de la A a la B (Servicios públicos)
- Q55 de la A a la D (Servicios públicos)
- Q56 de la A a la D (Servicios públicos)

En este bloque hemos entendido que era mejor hacer el análisis de la alpha de Cronbach de manera separada, es decir por un lado la salud y por otro los servicios públicos porque tras un análisis conjunto podemos determinar que ambas vertientes no están muy relacionadas entre sí ya que el alpha de Cronbach de todas las variables del bloque es 0,59. La información que nos arrojan los datos es que estamos trabajando con dos variables muy diferentes que es mejor analizar de manera separada.

En cuanto a las variables relacionadas con la salud, estas nos arrojan un alpha de Cronbach de 0,8868 que es bastante alta y significa que la mayoría de las respuestas estarían muy relacionadas entre sí y medirían lo mismo, es por esta razón que hemos procedido a crear la variable para el análisis en conjunto. La pregunta 45 recoge la Escala de Bienestar Mental de la OMS y se ha considerado relevante tener la misma en cuenta por separado para el análisis global.

Por otra parte, la alpha de Cronbach de los servicios públicos es de 0,8105, también un resultado alto que nos lleva a la creación de una nueva variable para hacer el modelo global.

Finalmente, el bloque “**Nivel de vida y privaciones**” está integrado por las siguientes cuestiones:

- Q57 (Nivel de vida)
- Q58 (Nivel de vida)
- Q59 (Privaciones)
- Q60 (Privaciones)
- Q61 (Nivel de vida)
- Q62 (Nivel de vida)
- Q63 (Nivel de vida)
- Q65 (Nivel de vida)
- Q66 (Nivel de vida)

Tras el análisis del comportamiento de este bloque de preguntas mediante la alpha de Cronbach se decide no incluirlo en el análisis global puesto que los resultados que presenta no son relevantes al presentar alpha un valor de 0,6615 y considerarse bajo. Sin embargo, se ha considerado interesante que la variable que nos informa de la facilidad o dificultad para llegar a fin de mes (Q58) forme parte del modelo general como variable independiente para el análisis de la calidad de vida al ser el factor económico uno de los que influye en la percepción de bienestar, satisfacción o felicidad.

También se han creado dos nuevas variables a partir de los resultados del EQ-5D-5L y de la EVA pues la alpha de Cronbach se sitúa en 0,7856.

A modo de conclusión podemos decir que hemos creado 7 nuevas variables dependientes que son las siguientes:

- Bienestar subjetivo
- Calidad de la sociedad
- Salud

- Servicios públicos
- Cuestionario de Salud EQ-5D-5L (Spain). En este caso, para el cálculo hemos utilizado la calculadora desarrollada por el EuroQoL Group para obtener los conjuntos de valores adecuados para España y que oscilan entre 1, como valor mayor y -0,654, como valor más bajo o peor.
- Escala Visual Analógica (VAS-EVA)
- Escala de Bienestar Mental (WHO-5)

A partir de estas nuevas variables se han calculado, en función de las características de cada variable independiente, las correspondientes tendencias, anovas y regresiones. Las tendencias se han calculado para el curso y los estudios, las anovas para el lugar, sexo, situación laboral, estado civil y zona de residencia y finalmente las regresiones para la edad, número de personas en el hogar, número de hijos, facilidad para llegar a fin de mes, uso de Internet, práctica de deporte y asociacionismo o prácticas sociales.

## **8.2 Inferencia estadística.**

Para los análisis tomaremos como referencia que un valor es significativo si es menor de 0,05 que es la convención a la que se ha llegado para los estudios de carácter social.

A continuación, se procederá al análisis pormenorizado de las variables dependientes con respecto a las variables independientes que han sido creadas por su relevancia en los análisis previos y con las que presentan una relación estadística significativa.

En la Tabla 32 se ofrece un resumen de la relación estadística entre las variables dependientes e independientes mostrando el p-valor y es a partir de esta información, junto con los análisis detallados de las ANOVAS, regresiones y tendencias que se ha desarrollado el análisis. Se han resaltado en amarillo los valores más significativos.

Tabla 32. Contraste de hipótesis entre las variables dependientes e independientes.

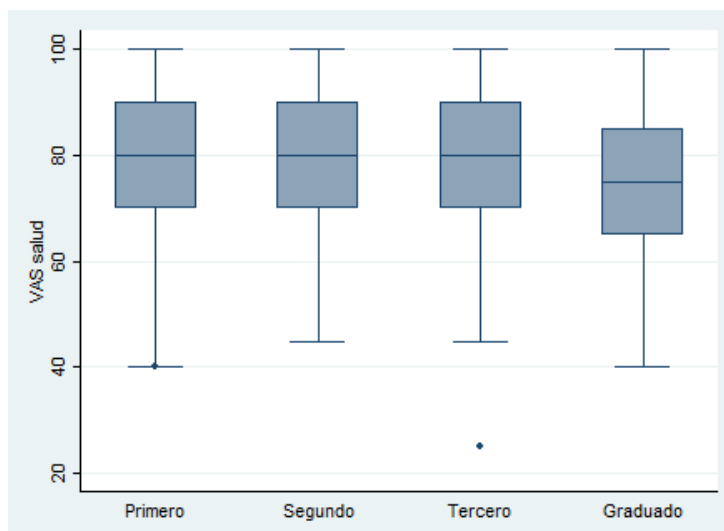
Independiente	Dependiente						
	Servicios públicos	Calidad de la sociedad	Salud	EQ-5D-5L (Spain)	Escala Visual Analógica (EVA-VAS)	WHO-5	Bienestar subjetivo
Lugar	0,029	-	-	0,010	-	-	-
Sexo	0,004	-	0,012	0,031	0,033	0,029	-
Edad	0,038	0,003	-	0,048	-	-	-
Curso	-	-	-	-	0,005	-	-
Nivel de estudios	0,038	-	0,006	0,000	0,025	-	0,004
Situación laboral	-	-	-	0,000	0,004	-	0,001
Estado civil	0,011	0,019	0,007	0,012	-	-	0,000
Nº de hijos	-	0,001	-	-	-	-	-
Nº personas en el hogar	-	-	-	0,018	-	-	-
Llegar a fin mes	0,014	-	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Uso de internet	-	0,000	0,000	0,000	0,000	0,027	0,004
Práctica deporte	-	-	-	0,002	0,007	-	-
Asociacionismo	-	-	0,010	-	-	0,000	-

Comenzaremos en este punto con el análisis en profundidad de todas las variables entre sí.

Se ha podido comprobar que el curso no es especialmente relevante para la percepción de la calidad de vida y no se puede determinar que el mismo tenga un efecto ni positivo ni negativo sobre las variables dependientes. No podemos por tanto confirmar que el hecho de cursar primero, segundo, tercero o de estar graduado afecte al bienestar subjetivo o mental, a la percepción de la calidad de la sociedad o de los servicios públicos, ni a la salud. De los p-valores hallados solo es relevante al 0,005 el relacionado con la EVA. Si nos fijamos en la Figura

151 encontramos prácticamente los mismos valores en los tres primeros cursos y vemos que la mediana de los alumnos graduados es menor que los anteriores si bien los máximos y los mínimos se sitúan al mismo nivel que, por ejemplo, los del alumnado de primer curso. Este hecho nos lleva a confirmar la hipótesis que expone que hay una tendencia ligeramente decreciente en relación al curso que solo se manifiesta con los graduados.

Figura 151. Tendencia del curso con respecto a la Escala Visual Analógica.



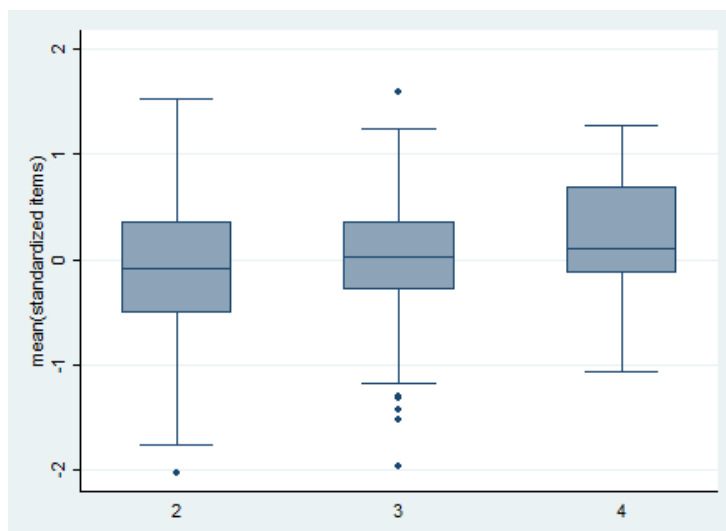
No es relevante para el estudio la variable independiente que hace referencia a la zona de residencia (rural, ciudad pequeña, grande o mediana) ni el hecho de cuidar a los hijos y/o nietos, pues los análisis no han arrojado ningún resultado estadísticamente significativo en este sentido.

Con respecto a los estudios cursados o nivel de estudios, los análisis nos informan de la existencia de una asociación relevante con las variables bienestar subjetivo, salud, servicios públicos, la EVA y el cuestionario de salud EQ-5D-5L. Todas ellas presentan una tendencia creciente, es decir, que cuanto mayor es el nivel formativo mejor es la percepción de bienestar, la satisfacción hacia los servicios públicos y los niveles de salud.

El p-valor de los estudios con respecto al bienestar subjetivo es de 0,004, es decir, estadísticamente significativo (Figura 152). Los alumnos con estudios primarios presentan una mediana peor en relación al bienestar subjetivo que los alumnos que terminaron estudios secundarios y estos a su vez muestran una mediana inferior a quienes finalizaron estudios superiores. Verificamos en este

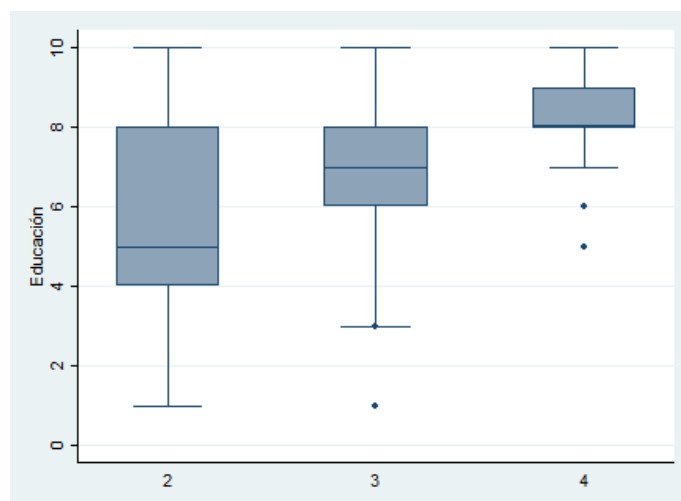
sentido que los estudios si son un factor importante a la hora de manifestar bienestar subjetivo, habiendo más probabilidad en nuestra población objeto de estudio de presentar mayor bienestar o satisfacción cuanto más alto es el nivel formativo. Rechazamos por lo tanto en este punto la hipótesis nula que afirmaba que la tendencia con respecto a los estudios no era ni creciente ni decreciente.

Figura 152. Tendencia de los estudios cursados con respecto al bienestar subjetivo.



Por otra parte, nos ha parecido relevante hacer referencia en este punto a la satisfacción del alumnado mayor universitario con la formación reglada recibida a lo largo de la vida pues ambas variables presentan una correlación muy fuerte. Comprobamos que aquellos alumnos que cuentan con formación primaria presentan mayor insatisfacción que aquellos que finalizaron estudios superiores. El diagrama de cajas (Figura 153) nos muestra que la mediana de los primeros (representados con un 2) es de 5, de quienes promocionaron en sus estudios secundarios (representados con un 3) es 7 y finalmente, con una puntuación de 8 con respecto a la mediana, están aquellos que terminaron estudios superiores (representados con un 4).

Figura 153. Tendencia de la satisfacción con la educación recibida a lo largo de la vida con respecto al nivel de estudios.

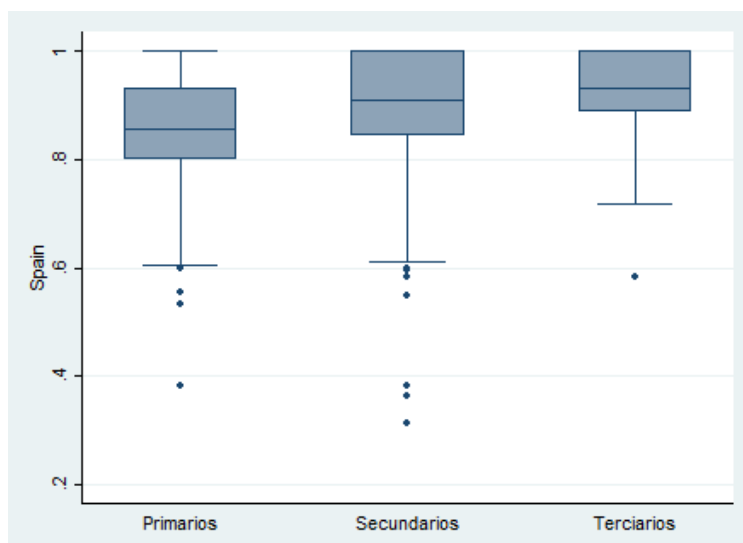


A través de estos datos podemos extraer la conclusión de que muchas de las personas mayores del PIE no tuvieron oportunidad de continuar su formación cuando eran unos niños pero les hubiese gustado y entre las causas podemos encontrar que muchos tuvieron una temprana incorporación al mercado laboral, o que debían responder a las demandas familiares de apoyo y cuidado. Las diferentes investigaciones al respecto confirman que la educación entre los años 50 y 60 del siglo XX no estaba tan extendida como en la actualidad. Por todas estas razones es posible que los mayores hayan decidido formar parte de un programa de carácter universitario adaptado a sus necesidades y pensado tanto para adquirir como para recordar conocimientos y sobre todo para sacar ventaja de la experiencia acumulada de vida.

Podemos concluir que, en nuestra población, los estudios son un factor importante que condiciona la percepción de la calidad de vida en términos de bienestar subjetivo.

En relación a la salud, tanto la variable así denominada como la que hace referencia al cuestionario EQ-5D-5L y la EVA nos ofrecen resultados significativos a nivel estadístico y presentan una fuerte asociación. En la primera de ellas el p-valor es 0,006, en la segunda el p-valor es 0,000 y finalmente en la tercera es 0,025. Comprobamos que los resultados son semejantes al presentar una tendencia creciente pues quienes han cursado estudios superiores valoran más positivamente su nivel de salud (Figura 154).

Figura 154. Tendencia de los estudios cursados con respecto al cuestionario de salud EQ-5D-5L.

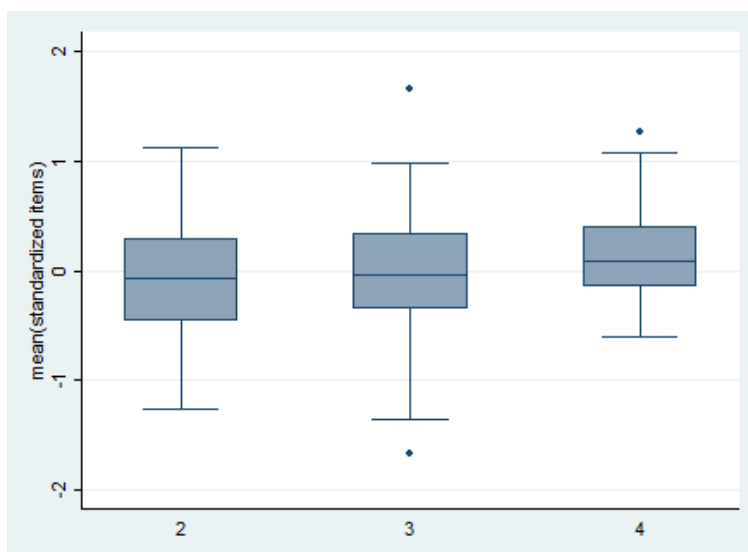


Queda patente que, cuestionados por temas relacionados directamente con su independencia y autonomía en la vida cotidiana, los mayores más formados a nivel académico se encuentran en una mejor posición que sus compañeros con una formación inferior. Confirmamos por lo tanto que los mayores de la UBU que tienen un nivel formativo elevado presentan una mejor percepción de su salud que aquellos con estudios primarios. La diferencia entre los que lograron finalizar estudios secundarios y aquellos con estudios de tercer ciclo es muy pequeña y no merece la pena detenerse en la misma. Podemos relacionar estos resultados con el hecho de que quienes tuvieron la oportunidad de seguir una formación reglada en su juventud también consiguieron desempeñar puestos de trabajo que, por un lado, no requerían un fuerte esfuerzo a nivel físico y por otro, favorecían estar activo a nivel cognitivo.

Finalmente, con respecto a la perspectiva que presenta el alumnado mayor hacia los servicios públicos, vemos que el p-valor es significativo pues es  $< 0,05$ , sin embargo, el grado de asociación en este caso es más débil que en las variables estudiadas anteriormente pues se sitúa en  $0,038$ . En este caso, la valoración mejora ligeramente en los alumnos con estudios superiores, aunque podemos afirmar que la mediana está en torno al mismo valor en todos los casos (Figura 155). En este sentido se puede afirmar que las críticas hacia los servicios públicos son más duras desde los sectores con menor formación y vemos como esa apreciación afecta a la percepción de su calidad de vida subjetiva.



Figura 155. Tendencia de los estudios cursados con respecto a los servicios públicos.

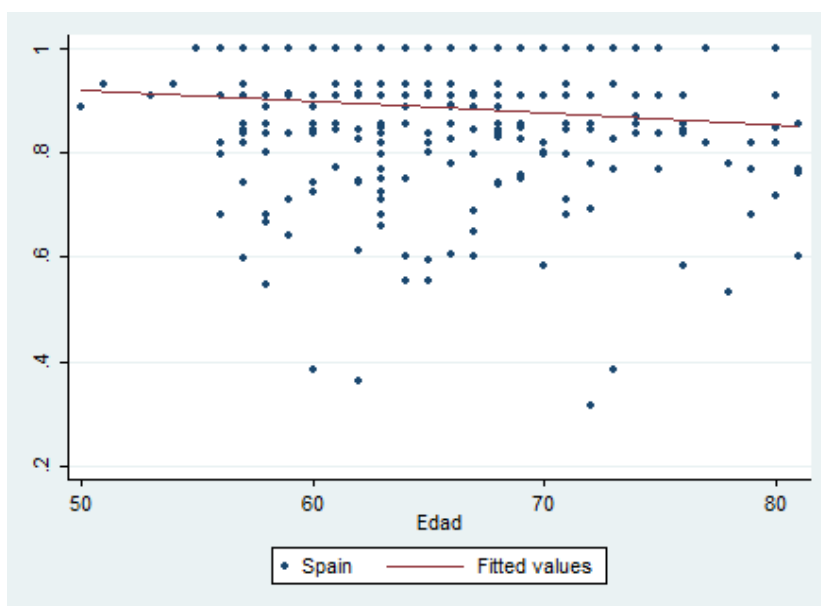


A continuación, analizaremos la variable que hace referencia a la edad. Vemos que es estadísticamente significativa en relación a las variables dependientes de calidad de la sociedad, con un p-valor de 0,003, a la relacionada con los servicios públicos cuyo p-valor es de 0,038 y con respecto al cuestionario de salud EQ-5D-5L con un p-valor de 0,048. En el primero de los casos comprobamos, a través del análisis por regresión, que la inclinación de la recta tiene un valor negativo que se sitúa en  $-0,119$ , lo que significa que los alumnos más jóvenes perciben una mayor calidad de la sociedad que sus compañeros más mayores. Recordemos que cuando hablamos de calidad de la sociedad nos estamos refiriendo a la confianza en las diferentes instituciones y en la gente en general, también a cuestiones relacionadas con la migración y a la tensión entre diferentes grupos sociales. Por otra parte, la inclinación de la recta en el caso del análisis con los servicios públicos, es totalmente diferente y presenta un valor de  $0,009$ , no presentando una inclinación tan pronunciada como la anterior. En este caso, la información que nos da es que, a mayor edad del alumnado, hay una mejor percepción de los diferentes servicios públicos.

Para concluir abordamos cómo están relacionadas la edad y la percepción de la salud en el cuestionario EQ-5D-5L. La Figura 156 nos muestra que a mayor edad del alumnado menor va a ser el valor que nos ofrece el índice en relación a la salud. Recordemos que este instrumento recogía información sobre

movilidad, autocuidado, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad depresión y algunos de estos indicadores están directamente relacionados con la edad. Por otra parte, sabiendo que los resultados pueden oscilar entre 1 y -0,654 vemos que la mayoría de nuestro alumnado se encuentra en una franja de puntuaciones altas, superiores al 0,844 y que son los alumnos más mayores los que obtienen valores más bajos.

Figura 156. Regresión lineal de los valores del cuestionario de salud EQ-5D-5L y la edad.



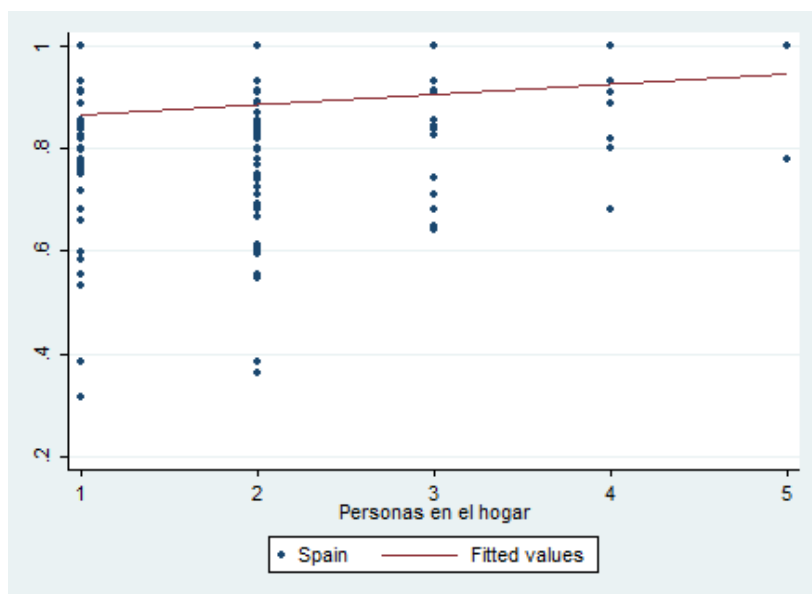
En los tres casos estudiados anteriormente desechamos la hipótesis nula que consideraría que no hay inclinación de la línea.

Pasamos ahora a realizar el análisis en torno tanto al número de hijos como al número de miembros que conviven en el hogar. Con respecto al número de hijos, esta variable independiente solamente presenta una relación significativa con la variable dependiente denominada calidad de la sociedad en la que el p-valor se sitúa en ,001 y la recta presenta una inclinación de -,099. La interpretación de estos datos nos informa de que los alumnos que tienen un menor número de hijos consideran que la sociedad tiene mayor calidad en términos de confianza y convivencia.

Por otra parte, analizando el número de personas que viven en el hogar y viendo que esta variable presenta significación estadística con la variable

independiente EQ-5D-5L pues el p-valor es de 0,018 y la inclinación de la recta es de  $-0,100$ , estamos en condiciones de afirmar que aquellos que conviven con un mayor número de personas presentan una mejor valoración de su salud en el cuestionario EQ-5D-5L (Figura 157).

Figura 157. Regresión lineal de los valores del cuestionario de salud EQ-5D-5L y el número de personas en el hogar.



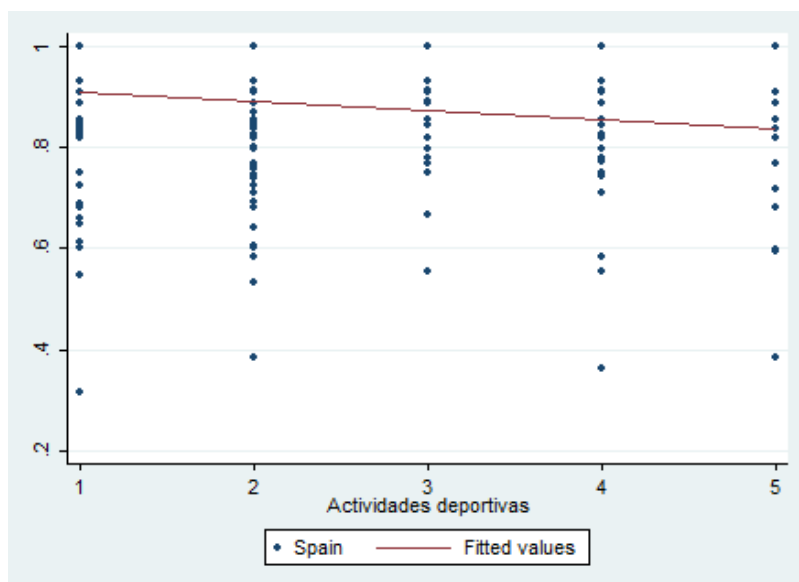
Independientemente de las causas que provocan hogares más o menos extensos, el hecho de vivir en compañía afecta de forma clara y positiva a la percepción de la salud y, por ende, a la calidad de vida. Son múltiples los estudios y las investigaciones que afirman que los sentimientos de soledad pueden desembocar en estados depresivos, si bien, podemos decir que la mayoría del alumnado del PIE (76%) vive con, al menos otra persona más. Es interesante recalcar como el resultado es significativo con el cuestionario específico de salud, pero no con la variable salud que también incluye preguntas acerca de sentimientos de soledad, tristeza o depresión. Una posible explicación es que el cuestionario EQ-5D-5L recoge variables como las actividades de la vida diaria, la movilidad o el autocuidado y no se centra tanto en el bienestar mental y que como hemos visto específicamente a través del WHO-5, el análisis estadístico no ha revelado que exista una relación significativa.

A continuación, se analizarán las tres variables independientes seleccionadas del grupo de preguntas que hacían referencia a la participación

en la comunidad. Se consideró relevante hacer este análisis para conocer si los más activos a nivel social presentaban también una mejor calidad de vida a través de las diferentes variables dependientes estudiadas.

Comenzaremos la interpretación de los datos con la variable que habla de la participación en actividades deportivas o la práctica de ejercicio físico. La relación entre esta variable y la variable dependiente del cuestionario EQ-5D-5L es estadísticamente significativa y fuerte, pues el p-valor es 0,002 y la inclinación de la recta -0,02 (Figura 158).

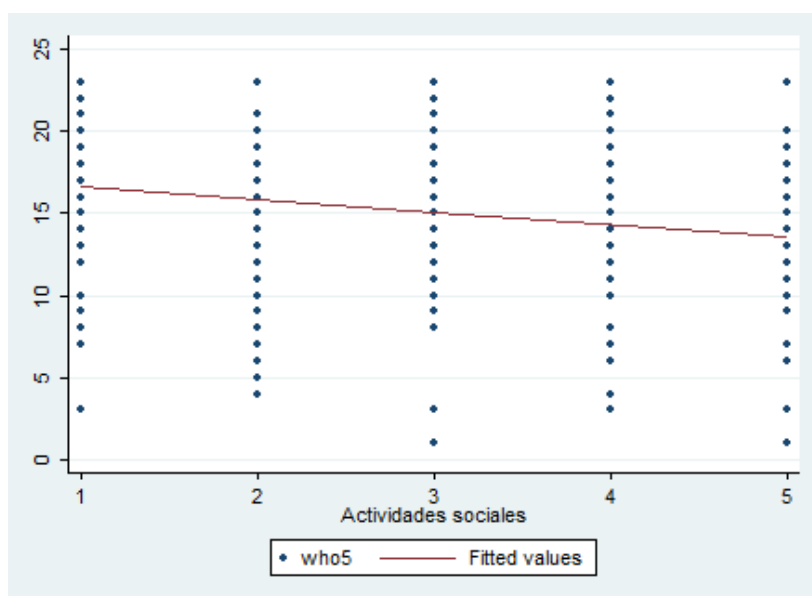
Figura 158. Regresión lineal de los valores del cuestionario de salud EQ-5D-5L y la práctica deportiva.



En este caso comprobamos que podemos desechar la hipótesis nula que dice que no hay diferencias entre practicar o no deporte, puesto que esa diferencia existe y se manifiesta en que aquellos alumnos que afirman practicar deporte con mayor frecuencia presentan una mejor valoración de su salud. No podemos determinar si el hecho de no practicar actividades físicas es causa o consecuencia del estado de salud, es decir quizá una salud deteriorada no permita este tipo de práctica o puede ser que alguien presente mala salud por no practicar este tipo de actividades. Para poder llegar a una conclusión al respecto deberíamos proponernos la realización de estudios de carácter longitudinal.

En relación a la variable que recoge la información sobre la participación en actividades sociales de un club, sociedad o asociación, ésta presenta resultados significativos a nivel estadístico con las variables independientes de salud y de bienestar mental (WHO-5). Con respecto a la primera, el p-valor se sitúa en 0,010, siendo éste más significativo en el caso de la segunda, con un p-valor de 0.000. La inclinación de la línea en la variable de la salud es de 0,08 y en el caso del bienestar mental es de -,76, esta última presenta una inclinación muy pronunciada (Figura 159).

Figura 159. Regresión lineal de la media estandarizada del WHO-5 y la participación en actividades sociales.



En ambos casos confirmamos la hipótesis de que quienes participan o están implicados en algún tipo de asociación, club o grupo social, presentan mejores niveles de salud en general y de bienestar mental en particular. Muchos de los alumnos del PIE, alrededor de un 85% según datos de la propia asociación de alumnos, participa activamente en sus actividades, entre las que se incluyen viajes culturales, conferencias, voluntariado, etc. Con los datos que poseemos podemos afirmar que son mayores activos y comprometidos con un envejecimiento activo, no solo por su implicación en el PIE sino en diferentes contextos de su entorno más cercano.

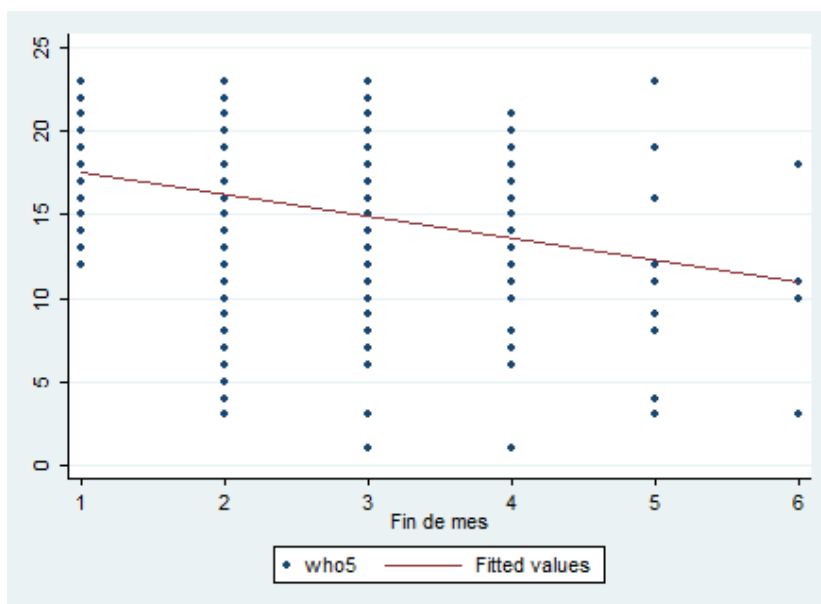
Finalmente, con respecto a la frecuencia de utilización de las TIC, en concreto Internet, comprobamos que esta variable presenta resultados

estadísticos destacables con todas las variables dependientes menos con la relacionada con los servicios públicos. En este sentido vemos que el p-valor es 0,000 en el análisis con la salud, el EQ-5D-5L VAS y la calidad de la sociedad y de 0,004 y 0,027 con el bienestar subjetivo y el bienestar mental o WHO-5 respectivamente. En todas las regresiones la línea se inclina a favor de aquellos que tienen una mayor frecuencia de navegación por Internet. Vemos como la fiabilidad de la hipótesis nula, que exponía que la línea es horizontal, es bastante baja. Confirmamos por lo tanto que el hecho de saber navegar por Internet y hacerlo con frecuencia facilita que la percepción sobre la salud física y mental sea mejor, así como que se generen sensaciones de bienestar y que haya una mayor confianza en la sociedad, que incluye tanto a personas como instituciones.

Para el estudio de la variable independiente relacionada con la facilidad de llegar a fin de mes, al ser de las que a nivel estadístico se presenta como una de las más significativas en relación al resto de las variables por las fuertes asociaciones, se va a estudiar con mayor detenimiento y con la ayuda de los gráficos que muestran las regresiones.

En primer lugar, vemos la relación con el bienestar mental o WHO-5 y queda patente a través del p-valor, que en este caso es 0,000, la escasa validez que le podemos dar a la hipótesis nula que afirma que la posición económica no tiene efectos ni positivos ni negativos en el bienestar mental. Recordemos que en la variable creada y denominada bienestar mental se medían sentimientos como la relajación, la calma, el vigor o si existían diferentes intereses en la vida diaria. Comprobamos a través de la Figura 160 que existe una fuerte relación entre el hecho de llegar a fin de mes sin dificultad y un mejor bienestar mental. La representación gráfica muestra como la línea va descendiendo progresivamente llegando a presentar una fuerte inclinación de -1,320 viéndose de forma clara que quienes presentan una menor dificultad para llegar a fin de mes (representado con un 1 en el eje de abscisas) obtienen una mejor puntuación en la escala de bienestar mental que aquellos que tienen más dificultad para cubrir sus gastos mensuales a través de sus ingresos.

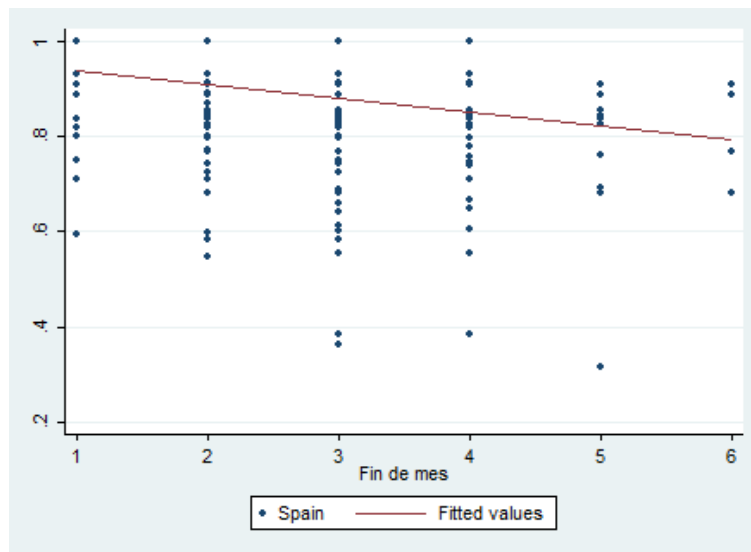
Figura 160. Regresión lineal de la media estandarizada del WHO-5 y la dificultad para llegar a fin de mes.



Por otra parte, el análisis estadístico con las variables dependientes relacionadas con la salud y el hecho de llegar a fin de mes, nos confirma la tendencia que veíamos anteriormente. Los alumnos que afirman tener una mejor percepción de su estado de salud también son aquellos que tienen menores dificultades para llegar a final de mes. El p-valor en todas las variables relacionadas con el estado de salud es 0,000.

Si fijamos nuestra atención en la inclinación de la línea, vemos como en la variable construida a partir del cuestionario EQ-5D-5L este valor es de -0,03 (Figura 161) y en la EVA es de -3,04 (Figura 162). Comprobamos como en el primer caso la línea presenta una pendiente con una leve inclinación y la diferencia entre aquellos que llegan a fin de mes sin ningún tipo de dificultad y aquellos para los que es muy complicado finalizar el mes con sus ingresos, no es muy fuerte. Los valores que se presentan en este sentido son, a grandes rasgos, bastante buenos pues son mayores a 0,8. Recordemos que el análisis se ha realizado teniendo en cuenta el set de valores que provee el EuroQoL Group para España.

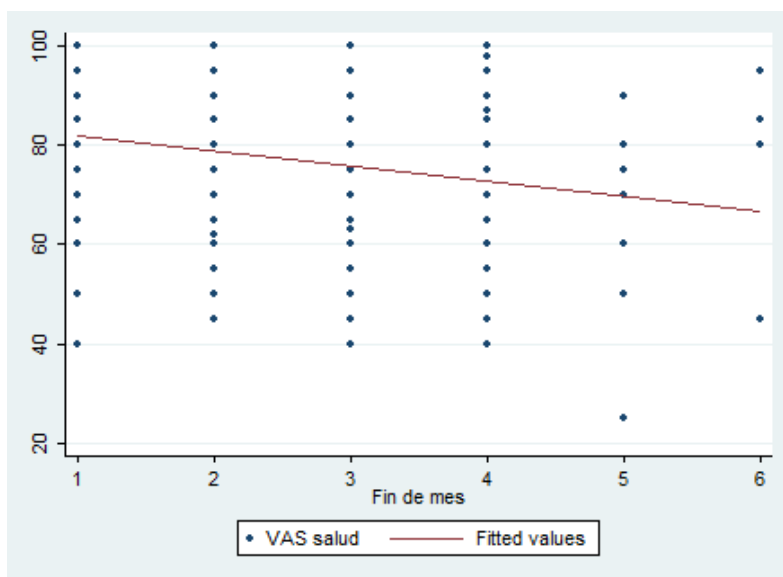
Figura 161. Regresión lineal del cuestionario de salud EQ-5D-5L y la dificultad para llegar a fin de mes.



Por otra parte, la información que nos aporta el análisis de la EVA es similar a la comentada anteriormente, es decir, son aquellos que presentan mayor facilidad para llegar a fin de mes los que consideran que su salud es mejor. Podemos concluir en este punto que la dificultad para llegar a fin de mes es un factor que influye de manera clara en la percepción de la salud. No se puede determinar la causalidad de los problemas de salud ni si son derivados de la situación económica, aunque lo que parece claro es que al estudiar la calidad de vida subjetiva no podemos obviar que los ingresos tienen una fuerte influencia en esa autopercepción.

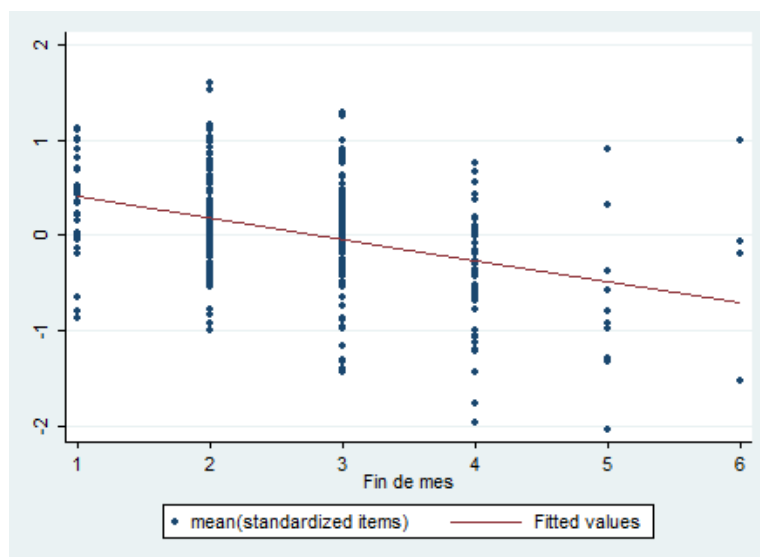


Figura 162. Regresión lineal de la Escala Visual Analógica y la dificultad para llegar a fin de mes.



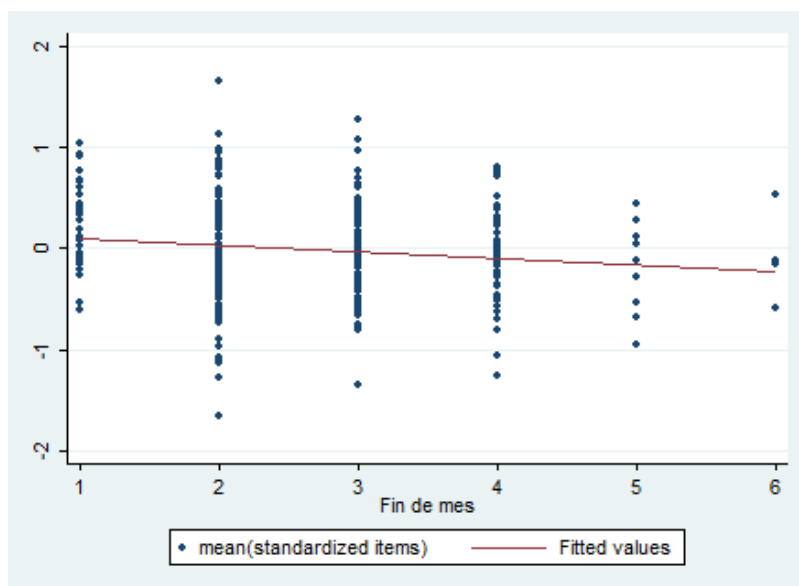
El análisis del bienestar subjetivo en relación con la dificultad de llegar a fin de mes presenta un p-valor de 0,000 y, por lo tanto, al ser tan bajo constatamos que no podemos confiar en la hipótesis nula. Vemos que ese estimador nos dice que a medida que crece la facilidad para llegar a fin de mes también crece el bienestar subjetivo. La inclinación de la línea en este sentido es de  $-0,222$  y es bastante fuerte (Figura 163). El hecho de ser más feliz, tener libertad de decisión, ser optimista, estar más satisfecho con la vida en general o con aspectos particulares de la misma como la salud, la vida familiar o el nivel educativo, son factores que están fuertemente influidos por el nivel de renta y los ingresos. Sabemos que la razón por la que los mayores tienen dificultades para llegar a fin de mes es la escasez de ingresos y no el hecho de que su nivel de gasto sea elevado. Por otro lado, la mayoría de los alumnos, tal y como comprobamos a través del análisis descriptivo, presenta una buena situación económica.

Figura 163. Regresión de la media estandarizada del bienestar subjetivo y la dificultad para llegar a fin de mes.



Para terminar con el exhaustivo análisis de la variable relacionada con llegar a fin de mes, analizaremos la relación de esta con la percepción de la calidad de los servicios. En este caso el p-valor se sitúa en 0,014 y la inclinación de la línea es de -,006. Confirmamos a través de la Figura 164 que los alumnos mayores universitarios que llegan con mayor facilidad a final de mes, también consideran que la calidad de los servicios es mejor. Podemos relacionar este hecho con que los mayores que cuentan con una mejor disposición de recursos económicos también pueden tener mayor facilidad de acceso a determinados servicios, sobre todo de carácter privado. Recordemos que no solo se incluían en esta variable servicios de carácter público sino también otros de tipo cultural como teatros o cines o residencias para mayores o discapacitados.

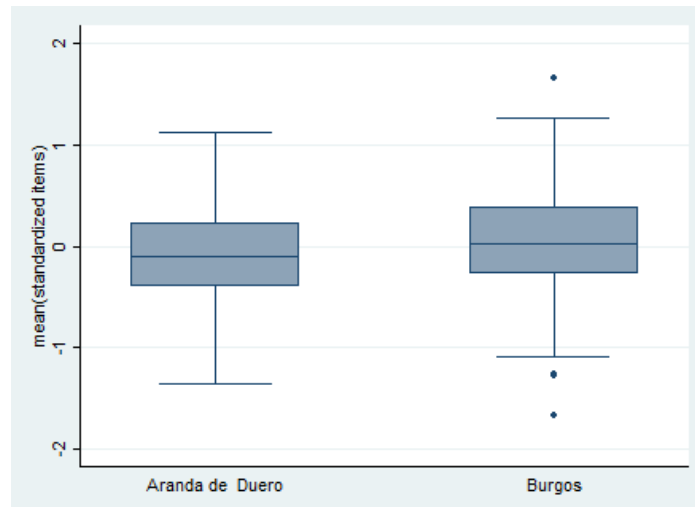
Figura 164. Regresión de la media estandarizada de la calidad de los servicios públicos y la dificultad para llegar a fin de mes.



Como conclusión podemos decir que los mayores universitarios del PIE de la UBU tienen un buen nivel económico y podemos relacionar esta circunstancia con el hecho de que pueden estar más concienciados para participar en actividades de envejecimiento activo relacionadas con la cultura y la educación pues su nivel de ingresos se debe, en gran medida, a que parten de un nivel educativo más alto.

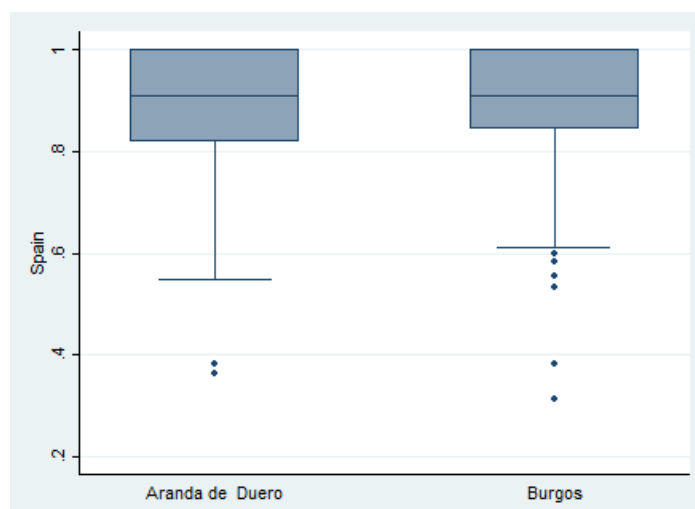
La siguiente variable independiente que analizaremos será la del lugar en el que se cursa el PIE, entre cuyas opciones estaban las localidades de Burgos y Aranda de Duero. Una asociación moderada, pues el p-valor es 0,029, se da con la variable dependiente relacionada con los servicios públicos. La diferencia entre Burgos y Aranda de Duero es de ,123 a favor de la primera opción (Figura 165). Una posible explicación en este sentido nos lleva a pensar que los servicios públicos tienen un mayor y/o mejor desarrollo en una capital que en una pequeña ciudad de la provincia.

Figura 165. ANOVA del lugar donde cursa el PIE con respecto a los servicios públicos.



Por otro lado, el análisis del cuestionario EQ-5D-5L en relación con el lugar de matrícula en el PIE, nos informa de que los mayores universitarios de la sede de Burgos presentan una diferencia con respecto a la sede de Aranda de Duero de 0,036, es decir, que su salud es ligeramente mejor que la de sus compañeros. En la Figura 166, comprobamos que si bien la mediana se sitúa sobre el mismo valor en ambas sedes, en Burgos capital vemos que las puntuaciones entre el 25% y el 50% están más concentradas que aquellas entre el 50% y el 75% y el bigote del mínimo se encuentra sobre la línea del 0,6.

Figura 166. ANOVA del lugar donde cursa el PIE con respecto al cuestionario de salud EQ-5D-5L.



Con respecto al análisis de la situación laboral, vemos que esta variable independiente se asocia de manera significativa tanto con el bienestar subjetivo como con la EVA y con el cuestionario de salud EQ-5D-5L. En relación al bienestar subjetivo comprobamos que la asociación es bastante fuerte al ser el p-valor 0,001 y estar muy cerca de cero. Si hacemos un análisis más detallado por los diferentes niveles a partir de los intervalos de confianza, podemos concluir que son las amas de casa y los desempleados de larga duración quienes presentan una peor percepción del bienestar (Tabla 33). Los alumnos y alumnas del PIE que están jubilados presentan un mejor bienestar subjetivo que aquellos que no pueden trabajar por problemas de salud, que quienes desean trabajar y no tienen esa posibilidad en el mercado laboral y que las amas de casa de quienes desconocemos si se encuentran en esa circunstancia por elección propia o por obligación. Queda patente tras este análisis que el hecho de haber trabajado y encontrarse en la actualidad en una situación laboral deseada, no impuesta por otras razones personales o sociales, es un buen indicador para predecir que habrá un buen bienestar subjetivo.

Tabla 33. ANOVA de la situación laboral con respecto al bienestar subjetivo.

Var. dependiente	Var. independiente	Nivel	Diferencia con referencia	P-valor	Intervalo de confianza
<b>Bienestar Subjetivo</b>	Situación laboral	Jubilado	Referencia	<,001	
		Activo	-0,086		[-0,412, 0,240]
		Ama de casa	<b>-0,185</b>		[-0,341, -0,285]
		Desempleado <12 meses	-0,271		[-0,724, 0,181]
		Incapacitado	-0,324		[-0,706, 0,057]
		Desempleado >12 meses	<b>-0,428</b>		[-0,636, -0,220]

Por otra parte, la asociación entre la situación laboral y la EVA es ligeramente intensa pues el p-valor es 0,004. En este sentido, quienes afirman tener un mejor estado de salud general son aquellos que están en activo, siendo obviamente los incapacitados quienes peor salud muestran. Recordemos que

este último grupo está formado únicamente por 10 individuos. Finalmente, las amas de casa presentan peores niveles de salud que los desempleados en general, los activos y los jubilados, siendo solo superadas por los incapacitados (Tabla 34). Podemos encontrar una explicación a este hecho en que quienes buscan empleo aún tienen buena salud igual que aquellos que trabajan. Por otra parte, las amas de casa por el hecho de ser mujeres, es decir, por una cuestión de género que estudiaremos a continuación, suelen percibir su salud en términos más negativos.

Tabla 34. ANOVA de la situación laboral con respecto a la Escala Visual Analógica (EVA).

Var. dependiente	Var. independiente	Nivel	Diferencia con referencia	P-valor	Intervalo de confianza
<b>Escala Visual Analógica</b>	Situación laboral	Jubilado	Referencia	,004	
		Activo	4,404		[-3,728, 12,536]
		Ama de casa	<b>-4,867</b>		[-8,764, -0,971]
		Desempleado <12 meses	-2,096		[-13,383, 9,191]
		Incapacitado	<b>-16,096</b>		[-25,616, -6,576]
		Desempleado >12 meses	-2,788		[-7,969, 2,393]

Finalmente, nos detendremos en la influencia de la situación laboral en la salud basándonos en los resultados estadísticos obtenidos tras el análisis de la varianza. Comprobamos en este sentido que los mayores con algún tipo de discapacidad son quienes presentan peores resultados en el análisis porque la diferencia con los jubilados, que son nuestro factor de referencia, es de -0,183 (Tabla 35). En el resto de los grupos, los intervalos de confianza nos informan de que un resultado similar a la referencia entraría dentro de lo posible.

Tabla 35. ANOVA de la situación laboral con respecto al cuestionario de salud EQ-5D-5L.

Var. dependiente	Var. independiente	Nivel	Diferencia con referencia	P-valor	Intervalo de confianza
Cuestionario de salud EQ-5D-5L	Situación laboral	Jubilado	Referencia	<,001	
		Activo	0,050		[-0,017, 0,116]
		Ama de casa	-0,015		[-0,093, 0,091]
		Desempleado <12 meses	-0,007		[-0,049, 0,035]
		Incapacitado	<b>-0,183</b>		[-0,261, -0,105]
		Desempleado >12 meses	-0,015		[-0,047, 0,017]

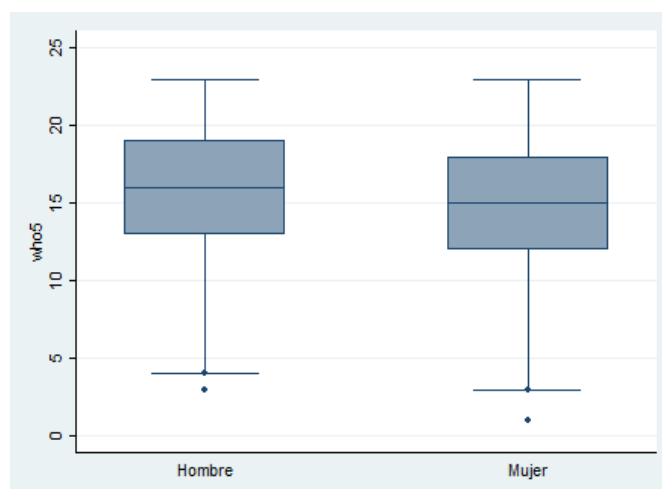
Parece claro que el mejor estado de salud se presenta en los alumnos que continúan activos pues necesitan reunir unas condiciones determinadas para poder desarrollar un empleo y también en los jubilados. En la muestra utilizada en esta investigación, los jubilados o pre-jubilados son personas jóvenes, muchos de ellos no alcanzan los 65 años y tienen elevados niveles de actividad.

Con respecto a la variable independiente sexo, vemos que tiene asociaciones significativas con las siguientes variables independientes: salud, servicios públicos, cuestionario de salud EQ-5D-5L, EVA y WHO-5. La asociación con los servicios públicos es muy fuerte y vemos que los hombres valoran la calidad de los mismos en .016 puntos más que las mujeres. Consideramos que las mujeres ofrecen una peor valoración en este sentido pues es en ellas en quién ha recaído históricamente la responsabilidad o la atención que desde las instituciones no se ofrece como apoyo a las familias. Por otra parte, las mujeres al presentar con mayor frecuencia problemas de salud crónicos o mayor demanda de servicios médicos, valoran más críticamente los servicios que tienen a su disposición.

En cuanto al bienestar mental, este presenta un p-valor de 0,029 con respecto al sexo y es por tanto un valor significativo aunque el grado de asociación no es excesivamente elevado. Como el p valor es  $<0,05$  no aceptamos la hipótesis nula de independencia y por lo tanto concluimos que ambas variables estudiadas son interdependientes al existir una relación entre las mismas. Esto significa que existe menos de un 5% de probabilidad de que la hipótesis nula, en este caso que los resultados a nivel de bienestar subjetivo sean los mismos en hombres y mujeres, sea cierta en nuestra población.

Comprobamos una vez más que son las mujeres quienes muestran una peor percepción de su bienestar mental, situándose esta en -1,202 puntos por debajo de la de sus compañeros (Figura 167). Bien es cierto que la mediana de las mujeres se sitúa en torno a los 15 puntos de un total de 25, lo que podemos calificar de una puntuación buena pues nos informa de que la mayoría de las mujeres no presenta indicios de padecer depresión pues en ese caso la mediana debería situarse por debajo de 12 puntos.

Figura 167. ANOVA del sexo con respecto al bienestar mental (WHO-5).



También podemos apreciar la relación entre el WHO-5 y la variable sexo. Recordemos que las afirmaciones que se les propusieron a los alumnos fueron: me sentí animado y de buen humor, me sentí calmado y relajado, me sentí activo y vigoroso, me levanté sintiéndome fresco y descansado y finalmente, mi vida diaria está llena de cosas que me interesan. Las respuestas podían ser: todo el tiempo (que sumaría 5 puntos y representaría la mejor calidad de vida posible), casi siempre (4 puntos), más de la mitad del tiempo (3 puntos), menos de la



mitad del tiempo (2 puntos), a veces (1 punto) y nunca (0 puntos, que representa la peor calidad de vida a nivel de bienestar subjetivo imaginable).

Las puntuaciones totales oscilan entre “0” como valor más bajo y “25” como valor más alto. Según la recomendación de la Unidad de Investigación Psiquiátrica, centro colaborador con la Organización Mundial de la Salud en materia de salud mental, para una suma total de 12 puntos o menos, habría que administrar el “Test de Depresión Mayor, ICD-10”.

En el caso del alumnado del PIE, si hacemos un análisis global con los porcentajes ponderados en función del peso sobre la muestra global, comprobamos que son las mujeres quienes presentan puntuaciones más bajas que los hombres en un 7,93%. Un 21,21% de los hombres frente al 29,14% de las mujeres considera que su bienestar no es bueno (Tabla 36).

Tabla 36. Resultados de la Escala de Bienestar Mental WHO-5 según la variable sexo.

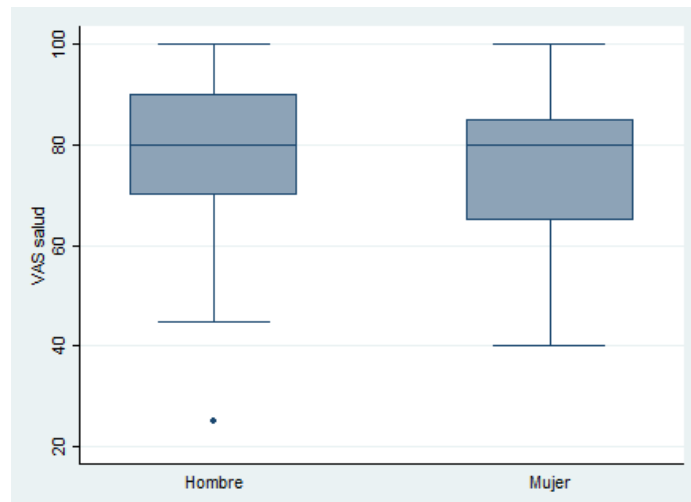
Sexo	12 o menor	13-25	Total
<b>Hombre</b>	28	104	132
<b>%</b>	8,46	31,42	39,88
<b>Mujer</b>	58	141	199
<b>%</b>	17,52	42,60	60,12
<b>Total</b>	86	245	331
<b>%</b>	25,98	74,02	100

El análisis de la variable independiente sexo con respecto a la variable dependiente salud nos informa de un p-valor de 0,012 que es bastante significativo. Al igual que ocurría con la variable anterior, las mujeres exponen tener peor estado de salud que los hombres, siendo la diferencia de ,192 con respecto a estos.

Para finalizar el análisis de la variable independiente relacionada con el sexo se presentan los resultados con respecto a la EVA y al cuestionario de salud EQ-5D-5L. A nivel estadístico encontramos valores semejantes en el p-valor de ambas siendo en el primer caso 0,033 y en el segundo 0,031. Tal y como se puede apreciar en la Figura 168 son los hombres quienes presentan puntuaciones más elevadas en la EVA que las mujeres, la estadística nos dice

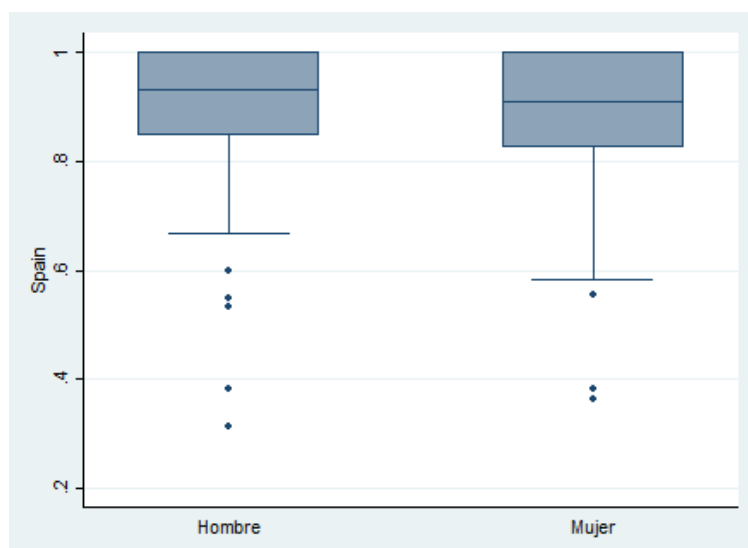
que la diferencia es de 3,633 puntos. Comprobamos que la mediana es la misma en ambos sexos si bien en las mujeres las puntuaciones se concentran por debajo de la misma.

Figura 168. ANOVA del sexo con respecto a la Escala Visual Analógica (EVA-VAS).



Por otra parte, los resultados del alumnado en el cuestionario de salud EQ-5D-5L también benefician a los hombres en comparación con las mujeres pues sus resultados se encuentran más agrupados en las partes altas de la gráfica y vemos como el bigote del mínimo en las mujeres queda por debajo del 0,6 mientras que el de los hombres se acerca al 0,7 (Figura 169). Concluimos en este sentido que el sexo es una variable que afecta decisivamente a la percepción de la salud cuando estudiamos la calidad de vida.

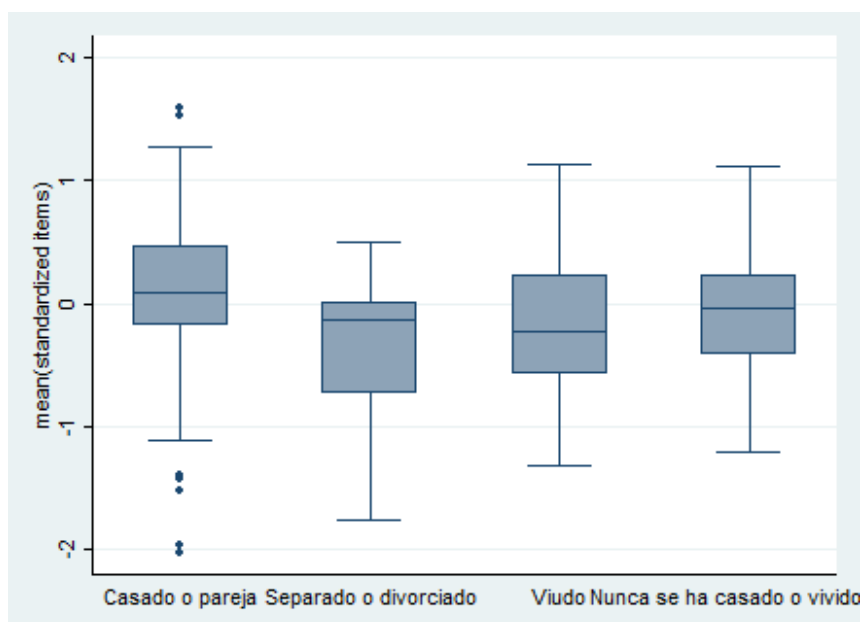
Figura 169. ANOVA del sexo con respecto al cuestionario de salud EQ-5D-5L.



Con respecto a la variable independiente que nos informa sobre el estado civil y tomando como referencia para el análisis estadístico la opción “casado o con pareja”, las ANOVAS nos informan de que es relevante la asociación con las siguientes variables dependientes: bienestar subjetivo, calidad de la sociedad, servicios públicos, salud y cuestionario de salud EQ-5D-5L. Analizaremos detalladamente cada una de ellas.

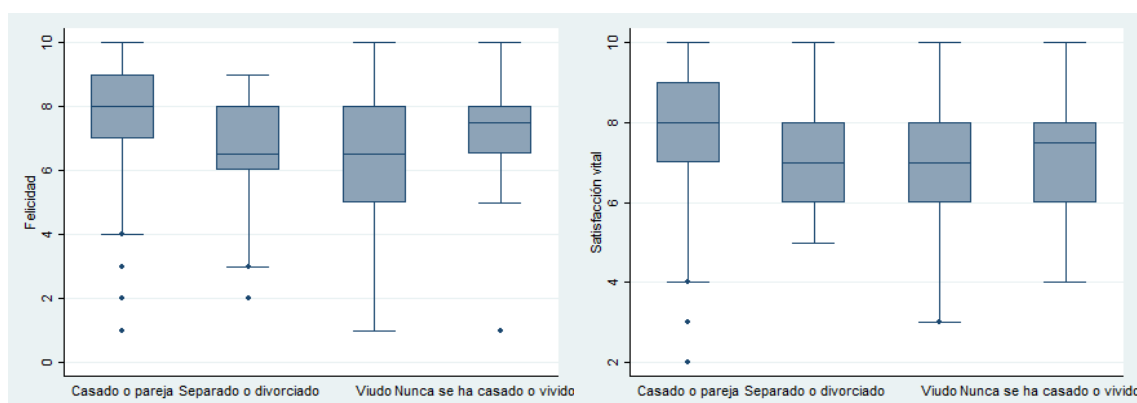
La asociación más significativa se ha producido con la variable dependiente denominada bienestar subjetivo pues el p-valor se sitúa en 0,000. La diferencia más fuerte la vemos con respecto a los separados o divorciados (-,411), seguidos por los alumnos en situación de viudedad con un -,292 y finalmente de quienes nunca se han casado o han vivido en pareja que tienen una diferencia con la referencia de -,169 (Figura 170). Comprobamos en este sentido que el estado civil es un buen predictivo del bienestar subjetivo presentando unos resultados bastante más positivos aquellos que están casados que quienes han tenido alguna ruptura sentimental o han perdido a su pareja por fallecimiento.

Figura 170. ANOVA del estado civil con respecto al bienestar subjetivo.



En términos de felicidad y satisfacción, preguntas ambas incluidas en la variable bienestar subjetivo, nos parece interesante analizar ambas variables por separado. Vemos como es claramente superior la puntuación de los casados en comparación con el resto de grupos (Figura 171). En ambos casos la mediana presenta un valor de 8 y vemos que en general son los viudos quienes han seleccionado puntuaciones más bajas en ambas cuestiones.

Figura 171. ANOVA del estado civil con respecto a las preguntas sobre la felicidad y la satisfacción vital.



La información recogida en la Tabla 37, aúna el análisis de la varianza (ANOVA) de la variable independiente que expresa la información sobre el estado civil con respecto a todas aquellas variables dependientes con las que el nivel de significación es menor a 0,05. En todos los grupos estudiados podemos

decir que hay diferencias significativas entre los niveles que han sido considerados dentro del estado civil.

Tabla 37. ANOVA del estado civil con respecto a las variables dependientes con las que tiene una asociación significativa.

Var. dependiente	Var. independiente	Nivel	Diferencia con referencia	P-valor	Intervalo de confianza	
<b>Bienestar Subjetivo</b>	Estado civil	Casado o pareja	Referencia	<,000		
		Separado o divorciado	<b>-0,411</b>			[-0,654, -0,169]
		Viudo	<b>-0,293</b>			[-0,461, -0,125]
		Nunca casado o vivido en pareja	-0,170			[-0,443, 0,103]
<b>Calidad de la sociedad</b>	Estado civil	Casado o pareja	Referencia	,019		
		Separado o divorciado	-0,089			[-0,268, 0,090]
		Viudo	<b>-0,128</b>			[-0,252, -0,004]
		Nunca casado o vivido en pareja	<b>-0,271</b>			[-0,473, -0,069]
<b>Servicios públicos</b>	Estado civil	Casado o pareja	Referencia	,011		
		Separado o divorciado	-0,241			[-0,441, 0,041]
		Viudo	-0,022			[-0,161, 0,116]
		Nunca casado o vivido en pareja	<b>0,243</b>			[0,018, 0,469]
<b>Salud</b>	Estado civil	Casado o pareja	Referencia	,007		
		Separado o divorciado	0,213			[-0,065, 0,491]
		Viudo	<b>0,329</b>			[0,136, 0,521]
		Nunca casado o vivido en pareja	0,098			[-0,215, 0,411]

Cuestionario de salud EQ-5D-5L	Estado civil	Casado o pareja	Referencia	,012	
		Separado o divorciado	-0,038		[-0,089, 0,012]
		Viudo	<b>-0,053</b>		[-0,088, -0,018]
		Nunca casado o vivido en pareja	0,015		[-0,041, 0,072]

En relación al bienestar subjetivo comprobamos que son los casados quienes presentan una mejor calidad de vida si bien, al detenernos en los intervalos de confianza comprobamos que quienes nunca se han casado o vivido en pareja también podrían obtener ese mismo resultado. Son claramente los viudos y los separados o divorciados quienes afirman tener un peor bienestar subjetivo.

Acerca de la calidad de la sociedad, vemos que el p-valor es 0,019 y que todos los grupos medidos con respecto al valor de referencia que son las personas casadas o que viven en pareja, obtienen un resultado más bajo que estos, siendo quienes nunca se han casado o vivido en pareja y las personas en situación de viudedad los que presentan una diferencia significativa. Los intervalos de confianza nos indican que el valor de referencia también sería posible para viudos o separados. Quienes se encuentran en una relación también una mayor confianza en la gente, en las instituciones y perciben menor tensión entre los diferentes grupos de gente.

El análisis de los servicios públicos como variable dependiente en relación al estado civil nos deja una información bastante diferente a la que presentaba la variable anterior. Son los que nunca se han casado o vivido con una pareja quienes tienen una mejor percepción de los diferentes servicios públicos que básicamente engloban aspectos médicos, educativos, de prestaciones y asistenciales. Tras analizar los intervalos de confianza en el resto de grupos vemos que todos podrían presentar valores similares. Podemos pensar que los solteros, por sus circunstancias personales, han podido hacer un menor uso de este tipo de servicios. Una familia extensa en número de miembros se ha podido encontrar en múltiples situaciones a las que enfrentarse ante los diferentes

servicios de carácter público y es posible que alguna de ellas no haya sido totalmente positiva. El trato con la Administración Pública y su sistema de organización burocrático puede llevar a los ciudadanos a pensar que su calidad es menor por los tiempos de respuesta ante necesidades apremiantes.

Por último, en relación al estado civil expondremos el análisis de las variables dependientes que están relacionadas con la salud. Recordemos que en este caso el análisis se presenta cambiado con respecto a las otras variables. En torno a la variable denominada salud y que engloba no solo el estado de salud en general, sino también la presencia de problemas concretos o el índice de bienestar mental, vemos que son los casados los que obtienen un mejor resultado. La diferencia más significativa la encontramos en los viudos que están bastante alejados de la referencia ( $,329$ ). El p-valor en este caso nos informa de un alto nivel de significación pues se sitúa en  $,007$ . Comprobamos que el estado civil influye de manera clara y contundente en la percepción de la salud y que es un factor de protección de cara a problemas de salud que puedan surgir. El análisis de los intervalos de confianza nos informa de que quienes no han tenido nunca pareja presentan también una buena salud al igual que los divorciados o separados.

En cuanto a la relación entre la variable surgida del cuestionario EQ-5D-5L y el estado civil, vemos que el p-valor no es tan significativo como el de la variable salud pero también es relevante. Los resultados son bastante similares a los presentados con la variable salud, confirmando que quienes están solos habiendo estado emparejados en algún momento de su vida, presentan una percepción más negativa sobre su salud.

### **8.3 Modelo completo a partir del método denominado *stepwise backward regression*.**

#### **8.3.1 Introducción.**

Finalmente se ha desarrollado un modelo completo a partir del método denominado *stepwise backward regression* o regresión inversa por pasos para conocer qué aspectos influyen en mayor medida en la calidad de vida de los alumnos universitarios de la UBU.

El análisis ha comenzado con un modelo en el que se han incluido todas las variables independientes candidatas y a través del mismo se ha ido probando la eliminación de aquellas menos significativas usando como criterio de comparación el p-valor. La eliminación se produce de una en una y de esta manera se consigue un perfeccionamiento del modelo. Este proceso se repite hasta que ya no es posible una mejora y no quedan variables no significativas. Es un procedimiento importante porque no todas las variables predictoras tienen la misma importancia y algunas pueden perjudicar la confiabilidad del modelo, especialmente si están correlacionadas con otras. En cada una de las repeticiones los p-valores de todas las variables restantes se van modificando puesto que el peso y las influencias van cambiando en función del número y las relaciones entre variables. Con este método logramos que el conjunto real de variables de predicción utilizado en el modelo de regresión final sea únicamente determinado por el análisis de los datos.

Para cada variable dependiente se ha obtenido un grupo de variables independientes que le son significativas y relevantes. Los resultados van acompañados de diferentes pruebas estadísticas como la *t* de Student, el p-valor, el coeficiente de determinación o la desviación estándar y todos presentan un nivel de confianza al 95%.

Se ha decidido trabajar de esta manera y con este método para poder aprovechar la gran cantidad de datos disponibles y tras la comprobación de que las observaciones en las que están implicadas un menor número de variables están completas aunque son solo 229 de las 332 totales. Hemos optado por realizar la investigación con todos los datos recogidos y evitar así la utilización



de métodos de imputación que nos ayudarían a conocer datos que no tenemos de las observaciones incompletas.

A continuación, en la Tabla 38, se expone de manera gráfica qué variables independientes son relevantes para cada variable dependiente. Presentamos en color amarillo las variables más influyentes para cada variable dependiente.

El análisis final se ha hecho con las variables entendidas como continuas si bien también se ha realizado un análisis de las mismas como factores. Finalmente se ha optado por la primera modalidad porque entendemos que se ajusta mejor a las características de la mayoría de las variables. En ambos análisis hay diferencias, como no puede ser de otra manera, sin embargo, se ha constatado que los cambios que se han producido en los coeficientes no son significativos y los resultados son bastante similares.

Tabla 38. Contraste de hipótesis entre las variables dependientes e independientes.

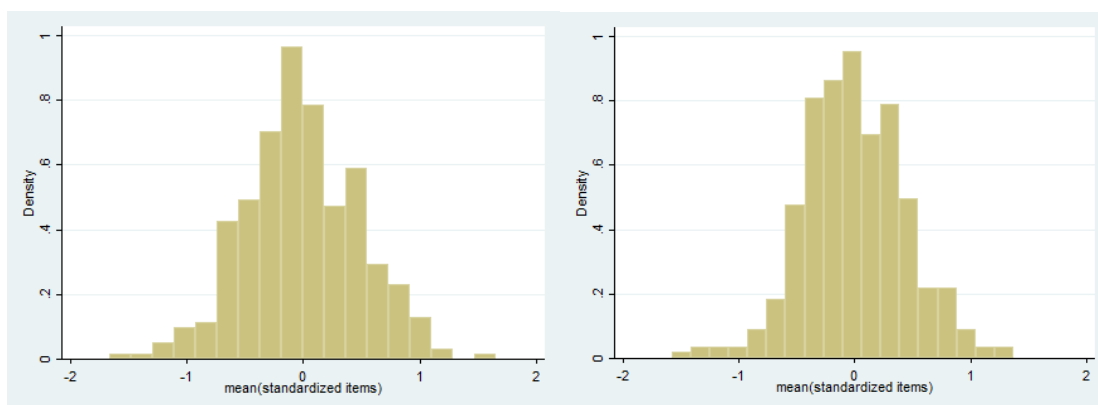
Variables dependientes							
Variables independientes	Servicios públicos	Calidad de la sociedad	Salud	EQ-5D-5L (Spain)	Escala Visual Analógica (EVA-VAS)	WHO5	Bienestar subjetivo
	Lugar	-	-	-	-	-	-
	-	-	Sexo	Sexo	Sexo	-	-
	Edad	Edad	-	Edad	-	-	-
	-	-	Curso	-	Curso	-	-
	-	Graduado	-	Graduado	-	-	-
	Nivel de estudios	-	-	-	-	-	-
	-	-	-	<b>Situación laboral</b>	-	-	Situación laboral
	<b>Estado civil</b>	-	-	-	-	-	<b>Estado civil</b>
	-	<b>Nº de hijos</b>	-	-	-	-	-
	-	Cuidado de hijos y/o nietos	-	-	-	-	-
	-	-	-	Nº personas hogar	-	-	-
	-	-	<b>Llegar a fin mes</b>	Llegar a fin mes	<b>Llegar a fin mes</b>	<b>Llegar a fin mes</b>	Llegar a fin mes
	-	Uso de Internet	Uso de Internet	Uso de Internet	Uso de Internet	Uso de Internet	Uso de Internet
	-	-	-	Práctica deporte	Práctica deporte	-	-
-	-	-	-	-	Asociacionismo	-	

### 8.3.2 Análisis de las variables dependientes.

Presentamos en primer lugar los histogramas correspondientes a cada una de las variables dependientes que han sido creadas para el análisis con el objetivo de conocer la forma de distribución de los datos, ver las probabilidades a través de la función de densidad y facilitar la comprensión del modelo global en cuanto a rangos en los que se mueven las puntuaciones.

A través de la Figura 172 vamos a realizar el análisis de los servicios públicos y la calidad de la sociedad. En cuanto a la calidad de la sociedad los valores oscilan entre un mínimo de -1,58 y un máximo de 1,37, situándose la media en -,001. Con respecto a los servicios públicos, el mínimo es -1,66 y el máximo 1,65. La satisfacción en los dos campos es limitada y consideramos interesante que muchos de los valores se concentran especialmente en el rango negativo. Los análisis de desviación típica nos ofrecen unos datos de ,49 en el caso de los servicios públicos y ,44 para la calidad de la sociedad lo que nos hace pensar en cierta dispersión tal y como podemos apreciar claramente en las siguientes figuras.

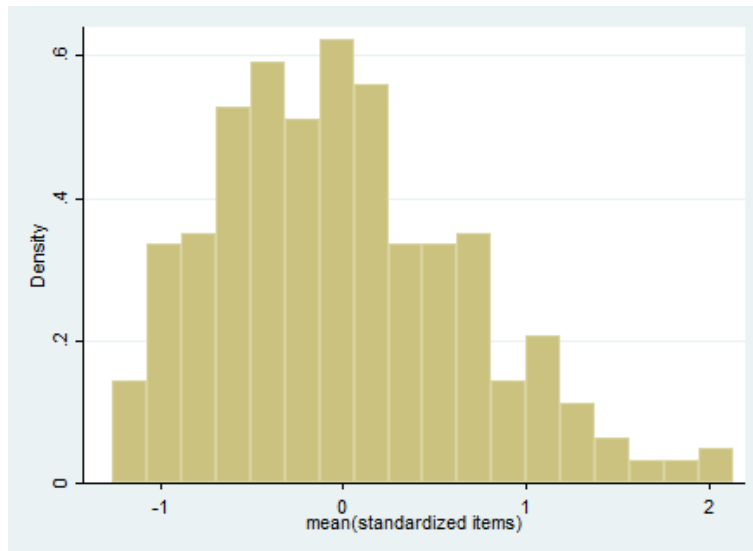
Figura 172. Histograma de servicios públicos (izquierda) e histograma de calidad de la sociedad (derecha). (A mayor puntuación mejor percepción de los servicios).



La Figura 173 es opuesta a todas las que habíamos visto hasta este momento, en este caso los valores más positivos se presentan con cifras en negativo. Tal y como ya habíamos visto anteriormente, los valores más altos (-1,27) distan de forma importante de los más bajos (2,15), siendo la desviación

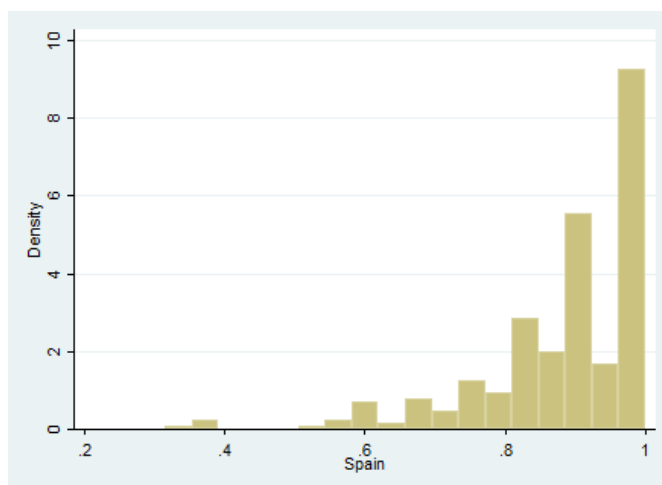
estándar muy alta ya que su valor es de ,69. La alta concentración de valores se produce en torno al 0 y el 50% de la muestra se sitúa por encima del -0,87.

Figura 173. Histograma de salud (A menor puntuación mejor percepción de la salud).



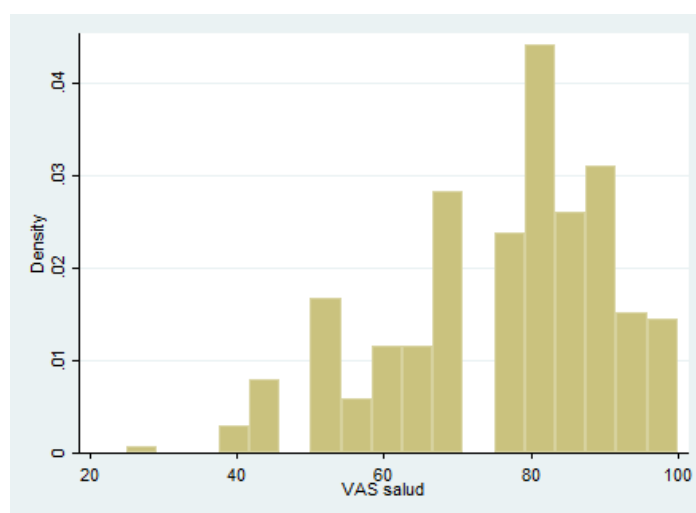
En el siguiente histograma (Figura 174) comprobamos como claramente los valores se encuentran muy agrupados en torno a la puntuación máxima y esta información se confirma gracias a la desviación típica que se sitúa en ,12. Según la calculadora del índice de los valores el rango estaría comprendido, en el caso de España, entre -0,654 para el peor caso y 1, que mostraría que no existen problemas en ninguna de las dimensiones. Son inexistentes los casos que se encuentran en el extremo más negativo y vemos como la Figura 174 nos confirma que la probabilidad de que los alumnos expongan que poseen muy buena salud es elevada al ser la media de ,88 sobre 1.

Figura 174. Histograma del Cuestionario de Salud EQ-5D-5L (A mayor puntuación mejor salud).



En relación a la EVA cuyo rango va de 0 a 100, vemos como los valores de nuestra muestra discurren entre una puntuación mínima de 25 puntos y una máxima de 100 (Figura 175). Si bien algunos de los valores encontrados son bajos y hay bastante diferencia entre los extremos, la mayor parte del alumnado considera que su salud es buena porque la media es de 76,14 puntos y la desviación típica de 15,17.

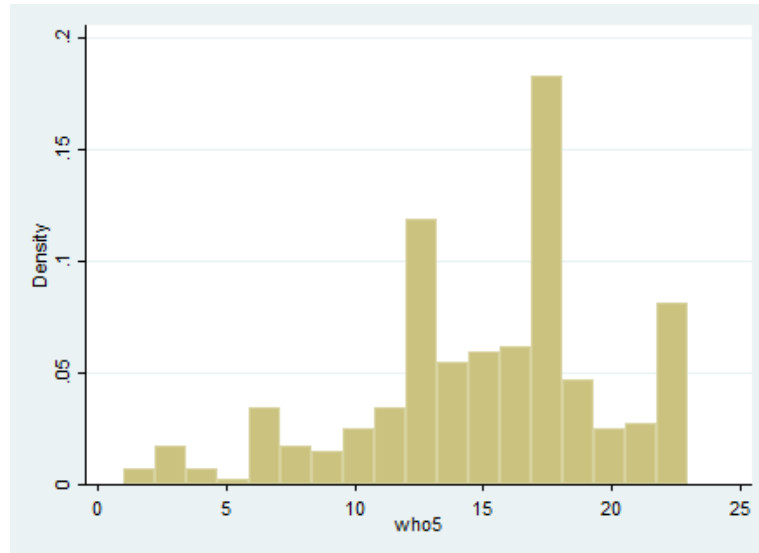
Figura 175. Histograma de la Escala Visual Analógica (A mayor puntuación mejor salud).



El Índice de Bienestar Subjetivo (WHO-5) presenta unos valores de entre 0 (peor posible) y 25 (mejor posible). Los valores de entre 0-12 podrían encerrar algún tipo de problemática relacionada con la depresión según los estudios disponibles y los estándares de medición. En la muestra aquí presentada la

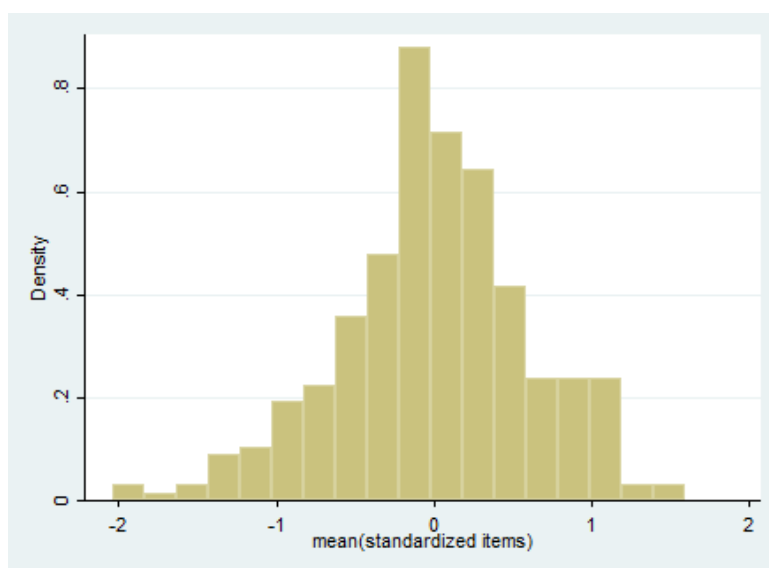
media es de 15,14 y la desviación típica es fuerte, con un valor de 4,90 (Figura 176).

Figura 176. Histograma de la Escala de Bienestar Mental (WHO-5) (A mayor puntuación mayor bienestar).



Finalmente, con respecto al bienestar subjetivo vemos como los valores oscilan entre el más bajo que es -2,03 y el mayor que es 1,59 (Figura 177). La diferencia es bastante fuerte y comprobamos que entre las respuestas de los individuos con las peores puntuaciones hay varios valores mínimos (1 sobre 10). Por otra parte, lo más frecuente en los individuos con una media alta es que sus respuestas estén entre los valores máximos (8-9 sobre 10). La probabilidad nos informa de que podemos tener una mayor certeza de encontrar individuos que tengan un bienestar aceptable porque las mayores densidades se encuentran alrededor del eje central.

Figura 177. Histograma de bienestar subjetivo (A mayor puntuación mayor bienestar).



### 8.3.3 Resultados del modelo completo.

En relación al modelo sobre los servicios públicos comprobamos que las variables independientes relevantes para el mismo son el lugar, la edad, el nivel de estudios y el estado civil. Acerca del lugar comprobamos que es el alumnado de Aranda de Duero el que manifiesta unos niveles mayores de descontento con respecto a este punto, con una diferencia con el alumnado de Burgos de ,112. Interpretamos que el acceso que puede tener la población de una capital de provincia a recursos de tipo sanitario, educativo o asistencial es mejor que en una localidad de menor tamaño. En este sentido nuestros resultados tienen bastante lógica si nos atenemos a los datos objetivos sobre instalaciones, centros y ratios de población. En cualquier caso, consideramos que la diferencia en el coeficiente es muy significativa al moverse los datos en esta variable en un rango de 3,31 puntos.

Sobre la edad, si bien el coeficiente presenta únicamente un valor de ,013, comprobamos que son los alumnos de mayor edad los que valoran más positivamente los servicios públicos. Creemos que la causa es que los más mayores pueden haber sido más conscientes de las dificultades de otros tiempos y sus estándares de calidad sean menos exigentes que los de los más jóvenes. De cualquier forma, es una diferencia bastante reducida.

También vemos que el nivel de estudios influye decisivamente en la percepción de la calidad de la sociedad siendo aquellos que tienen una mejor formación quienes consideran que los servicios públicos tienen una mayor calidad. El valor del coeficiente en este caso es de ,071, una diferencia bastante importante a tener en cuenta en este análisis. Concluimos que aquellos con una formación reglada superior puntúan mejor los servicios públicos porque o bien hacen una valoración más general de la situación, con una menor restricción cultural y creen que comparados con otros países, tenemos bien cubiertas las necesidades o bien porque por su formación consideran la problemática alrededor de la cobertura social un tema multifactorial, complejo y piensan que sería simplista dar una puntuación baja.

Finalmente, en relación al estado civil podemos afirmar que los que mejor valoran los servicios públicos son los alumnos que nunca se han casado o han vivido en pareja, seguido de los casados, de los viudos y finalmente, a gran distancia, estarían los separados y divorciados. Estos últimos ofrecen una peor puntuación porque sus circunstancias personales les han podido llevar a necesitar en mayor medida los servicios públicos y puede ser que no hayan encontrado la respuesta esperada. Entendemos que alguien con pareja posee una red familiar más amplia que se ha comprobado es de gran apoyo en los momentos de necesidad. Esa ayuda contribuye, en ocasiones, a no necesitar una cobertura pública de determinadas necesidades. Según todos los datos ofrecidos en relación a esta variable, esta sería la más importante para la variable independiente de servicios públicos.

Sobre la calidad de la sociedad comprobamos que las variables que han entrado en juego en el modelo completo como más relevantes son las relacionadas con la edad, el hecho de estar graduado, el número de hijos, el participar en el cuidado de hijos y/o nietos y el uso de Internet.

La variable edad, a través del coeficiente que presenta, que se sitúa en -,011, nos informa de que el alumnado más joven del PIE valora como más positiva la calidad de la sociedad. Recordemos que esta variable reunía preguntas sobre la confianza en otras personas y en las instituciones, tensión entre grupos sociales o inmigración. El valor no es excesivamente alto al



movernos en un rango de 2,95 puntos, si bien consideramos que la edad es un factor relevante porque el estereotipo común acerca de la población mayor les relaciona con la desconfianza y la rigidez de pensamiento para comprender diferentes estilos de vida o ponerse en el lugar del otro. Comprobamos en esta investigación que si bien los mayores son capaces de comprender las diferencias, parece que su larga experiencia en el trato con las instituciones les genera resquemor hacia las mismas e influye en su calidad de vida en mayor medida cuando van cumpliendo años.

Los alumnos graduados son más optimistas con respecto a la calidad de la sociedad que sus colegas con menor experiencia en el Programa. El coeficiente que presenta esta variable es de un ,039, una cifra interesante en tanto que podría demostrarse la influencia de la participación de los mayores en una actividad formativa que busca educar e informar a ciudadanos críticos. En ocasiones este compromiso con la universidad les enfrenta con actividades intergeneracionales, visitas a centros policiales o charlas de autoridades municipales que pueden contribuir a mejorar y ampliar su visión global de la realidad.

También vemos que quienes tienen un mayor número de hijos perciben que la calidad de la sociedad es peor, el coeficiente que presentan en el modelo global es de -,066. Consideramos en este punto que pueden entrar en juego factores emocionales como el hecho de que los hijos puedan tener dificultad para encontrar estabilidad laboral y económica, que hayan sufrido algún problema de seguridad o prejuicios frente a los inmigrantes. Si consideramos en conjunto todas las variables relacionadas con la calidad de la sociedad esta es la que consideramos más influyente.

Por otra parte, quienes en la actualidad se encuentran aún a cargo de los hijos o de los nietos con mayor frecuencia, entienden que la calidad de la sociedad es mejor y este dato lo apreciamos en el dato del coeficiente que se sitúa en ,032. Concluimos que el hecho de tener responsabilidades familiares o la exposición a las ideas y puntos de vista de otras generaciones es un factor que influye positivamente en la percepción social. Pensamos también que el

mantener activas las relaciones sociales familiares también influye en cómo se percibe la sociedad.

Para terminar, descubrimos que el hecho de usar Internet con mayor frecuencia también es un factor influyente en cómo se percibe la sociedad y en este caso lo hace de manera positiva, con un coeficiente de  $-,044$ . Aquellos que navegan con mayor frecuencia y sabemos que básicamente lo hacen para informarse y para comunicarse, perciben que su calidad de vida relacionada con la sociedad es mejor en tanto en cuanto tienen acceso a conocimientos más amplios y pueden mantener activas sus redes sociales aparte de sentirse miembros de un mundo que evoluciona de manera rápida y continua.

El análisis del modelo completo relacionado con la salud nos informa de que las variables independientes que han sido seleccionadas como relevantes han sido las de sexo, curso, facilidad para llegar a fin de mes y el uso de Internet.

Sobre el sexo vemos, tal y como hemos estado comprobando a lo largo de la investigación, que las mujeres presentan un peor estado de salud que los hombres. Recordemos en este punto que la escala en este caso era opuesta a todas las demás, moviéndose en un rango de  $3,42$  y es por eso que el coeficiente en este caso es de  $,135$  y no presenta valor negativo. La diferencia es bastante significativa y una vez más nos enfrentamos a la realidad de que las mujeres presentan un peor estado de salud que influye en su calidad de vida.

La variable del curso se presenta en el modelo con un coeficiente de  $-,068$  y exponemos que es bastante menos significativa que el sexo y que son los mayores de los cursos más altos los que presentan un peor estado de salud, recordemos que también esa población de alumnos es más mayor que las de los primeros cursos. En este caso, la variable puede estar claramente soportando el peso de la variable edad que finalmente no entró en el modelo completo.

En cuanto a la variable relacionada con la facilidad o dificultad para llegar a fin de mes comprobamos como quienes lo tienen más fácil muestran una mejor salud que quienes presentan mayores dificultades. La diferencia es significativa entre ambos pues el resultado del coeficiente es  $,203$ . De hecho, esta es la variable que más influye en el modelo de análisis de la salud. Somos conscientes

de que los ingresos y la disponibilidad de recursos económicos pueden paliar o hacer más llevaderos los problemas de salud o poner medios para invertir en tratamientos, ayudas o apoyos. Resulta importante que los mayores perciban que tienen la posibilidad de llegar de manera holgada a final de mes para que su calidad de vida sea mejor y también que tengan la posibilidad de escalar en la pirámide de necesidades y llegar a su autodesarrollo más allá de problemas concretos relacionados con la salud.

Para terminar el análisis de la salud, vemos que en este modelo es importante el uso de Internet, incluso más que el curso. El coeficiente que presenta es de ,078 y comprobamos como quienes lo utilizan con mayor frecuencia presentan un mejor estado de salud. La ventana al mundo, a la comunicación, a la actualidad y a la información que ofrece Internet hace percibir la salud de una forma mucho más positiva y contribuye a una buena percepción de la calidad de vida.

En relación al estudio del resultado de la variable dependiente sobre el cuestionario de salud EQ-5D-5L comprobamos que las variables independientes que han sido seleccionadas como relevantes han sido las de sexo, edad, el hecho de ser graduado, situación laboral, número de personas en el hogar, facilidad para llegar a fin de mes, uso de Internet y práctica deportiva.

En este cuestionario, que recordemos preguntaba por dimensiones como la movilidad, el autocuidado, las actividades cotidianas, el dolor/malestar o la ansiedad/depresión, comprobamos como son las mujeres las que expresan peor valoración que los hombres en -.031. El coeficiente no es excesivamente elevado pero nos confirma lo que llevamos viendo a lo largo del estudio, que las mujeres presentan peores resultados que sus compañeros masculinos.

También vemos que los alumnos más jóvenes presentan, con un coeficiente de -,003, mejor valoración en el cuestionario de salud que los más mayores. Consideramos bastante lógico que las personas mayores desarrollen más problemas de salud que las personas más jóvenes aunque según los datos recogidos, creemos que la diferencia es estrecha en la población analizada en esta investigación.

Por otra parte, si bien el alumnado graduado es más mayor que los de los primeros cursos, comprobamos que quienes llevan más años con la condición de graduados presentan mejores niveles de salud que quienes se han graduado más recientemente. Consideramos que la explicación puede estar en que el tiempo ha hecho que los graduados con peor salud hayan dejado de matricularse y aquellos que están muy bien de salud sigan activos.

En relación a la situación laboral, el mejor estado de salud lo presentan los activos con un coeficiente de ,028, seguidos de las amas de casa con un ,0003, todos ellos con respecto al grupo de referencia que serían los jubilados. Con respecto a estos últimos, los desempleados desde hace menos de 12 meses tienen un coeficiente de -,001, los desempleados de larga duración de -,013 y los incapacitados -,199. La diferencia entre los activos y los incapacitados es enorme, si bien hemos de recordar que solo el 3% de la muestra se encontraba en esta última situación. Parece coherente que quienes desempeñan un empleo disfruten de un buen estado de salud, al igual que las amas de casa sobre las que recae un gran número de responsabilidades no solo físicas sino también afectivas. Es importante contar con información sobre la situación laboral al analizar la calidad de vida y relacionarla con la salud porque influye decisivamente.

El número de personas que vive en el hogar también es un indicador de cómo es el nivel de salud. Vemos que un mejor estado de salud se relaciona con un mayor número de gente en el hogar. Consideramos que el hecho de vivir con otras personas influye no solo en el nivel de actividad desarrollado sino también en la compañía y en el apoyo emocional que proporcionan ya que, por ejemplo, ayudan a alejar la depresión que es una de las dimensiones por las que fueron preguntados en el cuestionario.

Tal y como hemos visto en la variable anterior, en este análisis también comprobamos que la facilidad para llegar a fin de mes es un factor predictivo que nos ayuda a entender el mejor estado salud. Quienes llegan sin problemas a final de mes, presentan un coeficiente de -,030 por encima de aquellos que tienen dificultades. Parece que, tanto el nivel económico como el nivel de gasto, influyen

en la percepción de la salud y nuestro modelo completo entiende que estas variables tienen una influencia decisiva en la calidad de vida.

Para finalizar, el análisis de la práctica de diferentes actividades nos informa de que a mayor frecuencia de acceso a Internet y también a mayor práctica de actividades físicas, mejor salud tiene el alumnado. En el caso de las actividades físicas, el coeficiente que presenta el modelo es de  $-,014$  si bien no podemos establecer la dirección de la causalidad ya que desconocemos si el hecho de estar bien de salud propicia la práctica de actividades deportivas o viceversa. Por otra parte, con respecto al acceso a Internet, el coeficiente es de  $-,007$  y consideramos que el hecho de estar comunicado y manejar las nuevas tecnologías es un factor que influye en la percepción de la salud a nivel positivo.

Para la variable basada en la EVA el modelo completo ha seleccionado como variables independientes relevantes las siguientes: sexo, curso, facilidad para llegar a fin de mes, uso de Internet y práctica deportiva.

Tal y como habíamos interpretado en el punto anterior, es el género femenino el que presenta una peor valoración de su salud con una diferencia de  $-3,06$  con respecto a los hombres. Si bien la diferencia no es muy fuerte, es lo suficientemente significativa como para tenerla en cuenta en el estudio. En cualquier caso, a pesar de presentar un peor estado general de salud, las mujeres son el género mayoritario en el PIE. Para tener mayor certeza sobre los resultados sobre salud, necesitaríamos conocer cuál es el estado ideal de salud en ambos géneros para decidir si realmente son las mujeres quienes presentan una peor valoración porque podría darse el caso de que el umbral en ambos géneros se sitúe en diferentes posiciones.

Acerca del curso podemos decir que el alumnado matriculado en los primeros cursos afirma que su estado de salud es mucho mejor que el de los cursos superiores o graduados. En este caso, que el coeficiente se sitúa en  $-1,33$ , la diferencia es significativa y consideramos que puede haber tenido efecto la variable edad pues los alumnos más mayores están entre los graduados y los más jóvenes están matriculados en los dos primeros cursos.

Por otra parte, la variable más significativa para el modelo completo relacionado con la escala de salud es la facilidad para llegar a fin de mes, que presenta un coeficiente de -3,15 entre quienes llegan con facilidad y aquellos que tienen mayores problemas. Son los primeros los que expresan que su salud es mejor y una vez más comprobamos que los ingresos o la disponibilidad de recursos para efectuar gastos tienen un fuerte impacto en la percepción de la salud y por lo tanto en la calidad de vida. Consideramos que el dinero facilita una vida digna, sin renunciar a aspectos básicos como pueden ser la alimentación o las actividades de descanso y que favorece que los mayores puedan tener una sensación de tranquilidad con respecto al presente y al futuro.

Con respecto al uso de Internet podemos decir que los mayores que lo utilizan con mayor frecuencia presentan mejor salud que sus compañeros que nunca acceden, con una diferencia en el coeficiente de -1,37. Consideramos relevante que para algunas de las variables dependientes el hecho de utilizar las TIC y acceder a Internet sea un indicador de salud y calidad de vida. El hecho de utilizar la tecnología empodera a los mayores y les beneficia al sentirse responsables de su propia vida y ser capaces de seguir activos a nivel digital.

Para finalizar, comprobamos que realizar actividades físicas o deportivas también está relacionado con la buena salud, pues la diferencia en el coeficiente entre quienes no las practican y aquellos que lo hacen con mayor frecuencia es de -2,02. Consideramos que el deporte es un buen indicador de cómo es la salud de un alumno y vemos que le ayuda a sentirse sano.

El modelo completo de la Escala de Bienestar Mental WHO-5 nos informa de que para esta variable son importantes las variables independientes relacionadas con la facilidad para llegar a fin de mes, el uso de Internet y la participación en actividades sociales de un club, sociedad o asociación.

El hecho de llegar fácilmente a fin de mes es el factor que más influye en la percepción del bienestar y su coeficiente asciende a -1,22, siendo amplia la diferencia entre quienes consideran que tienen facilidad y quienes presentan dificultades. Volvemos a comprobar que el factor económico es importante a la

hora de determinar el bienestar y lo consideramos una pieza clave como predictor de la calidad de vida.

Por otra parte, los resultados de la escala también se ven afectados por el acceso a Internet y por la frecuencia de participación en actividades asociativas. En ambos casos, los coeficientes nos muestran que quienes acceden a Internet presenta mejor bienestar (-,0291) y quienes participan en actividades relacionadas con algún grupo tienen un coeficiente de -,645. Comprobamos que el hecho de mantenerse activo tanto en el mundo digital como participar en las actividades de diferentes organizaciones genera a los alumnos del PIE un alto bienestar que se traduce en una mayor calidad de vida.

Finalmente, tenemos otra variable dependiente relacionada con el bienestar subjetivo compuesta por variables que preguntaban directamente por el grado de felicidad, el optimismo, la libertad o por la satisfacción en general y en particular con determinados aspectos como pueden ser el nivel de vida, la familia o la vida social. En este sentido, las variables que han resultado ser relevantes en el modelo completo serías las que siguen: la situación laboral, el estado civil, la facilidad para llegar a fin de mes y el uso de Internet.

Con respecto a la situación laboral comprobamos que los que manifiestan tener un mejor bienestar son los jubilados, seguidos por las amas de casa que presentan un coeficiente de -,114 con respecto a estos, a continuación, encontramos a los activos cuyo coeficiente se sitúa en -,126 y más distanciados están los desempleados desde hace menos de un año con un -,213, los incapacitados (-,316) y finalmente los discapacitados de larga duración con un coeficiente de -,373. La diferencia entre estos últimos y los jubilados es bastante abultada y podemos concluir que la situación laboral afecta en gran medida a la percepción del bienestar al ser uno de los elementos importantes en torno al cual gira la vida de cualquier persona en edad activa. El hecho de estar jubilado y haber comenzado otro momento vital en el que el empleo no es protagonista, parece que mejora el estado de bienestar general y el alumnado se encuentra más feliz y satisfecho que quienes aún no han alcanzado ese momento.

Sobre el estado civil, comprobamos que quienes están casados afirman tener un mayor bienestar que sus compañeros que se encuentran en cualquier otra situación. En este sentido, los viudos presentan un coeficiente de  $-,173$ , quienes nunca se han casado o han vivido en pareja un  $-,242$  y los separados o divorciados un  $-,312$ . Según estos datos parece que el estado civil influye en el bienestar y son los que han estado casados en algún momento quienes peores cifras registran. Este hecho podría deberse a que quienes están acompañados y tienen el apoyo de una pareja experimentan niveles más elevados de felicidad o satisfacción y están más motivados para desarrollar cualquier tipo de actividad.

La variable que representa la facilidad para llegar a fin de mes muestra un coeficiente de  $-,183$ , lo que quiere decir que el bienestar de quienes tienen mayor dificultad en términos económicos es peor que el de aquellos que no tienen ningún tipo de problema. A lo largo de la investigación se ha comprobado que el factor económico es determinante para saber cómo valoran los alumnos su calidad de vida.

Finalmente, el uso de Internet también aparece como un factor a tener en cuenta para conocer el bienestar subjetivo pues aquellos que no lo utilizan presentan una diferencia frente a quienes lo utilizan de  $-,060$ .



## **CAPÍTULO 9: Resultados y discusión.**

### **9.1 Análisis de los resultados por hipótesis.**

El primero de los objetivos generales que se propusieron al comenzar esta investigación fue realizar un análisis global de la calidad de vida del alumnado del Programa Interuniversitario de la Experiencia de la Universidad de Burgos en las sedes de Burgos y Aranda de Duero.

Tras realizar un análisis exhaustivo en este sentido nos acercamos a las hipótesis que se propusieron desvelando si podemos confirmarlas o tenemos que rechazarlas.

- Los mayores universitarios no presentan problemas económicos o relacionados con la vivienda.

Hipótesis **confirmada**.

En este sentido podemos afirmar que la vivienda es uno de los aspectos que más bienestar les reporta, por encima de la salud, la educación o la vida familiar. En términos generales apenas tienen problemas en este sentido y creen que es muy improbable que tengan que abandonar la vivienda por falta de pago. Más de uno de cada tres confirma que no tiene dificultades para llegar a final de mes y prácticamente toda la muestra puede permitirse satisfacer necesidades tanto básicas como complementarias. Concluimos que la mayoría tiene algún tipo de ingreso y son totalmente residuales los casos en los que se expresa tener problemas para realizar diferentes tipos de pagos.

- El conjunto de la muestra disfruta de una vida familiar rica tanto en contacto como en apoyo social.

Hipótesis **confirmada**.

Comprobamos que los mayores están en contacto frecuente con sus familiares más cercanos, hijos en la mayoría de los casos, siendo el mismo no solo presencial sino también a través de medios telemáticos. En los casos en los que los hijos aún necesitan algún tipo de supervisión o en aquellas familias que

cuentan con nietos, destacamos el cuidado que los mayores ejercen. Por otra parte, la familia sería el apoyo al que la mayoría recurriría si necesitaran ayuda en caso de necesidad.

- Participan mayoritariamente en actividades de carácter social, deportivo y cultural.

Hipótesis **rechazada**.

Si bien gran parte del alumnado participa en actividades deportivas, aquellos que realizan alguna actividad de carácter social son una excepción. Aparte de su obvia participación cultural como alumnos del PIE, menos de la mitad afirma colaborar con frecuencia en actividades de asociaciones y el voluntariado aún es una alternativa de envejecimiento activo poco practicada entre el alumnado mayor.

- Los estudiantes del Programa Interuniversitario de la Experiencia presentan, en términos generales, una mejor calidad de vida que los mayores de la muestra nacional y europea.

Hipótesis **confirmada**.

Tras un análisis de las diferentes dimensiones podemos concluir que los resultados de los mayores del PIE de las sedes de Burgos y Aranda son mejores en las dimensiones de bienestar subjetivo, vivienda y entorno local, exclusión social y participación en la comunidad, nivel de vida y privaciones, vida familiar y social y salud. Por otro lado, el alumnado del PIE presenta peores resultados en la dimensión de calidad de la sociedad y en la relacionada con la calidad de los servicios públicos.

El segundo objetivo general que nos planteamos estaba enfocado a explicar cómo es la CVRS del alumnado del PIE de la Universidad de Burgos en las sedes de Burgos y Aranda de Duero.

A partir de estos objetivos, se esperaba que se cumplieran las hipótesis que se recogen a continuación y de las que exponemos si se han confirmado o rechazado.

- Existen diferencias estadísticamente significativas en la variable dependiente (EVA) provocadas por la variable independiente (sexo).

Hipótesis **confirmada**.

Los alumnos de sexo masculino expresan tener una percepción más positiva de su salud en la mayoría de las dimensiones sobre las que se les ha preguntado en contraposición a sus compañeras femeninas. Podemos afirmar que los hombres tienden a valorar mejor sus niveles de salud que las mujeres y estas diferencias entre sexos son significativas a nivel estadístico.

- El alumnado de mayor edad expone tener más problemas relacionados con la salud.

Hipótesis **confirmada**.

Efectivamente, a mayor edad del alumnado peor es la valoración que realiza sobre su propia salud. Los alumnos con mejor resultado en la EVA han sido quienes cursan segundo curso, que han tenido de media un 80,38 y cuya edad media es la más baja, 62,79 años. Por otra parte, comprobamos que es una tendencia que se mantiene puesto que los siguientes alumnos con mejor clasificación media en la escala son los de primero que a su vez son los siguientes más mayores y lo mismo sucede con los de tercero que cuentan con una edad media de 64,84 años. Finalmente, los alumnos graduados, que tienen 6,33 años más que los más jóvenes, obtienen una puntuación media de 73,84 en la EVA, lo que supone una diferencia de 6,54 puntos con respecto a sus compañeros de segundo que son los más jóvenes. Concluimos en este punto que existen diferencias relacionadas con la edad, aunque no son estadísticamente significativas.

- Existe una correlación positiva entre la autopercepción del estado de salud y la felicidad y la satisfacción vital

Hipótesis **confirmada**.

Comprobamos que existe una correlación positiva entre la autopercepción del estado de salud y la felicidad y la satisfacción vital. Más concretamente

podemos afirmar que la correlación es más fuerte con la felicidad que con la satisfacción. La relación entre las variables de satisfacción vital, felicidad y autoevaluación de salud dan cuenta del bienestar subjetivo, como constructo general que aglutina elementos tanto cognitivos como afectivos. En nuestro estudio se estableció una relación significativa entre auto-evaluación de salud y satisfacción, de 0,47 y entre auto-evaluación de salud y felicidad de 0, 56.

Finalmente, el tercer objetivo general de esta investigación planteaba la necesidad de desarrollar un modelo estadístico completo para conocer qué variables independientes eran relevantes para cada variable dependiente en relación a la calidad de vida del alumnado del PIE de la UBU en las sedes de Burgos y Aranda de Duero.

A partir del mismo se plantearon una serie de hipótesis basadas en las lecturas realizadas y en el convencimiento de que ser estudiante del PIE mejora la calidad de vida.

Se presentan a continuación las hipótesis con la explicación correspondiente para determinar si cada una de ellas se confirma o, por el contrario, es rechazada.

- Hay diferencias significativas en la calidad de vida en relación al curso, presentando los más veteranos mayores niveles de satisfacción.

Hipótesis **rechazada parcialmente**.

Los resultados nos informan de que el curso solo es relevante para dos de las variables relacionadas con la salud y en ambos casos, son los más jóvenes quienes presentan niveles de satisfacción más elevados. Por otra parte, comprobamos que los graduados presentan mayor calidad de vida cuando son preguntados por la calidad de la sociedad y también en la variable de salud EQ-5D-5L que recordemos recogía información sobre la movilidad, el autocuidado, las actividades cotidianas, el dolor/malestar y la ansiedad/depresión.

- El nivel de estudios alcanzado es un factor predictivo sobre la calidad de vida, presentando en todos los casos una tendencia creciente.

### Hipótesis **rechazada**.

La variable “nivel de estudios” se ha presentado como una de las menos influyentes sobre las variables dependientes. No tiene influencia sobre la salud ni física ni mental y únicamente en la valoración acerca de los servicios públicos encontramos esa tendencia creciente que vaticinábamos en la hipótesis. De cualquier forma, cuando el nivel de estudios es relevante, encontramos que aquellos alumnos con niveles altos de formación también son quienes presentan mayor calidad de vida.

- Existen diferencias significativas en el estado de salud según la edad y el sexo, siendo las mujeres y los más mayores quienes presentan peores niveles de salud.

### Hipótesis **confirmada**.

En relación al sexo comprobamos que son las mujeres quienes en las tres variables dependientes relacionadas con la salud son las que presentan unos resultados más negativos. Por otra parte, con respecto a la edad podemos afirmar que los alumnos más jóvenes son quienes tienen un mejor estado de salud. En este sentido, hemos considerado las variables independientes de la edad y del curso, teniendo en cuenta que en los primeros cursos los alumnos tienen una menor edad media.

- La práctica de diferentes actividades de ocio influye positivamente en la percepción del bienestar mental y subjetivo.

### Hipótesis **confirmada**.

Sobre las actividades de ocio podemos afirmar que la que tiene una mayor influencia tanto en el bienestar mental como en el subjetivo es el uso de Internet, presentando mayores niveles de bienestar los alumnos que navegan con mayor frecuencia. En este sentido la práctica deportiva no es relevante pero el asociacionismo lo es para el bienestar mental.

- Las diferencias en relación a llegar con facilidad a fin de mes son significativas con respecto a todas y cada una de las variables dependientes.

Hipótesis **rechazada**.

Si solo manejásemos variables independientes en relación a términos de salud física, bienestar mental y bienestar subjetivo podríamos confirmar la hipótesis pues en esos casos se ve claramente la relación con la facilidad para llegar a fin de mes. Sin embargo, la percepción de los servicios públicos y la calidad de la sociedad no se ven influenciados por este hecho y es esta circunstancia la que nos lleva a rechazar la hipótesis propuesta. Comprobamos que el nivel de ingresos y gastos influye de manera importante en la percepción de la calidad de vida de los alumnos mayores.

- Hay diferencias significativas en el estado de salud según la situación laboral y el estado civil.

Hipótesis **rechazada**.

En este caso encontramos que el estado civil no tiene ninguna influencia en el estado de salud. En las tres variables que hemos manejado en relación a la salud no se han encontrado evidencias al respecto. Por otra parte, la situación laboral solo es relevante en los resultados del EQ-5D-5L, presentando el alumnado en activo puntuaciones más positivas que el resto de grupos analizados.

## **9.2 Análisis de los resultados mediante una comparativa con los instrumentos globales de medida del envejecimiento y/o de la calidad de vida.**

Muchos de los instrumentos globales que miden el envejecimiento o la calidad de vida recogen las dimensiones que se han estudiado a través del EQLS 2012 en el alumnado del PIE. Así las cosas, como parte de las conclusiones procedemos a realizar una comparación entre los resultados de nuestra muestra y los índices y encuestas que fueron presentados en el capítulo 4. Las figuras

que se presentan a continuación muestran las dimensiones en dos colores, verde en aquellos casos que la muestra del PIE puntúa mejor que aquella con la que se compara y rojo, para aquellos casos en los que el posicionamiento es peor.

En primer lugar, nos enfrentamos a los datos del Índice Global del Envejecimiento, donde los mayores del PIE presentan mejores resultados en cinco de las ocho dimensiones estudiadas. En relación a la cobertura de pensiones, los alumnos de la UBU están un 14,3% por encima de la media española; también están un 4,5% por encima en libertad cívica, un 4% en conexiones sociales, un 13% en seguridad física y finalmente, la mayor diferencia es la que se presenta con respecto al rendimiento educativo, donde nuestra muestra presenta un resultado un 37,8% más elevado (Figura 178).

En términos generales, podemos decir que tenemos mucho margen de mejora en relación al empleo, pues los mayores del PIE apenas están insertados en el mercado de trabajo si bien, preguntados por esta circunstancia, la mayoría afirma que no les gustaría trabajar en este momento. Parece que la formación de mayores en el ámbito universitario es vista como un complemento a la situación de jubilación e inactividad laboral, un momento dedicado en gran medida al ocio formativo, libremente elegido como medio de desarrollo personal.

Por otra parte, también encontramos diferencias con respecto al acceso al transporte público y vemos que los alumnos del PIE consideran que este es peor que el del resto de los mayores españoles. Finalmente, en relación al bienestar mental relativo comprobamos que *a priori* es peor en los mayores del PIE, sin embargo, como esta medida es en sí misma una comparativa con respecto a la población de entre 35 y 49 años, la diferencia no nos parece relevante.

Figura 178. Diferencias entre los resultados del PIE de la Universidad de Burgos y los resultados de la muestra española en el Índice Global del Envejecimiento.



Fuente: Elaboración propia.

La comparación con el Índice de Envejecimiento Activo favorece a los mayores del PIE en las dimensiones relacionadas con la posibilidad de llevar una vida independiente sana y segura y con la que se vincula con la capacidad y los entornos favorables para una vida activa. En ambos casos encontramos diferencias que van del 15 al 19% (Figura 179).

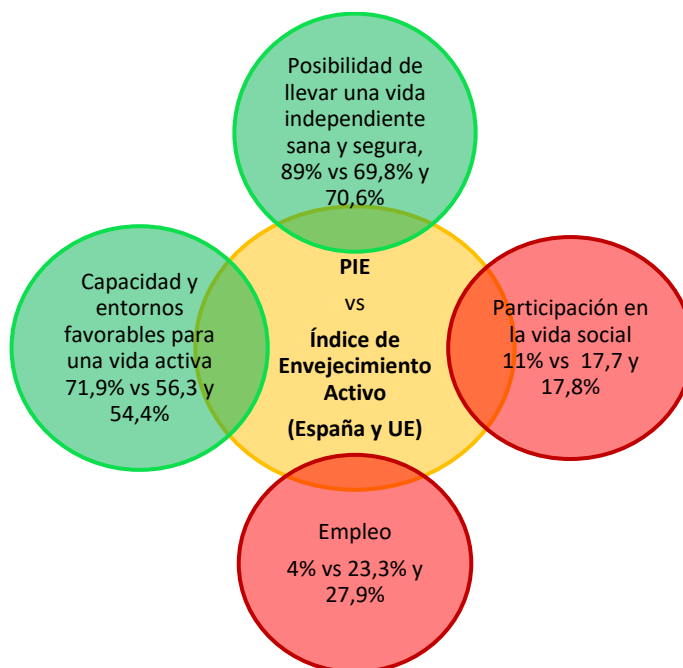
Por otra parte y tal como ya se ha visto en el índice analizado en el punto anterior, el empleo es la dimensión en la que encontramos mayores diferencias a favor de la población en general. Destacar que España, como país, presenta menores niveles de empleo en las personas mayores que la media europea, con una diferencia de más del 4,5%.

Finalmente, comprobamos que el alumnado del PIE tiene una menor participación social que los mayores tanto españoles como europeos. Este resultado se explica porque este instrumento tiene en cuenta información relativa al voluntariado, a la participación política y al cuidado de hijos/nietos o de personas mayores y tal y como vimos en la descripción de los datos, los mayores del PIE participan poco en actividades de voluntariado y tienen una participación



anecdótica en temas políticos. En relación a los cuidados de familiares, tanto de personas mayores como menores, el alumnado de la UBU no alcanza el porcentaje de sus homólogos tanto españoles como europeos.

Figura 179. Diferencias entre los resultados del PIE de la Universidad de Burgos y los resultados de la muestra española y europea en el Índice de Envejecimiento Activo.



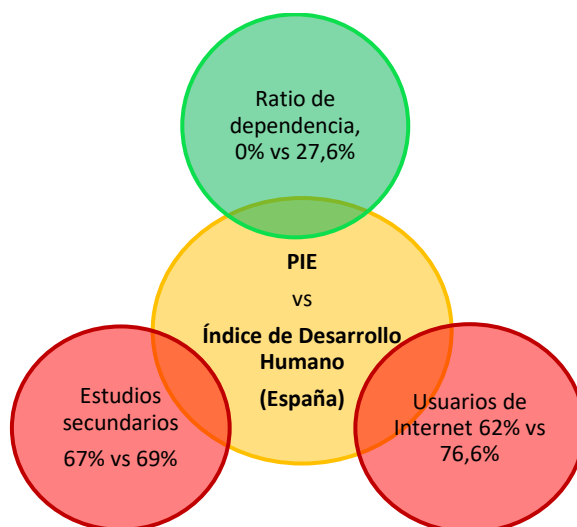
Fuente: Elaboración propia.

La comparación con respecto al Índice de Desarrollo Humano solo se ha realizado en los aspectos que coincidían con los datos que tenemos disponibles a partir de la aplicación de la EQLS 2012.

En este sentido, nos favorece el hecho de que el PIE sea una actividad de envejecimiento activo pues nuestra ratio de dependencia es cero y si bien nuestro porcentaje de usuarios de Internet es cerca de un 15% menor que el del total de España, las cifras son muy buenas porque más de la mitad de nuestros alumnos manejan las TIC (Figura 180).

Sobre el total de alumnos que poseen estudios secundarios, nos encontramos con valores muy similares entre la población total y los mayores del PIE quienes solamente se encuentran un 2% por debajo.

Figura 180. Diferencias entre los resultados del PIE de la Universidad de Burgos y los resultados de la muestra española en el Índice de Desarrollo Humano.

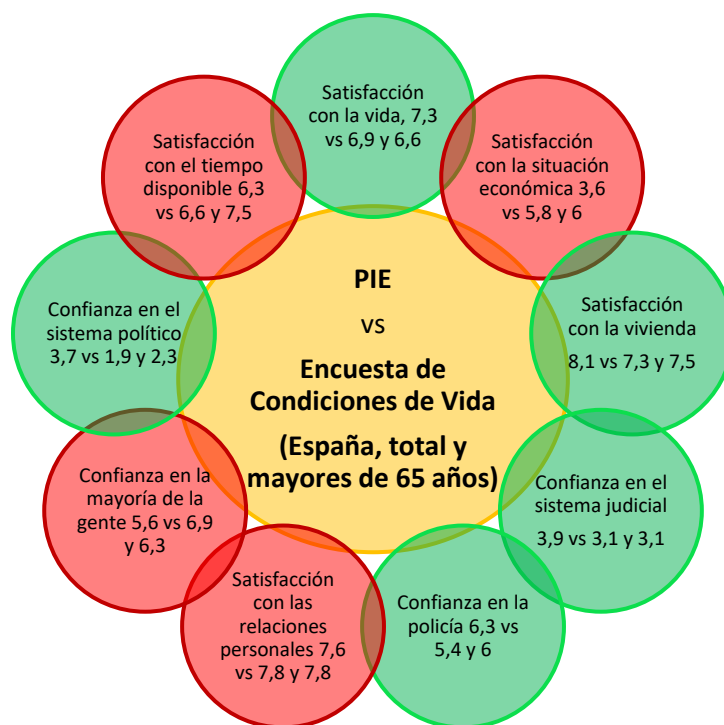


Fuente: Elaboración propia.

El análisis de las diferencias entre el alumnado del PIE y la muestra española, no solo total sino también entre los mayores de 65 años, nos arroja una mayoría de dimensiones en las que el alumnado de la UBU presenta puntuaciones más altas. Los mayores del PIE tienen mayor confianza en el sistema político y judicial, así como en la policía, sin embargo nos interesa resaltar su mejor puntuación en relación con la satisfacción con la vivienda y la vida. En este último punto, confirmamos la importancia del buen resultado porque las personas mayores de la muestra total presentan una puntuación 3 décimas más baja que la muestra general y el alumnado del PIE ha conseguido situarse por encima de ambas (Figura 181).

En el otro extremo, nuestra muestra claramente presenta mayor descontento con la situación económica o con el tiempo disponible. Sobre la confianza en la mayoría de la gente, confirmamos que los mayores son más desconfiados que el conjunto de la población. Finalmente, las diferencias en torno a la percepción de las relaciones sociales son solamente de dos décimas.

Figura 181. Diferencias entre los resultados del PIE de la Universidad de Burgos y los resultados de la muestra española de la Encuesta de Condiciones de Vida.



Fuente: Elaboración propia.

Al igual que en la encuesta anterior, los Indicadores de Calidad de Vida inciden en la diferencia a favor del alumnado del PIE con respecto a la muestra española y europea, tanto en el sistema judicial como en la satisfacción con la vida. A estas dimensiones se unen las relacionadas con la seguridad nocturna, la satisfacción con el entorno y el apoyo de personas en caso de necesidad (Figura 183).

Por otra parte, encontramos puntuaciones más bajas del alumnado del PIE en relación a la satisfacción con la situación económica, con las relaciones personales y con la salud percibida como muy buena. En esta última dimensión, el alumnado universitario puntúa mejor que la muestra total de la Unión Europea y solamente un 5% por debajo de la muestra total de la población española, lo que valoramos como un dato muy positivo.

Figura 182. Diferencias entre los resultados del PIE de la Universidad de Burgos y los resultados de la muestra española y europea de los Indicadores de Calidad de Vida.

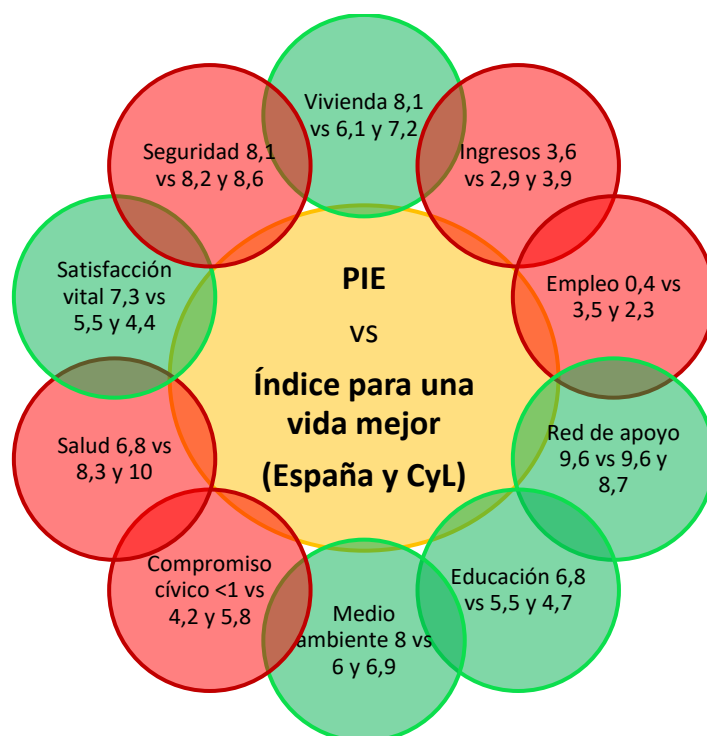


Fuente: Elaboración propia.

Con respecto al Índice para una vida mejor, en las siguientes dimensiones los mayores de la Universidad de Burgos presentan peores resultados que la media española y castellano-leonesa: seguridad, salud, compromiso cívico y empleo (Figura 183). En las dos últimas dimensiones, por las características de la muestra, mayoría de jubilados y pre-jubilados así como de amas de casa, consideramos que establecer una comparativa puede resultar forzada y no representativa de la realidad. Si bien, queda clara la dificultad de compatibilizar la formación universitaria con un empleo. Por otra parte, si hablamos de compromiso cívico, nos encontramos con la escasa participación del alumnado en este tipo de actividades, sin embargo, no conocemos el dato de participación electoral de los mismos. A nivel de ingresos, el alumnado del PIE presenta ingresos más elevados que la muestra total aunque menores que la muestra de Castilla y León, por eso consideramos que si bien, no tienen una situación muy mala, comparados con su entorno, esta es claramente peor.

Como aspectos positivos podemos resaltar la satisfacción vital, la red de apoyos, la educación, la vivienda y el medio ambiente. Es solamente en estas dos últimas dimensiones donde la muestra regional supera a la nacional. Encontramos puntuaciones similares en la red de apoyo.

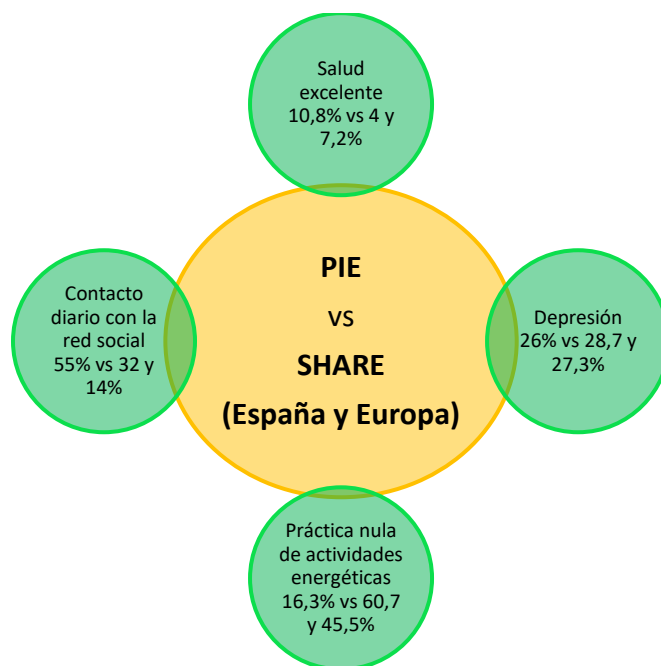
Figura 183. Diferencias entre los resultados del PIE de la Universidad de Burgos y los resultados de la muestra española y castellano-leonesa del Índice para una vida mejor.



Fuente: Elaboración propia.

Finalmente, el SHARE nos arroja un resultado magnífico a nivel comparativo. La muestra del PIE presenta más individuos con salud excelente, menor incidencia de depresión, mayor contacto diario con la red social y solamente un 16% de alumnos que no practican actividades energéticas (Figura 184). En Europa presentan mejor salud, más práctica deportiva y menor depresión que en España, si bien en España cultivamos más las redes sociales.

Figura 184. Diferencias entre los resultados del PIE de la Universidad de Burgos y los resultados de la muestra española y castellano-leonesa del SHARE.



Fuente: Elaboración propia.

El último barómetro del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) de noviembre de 2016 recoge algunas de las cuestiones abordadas en esta investigación. Si comparamos los resultados de ambos estudios descubrimos que, en términos de felicidad, los mayores del PIE están por debajo de la media nacional pues presentan una puntuación de 7,3 puntos sobre 10 y la media se sitúa en 7,5. Sin embargo, están ligeramente por encima de la media de los mayores de 55 años. En cuanto al nivel de estudios, podemos afirmar que los alumnos de la UBU presentan, con respecto a los mayores de la muestra del CIS, mayor proporción de estudios tanto secundarios, como de formación profesional y superiores.

Por otra parte, el alumnado del PIE asiste a oficios religiosos con mayor frecuencia que el total de la muestra y especialmente, más que los mayores de 55 años de la muestra global. En cuanto a la situación económica de España, el alumnado de la UBU considera que es peor que todos los grupos de población estudiados por el CIS y la mayoría cree que la situación es similar a la registrada en los 12 meses anteriores y que será igual en los próximos 12 meses.

Si comparamos nuestros resultados con los de la Encuesta Nacional de Salud en España (ENSE) 2011/2012, que es la última que ha sido publicada y que utiliza la EQ-5D-5L EVA, vemos que hay similitudes en el sentido de que tanto en nuestra investigación como en el citado informe se confirma que las mujeres declaran más problemas de salud que los hombres en la mayoría de las dimensiones y que es la dimensión dolor/malestar en la que ambos sexos afirman tener algún problema con mayor frecuencia. Los alumnos del PIE presentan porcentajes más bajos de problemas relacionados con la movilidad que la población en general y comprobamos que en la dimensión relacionada con el autocuidado, existen diferencias importantes principalmente a partir de los 75 años, ya que nuestra muestra puntúa mejor en cerca de un 15% que la muestra general. Una situación similar a la descrita anteriormente ocurre en la dimensión referida a las actividades de la vida cotidiana.

Por otra parte, en las dimensiones de dolor/malestar y ansiedad/depresión, la situación es completamente diferente a las descritas hasta el momento y encontramos que el alumnado del PIE obtiene peores resultados que la población en general, siendo más acentuado este hecho en el sexo masculino que en el femenino.

Por otra parte, la ENSE, que mide la CVRS en la población adulta en general, concluye que la puntuación media de la EVA es de 77,53 en una escala de 100 y que los valores decrecen de manera sistemática con la edad, un hecho que también queda reflejado a través de la información recopilada y analizada en esta investigación. En nuestro estudio, la media de la EVA del alumnado es de 77,32 puntos, un valor muy positivo en nuestro caso ya que no solo está cercano a la media del conjunto de la población española, sino que es prácticamente el mismo valor que el de Castilla y León, 76,34 puntos. Por otra parte y siguiendo con la comparación con respecto a la región de Castilla y León, comprobamos que, si bien la población en general presenta mayor porcentaje de problemas en las dimensiones de actividades cotidianas y movilidad, en nuestra muestra esos amplios porcentajes quedan reflejados en las dimensiones de dolor/malestar y ansiedad/depresión como sucede en los datos generales de la población española.

Estos datos nos informan de que los niveles de salud de los alumnos del PIE de la UBU son muy similares a los de la población en general, donde se incluyen personas desde los 18 hasta más de 85 años, lo que apoya la idea de que aprender a lo largo de la vida tiene numerosos beneficios tanto personales como sociales y contribuye de manera clara a mantener los niveles de salud o incluso mejorarlos.

Podemos afirmar que los adultos mayores españoles perciben que su salud es peor en comparación con los alumnos universitarios de la UBU, sin embargo, a pesar de este dato no podemos concluir que esa situación sea consecuencia directa de una intervención educativa enmarcada dentro de unos objetivos de envejecimiento activo. Lo que si estamos en condiciones de afirmar es que aquellos alumnos que permanecen matriculados en el PIE después de graduarse, a pesar de tener una edad media de 69,12 años, presentan mejores resultados en la EVA que sus homólogos/as de la muestra nacional. Parece claro que formarse en la madurez tiene relación directa con una mejor percepción de la salud y que pese a que queda claro que la CVRS depende en buena medida de la edad y del sexo (ENSE, 2014) hay otras variables que pueden influir de manera clara en esa percepción.

En términos generales, los mayores del PIE de la UBU en sus sedes de Burgos y Aranda de Duero, presentan mejores resultados que la población en general, tanto española como europea y que los mayores de 65 años. La calidad de vida en este sentido es elevada, con buena salud y bienestar subjetivo, práctica de actividades físicas, relaciones sociales que apoyan en caso de necesidad, seguridad financiera o satisfacción con el entorno. Presentan algún problema de satisfacción con las instituciones, tienen poca implicación social y tasas de empleo muy bajas, sin embargo, son pocos los alumnos a que les gustaría estar trabajando en este momento.

Tras este exhaustivo análisis, podemos concluir que la CdV del alumnado del PIE es mejor que la de sus conciudadanos, si bien hay dimensiones en las que existe un amplio margen para seguir mejorando.



### **9.3 Discusión.**

Las características de la muestra nos hacen pensar que el perfil de los mayores participantes en el PIE de la Universidad de Burgos se presenta como el de personas mayores privilegiadas, que probablemente no representan a todo el colectivo de mayores. Son especialmente participativos, no tienen problemas importantes de salud, muestran tener intereses culturales, cuentan con apoyo social y su envejecimiento sigue un patrón que podemos considerar como activo. A esta misma conclusión llegó Villar Posada en 2010 cuando evaluó los PUMs de las Comunidades valenciana y catalana.

Sin embargo, desde un enfoque crítico podemos afirmar que no todos los mayores tienen igual acceso a los PUMs, por lo que a pesar de sus indudables beneficios, de alguna manera también promueve la marginalización de los más vulnerables (Formosa, 2012). En términos generales, podemos señalar que la escasa demanda de formación a edades avanzadas está asociada a factores como el bajo nivel educativo, la salud y los ingresos, pero también a otros de tipo cultural (Lardiés-Bosque et al., 2013). Este hecho explicaría que, en algunos países como Estados Unidos u Holanda, los mayores sí que inviertan un tiempo bastante significativo a la formación (Gauthier y Smeeding, 2003).

De cualquier forma, podríamos afirmar que los mayores universitarios constituyen un nuevo grupo social, aún escaso, pero que nos abre la perspectiva de cuáles son las necesidades y las demandas de las nuevas generaciones y cómo podemos contribuir a su desarrollo y al mantenimiento de las características positivas que les definen sabiendo que los estilos de vida saludables son factores protectores de la calidad de vida que al asumirlos responsablemente ayudan a prevenir desajustes biopsicosociales (Pérez, Malagón y Amador, 2006).

Actualmente nos encontramos en una situación que podríamos calificar de idílica pues los mayores con los que trabajamos en los PUMs no presentan una edad demasiado elevada, se jubilaron relativamente pronto o no trabajaron fuera de casa por dedicarse a las labores domésticas y disfrutaban de unos holgados ingresos económicos que, tal y como hemos comprobado, es un hecho que influye decisivamente en su bienestar. Sin embargo, desconocemos que

cauces tomará el envejecimiento de la población y las políticas relacionadas con el mismo.

En este sentido, los PUMs son una de las alternativas para fomentar el envejecimiento activo de la población mayor que aseguran el incremento en los niveles de integración y actividad social de los mayores (Montoro y Pinazo, 2005). Creemos, por tanto, que habría que ir diseñando una estructura en la que integrar los nuevos planteamientos políticos que modificarán las relaciones laborales, el envejecimiento activo y las propuestas universitarias para las personas mayores, todo ello con el objetivo de aprovechar los esfuerzos realizados y poder seguir trabajando para ofrecer espacios culturales y universitarios a las personas mayores en su tiempo de ocio.

Kuykendall, Tay y Ng (2015) afirman que las actividades de ocio promueven el bienestar subjetivo en la edad adulta por su asociación con motivaciones intrínsecas, por la libertad percibida y por otros beneficios de carácter psicológico. Es importante participar en proyectos elegidos personalmente porque contribuyen a tener una satisfacción elevada (Lawton, Moss, Winter y Hoffman, 2002). Por ejemplo, un estudio reciente concluyó que las actividades de ocio se relacionan positivamente con el bienestar subjetivo entre los mayores chinos y que podrían jugar un papel protagonista promoviendo el envejecimiento saludable (Zhang, Feng, Lacanienta y Zhen, 2017).

Así, Newman, Tay y Diener (2014) explican que las actividades de ocio que satisfacen múltiples necesidades psicológicas tienen una mayor probabilidad de promover bienestar subjetivo. A grandes rasgos, el disfrute del ocio en la vejez está relacionado con la percepción de felicidad, el ajuste a las circunstancias vitales y la implicación en los procesos vitales (Katz, 2000) y es un ámbito privilegiado para la construcción personal que, además, contribuye al bienestar (Monteagudo, 2007). Estas afirmaciones son coincidentes con los resultados obtenidos en nuestro estudio.

El ocio, como experiencia con valor en sí misma, se distingue por su capacidad de sentido y su potencial para crear encuentros creativos que originan desarrollo personal, hablaríamos entonces de un ocio humanista (Cuenca, 2004). Si una experiencia de ocio es aquella que se desarrolla con una

percepción de libertad más la suma de la motivación intrínseca, se trata de conductas que el individuo realiza por el interés y el placer de realizarlas (Lázaro, 2008). En los PUMs, la necesidad de aprender está motivada por el mero placer de acercarse a la cultura y al conocimiento, sin esperar nada a cambio. El hecho de disfrutar libremente de ese tiempo y lograr de esa manera crecimiento interior, hace que pueda vivirse como una experiencia de ocio en su dimensión formativa.

Por lo tanto, los mayores que participan en actividades formativas como los PUMs tendrían en este contexto oportunidades de socialización, estimulación cognitiva, crecimiento personal y, en ocasiones, actividad física. Los resultados que hemos obtenido en nuestra investigación también apuntan hacia esta línea.

Una adecuada ocupación del tiempo libre determina una correlación positiva con la salud física y mental, lo que determina a su vez una mayor satisfacción y calidad de vida (Atchley, 1989), por este motivo consideramos que el ocio debe acompañar a las personas a lo largo de toda su vida (Payne y Barnett, 2006). El PIE de la Universidad de Burgos, como actividad de ocio formativo, contribuye al desarrollo integral del alumnado y este hecho tiene consecuencias positivas en la calidad de vida.

Ya hemos visto que hay un gran cuerpo de evidencia científica que demuestra que las intervenciones para el envejecimiento exitoso son eficaces (Braveman, Egerter y Williams, 2011; Coberley, Rula y Pope, 2011; Peel, McClure y Bartlett, 2005) pero consideramos que el envejecimiento activo ha de ofrecer determinadas oportunidades entre las que los mayores puedan elegir libremente, teniendo asegurados los tres elementos que caracterizan el concepto, como son la seguridad, la salud o la posibilidad de participación a través de diferentes vías. Entendemos que el envejecimiento activo es un recurso fundamental para que las personas puedan alcanzar su potencial de calidad de vida, encontrar significado para sus vidas y participar en la sociedad de acuerdo a sus capacidades, necesidades y deseos (Pinazo, 2012). Los resultados del estudio realizado en la UBU confirman que los mayores matriculados en el PIE están orientados hacia la CdV y tienen claras sus exigencias y qué actividades pueden satisfacer las mismas.

No podemos obviar, tal y como se ha demostrado en esta investigación, que las personas mayores que se implican en experiencias educativas aumentan su bienestar y su calidad de vida porque son capaces de desarrollar nuevas redes sociales, integrarse a nivel social o interesarse por nuevas actividades (Jarvis, 2001; Manheimer, 2002; Manheimer y Moskow-MacKenzie, 1995) y es por ello que, una vez encontrada la manera de apostar por la calidad de vida, habría que seguir trabajando en esa dirección.

Tal y como afirma García (2011), la educación en las personas mayores favorece un mejor ajuste y una mayor satisfacción vital y el mantenimiento de óptimos niveles de calidad de vida. El aprendizaje puede beneficiar, a nivel de salud, a todos los sujetos independientemente de sus niveles iniciales de bienestar mental y psicológico (Hammond, 2004). La educación mejora la calidad de vida al aumentar el bienestar subjetivo y el conocimiento personal y social lo que permite a los estudiantes sentirse parte de la sociedad (Escuder-Mollón, Esteller-Curto, Ochoa y Bardus, 2014).

Podemos decir que la importancia de la formación a lo largo de la vida es que da respuestas a las nuevas necesidades fruto de la constante transformación social (Amador, Malagón y Mateos, 2006). El hecho de tener un envejecimiento activo y feliz está influenciado por procesos educativos duraderos y por la educación continua (Zielińska-Więczkowska, Muszalik y Kędziora-Kornatowska, 2012). En este sentido, gracias a los resultados obtenidos, podemos afirmar que los PUMs de la UBU contribuyen al desarrollo integral de su alumnado y que estos presentan altos niveles de calidad de vida.

Según algunos estudios, alrededor del 75% de las personas mayores de edad valora su calidad de vida como buena o muy buena y la gran mayoría se adapta satisfactoriamente a las consecuencias del envejecimiento y refiere un nivel alto de satisfacción con la vida (Richart et al., 2011). Fernández-Ballesteros (2009) afirma que los mayores obtienen puntuaciones ligeramente superiores a la media en satisfacción con la vida y ligeramente inferiores a la media en felicidad. En este sentido, podemos confirmar que los resultados de los mayores del PIE de la Universidad de Burgos en las sedes de Burgos y Aranda de Duero también se encuentran en esa línea.

Cuando las personas mayores son preguntadas por los principales ingredientes de la calidad de vida, afirman que son la salud, la independencia, los recursos económicos y las relaciones sociales. Pueden seguir manifestando altos niveles de satisfacción y bienestar sobre todo cuando disfrutan de una posición socioeconómica elevada, tienen una amplia red de apoyo y pueden expresar plenamente su autonomía (Carstensen, Pasupathi, Mayr y Nesselroade, 2000; Diener y Suh, 1997; Zamarrón y Ballesteros, 2000). A esta misma conclusión hemos podido llegar gracias a nuestro estudio donde hemos comprobado que el factor económico es relevante e influye decisivamente en la calidad de vida en aspectos como la salud o el bienestar.

Así, una posición socio-económica más elevada favorece mejores niveles de salud, mejor calidad ambiental y mayor participación social, de la misma manera que a mayor edad peor salud y habilidades funcionales, menor renta y menor nivel educativo y que los hombres presentan mejor salud, mayor renta y mayor nivel educativo que las mujeres (Fernández-Ballesteros et al., 2009). En este sentido, encontramos que los puntos en común de este estudio con nuestra investigación son bastantes al ser los más favorecidos a nivel económico quienes también presentan mejor salud, que los hombres tienen mejor salud y mayor nivel educativo que las mujeres y que la edad influye en la percepción de la salud.

La Dra. Antelo Martelo analizó en su tesis doctoral de 2003 la calidad de vida percibida por las personas mayores de un programa de formación universitaria gerontológico mediante el Cuestionario Breve de Calidad de Vida (CUBRECAVI) de Fernández-Ballesteros y Zamarrón. Antelo llegó a la conclusión de que el alumnado universitario tenía menos dolores que el grupo de control, menor morbilidad, mayor integración social con personas ajenas al entorno familiar, presentaba mejores habilidades funcionales, alto grado de satisfacción con sus viviendas, elevados niveles de alumnos con estudios de grado medio, satisfacción con los servicios sociales, mejor media de ingresos mensuales y buena percepción de la salud. En este sentido, encontramos similitudes con nuestra muestra y aunque nuestro alumnado es ligeramente más joven, también tiene un nivel socioeconómico y educativo medio-alto, un estado de salud muy satisfactorio, pocas cargas familiares y buena capacidad funcional y de relaciones sociales.

Según Vilaplana (2010), la participación en los PUMs está correlacionada positivamente con el hecho de vivir una jubilación satisfactoria y gozar de una calidad de vida buena. De hecho, esta última circunstancia mejora en cerca de un 50% en aquellos mayores universitarios. Esta investigadora analizó las características de los participantes con la Encuesta de Condiciones de Vida de las Personas Mayores realizada por el IMSERSO en el año 2006 y para medir la calidad de vida utilizó la Escala de Calidad de Vida desarrollada por Chan et al. (2004). En su muestra, al igual que en la nuestra, los hombres son minoría, sin embargo, presentan mejor calidad de vida que sus compañeras. Por el contrario, un trabajo de Castellón et al. de 2004 concluía que no existían diferencias por sexo en el nivel de satisfacción entre los estudiantes si bien la muestra que utilizó solo estaba compuesta por 60 individuos y el concepto de satisfacción solo englobaba tres dimensiones.

Otra investigación desarrollada desde la Universidad de Salamanca por Moro Baizán (2010) buscaba conocer los cambios en la calidad de vida del alumnado del PIE de Castilla y León. Entre las conclusiones que se alcanzaron pudieron confirmar que la calidad de vida de los participantes mejoró al aumentar su bienestar psicológico y el apoyo social, también encontraron diferencias significativas por sexo, edad, nivel de estudios y modo de convivencia

Orte Socías analizó con dos estudios de campo desarrollados entre 2001 y 2003 la calidad de vida de los mayores universitarios del programa denominado Universidad Abierta de la Universidad de las Islas Baleares. Los resultados fueron que los mayores estaban satisfechos con su vida, se sentían bien de salud, tanto física como psicológica y desarrollaban acciones en esa línea porque deseaban seguir así. Comprobaron también que el grupo estaba orientado hacia actividades de tipo cultural, formativo y social a diferencia de lo que ocurría con la población en general y que su nivel de estudios era muy superior al de la población de referencia de su misma edad (entre 50 y 84 años). Por otra parte, también presentaban rasgos de tener un buen y seguro apoyo social y escasos sentimientos de soledad.

La Universidad de Málaga también estudió puntualmente la CVRS de los alumnos del Aula de Mayores. Se encontró que presentaban mejor estado de

salud quienes gozaban de un mejor nivel educacional y los hombres que las mujeres, tanto a nivel físico como mental (Ruiz, Morales y Morales, 2011).

En 2011, Fermina Rojo-Pérez y Gloria Fernández-Mayoralas publicaron una monografía que ofrecía un análisis del envejecimiento desde la perspectiva de los mayores madrileños sobre sus condiciones y calidad de vida. Tanto en ese estudio como en la investigación que se ha desarrollado desde la UBU, la antigua imagen de las personas de más edad como un colectivo sin recursos, sin aspiraciones, carentes de actividad o mala salud, no se corresponde con la imagen que ofrece el análisis de los datos, el cual se inclina hacia el envejecimiento activo.

Los resultados encontrados en la investigación de la UBU son afines a los obtenidos por otros PUMs, en los que el participante presenta un perfil de envejecimiento activo y satisfactorio, libre de dependencia y de problemas importantes de salud, con una buena satisfacción vital, autoestima y apoyo social (Villar, 2010).

Lorenzo, Rodríguez y Gutiérrez (2012) exponen que los PUMs por sus características, su organización y su nivel de actividades hacen que sean buenos programas educativos para el mantenimiento o mejora de la calidad de vida. Los resultados de la investigación desarrollada en la Universidad de Burgos constatan los efectos positivos de los PUMs puesto que la muestra presenta buena salud, un elevado bienestar subjetivo y relaciones sociales amplias, no solo con familiares sino también con amigos y/o vecinos.

Si nos detenemos en algunas de las características que definen a las personas mayores, vemos que en relación al nivel educativo las diferentes investigaciones muestran resultados opuestos, desde Peterson (1983) que encontró que aquellos con un nivel educativo previo elevado tenían más probabilidades de participar, pasando por Williamson (2000) quién observó lo contrario, que la probabilidad de matriculación crecía cuando el nivel educativo era bajo y el nivel socioeconómico modesto. Como hemos observado en nuestra muestra, los alumnos presentan un nivel educativo medio superior a la media nacional de su misma edad.

De acuerdo con investigaciones previas (Montoro et al., 2007) los PUMs en España presentan un alto porcentaje de alumnos con estudios secundarios o superiores y están feminizados. La muestra presentada en esta investigación comparte estas características presentando un perfil en el que destacan los elevados recursos económicos, el nivel profesional, la salud y la movilidad (Kim y Merriam, 2004; Mehrotra, 2003).

Fernández-Ballesteros (2009) expone que los mayores con un nivel educativo más elevado también presentan mejores niveles de felicidad y una mayor estabilidad emocional, en los mismos términos lo expresan Ryff, Magee, Kling y Wing (1999). La educación se entiende como autorrealización, un «continuo» respecto al crecimiento intelectual y la creatividad que busca la satisfacción de la persona (Lorenzo y Maseda, 2011).

Hay una fuerte correlación entre el nivel educativo de las personas mayores y su nivel de actividad. Aquellos con un nivel educativo bajo son más reacios a participar en actividades educativas, lo que les hace susceptibles de estar en riesgo de exclusión social. De acuerdo con diferentes estudios desarrollados en todo el mundo, los participantes de los PUMs son, principalmente personas con elevados niveles de educación y acomodados a nivel financiero (Formosa, 2012).

Sabemos que el nivel de estudios y la clase social de pertenencia influyen en el ocio (Lassey y Lassey, 2001). Estas características permiten adivinar que los individuos situados en la parte superior de la escala social practican un ocio más activo (Lardiés-Bosque et al., 2013).

En relación al género, los estudios de Aymerich y Casas (2005) sobre calidad de vida y variables sociodemográficas nos informan de que, a priori los hombres exponen tener niveles superiores de bienestar comparados con las mujeres si bien estas diferencias desaparecen si se controlan variables como el estado civil, la edad, la salud o el nivel socioeconómico (Wahl, Rustøen, Hanestad, Lerdal y Moum, 2004).

Otros estudios previos han concluido que las mujeres están generalmente menos satisfechas con sus vidas y son menos felices que los hombres en todas



las edades y también en la vejez (Inglehart, 2002; Yang, 2008). Kirchergast y Haslinger (2008) exponen que la peor calidad de vida de las mujeres es fruto de factores comportamentales y sociales. La viudedad o el divorcio están relacionados con una mayor sensación de soledad (Bergdahl et al., 2007). El análisis de la muestra de la Universidad de Burgos nos confirma que las mujeres presentan peor calidad de vida.

Un estudio en Grecia con una muestra de 180 personas halló que los hombres puntuaban mejor que las mujeres en una escala de calidad de vida, así como que los más mayores presentaban peores puntuaciones que los mayores jóvenes y que los casados presentaban mejor calidad de vida que los viudos y divorciados (Thomopoulou, Thomopoulou y Koutsouki, 2010). Diferentes estudios exponen que el matrimonio parece garantizar el apoyo mutuo y ocasiones para compartir actividades agradables, que pueden ser muy valiosas en las últimas etapas de la vida (Hendrick, Hendrick y Dicke, 1998).

En general, en las aulas universitarias de mayores las mujeres están en clara mayoría, sin embargo, tanto en Valencia (Villar Posada, 2010) como en Burgos la presencia de ambos sexos está mucho más equilibrada.

Si nos centramos en el apoyo social comprobamos que las relaciones de intimidad con los otros implican conductas de apoyo y esa experiencia tiene efectos positivos en la salud (Villar Posada, 2010). Así, los PUMs son una base para escapar de la soledad pues contribuyen a crear un nuevo grupo de relaciones interpersonales, nuevas oportunidades para el desarrollo de amistades y, en general, posibilitan que aumente la participación social. Vemos que los mayores de las sedes de Burgos y Aranda de Duero presentan altos porcentajes de apoyo social, tanto familiar como de amistad.

En esta línea, numerosas investigaciones afirman que aquellos que están más integrados socialmente presentan niveles de morbilidad más bajos y una mortalidad más tardía (Seeman, 1996). Otras investigaciones centradas en el grupo de población de personas mayores concluyen que la actividad física, psicológica y social aumenta de forma significativa la calidad de vida y el bienestar en las personas que lo realizan de manera asidua (Máximo y Cigarán, 2011).

Swindell (2002) expone con respecto a las relaciones y las habilidades sociales que los PUMs son un marco para relacionarse con otras personas, hacer amigos, expresarse y participar en un proceso de aprendizaje colectivo. Una buena red social, a menudo imprescindible para recibir ayuda emocional y material, alarga la vida y mejora su calidad tanto en los adultos mayores como en la población en general (García, Banegas, Pérez-Regadera, Cabrera, y Rodríguez-Artalejo, 2005; Rodríguez-Laso, 2007). Los mayores que no salen con otras personas puntúan bajo en todas las dimensiones de bienestar psicológico (De-Juanas, Limón y Navarro, 2013). Por tanto, vemos que las relaciones personales influyen positivamente en el bienestar subjetivo (Ferguson y Goodwin, 2010).

Las relaciones interpersonales y el apoyo social son aspectos fundamentales para el bienestar a cualquier edad (Ryan y Deci, 2000), presentando en diversos estudios mejores resultados quienes están casados y aquellos que tienen descendencia. Podemos concluir que el apoyo social percibido es importante (Buz, Mayoral, Bueno y Vega, 2004) ya sea a través de relaciones familiares o de amistades, la conservación de las mismas y el interés por el entorno social e institucional previenen la aparición de patologías y los efectos negativos de las mismas sobre la salud (Maldonado, Fajardo, Vicente y González, 2016). En el caso de la Universidad de Burgos queda claro que los mayores tienen un apoyo social fuerte si bien para ellos las relaciones interpersonales no determinan su calidad de vida. Parte del alumnado realiza un cuidado puntual de sus nietos si bien como cuidadores no se sienten agobiados por la obligación y la responsabilidad (González y De la Fuente, 2008).

En términos de salud se ha comprobado que ésta mejora tras realizar cursos de formación para mayores ya que los alumnos tienen mejor tolerancia al dolor y presentan un cansancio menor (Aldridge y Lavender, 2000). Ya en 1996, la OCDE relacionó el aprendizaje y las sensaciones que éste generaba con la mejora de la salud, tanto física como mental. El estado de salud presenta una asociación inversa con la edad y el nivel educativo (Köning et al., 2010) y un estudio de Fernández-Mayoralas et al. (2012) afirma que los mayores declaran altos niveles de satisfacción en relación a la calidad de vida, siendo para ellos la

salud el factor más importante. Esta circunstancia ha quedado patente en el estudio aquí presentado.

La valoración subjetiva del estado de salud muestra una fuerte relación con la calidad de vida, fundamentalmente durante la segunda mitad de la vida (Argyle, 2013; Yanguas, 2006) si bien los problemas de salud física y mental no son suficientes para explicar la satisfacción vital (Pinto, Fontaine y Neri, 2016).

La función física es un factor relevante para los mayores que no presentan fragilidad (Puts et al., 2007) y es una de las variables más importantes para los mayores cuando se les pregunta por la calidad de vida (Wilhelmson et al., 2005). Evans, Gately, Huxley, Smith, y Banerjee (2005) encontraron que la satisfacción con la salud y las condiciones ambientales como la vida social, las finanzas o el tiempo libre eran predictores significativos de la calidad de vida en adultos mayores de 65 años.

A la vista de los resultados de otros estudios, la salud percibida es un importante predictor del bienestar psicológico en edades avanzadas (Sotgiu, Galati, Manzano y Rognoni, 2011; Stone, Schwartz, Broderick y Deaton, 2010; Yang, 2008) y también lo sería de la calidad de vida (Aguilar, Álvarez y Lorenzo, 2011; Elosua, 2010; Xavier, Ferraz, Marc, Escosteguy y Moriguchi, 2003). En la muestra de la Universidad de Burgos, los mayores presentan buena salud y esta variable si es relevante con respecto a la calidad de vida, así como el bienestar subjetivo que también define la calidad de vida de nuestros mayores.

Las personas normalmente obtienen buenos resultados en relación al bienestar subjetivo, no necesariamente porque vivan bien sino porque se sienten bien de acuerdo a sus expectativas previas en torno a la edad y al envejecimiento (George, 2010; Prus, 2011; Scheibe y Cartensen, 2010). En el caso de las personas mayores, mantener la independencia y la autonomía tiene un gran impacto en su bienestar (Enkvist, Ekström y Elmstähl, 2013).

La perspectiva individual importa mucho para la calidad de vida, especialmente su adaptación psicológica al proceso de envejecimiento (O'Boyle, 1997) y el estado de ánimo influye en la calidad de vida subjetiva (Netuveli, Wiggins, Hildon, Montgomery y Blane, 2006).

Ordoñez, Batistoni y Cachioni (2011) encontraron que aquellos alumnos que participaron en los PUMs más de un semestre presentaban una menor sintomatología depresiva, por lo que pudieron comprobar que la formación continuada ejercía como factor protector contra la depresión. Otros estudios ya habían expresado con anterioridad que la depresión reducía la percepción de calidad de vida mientras que la autonomía, los contactos sociales, la salud, las circunstancias materiales o las actividades significativas mejoraban la calidad de vida (Netubeli y Blane, 2008).

Por otra parte, Fernández, Macías y Orte (2009) afirman que el uso de las TIC en la vida cotidiana de las personas mayores aumenta su calidad de vida, su salud y su autonomía y es por estos motivos por los que desde el ámbito universitario se debe dar la oportunidad de utilizar estas tecnologías como parte del programa educativo de personas mayores. Desde la Universidad de Burgos consideramos que se está haciendo un buen trabajo en este sentido pues más de la mitad de la muestra usa con frecuencia las TIC y se ha comprobado que el desarrollo de esa actividad influye de manera decisiva en la salud y en el bienestar subjetivo. Mediante el uso de las nuevas tecnologías, es posible acercarnos a la plena participación de las personas mayores en su medio, con un mayor grado de independencia y ganando mucho en calidad de vida (Padilla y Padilla, 2008).

Con respecto a la edad, existen numerosas investigaciones que afirman que las personas de mayor edad son aquellas que presentan niveles más elevados de bienestar subjetivo (Aymerich y Casas, 2005). En otros estudios, se ha encontrado que el bienestar subjetivo aumenta con la edad (Argyle, 2003; Brimm, 2000) sin que los expertos hayan llegado a un acuerdo de la causa de este hecho.

Netuveli et al. (2006) afirman que la calidad de vida aumenta a partir de los 50 años, teniendo su pico más alto a los 68 años cuando comenzaría a descender. Normalmente, los mayores de más edad tienen peor calidad de vida porque expresan más problemas relacionados con la salud y con la dependencia (Halvorsrud, Kalfoss y Diseth, 2008). Los adultos mayores suelen presentar mayores niveles de bienestar subjetivo que los más jóvenes (Plagnol y Easterlin,

2008). La muestra de la Universidad de Burgos presenta niveles de bienestar elevados con una leve incidencia de depresión y no existen diferencias significativas por edad.

La situación económica ha sido relacionada con el bienestar y la calidad de vida en la vejez (Walker, 2004). Un macroestudio publicado en la revista médica "The Lancet" afirma que la pobreza y la desigualdad social son altamente perjudiciales para la salud. Stringhini, et al. (2017) concluyen que el nivel socioeconómico influye de manera determinante en la salud. Nuestros resultados están en la línea de estas conclusiones pues nuestra muestra presenta un buen nivel económico lo que puede predecir que tiene un mayor control sobre los recursos, las oportunidades y, por tanto, una mejor calidad de vida.

Diferentes estudios (Efklides, Kalaitzidou y Chankin, 2003; Netuveli et al., 2006) han encontrado que una buena situación financiera, un nivel educativo elevado, el mantenimiento de relaciones sociales frecuentes o vivir en un buen barrio, produjeron efectos positivos sobre la calidad de vida. Múltiples investigaciones confirman que aspectos como el estatus económico, el nivel educativo o la red social se asocian a la calidad de vida subjetiva (Borg, Hallberg y Blomqvist, 2006; Von Heideken et al., 2005; Chan et al., 2006).

En conjunto, los resultados obtenidos refuerzan la idea de que el alumnado del PIE de la UBU de las sedes de Burgos y Aranda de Duero, presenta un perfil de envejecimiento activo y satisfactorio, alejado de la tan temida dependencia, libre de problemas de salud graves, con una buena satisfacción vital y elevados niveles de felicidad. Si como ya hemos dicho, estas circunstancias pueden no ser consecuencia directa de los PUMs, si podemos afirmar que la formación universitaria colabora de manera decisiva a que los mayores mantengan un buen estado de salud (física y mental) y altos niveles de bienestar subjetivo asociados a la autoestima, confianza en uno mismo, a las relaciones personales o el sentido de identidad personal como miembros de la comunidad universitaria. Tras un análisis cualitativo en la Universidad Jaime I de Castellón, Escuder-Mollón (2012) afirma que la educación afecta a la calidad de vida, sobre todo en tres aspectos: bienestar físico y psicológico y relaciones interpersonales, actitud hacia la vida cotidiana y energía intelectual.

A nivel mental, practicar actividades de carácter intelectual contribuye a retrasar la aparición de deterioro cognitivo (Coffey, Saxton, Ratcliff, Bryan y Lucke, 1999). Por su parte, Schaie (1993) expone que en aquellos casos en que el deterioro ya existía, la formación puede ayudar a la recuperación de habilidades. Los resultados obtenidos en esta tesis están en la línea de diferentes investigaciones que han confirmado los múltiples beneficios de las intervenciones educativas con mayores a nivel universitario.

La Universidad de Burgos se presenta como un ejemplo donde se pone de manifiesto que envejecer activamente y con calidad de vida es posible en un entorno formativo universitario que satisface las necesidades de sus alumnos y les facilita los recursos y las herramientas necesarias para alcanzar su desarrollo personal. La eficacia de un programa de formación para mayores se basa, entre otras cosas, en el conocimiento de los participantes y en su satisfacción (Padilla, López, Martínez, Soro y Pérez, 2012). La actividad es la clave de un buen envejecimiento y para lograrlo resulta clave impulsar medidas que apuesten por la prevención, a través de la promoción de hábitos de vida saludables, y de programas de intervención eficaces y centrados en la persona (Del Barrio, 2014).

Toda la literatura en torno al envejecimiento activo, el aprendizaje a lo largo de la vida y la calidad de vida es una realidad concreta en el grupo de mayores de las sedes de Burgos y Aranda de Duero del PIE.

## **CAPÍTULO 10: Conclusiones.**

### **10.1 Conclusiones.**

Tras un análisis completo de las dimensiones influyentes en la calidad de vida de las personas mayores del Programa Interuniversitario de la Experiencia de la Universidad de Burgos, hemos llegado a la conclusión de que existen áreas que son estadísticamente más significativas que otras y en las que habría que poner mayor énfasis en cualquier estudio sobre esta temática con una población de personas mayores universitarias.

En el caso que nos ocupa, las dimensiones más relevantes son las relacionadas con: servicios públicos, calidad de la sociedad, salud, bienestar mental y bienestar subjetivo. Para cada una de ellas se han trazado las características estadísticamente más significativas del alumnado del PIE, de esta manera se pueden conocer y buscar explicaciones o causas a estos resultados y trazar un perfil de alumno mayor universitario con buena calidad de vida.

En primer lugar, acerca de la opinión sobre los servicios públicos comprobamos que el alumnado de la sede de Burgos está más satisfecho que el de la sede de Aranda de Duero, así como también los más jóvenes, quienes tienen un nivel más alto de estudios y aquellos que nunca se han casado, ofrecen mejor valoración. Es lógico pensar que los servicios de una capital de provincia puedan tener una evaluación más positiva que los de una población con menos habitantes y que depende, en cierto modo, de los recursos de la capital. En Burgos hay mayor acceso a diferentes instituciones como pueden ser servicios sanitarios, educativos o administrativos.

Por otra parte, el hecho de tener un nivel alto de estudios consideramos que permite analizar la calidad de los servicios o su accesibilidad de una manera más crítica, evaluando las posibles causas de las diferentes situaciones y yendo más allá de una queja apoyada por débiles argumentos. También consideramos que quienes no se han casado nunca han podido tener una menor necesidad de utilizar recursos públicos, por ejemplo, guarderías o escuelas y ésta es la razón por la que se muestran menos críticos con la calidad de los servicios. Finalmente, creemos que las personas más jóvenes consideran que el Estado debe ser

proveedor de determinados servicios, sin embargo, poco a poco está calando la idea de que los ciudadanos tendrán que buscar en el ámbito privado soluciones a problemas que antes se resolvían a través de los servicios públicos.

La segunda dimensión nos acerca a la calidad de la sociedad, que es otro de los aspectos que se muestra relevante para los mayores universitarios del PIE. En este sentido, encontramos que los más jóvenes son quienes mejor valoran la calidad de la sociedad, así como los graduados, aquellos que tienen pocos hijos, quienes cuidan de hijos o nietos y los que manejan Internet. Creemos que el hecho de confiar en la mayoría de la gente, de no percibir tensiones entre diferentes grupos sociales o de ser abierto en temas migratorios es más característico en la gente más joven por las mayores oportunidades que han tenido de conocer otras culturas a través de viajes o entornos laborales más diversos.

Por otra parte, nos parece interesante que los graduados también sean los que valoren positivamente la sociedad, pues quiere decir que aun siendo más mayores que el resto de los alumnos de los cursos inferiores, su paso por el programa les ha hecho ser más tolerantes y tener más confianza tanto en las diferentes instituciones como con el resto de ciudadanos. Precisamente, uno de los objetivos del programa es acercar a los mayores no solo a la cultura sino también hacerles partícipes de otras realidades y también de ofrecerles el protagonismo en los intercambios intergeneracionales.

En otro orden de cosas, creemos que quienes aprovechan el acceso a Internet tienen una ventana a través de la cual se pueden asomar al mundo y así aprovecharse de la riqueza y de las oportunidades que la sociedad ofrece y es ese hecho el que les hace valorar positivamente esta dimensión. En relación a los hijos, pensamos que los que han tenido menos descendencia valoran mejor la calidad de la sociedad porque los desencuentros con las instituciones han podido ser menores, simplemente por una cuestión de probabilidad. Por otra parte, los que ejercen de cuidadores de hijos o nietos, tienen unas relaciones sociales más amplias gracias a las generaciones más jóvenes, lo que les facilita tener un conocimiento de primera mano de la diversidad social y cultural actual



con el que certifican que apenas existen tensiones entre los diferentes grupos sociales.

La tercera dimensión a la que nos acercamos es la salud. En este punto confirmamos que son los hombres los que valoran de una manera más positiva su salud, así como los jóvenes, los graduados, quienes usan Internet, aquellos que llegan fácilmente a final de mes y los que practican actividades de carácter deportivo.

Es de sobra conocido que las mujeres mayores tienen una amplia esperanza de vida si bien su salud comienza a deteriorarse antes que la de los varones. En este sentido enlazamos con la cuestión de edad, donde vemos que los más jóvenes presentan mejores niveles de salud que los alumnos más mayores. A medida que aumenta la edad, también crece la probabilidad de sufrir algún tipo de problema relacionado con la salud. Por otra parte, quienes están graduados, a pesar de ser más mayores que el resto de los alumnos, también valoran positivamente su salud. Este dato nos informa de que la participación prolongada en el programa contribuye a mejorar la calidad de vida porque los alumnos mayores tienen buena salud. El hecho de mantener las relaciones sociales, la posibilidad de acceso a la cultura y el esfuerzo que realizan a nivel cognitivo apoyan el mantenimiento de una buena salud.

Además de lo anteriormente expuesto, comprobamos que la cuestión económica también es importante cuando hablamos de la salud. El alumnado con menos preocupaciones en este sentido también presenta mejor salud. Consideramos que poder acceder a determinados recursos, gozar de unos ingresos seguros o no tener incertidumbre sobre los pagos a realizar es importante y genera tranquilidad. Recordemos que la seguridad es uno de los pilares del envejecimiento activo según la OMS junto con la salud y vemos que ambos pilares están íntimamente relacionados entre sí. A estos pilares se une la participación, que es una de las características intrínsecas del PIE y que contribuye directamente a la percepción de la salud.

Finalmente, es indudable que practicar ejercicio físico contribuye al mantenimiento de la salud. Comprobamos en este sentido que los mayores del

PIE no solo cultivan su mente, sino que también el hecho de estar físicamente activos ayuda en gran medida a su percepción positiva de la salud.

Continuamos el análisis con la dimensión relativa al bienestar mental, que hace referencia a la escala de cinco niveles de la OMS. Los mayores que más positivamente puntúan en esta área son quienes utilizan Internet, aquellos que llegan fácilmente a final de mes y los que son parte de una asociación. Como ya hemos visto de acuerdo a las áreas anteriores, los usuarios de las TIC, aparte de buena salud y buena percepción de la calidad de la sociedad, también presentan elevados índices de bienestar mental. Creemos que las TIC son cooperadores necesarios para ayudar a despertar las inquietudes por saber, por acercarse a diferentes conocimientos, por contactar con múltiples personas, etc. y todo ello contribuye a que los alumnos se sientan animados, activos o relajados.

Por otra parte, lo mismo se podría decir de la facilidad de llegar a fin de mes, ya que tener resuelto el tema económico permite estar de buen humor, estar calmado y centrarse en cosas realmente importantes como el desarrollo personal a través de la formación universitaria. Finalmente, ser parte de una asociación también ayuda a mantenerse activo a través de las actividades de la misma, a relacionarse con otros miembros y a ser participante activo de la sociedad a la que se pertenece. Parece que hemos podido encontrar la receta para luchar contra algunos tipos de depresión que pueden ser más recurrentes en personas mayores, simplemente sería volver a fijarse en los tres pilares del envejecimiento activo.

En último lugar, nos acercamos a la dimensión denominada bienestar subjetivo y que está íntimamente relacionada con la anterior de bienestar mental. El perfil de alumno que valora más positivamente es aquel de un mayor jubilado, casado, que llega con facilidad a final de mes y que usa Internet. No vamos a detenernos en los dos últimos elementos, al haber sido explicados en el punto anterior y pasamos directamente a los primeros. Aquellas personas mayores que están en situación de jubilación son más felices, están más satisfechas que los demás, son optimistas, presentan expectativas de futuro y tienen libertad de decisión. Consideramos que lo expuesto anteriormente está relacionado

directamente con la facilidad de llegar a fin de mes, puesto que esos ingresos les permiten pasar a satisfacer necesidades de orden superior. Por otra parte, el hecho de estar casados y tener un apoyo cercano también les genera seguridad y tranquilidad que se manifiesta en una mejor calidad de vida.

Podemos concluir que el perfil de calidad de vida de los estudiantes mayores de la UBU incluye principalmente: facilidad para llegar a fin de mes, uso de Internet, ser menor de 70 años y haber terminado los tres primeros años del Programa y seguir matriculado en el mismo bajo la figura de graduado. Factores como el estado civil, la situación laboral o el nivel de estudios son solo significativos en determinadas dimensiones. Conocer estas características significa que el PIE de la Universidad de Burgos pueda reforzar sus áreas de trabajo, por ejemplo, a través de monográficos, asignaturas o talleres relacionados con las TIC o con la gestión económica. Por otra parte, las dimensiones relevantes que influyen en la calidad de vida también nos ofrecen información valiosa. Si conocemos que la salud o el bienestar subjetivo son determinantes, entonces podemos centrarnos en esas áreas para conseguir que en futuras investigaciones puedan mejorarse los resultados actuales que ya son realmente positivos.

En función de los resultados obtenidos concluimos que la formación, en nuestro caso a través de los PUMs, fomenta el envejecimiento activo y la calidad de vida en el alumnado y que los beneficios son visibles principalmente a largo plazo.

## **10.2 Limitaciones del estudio.**

La presente investigación en el tiempo sólo alcanza o comprende el curso académico 2014/2015 y se limita a estudiar la calidad de vida a través de dos instrumentos europeos validados, uno de los cuales se centra en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). La EQLS 2012 no se suele utilizar para medir la calidad de vida en personas mayores, si bien hemos podido comprobar a través de este estudio las áreas en las que habría que centrarse si estamos estudiando este factor en población mayor universitaria.

Por otra parte, podríamos haber optado por un método cuasi experimental pre-post de un solo grupo para comprobar si el hecho de participar en el programa educativo tenía algún efecto en la calidad de vida. Sin embargo, consideramos que los estudios longitudinales pueden tener mayor riesgo de abandono y es por ello que se optó por uno de carácter transversal.

La investigación no aborda cuestiones relativas al desarrollo de nuevos conceptos o teorías, sino que únicamente busca realizar un análisis completo de la calidad de vida de los mayores del PIE que incluye la descripción, la comparación y la correlación.

También hubiese sido deseable poder obtener información sobre las otras dos sedes del PIE de la Universidad de Burgos, Miranda de Ebro y Villarcayo, sin embargo, la posibilidad de acceder a la población era más compleja al no poder estar el investigador principal presente en la recogida de datos. Se decidió, por tanto, acceder con mayores garantías a las sedes de Burgos y Aranda de Duero y obtener una muestra lo más representativa posible.

En relación a la muestra, se podría haber aplicado una técnica de muestreo y haber seleccionado solo algunos individuos de estos grupos y así ampliar la medición a otras sedes de la provincia, de la comunidad o incluso del territorio español. Sin embargo, consideramos que la población seleccionada representa, no solo al PIE de la provincia de Burgos, sino también al de la región de Castilla y León, si bien los resultados no se pueden generalizar.

Finalmente, no debemos olvidar las carencias que surgen de las propias limitaciones del investigador que pueden influir en el resultado final del estudio, en nuestro caso, se ha compatibilizado la docencia dentro y fuera de la universidad con la investigación con lo que esto supone en cuanto a dilación en el tiempo.

### **10.3 Futuras líneas de investigación.**

Las conclusiones alcanzadas nos hacen plantearnos la necesidad de extender el estudio, sobre CdV y PUMs, al resto del alumnado del Programa de

la UBU, así como a todos los matriculados en las diferentes sedes del PIE de Castilla y León. No solo esta región, envejecida y muy extensa con amplios núcleos de población de carácter rural, necesita justificar ante las instituciones políticas, sociales o económicas que es necesaria la promoción de la autonomía personal a través de políticas educativas específicas de envejecimiento activo que promuevan y faciliten recursos adecuados a los deseos y capacidades de las personas mayores, sino que esta necesidad es urgente en un país que envejece progresiva e inexorablemente. Una macro investigación de carácter nacional visibilizaría el potencial preventivo de estos programas educativos y su relación con el mantenimiento de la salud y nos permitiría comparar los resultados entre comunidades y/o ciudades para así conocer todas las fortalezas y debilidades de los diferentes sistemas. Hemos de poner en valor el potencial de la formación a lo largo de la vida, primero como derecho de todos los ciudadanos y segundo, como mecanismo que ayude a desarrollar políticas de salud que tengan una orientación pedagógica.

Por otra parte, consideramos que hay un interesante campo de investigación en la búsqueda de un consenso sobre la definición conceptual de CdV y determinar cuáles son las dimensiones que influyen en la misma en mayor medida. Habría que acercarse a delimitar su alcance y aclarar su relación con conceptos similares como bienestar, satisfacción o felicidad.

También el poder determinar qué peso tiene la formación a lo largo de la vida en la CdV sería un gran avance hacia la consolidación del envejecimiento activo como recurso obligado en el tránsito a la madurez. Estudios sobre la dirección de la relación entre formación y CdV, podrían ayudar en este sentido.

De acuerdo con los resultados obtenidos, parece obligatorio profundizar en futuras investigaciones en las relaciones entre calidad de vida y situación económica o uso de las TIC. Por otra parte, si bien todos los estudios apuntan al empleo como una de las mejores maneras de envejecer activamente, consideramos interesante ahondar en ese sentido pues nuestra población no muestra evidencias de querer cambiar su situación laboral.

Consideramos también interesante poder desarrollar estudios de carácter cualitativo, en los que recoger la opinión de los estudiantes mayores a través de grupos de discusión.

En relación al programa educativo, creemos importante poder seguir ofreciendo un plan de estudios actualizado, coherente, que busque el cumplimiento de los objetivos y que apueste tanto por la formación cultural como por la formación práctica aplicable al desarrollo de un proceso de envejecimiento activo.

Con respecto a la investigación, fomentar no solo estudios sobre el colectivo de mayores universitarios sino dar el paso para que el propio alumnado mayor se convierta en investigador sobre su propia realidad.

Finalmente y centrándonos en el área de participación social, una vez superado el objetivo del asociacionismo, se buscará un acercamiento al voluntariado como manera de visibilizar los beneficios de un envejecimiento productivo.

En conclusión, podemos decir que se están dando pasos en buena dirección, si bien queda mucho camino por recorrer que nos permitirá continuar abriendo nuevas líneas de investigación.

## **REFERENCIAS DOCUMENTALES**

## 1. Bibliografía.

Aguilar Parra, J. M., Álvarez, J. y Lorenzo, J. J. (2011). Factores que determinan la Calidad de Vida de las Personas Mayores. *International Journal of Developmental and Educational Psychology: INFAD. Revista de Psicología*, 1(4), 161-168.

Aldridge, F. y Lavender P. (2000). *The impact of learning on health*. London, UK: NIACE

Alba V., (1992). Historia social de la vejez. Alertes (1ª ed.). Barcelona.

Alfareme, A. y Cabido, S. (2005). *Los Programas Universitarios para Mayores*. En Sacramento Pinazo y Mariano Sánchez, Gerontología: actualización, innovación y propuestas (pp.367-389). Madrid: Pearson Prentice Hall.

Allardt, E. (1993). Having, loving, being: An alternative to the Swedish model of welfare research. En M. Nussbaum y A. Sen (Eds.), *The quality of life* (pp. 88–94). Oxford, UK: Clarendon.

Amador Muñoz, L., Malagón Bernal, J. L. y Mateos Claros, F. (2006). La propuesta educativa: como derecho y respuesta para la calidad de vida de las personas mayores. En Pérez Cano, V., Malagón Bernal, J. L. y Amador Muñoz, L. (2006). *Vejez, autonomía o dependencia, pero con calidad de vida*. Dykinson.

Amérigo Cuervo-Arango, M. (1993). La calidad de vida. Juicios de satisfacción y felicidad como indicadores actitudinales de bienestar. *Revista de psicología social*, 8(1), 101-110.

Ander-Egg, E. (2001). *Métodos y técnicas de investigación social: Acerca del conocimiento y del pensar científico* (Vol. 1). Universidad de Cuenca.

Anderson, K.L. y Burckhardt, C.S. (1999). 'Conceptualization and measurement of quality of life as an outcome variable for health care intervention and research', *Journal of Advanced Nursing*, 29(2): 298-306.



Andrews, F. M. y Withey, S. B. (1976). Social indicators of well-being: Americans' perception of quality of life. *The Management Group*.

Anguita, J. C., Labrador, J. R. y Campos, J. D. (2003). La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos (I). *Atención primaria*, 31(8), 527-538.

Antelo Martelo, M. (2005). La calidad de vida percibida por las personas mayores de un programa de formación universitaria gerontológico. *Eduga: revista galega do ensino*, 1255-1264.

Argyle, M. (1993). *Psicología y la calidad de vida*. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.

Argyle, M. (2003). 18 Causes and Correlates of Happiness. *Well-being: The foundations of hedonic psychology*, 353.

Argyle M. (2013). *The psychology of happiness*. Routledge.

Arnold, S.B. (1991). 'Measurement of quality of life in the frail elderly' en Birren, J.E., Lubber, J.E., Rowe, J.C. y Deutchman, D.E., (eds), 1991. *The Concept and Measurement of Quality of Life in the Frail Elderly*. California: Academic Press.

Arun, Ö. y Çakıroğlu Çevik, A. (2011). Quality of Life in Ageing Societies: Italy, Portugal, and Turkey. *Educational Gerontology*, 37(11), 945-966.

Atchley, R. C. (1989). A continuity theory of normal aging. *The gerontologist*, 29(2), 183-190.

Atchley, R. C. (1991). The influence of aging or frailty on perceptions and expressions of the self: theoretical and methodological issues. *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly*, 207-225.

Aymerich Andreu, M. y Casas Aznar, F. (2005). Calidad de vida de las personas mayores. En *Gerontología: Actualización, innovación y propuestas* (pp. 117-146). Pearson Educación.

Badia Llach, X. y Lizán Tudela, L (2003). Estudios de calidad de vida. *Atención Primaria: conceptos, organización y práctica clínica* (pp.250-261). Barcelona: Elsevier.

Badia, X., Roset, M., Montserrat, S., Herdman, M. y Segura, A. (1999). La versión española del EuroQol: descripción y aplicaciones. *Medicina clínica*, 112, 79-85.

Bajekal, M., Blane, D., Grewal, I. N. I., Karlsen, S. y Nazroo, J. (2004). Ethnic differences in influences on quality of life at older ages: a quantitative analysis. *Ageing and society*, 24(05), 709-728.

Baldwin, S., Godfrey, C. y Propper, C. (Eds.). (2002). *Quality of life: perspectives and policies*. Routledge.

Baltes, P. B. y Baltes, M. M. (1993). *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences* (Vol. 4). Cambridge University Press.

Baltes, M. M. y Carstensen, L. L. (1996). The process of successful ageing. *Ageing and society*, 16(04), 397-422.

Baumann K. (2006). *Jakość życia w okresie późnej dorosłości – dyskurs teoretyczny*, Gerontologia Polska, 14(4).

Beaumont, J. G. y Kenealy, P. M. (2004). Quality of Life Perceptions and Social Comparisons in Healthy Old Age. *Ageing & Society*, 24: 755-769.

Bergdahl, E., Allard, P., Alex, L., Lundman, B. y Gustafson, Y. (2007). Gender differences in depression among the very old. *International Psychogeriatrics*, 19(06), 1125-1140.

Birren, J.E. y Dieckmann, L. (1991). 'Concepts and content of quality of life in the later years: an overview'. En Birren, J.E., Lubber, J.E., Rowe, J.C. y Deutchman, D.E., (eds), 1991. *The Concept and Measurement of Quality of Life in the Frail Elderly*. California: Academic Press.

Blanco Abarca, A. (1985). Capítulo 4. La calidad de vida: supuestos psicosociales. En *Psicología social aplicada* (pp. 159-182).

Blaxter L., Hughes C. y Tight M. (2000). *Cómo se hace una investigación*. Barcelona. Editorial Gedisa.

Bisquerra Alzina, R. (2004). *Metodología de la investigación educativa* (Vol. 1). Editorial La Muralla.

Bond, J. y Corner, L. (2004). *Quality of Life and Older People*. England: Open University Press.

Borg, C. y Formosa, M. (2016). When university meets community in later life. *Universities and engagement: International perspectives on higher education and lifelong learning*, 105-116

Borg, C., Hallberg, I. R. y Blomqvist, K. (2006). Life satisfaction among older people (65+) with reduced self-care capacity: the relationship to social, health and financial aspects. *Journal of clinical nursing*, 15(5), 607-618.

Börsch-Supan, A. (2016). Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) Wave 5. Release version: 5.0.0. SHARE-ERIC. Data set. DOI: 10.6103/SHARE.w5.500.

Börsch-Supan, A., Brandt, M., Hunkler, C., Kneip, T., Korbmacher, J., Malter, F., Schaan, B., Stuck, S. y Zuber, S. (2013). Data Resource Profile: The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). *International Journal of Epidemiology*. DOI: 10.1093/ije/dyt088.

Börsch-Supan, A., Hank, K., Jürges, H. y Schröder, M. (2009). Introduction: empirical research on health, ageing and retirement in Europe. *Journal of European Social Policy*, 19(4), 293-300.

Börsch-Supan, A., Kneip, T., Litwin H., Myck M. y Weber G. (Eds.) (2015). *Ageing in Europe - Supporting Policies for an Inclusive Society*. Berlin: De Gruyter.

Botella Ausina J. (2000). Metodología de investigación en gerontología en R. Fernández-Ballesteros (Dir). *Gerontología social*. Madrid: Ediciones Pirámide. (329-353).

Bowling, A. (2003). Current state of the art in quality of life measurement. En Carr, A.J.; Higginson, I.J.; Robinson, P.G. (Ed.), *Quality of Life* (pp. 1-8). London, UK: BMJ Publishing Group.

Bowling, A. (2005). *Measuring health. A review of quality of life measurement scales* (3 ed.). Berkshire, UK: Open University Press.

Bowling, A., Banister, D., Sutton, S., Evans, O. y Windsor, J. (2002). 'A multidimensional model of the quality of life in older age', *Ageing and Mental Health*, 6(4): 355-371.

Bowling, A. y Brazier, J. (1995). 'Quality of life', *Social Science and Medicine*, 41(10): 1337-1338.

Bowling, A. y Gabriel, Z. (2004). 'An integrational model of quality of life in older age: results from the ESRC/MRC HSRC quality of life survey in Britain', *Social Indicators Research*, 69(1): 1-36.

Bowling, A., Gabriel, Z., Dykes, L.M., Evans, O., Fleissig, A., Banister, D. y Sutton, S. (2003). 'Let's ask them: a national survey of definitions of quality of life and its enhancement among people aged 65 and over', *International Journal of Ageing and Human Development*, 56(4): 269-306.

Bowling, A. y Windsor, J. (2001). Towards the good life: A population survey of dimensions of quality of life. *Journal of Happiness Studies*, 2, 55–81.

Bradburn, N. (1969). *The Structure of Well-Being*, Aldine, Chicago.

Braveman, P., Egerter, S. y Williams, D. R. (2011). The social determinants of health: coming of age. *Annual review of public health*, 32, 381-398.

Brimm, G. (2000). McArthur Foundation Study of successful midlife-development (Midus-Study). *ICPSR Bulletin*, 20, 1-5.

Browne, J.P., O'Boyle, C.A, McGee, H.M., McDonald, N.J. y Joyce, C.R.B. (1997). 'Development of a direct weighting procedure for quality of life domains', *Quality of Life Research*, 6(4): 301-309.

Bunge, M. (2014). *La ciencia, su método y su filosofía*. Sudamericana.

Butler, R. N. (1997). Toward a definition of quality of life for an aging society. *Symposium Report, Sponsored by the International Longevity Center-USA and The Mission of the Dominican Republic to the UN*, 5–9. New York, NY.

Butler, R. y Schechter, M. (1995). Productive Aging, en G.L. Maddox (Ed.), *The encyclopedia of aging* (pp. 763-764). New York: Springer.

Buz, J. y Bueno, B. (2006). Las relaciones intergeneracionales. *Informes Portal Mayores*, 66. Madrid: Portal de Mayores, Lecciones de Gerontología.

Buz, J., Mayoral, P., Bueno, B. y Vega, J. L. (2004). Factores sociales del bienestar subjetivo en la vejez. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 39(3), 23-29.

Campbell, A., Converse, P. E. y Rodgers, W. L. (1976). *The quality of American life: Perceptions, evaluations, and satisfactions*. Russell Sage Foundation.

Carstensen, L. L., Pasupathi, M., Mayr, U. y Nesselroade, J. R. (2000). Emotional experience in everyday life across the adult life span. *Journal of personality and social psychology*, 79(4), 644.

Castellón, A., Gómez, M. y Martos, A. (2004). Análisis de la satisfacción en los mayores de la Universidad de Granada. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 14, 252-257.

Chan, A., Cheng, S., Phillips, D. y Chi, I., Ho, S. (2004). Constructing a quality of life scale for older Chinese people in Hong Kong (HKQOLOCP). *Social Indicators Research*, 69, 279-301.

Chan, S. W. C., Shoumei, J. I. A., Thompson, D. R., Yan, H. U., Chiu, H. F., Chien, W. T. y Lam, L. (2006). A cross-sectional study on the health related quality of life of depressed Chinese older people in Shanghai. *International journal of geriatric psychiatry*, 21(9), 883-889.

Ciceron M.T. (2000). *De Senectute*. Editorial Gredos, S.A. (5ª ed.). Madrid.

Clark, E. (2004). Quality of life: a basis for clinical decision-making in community psychiatric care. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11, 725-730.

Clavijo, M. V., Fernández-Portero, C. y Del Pozo, M. R. (2006). Mesa 1: El aprendizaje a lo largo de la vida en el marco universitario: El aprendizaje a lo largo de toda la vida. Elemento favorecedor del envejecimiento competente. En *Una apuesta por el aprendizaje a lo largo de toda la vida* (pp. 155-162). Instituto de Migraciones y Servicios Sociales, IMSERSO.

Coberley, C., Rula, E. Y. y Pope, J. E. (2011). Effectiveness of health and wellness initiatives for seniors. *Population health management*, 14(S1), S-45.

Coffey, C., Saxton, J., Ratcliff, G., Bryan, R. y Lucke, J. (1999). Relation of education to brain size in normal ageing. *Neurology*, 93, 189-194.

Cohen, M. R., Nagel, E. y Corcoran, J. (1993). *An introduction to logic*. Hackett Publishing.

Cohn, J. y Sugar, J. A. (1991). Determinants of quality of life in institutions: Perceptions of frail older residents, staff, and families. *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly*, 28-49.

Comisión de las Comunidades Europeas (2000). *Memorandum sobre el aprendizaje permanente*. Bruselas: Documento de trabajo.

Comisión Europea (2010). EUROPA 2020. Una estrategia para un crecimiento inteligente, sostenible e integrador, COM (2010) 2020 final, Bruselas.

Coombs, P. H. (1985). *La crisis mundial de la educación. Perspectivas actuales*. Barcelona: Aula XXI/Santillana.

Comparison of the EQ-5D and SF-12 health surveys in a general population survey in Alberta, Canada. *Med Care* 2000; 38: 115-121.

Cronbach, L. J. y Suppes, P. (1973). Disciplined inquiry. *Philosophy of educational research*. New York: John Wiley and Sons, 6-16.

Cuenca Cabeza, M. (2004). *Pedagogía del ocio: modelos y propuestas*. Bilbao: Universidad de Deusto.

De Haes, J. C. J. M. y Van Knippenberg, F. C. E. (1989). Quality of life instruments for cancer patients: "Babel's tower revisited". *Journal of clinical epidemiology*, 42(12), 1239-1241.

De-Juanas Oliva, Á., Limón Mendizábal, M. R. y Navarro Asencio, E. (2013). Análisis del bienestar psicológico, estado de salud percibido y calidad de vida en personas adultas mayores. *Pedagogía social*, (22), 153.

De Souza Santos, C. A., Martin Dantas, E. E. y Rodrigues Moreira, M. H. (2011). Correlation of physical aptitude; functional capacity, corporal balance and quality of life (QoL) among elderly women submitted to a post-menopausal physical activities program. *Archives of gerontology and geriatrics*, 53(3), 344-349.

Del Barrio Del Campo, J. A. (2014). Envejecimiento saludable. Aportaciones para la activación cerebral. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. Revista INFAD de Psicología*, 7(1), 541-550.

Delors, J (ed.) (1996). *La educación encierra un tesoro*. Madrid: Santillana/Ediciones UNESCO.

Demonstrating the value of EQ-5D as a tool for monitoring health status in primary care. En Rabin R., Busschbach J.J.V., De Charro F., Essink-Bot M.L., Bonsel G., editores. *Proceedings of the 14th Plenary Meeting of the EuroQol Group*. Rotterdam: Erasmus University, 1997; 195-212.

Diener, E.D., Emmons, R.A., Larsen, R.J. y Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.

Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E. y Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276-302.

Drewnowski, J. (1970). *Studies in the Measurement of Levels of Living and Welfare*. Geneva: United Nations Research Institute for Social Development.

Driver, B. L. y Bruns, D. H. (1999). Concepts and uses of the benefits approach to leisure. *Leisure studies: Prospects for the twenty-first century*, 349-369.

Drucker, P. F. (1988). The coming of the new organisation. *Harvard Business Review*, 66/1, 39-48.

Dupuis, S. L. y Smale, B. J. (1995). An examination of relationship between psychological well-being and depression and leisure activity participation among older adults. *Loisir et société/Society and Leisure*, 18(1), 67-92.

Efklides, A., Kalaitzidou, M. y Chankin, G. (2003). Subjective quality of life in old age in Greece: The effect of demographic factors, emotional state and adaptation to aging. *European Psychologist*, 8(3), 178.

Elder Jr, G. H. y Giele, J. Z. (Eds.). (2009). *The craft of life course research*. Guilford Press.

Elosua, P. (2010). Valores subjetivos de las dimensiones de calidad de vida en adultos mayores. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 45(2), 67-71.

Enkvist A., Ekström H. y Elmstahl S. (2013). Associations between cognitive abilities and life satisfaction in the oldest-old. Results from the longitudinal population study good ageing in Skane. *Clinical Interventions in Ageing*, 8, 845-853.

Escuder-Mollon, P. (2012). Modelling the impact of lifelong learning on senior citizens' quality of life. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 46, 2339-2346.

Escuder-Mollón, P. (2014). Quality of life. En Escuder Mollón P. y Gil A. (Eds.), *Edukacja a jakość życia seniorów* [Education and quality of senior's life] (pp. 13-28). Czestochowa, Poland: Wydawnictwo Akademii im. Jana Długosza w Czestochowie.



Escuder-Mollon, P., Esteller-Curto, R., Ochoa, L. y Bardus, M. (2014). Impact on senior learners' quality of life through lifelong learning. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 131, 510-516.

Encuesta Nacional de Salud. España 2011/2012 (2014). Serie Informes monográficos nº3. *Calidad de vida relacionada con la salud en adultos: EQ-5D-5L*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Eurofound (2013), *Third European Quality of Life Survey – Quality of life in Europe: Subjective well-being*, Publications Office of the European Union, Luxembourg.

Eurofound (2014), *Preferencias laborales después de los 50*, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, Luxemburgo.

European Commission. (2006). *Adult learning: It is never too late to learn*. Brussels: European Commission.

European Commission. (2007). *Action plan of adult learning: It is always a good time to learn*. Brussels: European Commission.

Evans, S., Gately, C., Huxley, P., Smith, A. y Banerjee, S. (2005). Assessment of quality of life in later life: development and validation of the QuiLL. *Quality of life research*, 14(5), 1291-1300.

Fahey, T., Nolan, B. y Whelan, C. T. (2003). *Monitoring quality of life in Europe*. Office for Official Publications of the European Communities.

Farquhar, M. (1995a). 'Definitions of quality of life: a taxonomy', *Journal of Advanced Nursing*, 22(3): 502-508.

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

Faure, E. (1973). *Aprender a ser*. Madrid. Alianza Universidad/UNESCO.

Felce, D. y Perry, J. (1995). *Quality of life: It's Definition and Measurement*. *Research in Developmental Disabilities*, Vol. 16, Nº 1, pp. 51-74.

Ferguson, S. J. y Goodwin, A. D. (2010). Optimism and well-being in older adults: The mediating role of social support and perceived control. *The International Journal of Aging and Human Development*, 71(1), 43-68.

Fernández, A. M. (2003). Apertura de la Universidad al mundo rural. En VIII Encuentro Nacional de Programas Universitarios para personas mayores. Una apuesta por el aprendizaje a lo largo de toda la vida (pp.279-283). Madrid: IMSERSO.

Fernández-Ballesteros, R. (1993). *Calidad de vida en la vejez*, Intervención Psicosocial, vol. II N° 5, Madrid.

Fernández-Ballesteros, R. (1986). Hacia una vejez competente: un desafío a la ciencia y a la sociedad. *Psicología evolutiva*, 3, 139-258.

Fernández-Ballesteros, R. (2000). *Gerontología social*. Ediciones Pirámide.

Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Psicogerontología: perspectivas europeas para un mundo que envejece*. Ediciones Pirámide.

Fernández-Ballesteros, R., Caprara, M. G., Iñiguez, J. y García, L. F. (2005). Promoción del envejecimiento activo: efectos del programa «Vivir con vitalidad» ®. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 40(2), 92-102.

Fernández-Ballesteros, R., Kruse, A., Zamarrón M.D. y Caprara, M.D. (2009). Calidad de vida, satisfacción con la vida y envejecimiento positivo. En Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Psicogerontología: perspectivas europeas para un mundo que envejece*. Ediciones Pirámide, pp.261-292.

Fernández Ballesteros, R., Zamarrón, M. D. y Maciá, A. (1996). *Calidad de vida en la vejez en distintos contextos*. Ministerio de Trabajo e inmigración.

Fernández-Mayoralas, G., Giraldez-García, C., Forjaz, M. J., Rojo-Pérez, F., Martínez-Martin, P. y Prieto-Flores, M. E. (2012). Design, measures and sample characteristics of the CadeViMa-Spain survey on quality of life in

community-dwelling older adults. *International Psychogeriatrics*, 24(03), 425-438.

Fernández, C., Macías, L. y Orte, C. (2008). Uso de las tecnologías de la información y la comunicación entre el alumnado de la Universitat Oberta per a Majors de les Illes Balears. En *Formación universitaria de personas mayores y promoción de la autonomía personal: políticas socioeducativas, metodologías e innovaciones: X Encuentro Nacional de Programas Universitarios para Personas Mayores*, Burgos, 5-7 de mayo de 2008 (pp. 233-244).

Ferrans, C. E., Zerwic, J. J., Wilbur, J. E. y Larson, J. L. (2005). Conceptual model of health-related quality of life. *Journal of Nursing Scholarship*, 37(4), 336-342.

Ferraro, K. F. y Shippee, T. P. (2009). Aging and cumulative inequality: How does inequality get under the skin?. *The Gerontologist*, 49(3), 333-343.

Ferriss, A. L. (2004). The quality of life concept in sociology. *American Sociologist*, 35(3), 37-51.

Findsen, B. y Formosa, M. (2011). Lifelong learning in later life: A handbook on older adult learning. Rotterdam: Sense.

Foa, U. y Foa, E. (1974). *Societal structures of the mind*. Springfield, Ill.: Thomas.

Foa, U. y Foa, E. (1976). Resource theory of social exchange. En J. Thibaut, J. Spence y R. Carson (Eds.), *Contemporary topics in social psychology* (pp. 99-131).

Formosa, M. (2010). Lifelong learning in later life: The Universities of the Third Age. *Lifelong Learning Institute Review*, 5, 1-12.

Formosa, M. (2012). Education and older adults at the University of the Third Age. *Educational Gerontology*, 38(2), 114-126.

Frazier, L., Johnson, P., Gonzalez, G. y Kafka, C. (2002). Psychosocial influences on possible selves: a comparison of three cohorts of older adults. *International Journal of Behavioral Development*, 26, 308-317.

Freire, J. y Brunet, K. S. (2016). Políticas y prácticas para la construcción de una Universidad Digital. *La cuestión universitaria*, (6), 85-94.

Fries, J. F. (2002). Aging, natural death, and the compression of morbidity. *Bulletin of the World Health Organization*, 80(3), 245-250.

Gabriel, Z. y Bowling, A., 2004. 'Quality of life from the perspectives of older people', *Ageing and Society*, 24(5): 675-691.

Galtung, J. (1980). The basic needs approach. En K. Ledere, J. Galtung, y D. Antal (Eds.), *Human needs. A contribution to the current debate*. Cambridge (MA): Oelgeschlager, Gunn and Hain.

García, E. L., Banegas, J. R., Perez-Regadera, A. G., Cabrera, R. H. y Rodriguez-Artalejo, F. (2005). Social network and health-related quality of life in older adults: a population-based study in Spain. *Quality of Life Research*, 14(2), 511-520.

García González, A.J. (2011). *Variables psicosociales que inciden en la calidad de vida de los participantes en Programas Universitarios de Mayores*. Sevilla: Servicio de Publicaciones.

Gauthier, A. H. y Smeeding, T. M. (2003). Time use at older ages: Cross-national differences. *Research on Aging*, 25(3), 247-274.

Gentile, K.M. (1991). 'A review of the literature on interventions and quality of life in the frail elderly'. En Birren, J.E., Lubber, J.E., Rowe, J.C. y Deutchman, D.E., (eds), (1991). *The Concept and Measurement of Quality of Life in the Frail Elderly*. California: Academic Press.

George, L.K. (2010). Still happy after all these years: research frontiers on subjective well-being in later life. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 65B (3), 331-339.

George, L.B. y Bearon, L.K., 1980. *Quality of Life in Older Persons Meaning and Measurement*. New York: Human Sciences Press Inc.

Gerritsen, D.L., Steverink, N., Ooms, M.E. y Ribbe, M.W. (2004). 'Finding a useful conceptual basis for enhancing the quality of life of nursing home residents', *Quality of Life Research*, 13(3): 611-624.

Giró, J. (coord.) (2009). *Envejecimiento, tiempo libre y gestión del ocio*. Logroño: Universidad de La Rioja.

Glendenning, F. (1985). *What is Educational Gerontology? North American and British Definitions*. En F. Glendenning (ed.) *Educational Gerontology. International Perspectives* (pp. 31-57). New York: St. Martin Press.

González Bernal, J. y De la Fuente Anuncibay, R. (2008). Relevancia psico-socio-educativa de las relaciones generacionales. *Revista Española de Pedagogía*, año LXVI, nº 239, enero-abril 2008, 103-118.

González-Celis, A.L., Esquivel, R.I. y Jiménez, J. (2005). Impacto de un aula para personas mayores sobre la calidad de vida. Una experiencia intergeneracional. Avances de un proyecto. *Revista Interamericana de Educación de Adultos*, 1, 95-109.

Gordon, R. M. (1975). *Effects of interpersonal and economic resources upon values and the quality of life*. Allentown, Pa: IAPT Press.

Gorman M. y Zaidi A. (2013). *Global AgeWatch Index 2013: Insight report*, London, HelpAge International, p7.

Guirao, M. y Sánchez, M. (1997). Los programas universitarios para mayores en España. En A. Lemieux. *Los programas universitarios para mayores: enseñanza e investigación*. Madrid: IMSERSO. pp. 145-153.

Guyatt, G.H., Feeny, D.H. y Patrick D.L. (1993). Measuring health-related quality of life. *Annals of Internal Medicine* 118(8), 622-629.

Haas, B.K. (1999a). 'A multidisciplinary concept analysis of quality of life', *Western Journal of Nursing Research*, 21(6): 728-742.

Haas, B.K. (1999b). 'Clarification and integration of similar quality of life concepts', *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 31(3): 215-220.

Hajiran, H. (2006). Toward a quality of life theory: Net domestic product of happiness. *Social Indicators Research*, 75, 31–43.

Halvorsrud, L., Kalfoss, M. y Diseth, Å. (2008). Reliability and validity of the Norwegian WHOQOL-OLD module. *Scandinavian journal of caring sciences*, 22(2), 292-305.

Hammond, C. (2004). Impacts of lifelong learning upon emotional resilience, psychological and mental health: fieldwork evidence. *Oxford Review of Education*, 30(4), 551-568.

Harrison, M. B., Juniper, E. F. y Mitchell-DiCenso, A. (1996). Quality of life as an outcome measure in nursing research. "May you have a long and healthy life". *Canadian Journal of Nursing Research*, 28, 49-68.

Hendrick, C., Hendrick, S. S. y Dicke, A. (1998). The love attitudes scale: Short form. *Journal of Social and Personal Relationships*, 15(2), 147-159.

Herdman M., Badia X. y Berra S. El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. *Aten Primaria* 2001. 15 de octubre. 28 (6): 425-429.

Herdman M., Gudex C., Lloyd A., Janssen M.F., Kind P., Parkin D., Bonser G. y Badía X. (2011). Development and preliminary testing of the new five-level version of EQ-5D (EQ-5D-5L). *Quality of life Research* 04/2011.

Higgs, P., Hyde, M., Wiggins, R. y Blane, D. (2003). Researching Quality of Life in Early Old Age. *Social Policy & Administration*, 37 (3): 239-252.

Holmes, S. (2005). Assessing the quality of life – reality or impossible dream? A discussion paper. *International Journal of Nursing Studies*, 42, 493-501.

Hughes, B. (1990). 'Quality of life' in Peace, S. (ed.), 1990. *Researching Social Gerontology Concepts, Methods and Issues*. London: Sage.

Hunt, S. (1997). The Problem of Quality of Life. *Quality of Life Research*, 6: 205-212.

Índice Global de Envejecimiento, AgeWatch 2015: Resumen ejecutivo, HelpAge International, 2015.

Informe sobre Desarrollo Humano 2015 "*Trabajo al servicio del Desarrollo Humano*", Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Nueva York, 2015.

Inglehart, R. (2002). Gender, aging, and subjective well-being. *International Journal of Comparative Sociology*, 43(3-5), 391-408.

Jarvis, P. (2002). Globalisation, Citizenship and the Education of Adults in Contemporary Society. En: M. Schweisfurth, L. Davies y C. Harber (eds.) *Learning Democracy and Citizenship: International Experiences*, (pp. 291-299). Oxford: Symposium Books.

Jarvis, P. y Walker, J. (1997). When the process becomes the product. Summer universities for seniors. *Education and Ageing*, 12, 60-68.

Jaschke, R., Singer, J. y Guyatt, G. H. (1989). Measurement of Health Status: Ascertaining the Minimal Clinically Important Difference. *Controlled Clinical Trials*, 10, 407-415.

Jiménez Eguizábal, J. A., Palmero Cámara, M. C. y Luis Rico, M. I. (2013). Gestión de la calidad en los programas universitarios de personas mayores: Implicaciones para el alumnado. *International Journal of Developmental and Educational Psychology: INFAD. Revista de Psicología*, 1(2), 347-354.

Kane, R.A. (2003). *Quality of Life in Nursing Homes – Final Report*. Baltimore: Centers for Medicare and Medicaid Services.

Kalache, A. y Kickbusch, I. (1997). A global strategy for healthy ageing. *World health*, 50(4), 4-5.

Katz, S. (2000). Busy bodies: Activity, aging, and the management of everyday life. *Journal of aging studies*, 14(2), 135-152.

Katz, S. y Gurland, B. J. (1991). Science of quality of life of elders: challenges and opportunity. *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly*, 335-343.

Kim, A. y Merriam, S. B. (2004). Motivations for learning among older adults in a learning in retirement institute. *Educational Gerontology*, 30(6), 441-455.

Kirchengast, S. y Haslinger, B. (2008). Gender differences in health-related quality of life among healthy aged and old-aged Austrians: cross-sectional analysis. *Gender Medicine*, 5(3), 270-278.

Komp, K. y Johansson, S. (2016). Population ageing in a lifecourse perspective: Developing a conceptual framework. *Ageing and Society*, 36(9), 1937-1960.

König, H. H., Heider, D., Lehnert, T., Riedel-Heller, S. G., Angermeyer, M. C., Matschinger, H. y de Graaf, R. (2010). Health status of the advanced elderly in six European countries: results from a representative survey using EQ-5D and SF-12. *Health and quality of life outcomes*, 8(1), 143.

Kuykendall, L., Tay, L. y Ng, V. (2015). Leisure engagement and subjective well-being: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 141(2), 364-403.

Kvist, J. (2016). A framework for social investment strategies: Integrating generational, life course and gender perspectives in the EU social investment strategy. *Comparative European Politics*, 13(1), 131-149.

Lardiés-Bosque, R., Rojo-Pérez, F., Rodríguez-Rodríguez, V., Fernández-Mayoralas, G., Prieto-Flores, M. E., Ahmed-Mohamed, K. y Rojo-Abuín, J. M. (2013). Actividades de ocio y calidad de vida de los mayores en la Comunidad de Madrid. *Boletín de la Asociación de Geógrafos Españoles*, 63, 493-497.

Lassey, W. R. y Lassey, M. L. (2001). *Quality of life for older people: An international perspective*. Prentice Hall.



Lauder R.H. (1998). *Social Problems and the Quality of Life*, McGraw-Hill, Boston.

Lawton, M.P. (1983). 'Environment and other determinants of well-being in older people', *The Gerontologist*, 23(4): 349-357.

Lawton, M.P. (1991). 'A multidimensional view of quality of life in frail elders'. En Birren, J.E., Lubber, J.E., Rowe, J.C. y Deutchman, D.E., (eds), (1991). *The Concept and Measurement of Quality of Life in the Frail Elderly*. California: Academic Press.

Lawton, M. P. y 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., Moss, M. S., Winter, L. y Hoffman, C. (2002). Motivation in later life: personal projects and well-being. *Psychology and aging*, 17(4), 539.

Lázaro Fernández, Y. (2008). La experiencia de ocio a través de los programas universitarios de adultos/mayores, en Palmero Cámara C. (coord.). *Formación universitaria de personas mayores y promoción de la autonomía personal. Políticas socioeducativas, metodologías e innovaciones. X Encuentro Nacional de Programas Universitarios para Personas Mayores*. Burgos: Universidad de Burgos (pp. 345-356).

Lemieux, A. (1997). *Los programas universitarios para mayores. Enseñanza e investigación*. Madrid: IMSERSO.

Leung, K., Wu, E., Lue, B. y Tang, L. (2004). 'The use of focus groups in evaluating quality of life components among elderly Chinese people', *Quality of Life Research*, 13(1): 179-190.

Levet-Gautrat M. (1997). Les étudiants du Troisième âge dans les Universités du 3ème âge. Laboratoire de Psychologie Sociale. Université Paris X, 1982. Citado en Lemieux A. Los programas universitarios para mayores: enseñanza e investigación. Madrid: IMSERSO.

Ley 5/2003, de 3 de abril, de atención y protección a las personas mayores de Castilla y León. (BOCyL nº 67, del 8 de abril de 2003).

Limón Mendizábal M. R. y Ortega Navas M.C. (2011). Envejecimiento activo y mejora de la calidad de vida en adultos mayores. *Revista de Psicología y Educación* 1699-9517, Vol. 1, Nº 6, 225-238.

Longworth, N (2003). *El aprendizaje a lo largo de la vida. Ciudades centradas en el aprendizaje para un siglo orientado hacia el aprendizaje.* Barcelona. Paidós.

Lorenzo Otero, T. y Maseda Rodríguez A. (2011). Intervención sociocultural y tiempo libre. En Millán Calenti, J.C. *Gerontología y geriatría: Valoración e intervención* (529-548). Madrid: Editorial Médica Panamericana. Madrid, 529-548.

Lorenzo Vicente, J. A., Rodríguez Martínez, A. y Gutiérrez Moar, M. C. (2012). Educación y calidad de vida: los Programas Universitarios para Mayores en España, *Memorialidades*, 17, 61-104.

Lowy, L. y O'Connor, D. (1986). *Why education in the later years?*. Lexington Books.

Mackowicz, J. y Wnek-Gozdek, J. (2016). "It's never too late to learn"—How does the Polish U3A change the quality of life for seniors?. *Educational Gerontology*, 42(3), 186-197.

Maldonado Briegas, J. J., Fajardo Caldera, M. I., Vicente Castro, F. y González Ballester, S. (2016). Adulto mayor y envejecimiento activo. Caso de éxito de una iniciativa emprendedora. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. Revista INFAD de Psicología*, 1(2), 57-62.

Malter, F. y A. Börsch-Supan (Eds.) (2015). *SHARE Wave 5: Innovations & Methodology*. Munich: MEA, Max Planck Institute for Social Law and Social Policy.

Manheimer, R.J. (2002). La educación para mayores en los Estados Unidos: tendencias y programas de desarrollo. En VV.AA., *Los modelos marco de programas Universitarios para Mayores* (pp.111 -121). Alicante: Universidad Permanente de Alicante.

Manheimer, R.J. y Moskow-McKenzie, D. (1995). Transforming older adult education: An emerging paradigm from a nationwide study. *Educational Gerontology*, K, 613-632

Martín, A.V. y Requejo, A. (2005). Fundamentos y propuestas de la educación no formal con personas mayores. *Revista de Educación*, 338, 45-66.

Martínez Rodríguez, S. y Gómez Marroquín, I. (2005). El ocio y la intervención con personas mayores. *Gerontología: Actualización, innovación y propuestas*, 433-454.

Mas, O. (2007). Las necesidades formativas de las personas mayores de 50 años. *Revista Iberoamericana de Educación*, 44 (1), 1-15.

Maslow, A.H. (1970). *Motivation and Personality*. New York: Harper and Row Publishers.

Máximo Bocanegra, N. y Cigarán Méndez, M. (2011). Análisis de la actividad. En Millán Calenti, J.C. *Gerontología y geriatría: Valoración e intervención* (171-185). Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Mayence, S. (1980). La grande aventure de universités du troisième âge. *Retraite de vie devant soi*, 4.

McMillan J.H. y Schumacher S. (2005). *Investigación educativa*. 5º edición. Madrid. Pearson Educación.

Meeberg, G.A. (1993). 'Quality of life: a concept analysis', *Journal of Advanced Nursing*, 18: 32-38.

Megens, Y. y Van Meijel, B. (2006). Quality of life for long-stay patients of psychiatric hospitals: a literature study. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 13(6), 704-712.

Megone, C. (1990). 'The quality of life starting from Aristotle' en Baldwin, S., Godfrey, C. y Propper, C., (eds), 1990. *Quality of Life Perspectives and Policies*. London: Routledge.

Mehrota, C. M. (2003). In defense of offering educational programs for older adults. *Educational Gerontology*, 29, 645-655.

Metchnikoff, I. I. (2004). *The prolongation of life: optimistic studies*. Springer Publishing Company.

Michel, J. P., Newton, J. L. y Kirkwood, T. B. (2008). Medical challenges of improving the quality of a longer life. *J. Am. Med. Assoc.*, 299(6), 688-690.

Miguel, C. y Montero, M. (2004). *Envejecimiento y sostenibilidad del sistema de pensiones*. Madrid: FEDEA.

Mikulincer, M. (1997). Adult attachment style and information processing: individual differences in curiosity and cognitive closure. *Journal of personality and social psychology*, 72(5), 1217.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud. España 2011/12. Calidad de vida relacionada con la salud en adultos: EQ-5D-5L. Serie Informes monográficos nº 3. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2015). *Marco de actuación para las personas mayores propuestas y recomendaciones para fortalecer el ejercicio de los derechos de las personas mayores*. Madrid: Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad e Instituto de Mayores y Servicios Sociales.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2002). *Envejecimiento: diálogos 2020: el futuro del envejecimiento*. Madrid: Secretaría General de Asuntos Sociales.

Monteagudo Sánchez M.J. (ed.) (2007). *El Ocio en la investigación actual. Una lectura desde ámbitos, disciplinas, grupos de población y contextos*

geográficos. Documentos de Estudios de Ocio, 32. Bilbao: Universidad de Deusto.

Montoro, J. y Pinazo, S. (2005). Evaluating Social Integration and Psychological Outcomes for Older Adults Enrolled at a University Intergenerational Program. *Journal of Intergenerational Relationships*, 3(3), 65-81.

Montoro, J., Pinazo, S. y Tortosa, M.A. (2007). Motivaciones y expectativas de los estudiantes mayores de 55 años en los programas universitarios. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 42 (3), 158-166.

Moody, H. (1976) Philosophical presuppositions of education for old age, *Educational Gerontology*, 1, pp. 1-16.

Moons, P., Budts, W. y De Geest, S. (2006). Critique on the conceptualisation of quality of life: A review and evaluation of different conceptual approaches. *International Journal of Nursing Studies*, 43, 891-901.

Moro Baizán M.A. (2010). *Cambios en la Calidad de Vida de los Alumnos de la Universidad de la Experiencia de la Universidad Pontificia de Salamanca. Validación de los cuestionarios*. Universidad Pontificia de Salamanca, Salamanca.

Mozley, C., Sutcliffe, C., Bagley, H., Cordingley, L., Challis, D., Huxley, P. y Burns, A. (2004). *Towards Quality Care Outcomes for Older People in Care Homes*. England: Ashgate Publishing.

Murphy, H. y Murphy, E.K. (2006). Comparing quality of life using the World Health Organization Quality of Life measure (WHOQOL-100) in a clinical and nonclinical sample: Exploring the role of self-esteem, self-efficacy and social functioning. *Journal of Mental Health* 15, 289-300.

Murphy, K., Shea, E. O. y Cooney, A. (2007). Quality of life for older people living in long-stay settings in Ireland. *Journal of clinical nursing*, 16(11), 2167-2177.

Naciones Unidas (1982). Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento, Asamblea sobre el Envejecimiento, Viena-Austria, julio-agosto.

Naciones Unidas (2002). *Plan de Acción Internacional, Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento Madrid 2002* (Nueva York, Naciones Unidas).

Najman, J. M. y Levine, S. (1981). Evaluating the impact of medical care and technologies on the quality of life: a review and critique. *Social Science & Medicine. Part F: Medical and Social Ethics*, 15(2), 107-115.

Naughton, M. J., Shumaker, S. A., Anderson, R. T. y Czajkowski, S. M. (1996). Psychological aspects of health-related quality of life measurement: tests and scales. *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials. Spilker, B. Cap*, 15, 117-131.

Nava, L.M. (2001): La educación a lo largo de la vida, una visión internacional. Espacio universitario erein. Donostia.

Netuveli, G. y Blane, D. (2008). Quality of life in older ages. *British medical bulletin*, 85(1), 113-126.

Netuveli, G., Wiggins, R. D., Hildon, Z., Montgomery, S. M. y Blane, D. (2006). Quality of life at older ages: evidence from the English longitudinal study of aging (wave 1). *Journal of epidemiology and community health*, 60(4), 357-363.

Newman, D. B., Tay, L. y Diener, E. (2014). Leisure and subjective well-being: A model of psychological mechanisms as mediating factors. *Journal of Happiness Studies*, 15(3), 555-578.

Niemelä, P. (2004). Theory of Human Action - Basis to Analyse Social Work Theoretically. En P. Erath, B. Littlechild, y R. Vornanen (Eds.), *Social Work in Europe -Descriptions, Analysis and Theories* (pp. 161-175). Stassfurt: ISIS.

Niezabitowski, M. (2011). Relacje społeczne ludzi starszych w środowisku zamieszkania—aspekty teoretyczne i empiryczne. *Acta Universitatis Lodzianensis. Folia Sociologica*, (Acta Universitatis Lodzianensis, Folia Sociologica nr 38/2011).

Niv, D. y Kreitler, S. (2001). Pain and quality of life. *Pain Practice*, 1(2), 150-161.

Noelker, L. S. y Harel, Z. (2001). Humanizing Long-Term Care: Forging a Link Between Quality of Care and Quality of Life. En L. S. Noelker, Z. Harel, L. S. Noelker y Z. Harel (Eds.), *Linking quality of long-term care and quality of life* (pp. 3-26). New York: Springer Publishing Company.

Noll, H. (2004). Social indicators and quality of life research: Background, achievement and current trends. En N. Genov (Ed.), *Advances in sociological knowledge over half a century* (pp. 151-181). Wiesbaden, Germany: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

O'Boyle, C.A. (1997). 'Measuring the quality of later life', *Philosophical Transactions: Biological Sciences*, 352(1363): 1871-1879.

OCDE (1996). *Apprendre à tous âge*. OCDE: Paris.

OMS (2002). Envejecimiento activo: un marco político. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 37(S2), 74-105.

OMS (2016). *Plan de Acción 2016-2020*. Documento A69/17, Asamblea Mundial de la Salud.

Ordoñez, T. N., Batistoni, S. S. T. y Cachioni, M. (2011). Síntomas depresivos en adultos mayores participantes de una universidad abierta a la tercera edad. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 46(5), 250-255.

Orduna, N. y Naval, C. (2001). *Gerontología Educativa*. Barcelona: Ariel Educación.

Organización Mundial de la Salud, (2002). Envejecimiento activo: un marco político. *Revista Española de Geriátría y Gerontología* 37 (S2), 74-105.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (1993). WHOQOL- Study Protocol: the development of World Health Organization Quality of Life assessment instrument (Publication MNH/PSF/93.9). Ginebra, Suiza: División de Salud Mental.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2002). Envejecimiento activo: un marco político. En *Revista Española en Geriatría y Gerontología*. 37(S2). 74-105. Ediciones Doyma.

Organización Mundial de la Salud, Instituto de Migraciones y Servicios Sociales IMSERSO. Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud (CIF). En: Documento de salud. Madrid; 2001.

Organization for Economic Cooperation and Development (1996). *Life long learning for all*. OECD: París.

Orte Socías, C. (coord.) (2006). *El aprendizaje a lo largo de toda la vida. Los programas universitarios de mayores*. Madrid, Universitat de les Illes Balears, Dykinson

Orte Socías, C. y March Cerdà, M. X. (2007). Envejecimiento, educación y calidad de vida: la construcción de una gerontología educativa. *Revista española de pedagogía*, 65(237), 257-274.

Padilla Góngora, D., López Liria, R., Martínez Martínez, A. M., Soro, G. y Pérez Mora, D. (2012). Diseño y experimentación de un programa educativo para mayores en Almería: proyecto Grundtvig. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. Revista INFAD de Psicología*, 1(3), 309-315.

Padilla Góngora, D. y Padilla Clemente, A. M. (2008). Tecnologías para mayores. *Universitas Psychologica*, 7(3), 883-894.

Padilla, G. V., Grant, M. M. y Ferrell, B. (1992). Nursing research into quality of life. *Quality of Life Research*, 1(5), 341-348.

Palmero Cámara, C. (coord.) (2008): *Formación universitaria de personas mayores y promoción de la autonomía personal. Políticas socioeducativas, metodológicas e innovaciones. X Encuentro Nacional de Programas Universitarios para Mayores*. Burgos, Universidad de Burgos.



Palmero Cámara, C. (2008). *Repercusiones de la formación universitaria de personas mayores en el ámbito familiar* en Orientación familiar. Las personas mayores. Universidad de Burgos, pp. 123-135.

Palmero Cámara, C. y Jiménez Eguizábal, A. (2013). *Seguir aprendiendo de mayores en la sociedad cosmopolita. La oportunidad del Espacio Europeo de Educación Superior* en Santos Rego, M.A. (Ed.) *Cosmopolitismo y educación: aprender y trabajar en un mundo sin fronteras*. Valencia: Editorial Brief.

Palmero Cámara, C. y Luis Rico, I. (2012). Calidad y formación universitaria. Los actores, *Memorialidades*, n. 17, jan./jun. 2012, p. 317-343.

Pardinas, F. (1989). *Metodología y técnicas de investigación en ciencias sociales*. Siglo XXI.

Patrick D. y Erickson P. (1993). *Health Policy, Quality of Life: Health Care Evaluation and Resource Allocation*. New York: Oxford University Press.

Payne, L. L. y Barnett, L. A. (2006). Leisure and recreation across the life span. *Introduction to recreation and leisure*, 229-250.

Peel, N. M., McClure, R. J. y Bartlett, H. P. (2005). Behavioral determinants of healthy aging. *American journal of preventive medicine*, 28(3), 298-304.

Peplau, H. E. (1994). Quality of life: an interpersonal perspective. *Nursing Science Quarterly*, 7(1), 10-15.

Pérez Cano, V., Malagón Bernal, J. L. y Amador Muñoz, L. (2006). *Vejez, autonomía o dependencia, pero con calidad de vida*. Dykinson.

Peterson, D. (1976). Educational Gerontology: the state of the art. *Educational Gerontology*, 1(1), 62.

Peterson, D. (1983). *Facilitating education for older learners*. London: Jossey-Bass.

Pinazo Hernandis, S. (2012). Envejecimiento activo y solidaridad intergeneracional. En *Envejecimiento activo y solidaridad intergeneracional [Recurso electrónico]: claves para un envejecimiento activo* (p. 8). Universidad Nacional de Educación a Distancia, UNED.

Pinazo Hernandis, S. y Sánchez Martínez M. (2006). *Gerontología: actualización, innovación y propuestas*. Madrid: Pearson Educación.

Pinillos, J. L. (1992). Realidades y mitos de la tercera edad [Third Age: Myths and realities]. *Perspectivas en gerontología y salud*, 102-115.

Pinto, J. M., Fontaine, A. M. y Neri, A. L. (2016). The influence of physical and mental health on life satisfaction is mediated by self-rated health: A study with Brazilian elderly. *Archives of gerontology and geriatrics*, 65, 104-110.

Plagnol, A. C. y Easterlin, R. A. (2008). Aspirations, attainments, and satisfaction: Life cycle differences between American women and men. *Journal of Happiness Studies*, 9(4), 601-619.

Poston, B. (2009). An Exercise in Personal Exploration: Maslow's Hierarchy of Needs. *The surgical technologist*, 347-353.

Power, M., Quinn, K., Schmidt, S. y the WHOQOL-OLD Group (2005). Development of the WHOQOL-OLD module. *Quality of Life Research*, 14, 2197-2214.

Priebe, S. y Fakhoury, W. (2008). Quality of life in Clinical handbook of schizophrenia. En K. Mueser, y D. Jeste (Eds.), *Clinical handbook of schizophrenia* (pp. 581-591). New York, USA: The Guilford Press.

Prus S.G. (2011). Comparing social determinants of self-rated health across the United States and Canada. *Social Sciences and Medicine*, 73 (1), 50-59.

Puts, M. T., Shekary, N., Widdershoven, G., Heldens, J., Lips, P. y Deeg, D. J. (2007). What does quality of life mean to older frail and non-frail community-dwelling adults in the Netherlands?. *Quality of life Research*, 16(2), 263-277.

Quisbert Vargas, M. y Ramirez Flores, D. (2011). Objetivos de la investigación científica. *Rev. Act. Clin. Med.*,10, 461-465.

Ramos-Goñi J.M., Pinto Prades J.L., Oppe M., Cabasés, J.M., Serrano P. y Rivero-Arias O. (2015). Valuation and modelling of EQ-5D-5L health states using a hybrid approach. *Medical Care, Methods Series* (forthcoming).

Raphael, D. (1996). 'Defining quality of life: eleven debates concerning its measurement' in Renwick, R., Brown, I. and Nagler, M., (eds.), 1996. *Quality of Life in Health Promotion and Rehabilitation: Conceptual Approaches, Issues, and Applications*. California: Sage.

Raphael, D., Renwick, R., Brown, I. y Rootman, I. (1996). Quality of life indicators and health: current status and emerging conceptions. *Social Indicators Research*, 39(1), 65-88.

Reig, A. y Fernández-Ballesteros, R. (1994). Evaluación conductual en la vejez. En R. Fernández-Ballesteros (ed.). *Evaluación conductual hoy*. Madrid: Pirámide.

Richart Martínez, M., Cabrero García, J., Cabañero Martínez, M.J. y Reig Ferrer A. (2011). Calidad de vida en la vejez. En Millán Calenti, J.C. *Gerontología y geriatría: Valoración e intervención* (pp 617-638). Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Rissanen, S. (2013). Wellbeing and Environment - Concepts in the Elderly Care Home Context. En A. Hujala, S. Rissanen, S. Vihma, A. Hujala, S. Rissanen y S. Vihma (Eds.), *Designing Wellbeing in Elderly Care Homes* (pp. 20-35). Helsinki: Aalto University publication series; Crossover.

Rodriguez-Laso, A., Zunzunegui, M. V. y Otero, A. (2007). The effect of social relationships on survival in elderly residents of a Southern European community: a cohort study. *BMC geriatrics*, 7(1), 19.

Rodríguez, A., Mayán, J. M. y Antelo, M. (2003). Programas Universitarios de mayores, mundo rural y sociedad de la información. Cuestiones estratégicas para su expansión. En *VIII Encuentro Nacional de Programas Universitarios para*

personas mayores. *Una apuesta por el aprendizaje a lo largo de toda la vida* (pp.301-305). Madrid: IMSERSO.

Rojo-Pérez, F. (Ed.). (2011). *Calidad de vida y envejecimiento: la visión de los mayores sobre sus condiciones de vida*. Fundación BBVA.

Roodin, P., Brown, L.H. y Sheldock, D. (2013). Intergenerational Service-Learning: A review of Recente Literature and Directions for the Future, *Educational Gerontology* 34 (1), pp.3-25.

Rowe, J. W. y Kahn, R. L. (1997). Successful aging. *The gerontologist*, 37(4), 433-440.

Rowe, J. W. y Kahn, R. L. (1998). Successful aging: The MacArthur foundation study. *New York: Pantheon*.

Ruiz Diana, D., Morales Asencio, J.M. y Morales Gil, I.M. (2011) "Calidad de vida del alumnado del Aula de Mayores de la Universidad de Málaga". En *Aprendizaje a lo largo de la vida, envejecimiento activo y cooperación internacional en los programas universitarios para mayores: IV Congreso Iberoamericano de Universidades para Mayores*, CIUUM 2011. Alicante: Asociación Estatal de Programas Universitarios para Mayores (AEPUM), 2011, Vol. II, pp. 871-874.

Ryan, R. M. y Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American psychologist*, 55(1), 68

Ryff, C. D., Magee, W. J., Kling, K. C. y Wing, E. H. (1999). Forging macro-micro linkages in the study of psychological well-being. *The self and society in aging processes*, 247-278.

Sabino, C. (2014). *El proceso de investigación*. Editorial Episteme.

Sáez Aguado A.M. (2004). Proyección social de los programas universitarios para las personas mayores. Ponencia presentada en *VIII Encuentro Nacional de Programas Universitarios para Personas Mayores*,

Corese (Zamora), España. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Junta de Castilla y León y AEPUM.

Sáez Carreras, J. y Escarbajal, A. (Coord.) (1998): *La educación de personas adultas*. Salamanca, Amarú.

Sánchez, C. (2004). *Estereotipos negativos hacia la vejez y su relación con variables sociodemográficas, psicosociales y psicológicas*. Tesis Doctoral, Dpto. Psicología Evolutiva y de la Educación, Universidad de Málaga.

Sánchez, M. (2003). *La semántica de la terminología en educación de personas mayores. La Gerontagogía*. En J. SÁEZ (coord.) *Educación y aprendizaje en las personas mayores* (pp. 53-61). Madrid: Editorial Dykinson.

Sarvimäki, A. y Stenbock-Hult, B., 2000. 'Quality of life in old age described as a sense of well-being, meaning and value', *Journal of Advanced Nursing*, 32(4): 1025-1033.

Schaie, K. (1993). The optimization of cognitive functioning in old age: predictions based on cohort-sequential and longitudinal data. En P. Baltes y M. Baltes (Eds.), *Successful ageing: perspectives from the behavioural sciences*, pp. 94-117. Cambridge: Cambridge University Press.

Schalock, R., De Vries J. y Lebsack, J. (1999). Enhancing quality of life. En S. Stanley y G. Weber (Eds.), *Aging, rights and quality of life. Prospects for older people with developmental disabilities* (pp. 81-92). York. Pennsylvania: Brookes.

Schalock, R. L. y Verdugo Alonso, M. A. (2003). *Calidad de vida: manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Alianza Editorial.

Scheibe S. y Cartensen L.L. (2010). Emotional ageing: recent findings and future trends. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences and Social Sciences*, 65B (2), 135-144.

Schneider, K. (2003). The significance of learning for aging. *Educational Gerontology*, 29: 809-823.

Schroots, J. J. (1996). Theoretical developments in the psychology of aging. *The Gerontologist*, 36(6), 742-748.

Schuller, T. (2010). Learning through life: The implications for learning in later life of the NIACE Inquiry. *International Journal of Education and Ageing*, 1(1), 41-51.

Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y enfermería*, 9(2), 09-21.

Seeman, T. E. (1996). Social ties and health: The benefits of social integration. *Annals of epidemiology*, 6(5), 442-451.

Seligman, M. E. (2014). *Florecer: La nueva psicología positiva y la búsqueda del bienestar*. Editorial Oceano.

Sen, A. (1998), *Development as Freedom*, Oxford University Press, Oxford.

Sen, A. (1999), *Development as Freedom*, New York, Knopf.

Sen, A. (1993). 'Capability and well-being'. En Nussbaum, M.C. y Sen, A., (eds.), 1993. *The Quality of Life*. Oxford: Oxford University Press.

Seth, J. (1889). 'The Evolution of morality', *Mind*. 14(53): 27-49.

Sirgy, M. J., Michalos, A. C., Ferriss, A., Easterlin, R. A., Patrick, D. y Pavot, W. (2006). The quality-of-life (QOL) research movement: Past, present and future. *Social Indicators Research*, 76, 343–466.

Sirgy, J.M. (1986). 'A quality-of-life theory derived from Maslow's developmental perspective: "quality" is related to progressive satisfaction of a hierarchy of needs, lower order and higher', *American Journal of Economics and Sociology*, 45(3): 329-342.

Skevington, S. M. (2002). Advancing Cross-Cultural Research on Quality of Life: Observations Drawn from the Whoqol Development. *Quality of life Research*, II: 135-144.

Smith, A. (2000). *Researching Quality of Life of Older People: Concepts, Measures and Findings*. Keele University Centre for Social Gerontology Working Paper No. 7.

Smith, A. E., Sim, J., Scharf, T. y Phillipson, C. (2004). Determinants of quality of life amongst older people in deprived neighbourhoods. *Ageing and Society*, 24(05), 793-814.

Sneegas, J. J. (1986). Components of life satisfaction in middle and later life adults: Perceived social competence, leisure participation, and leisure satisfaction. *Journal of Leisure Research*, 18, 248-258.

Sotgiu, I., Galati, D., Manzano, M. y Rognoni, E. (2011). Happiness components and their attainment in old age: A cross-cultural comparison between Italy and Cuba. *Journal of Happiness Studies*, 12(3), 353-371.

Soto, R. y Bravo, M.E.L., La educación del adulto mayor más allá de una responsabilidad social: un derecho (2003). En Gaviria, J.L., Palmero, M. C. y Alonso, P. (comps.), *Entre generaciones: educación, herencia y promesas*. Actas del XV Congreso Nacional y V Iberoamericano de Pedagogía (pp. 529-535). Madrid: Instituto Calasanz de Ciencias de la Educación / Sociedad Española de Pedagogía.

Stangl, W. (1989). The structure of resource preferences. *Archiv für Psychologie*, 141, 139-153.

Steward, A. L. y King, A. C. (1994). Conceptualizing and Measuring Quality of Life in Older Populations. En R. P. Abeles, y H. C. Gift (Eds.), *Aging and Quality of Life* (pp. 27-54). New York: Springer Publishing Company, Inc.

Stone, A. A., Schwartz, J. E., Broderick, J. E. y Deaton, A. (2010). A snapshot of the age distribution of psychological well-being in the United States. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 107(22), 9985-9990.

Stringhini, S. et al. (2017). Socioeconomic status and the 25 × 25 risk factors as determinants of premature mortality: a multicohort study and meta-analysis of 1.7 million men and women. *The Lancet*.

Svensson, T. (1991). Intellectual exercise and quality of life in the frail elderly. En J. E. Birren, J. E. Lubben, J. C. Rowe, y D. E. Deutchman (Eds.), *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly* (pp. 256–275). San Diego, CA: Academic Press.

Swindell R. (1991). Educational opportunities for older persons in Australia: a rationale for further development. *Australian Journal of Education*, 35, 175-186.

Tamayo, M. (2004). *El proceso de la investigación científica*. Editorial Limusa.

Tamer, N. y Yuni, J. A. (1995). *Participación educativa y democratización de oportunidades para las personas mayores*. *International Journal of Third Age Learning International Studies*, 5.

Tesch-Roemer, C. (2012). *Active ageing and quality of life in old age*. United Nations Economic Commission for Europe.

The EuroQol Group (1990). EuroQol – a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy* 16(3): 199-208.

The WHOQOL Group (1995). 'The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position Paper from the World Health Organization', *Social Science and Medicine*, 41(10): 1403-1409.

The WHOQOL Group (1998). 'Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment', *Psychological Medicine*, 28(3): 551-558.

Thomopoulou I., Thomopoulou D. y Koutsouki D. (2010). The differences at quality of life and loneliness between elderly people. *Biology of Exercise*, 6(2).

Tornstam L. (2005), *Gerotranscendence. A developmental theory of positive aging*, Springer, New York.

Triadó, M.C. (2003). *Envejecer en entornos rurales*. Madrid, IMSERSO, Estudios I+D+I, nº 19. [Fecha de publicación: 13/06/2005].



Triadó, C., Celdrán, M., Conde, J.L., Montoro, J., Pinazo, S. y Villar, F. (2008). *Envejecimiento productivo: la provisión de cuidados de los abuelos a los nietos. Implicaciones para su salud y bienestar. Informe de investigación IMSERSO*. Madrid: IMSERSO

Triadó, C. y Villar, F. (2008). *Envejecer en positivo*. Barcelona: Ed. Aresta.

UNDESA Population Division, *World population prospects: the 2015 revision*, DVD Edition, 2015.

UNDESA, *World Population Prospects: the 2012 revision*, 2013

UNESCO (1995). *Informe mundial sobre la ciencia*. París: UNESCO, Santillana.

UNFPA/HelpAge International, *Ageing in the Twenty-First Century: A Celebration and a Challenge*, London, 2012, Chapter 4

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2015). *World Population Prospects: The 2015 Revision, Volume I: Comprehensive Tables (ST/ESA/SER.A/379)*.

United Nations (1982). *Vienna international plan of action on ageing*. World Assembly on Ageing, A/Conf.113/31, Vienna.

Van Agt, H. M., Essink-Bot, M. L., Krabbe, P. F. y Bonsel, G. J. (1994). Test-retest reliability of health state valuations collected with the EuroQol questionnaire. *Social science & medicine*, 39(11), 1537-1544.

Van Dierendonck, D., Abarca, A. B., Díaz, D., Jiménez, B. M., Gallardo, I., Valle, C. y Rodriguez Carvajal, R. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18(3), 572-577.

Van Hout B., Janssen M.F. et al. (2012). Interim scoring for the EQ-5D-5L: Mapping the EQ-5D-5L to EQ-5D-3L value sets. *Value in Health* 2012 Jul-Aug;15(5):708-15.

Van Kersbergen, K., Vis, B. y Hemerijck, A. (2014). The Great Recession and welfare state reform: is retrenchment really the only game left in town?. *Social Policy and Administration*, 48, 7, 883-904.

Veenhoven, R. (1994). El estudio de la satisfacción con la vida. *Intervención psicosocial*, 3, 87-116.

Velázquez, M. (2006). *Reflexiones sobre los programas universitarios de mayores. Una visión desde la práctica en el Aula de la Experiencia de la Universidad de Sevilla*. Sevilla: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Sevilla.

Verdugo, M. A., Schalock, R. L., Gómez, L. E. y Arias, B. (2007). Construcción de escalas de calidad de vida multidimensionales centradas en el contexto: la Escala GENCAT. *Siglo Cero* 38(4), 57-72.

Vilagut G., Ferrer M., Rajmil L., Rebollo P., Permanyer-Meralda G., Quintana J., Santed R. et al. (2005). El cuestionario SF-36 español: una década de experiencias y nuevos desarrollos. *Gaceta Sanitaria*;19 (2): 135-150.

Vilaplana Prieto, C. (2010). Relación entre los Programas Universitarios para Mayores, la satisfacción durante la jubilación y la calidad de vida. *Revista de Investigación Educativa*, 28 (1), 195-216.

Villar Posada, F. (2010). Evaluación de programas universitarios para mayores: Motivaciones, dificultades y contribuciones a la calidad de vida demanda y prestación de cuidados en el seno familiar (No. 50). Madrid: IMSERSO. Madrid. *Estudios de I+ D+ I*, (50)

Villar, F., Triado, C., Pinazo, S., Celdran, M. y Sole, C. (2010). Reasons for older adult participation in university programs in Spain. *Educational Gerontology*, 36(3), 244-259.

Von Heideken Wågert, P., Rönmark, B., Rosendahl, E., Lundin-Olsson, L., Gustavsson, J. M., Nygren, B. y Gustafson, Y. (2005). Morale in the oldest old: the Umeå 85+ study. *Age and Ageing*, 34(3), 249-255.

Wahl, A. K., Rustøen, T., Hanestad, B. R., Lerdal, A. y Moum, T. (2004). Quality of life in the general Norwegian population, measured by the Quality of Life Scale (QOLS-N). *Quality of life research*, 13(5), 1001-1009.

Walker, A. (2004). Calidad de vida de las personas mayores. Análisis comparativo europeo. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 39(3), 8-17.

Walker, A. (2005). Quality of life in old age in Europe. In A. Walker (Ed.), *Growing older in Europe* (pp. 1–29). New York, NY: Open University Press.

Walker, A. y Mollenkopf, H. (2007). International and multidisciplinary perspectives on quality of life in old age. En H. Mollenkopf y A. Walker (Eds.), *Quality of life in old age* (pp. 3–13). Dordrecht, The Netherlands: Springer.

Waskel, S. (1982). Scope for education programs for older adults. En M. A. Okun (Ed.), *Programs for older adults*, pp. 25-34. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

WHOQOL Group (1993). Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *Quality of Life Research*, 2, 153-159.

Wilhelmsen, K., Andersson, C., Waern, M. y Allebeck, P. (2005). Elderly people's perspectives on quality of life. *Ageing and Society*, 25(04), 585-600.

Williams, A. (1985). 'Economics of coronary artery bypass grafting', *British Medical Journal*, 291: 326-329.

Williamson, A. (2000). Gender issues in older adults' participation in learning: viewpoints and experiences of learners in the University of Third Age (U3A). *Educational Gerontology*, 26, 49-66.

Wolkenstein A. y Butler, D. (1992). Quality of life among the elderly: Self-perspectives of healthy elderly. *Gerontology and Geriatrics Education*, 12(4), 59-69.

Ximénez Gómez, C., Suero Suñe, M. y Botella Ausina, J. (2014). *Análisis de datos en psicología I*. Ediciones Pirámide.

Yenerall J.D. (2003). Educating an aging society: The university of the third age in Finland. *Educational Gerontology*, 29, 703-16.

Yuni J.A. (1999) Optimización del desarrollo personal mediante la intervención educativa en la adultez y la vejez. Tesis Doctoral no publicada. Universidad de Granada.

Xavier, F. M., Ferraz, M., Marc, N., Escosteguy, N. U. y Moriguchi, E. H. (2003). Elderly people s definition of quality of life. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25(1), 31-39.

XIII Encuentro Estatal de Programas Universitarios para Mayores, 2013: Nuevos tiempos, nuevos retos para los Programas Universitarios para Mayores. Libro de Actas: Universidad de Valencia.

Yang, Y. (2008). Social inequalities in happiness in the United States, 1972 to 2004: An age-period-cohort analysis. *American sociological review*, 73(2), 204-226.

Yanguas Lezaun, J. (2006). *Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional* (No. 11002). Imsero.

Zaidi, A., Gasior K., Hofmarcher M. M., Lelkes O., Marin B., Rodrigues R., Schmidt A., Vanhuysse P. y Zolyomi E. (2012) "Towards An Active Ageing Index: Concept, Methodology and First Results" EC/UNECE, Active Ageing Index Project, UNECE Grant ECE/GC/2012/003, European Centre for Social Welfare Policy and Research, Vienna, July 2012.

Zhan, L. (1992). 'Quality of life: conceptual and measurement issues', *Journal of Advanced Nursing*, 17: 795-800.

Zhang W., Feng Q., Lacanienta J. y Zhen Z. (2017). Leisure participation and subjective well-being: Exploring gender differences among elderly in Shanghai, China. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 69, 45-54.

Zhao, B., Heath, C. J. y Fogue, R. E. (2005). Quality of life and use of human services among households. *Consumer Interest Annual*, 51, 83–106.

Zielińska-Więczkowska H., Kędziora-Kornatowska K. y Ciemnoczołowski W. (2011). Evaluation of quality of life (QoL) of students of the University of Third Age (U3A) on the basis of socio-demographic factors and health status. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 53, (2), 198-202.

Zielińska-Więczkowska, H., Muszalik, M., y Kędziora-Kornatowska, K. (2012). The analysis of aging and elderly age quality in empirical research: Data based on University of the Third Age (U3A) students. *Archives of gerontology and geriatrics*, 55(1), 195-199.

## 2. Referencias en Internet.

Albert, S. M. y Teresi, J. A. (2011). Novelguide. Consultado el 19 de agosto de 2015 de Quality of life, definition and measurement, [http://www.novelguide.com/a/discover/ea\\_04/ea\\_04\\_00344.html](http://www.novelguide.com/a/discover/ea_04/ea_04_00344.html)

Año Europeo del Envejecimiento Activo (2012). Consultado el 10 de junio de 2015 de <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=URISERV%3Aem0038>

Asociación Estatal de Programas Universitarios para Personas Mayores. Consultado el 20 de febrero de 2017 de <http://www.aepumayores.org/>

Banco Mundial. Consultado el 16 de julio de 2016 de <http://databank.bancomundial.org/data/home.aspx>

Barómetro de noviembre de 2016, tabulación por edad. Consultado el 09 de febrero de 2017 de [http://www.cis.es/cis/export/sites/default/-Archivos/Marginales/3140\\_3159/3159/cru3159edad.html](http://www.cis.es/cis/export/sites/default/-Archivos/Marginales/3140_3159/3159/cru3159edad.html)

Comisión Europea. Comunicación sobre “Asociación Europea para la Innovación sobre un Envejecimiento Activo y Saludable” (COM (2012) 83 final). Consultado el 15 de junio de 2015 de [http://ec.europa.eu/health/sites/health/files/ageing/docs/com\\_2012\\_83\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/sites/health/files/ageing/docs/com_2012_83_en.pdf)

Comisión Europea. Eurostat. Indicadores de Desarrollo Sostenible. Consultado el 27 de julio de 2016 de <http://ec.europa.eu/eurostat/web/sdi/indicators/public-health>

Comisión Europea. Eurostat. Población (Demografía, migración y proyecciones). Consultado el 27 de julio de 2016 de <http://ec.europa.eu/eurostat/web/population-demography-migration-projections/publications>

Cuestionario EQLS traducido. Consultado el 16 de julio de 2014 de <https://www.eurofound.europa.eu/surveys/european-quality-of-life-surveys/european-quality-of-life-survey-2012/eqls-2012-questionnaire/eqls-2012-questionnaire-translation>

Cuestionario EQLS versión original en inglés. Consultado el 16 de julio de 2014 de <https://www.eurofound.europa.eu/publications/other/2012/quality-of-life/third-european-quality-of-life-survey-questionnaire>

Datos de la EQLS 2012. Consultado el 24 de noviembre de 2016 de <https://www.eurofound.europa.eu/es/surveys/data-visualisation/european-quality-of-life-survey-2012>

División de Población de las Naciones Unidas. 2009. Perspectivas de la población mundial: Revisión de 2008. Nueva York, Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales (cuadros de Excel avanzados). Consultado el 25 de julio de 2016 de <http://datos.bancomundial.org/indicador/SP.POP.65UP.TO.ZS?locations=ES>

Economic glossary. (2011). *Economic Definition of Quality of Life*. Consultado el 26 de septiembre de 2015 de <http://glossary.econguru.com/economic-term/quality+of+life>.

Encuesta de Condiciones de Vida. Consultado el 10 de noviembre de 2016 de [http://www.ine.es/CDINEbase/consultar.do?mes=&operacion=Encuesta+de+condiciones+de+vida&id\\_oper=lr](http://www.ine.es/CDINEbase/consultar.do?mes=&operacion=Encuesta+de+condiciones+de+vida&id_oper=lr)

Encuesta de Salud, Envejecimiento y Jubilación en Europa. Consultado el 16 de noviembre de 2016 de <http://www.share.cemfi.es/>

Estrategia Europa 2020. Consultado el 13 de marzo de 2017 de <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=URISERV%3Aem0028>

Estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud 2016-2020. Consultado el 13 de marzo de 2017 de [http://envejecimiento.csic.es/documentos/blog/WHO\(2016\)ResolucionWHA69.3EstrategiaPlanAccionMundialesEnvejecimientoSalud.pdf](http://envejecimiento.csic.es/documentos/blog/WHO(2016)ResolucionWHA69.3EstrategiaPlanAccionMundialesEnvejecimientoSalud.pdf)

European Commission (2006). *The demographic future of Europe-from challenge to opportunity*. Consultado el 10 de noviembre de 2016 de <http://ec.europa.eu/transparency/regdoc/rep/1/2006/EN/1-2006-571-EN-F1-1.Pdf>

European Commission (2012). The 2012 Ageing Report. Economic and Budgetary Projections for the 27 EU Member States (2010-2060). Consultado el 23 de noviembre de 2016 de [http://ec.europa.eu/economy\\_finance/publications/european\\_economy/2012/2012-ageing-report\\_en.htm](http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2012/2012-ageing-report_en.htm)

EUROPOP2013 (European Population Projections). Consultado los días 21, 22 y 23 de julio de 2016 de [http://ec.europa.eu/eurostat/data/database?node\\_code=proj](http://ec.europa.eu/eurostat/data/database?node_code=proj)

Eurostat. Consultado los días 29 y 30 de julio de 2016 de [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Main\\_Page](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Main_Page)

Eurostat. GDP and Beyond. Consultado el 08 de noviembre de 2016 de <http://ec.europa.eu/eurostat/web/gdp-and-beyond/>

Global AgeWatch 2015 data. Consultado el 07 de septiembre de 2016 de [www.globalagewatch.org](http://www.globalagewatch.org)

Global AgeWatch Index Spain country commentary, 2015. Consultado el 05 de septiembre de 2016 de [www.globalagewatch.org](http://www.globalagewatch.org)

Indicadores de calidad de vida. Consultado el 10 de noviembre de 2016 de <http://www.ine.es/dynt3/metadatos/es/RespuestaDatos.htm?oe=30471>

Índice de Envejecimiento Activo. Consultado el 19 de septiembre de 2016 de <http://www1.unece.org/stat/platform/display/AAl/Active+Ageing+Index+Home>

Índice de Envejecimiento por comunidad autónoma. Consultado el 20 de marzo de 2017 de <http://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=1452>



INE (2016). Cifras de población a 1 de enero de 2016: Resultados nacionales, por comunidades y por provincias. Consultado el 10 de agosto de 2016 de <http://www.ine.es>

INE (2016). Estadística del Padrón Continuo. Datos a 1 de enero de 2016. Consultado el 21 de marzo de 2017 de <http://www.ine.es/dynt3/inebase/index.htm?type=pcaxis&path=/t20/e245/p04/previ&file=pcaxis>

INE (2016). Nota de prensa del 20 de octubre de 2016. Consultado el 20 de marzo de 2017 de <http://www.ine.es/prensa/np994.pdf>

Infografía de calidad de vida. Consultado el 10 de noviembre de 2016 de [http://www.ine.es/infografias/calidadvida/index\\_es.html#](http://www.ine.es/infografias/calidadvida/index_es.html#)

Informe de Desarrollo Humano. Consultado el 21 de septiembre de 2016 de <http://hdr.undp.org/en/data>

Instituto Nacional de Estadística. Consultado el 22 de julio de 2016 de <http://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1433>

Instituto Nacional de Estudios Demográficos. Consultado el 20 de julio de 2016 de [http://www.ined.fr/en/everything\\_about\\_population/graphs-maps/interpreted-graphs/fecondity-europe/](http://www.ined.fr/en/everything_about_population/graphs-maps/interpreted-graphs/fecondity-europe/)

Informe sobre el muestreo. Third European Quality of Life Survey Sampling Report EU27 and non-EU countries. Consultado el 06 de septiembre de 2014 de [https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef\\_files/surveys/eqls/2011/documents/eqls3sampling.pdf](https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_files/surveys/eqls/2011/documents/eqls3sampling.pdf)

Informe sobre el proceso de traducción. Third European Quality of Life Survey Translation report EU27 EU Candidate and IPA countries. Consultado el 08 de septiembre de 2014 de [https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef\\_files/surveys/eqls/2011/documents/eqls3translation.pdf](https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_files/surveys/eqls/2011/documents/eqls3translation.pdf)

Informe técnico sobre metodología. Third European Quality of Life Survey Technical Report Working document for The European Foundation for the

Improvement of Living and Working Conditions Prepared by GfK EU3C. Consultado el 07 de septiembre de 2014 de [https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef\\_files/surveys/eqls/2011/documents/technicalreport.pdf](https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_files/surveys/eqls/2011/documents/technicalreport.pdf)

Key figures on Europe, 2016 edition. Consultado el 20 de marzo de 2017 de <http://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/7827738/KS-EI-16-001-EN-N.pdf/69cc9e0d-9eb3-40e5-b424-29d00686b957>

Marco de actuación para las personas mayores, IMSERSO. Consultado el 20 de diciembre de 2016 de [http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/t\\_map\\_m\\_cas.pdf](http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/t_map_m_cas.pdf)

Metodología e informe estandarizado. Consultado el 10 de noviembre de 2016 de [http://www.ine.es/ss/Satellite?L=0&c=INEPublicacion\\_C&cid=1259937499084&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout&param1=PYSDetalleGratis&param4=Ocultar#top](http://www.ine.es/ss/Satellite?L=0&c=INEPublicacion_C&cid=1259937499084&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout&param1=PYSDetalleGratis&param4=Ocultar#top)

Murillo Torrecilla, F. J. (2010). Cuestionarios y escalas de actitudes. Consultado el 15 de octubre de 2014 de [https://www.uam.es/personal\\_pdi/stmaria/jmurillo/Met\\_Inves\\_Avan/Materiales/Apuntes%20Instrumentos.pdf](https://www.uam.es/personal_pdi/stmaria/jmurillo/Met_Inves_Avan/Materiales/Apuntes%20Instrumentos.pdf)

Naciones Unidas (2015). "Informe sobre Desarrollo Humano 2015: Trabajo al servicio del desarrollo humano". Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), Nueva York. Consultado el 23 de septiembre de 2016 de [http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr\\_2015\\_report\\_sp.pdf](http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2015_report_sp.pdf)

Naciones Unidas. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. Consultado el 25 de julio de 2016 de <https://www.un.org/development/desa/es/>

Nordstrom, N. (2008). Top 10 Benefits of Lifelong Learning. Consultado el 30 de septiembre de 2015 de [http://www.selfgrowth.com/articles/Top\\_10\\_Benefits\\_of\\_Lifelong\\_Learning.html](http://www.selfgrowth.com/articles/Top_10_Benefits_of_Lifelong_Learning.html)

European Society of Association Education (2010). What is Lifelong Learning?

The view from the European Commission, European Society of Association Education.

Nota resumen sobre España en el IDH 2015. Consultado el 21 de septiembre de 2016 de [http://hdr.undp.org/sites/all/themes/hdr\\_theme/country-notes/ESP.pdf](http://hdr.undp.org/sites/all/themes/hdr_theme/country-notes/ESP.pdf)

OCDE, Better Life Index. Edición 2016. Consultado el 30 de octubre de 2016 de <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=BLI>

OCDE, Better Life Index. Consultado el 30 de octubre de 2016 de <http://www.oecdbetterlifeindex.org/>

OCDE, Measuring Well-being and Progress. Consultado el 30 de octubre de 2016 de <http://www.oecd.org/statistics/measuring-well-being-and-progress.htm>

OECD (2013), *How's Life? 2013: Measuring Well-being*, OECD Publishing. Consultado el 30 de octubre de 2016 de <http://dx.doi.org/10.1787/9789264201392-en>

OECD (2015), *¿Cómo va la vida? 2015: Medición del bienestar*, OECD Publishing, Paris. Consultado el 30 de octubre de 2016 de <http://dx.doi.org/10.1787/9789264240735-es>

Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento 2002. Consultado el 29 de enero de 2016 de <https://social.un.org/ageing-working-group/documents/mipaa-sp.pdf>.

Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento 1982. Consultado el 06 de julio de 2015 de [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/plan\\_de\\_accion\\_internacional\\_de\\_viena\\_sobre\\_el\\_envejecimiento.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/plan_de_accion_internacional_de_viena_sobre_el_envejecimiento.pdf)

Population and social conditions/ Quality of life indicators. Consultado el 08 de noviembre de 2016 de <http://ec.europa.eu/eurostat/web/gdp-and-beyond/quality-of-life/context>

Ruud, M. (2011). Consultado el 13 de septiembre de 2015 de Maslow's Hierarchy of Human Needs, [http://maddieruud.hubpages.com/hub/Hierarchy\\_of\\_Needs](http://maddieruud.hubpages.com/hub/Hierarchy_of_Needs)

SHARE - Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. Consultado el 16 de noviembre de 2016 de <http://www.share-project.org/>

Stiglitz, J. E., Sen, A., y Fitoussi, J. P. (2008). Informe de la Comisión sobre la Medición del Desarrollo Económico y del Progreso Social. Consultado el 31 de octubre de 2016 de [http://ambafrance-es.org/france\\_espagne/IMG/pdf/Commission\\_Stiglitz\\_ES.pdf](http://ambafrance-es.org/france_espagne/IMG/pdf/Commission_Stiglitz_ES.pdf)

UNESCO (1958). Conferencia General. Consultado el 19 de marzo de 2014 de <http://unesdoc.unesco.org/images/0011/001145/114584s.pdf>

UNESCO (1976). Recomendación relativa al desarrollo de la educación de adultos. Consultado el 19 de marzo de 2014 de [http://www.unesco.org/education/uie/confintea/nairob\\_s.pdf](http://www.unesco.org/education/uie/confintea/nairob_s.pdf)

UNESCO (1982). *Conferencia mundial sobre las políticas culturales*. Consultado el 20 de enero de 2013 de [http://www.unesco.org/culture/laws/html\\_eng/page1.shtml](http://www.unesco.org/culture/laws/html_eng/page1.shtml)

UNESCO (1997). Declaración de Hamburgo sobre la Educación de Adultos. Consultado el 19 de marzo de 2014 de <http://www.unesco.org/education/uie/confintea/pdf/con5spa.pdf>

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2015). Population Maps: The 2015 Revision. New York: United Nations. Consultado el 16 de julio de 2016 de <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/maps/index.shtml>

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2015). World Population Prospects: The 2015 Revision. New York: United Nations. Consultado el 20 de julio de 2016 de <https://esa.un.org/unpd/wpp/>

Universidad de Burgos. Consultado el 3 de febrero de 2017 de <http://www.ubu.es/>

WHO Global Health Observatory Data Repository, Global Burden of Disease, Life expectancy at age 60. Consultado el 23 de julio de 2016 de <http://apps.who.int/gho/data/node.main.688?lang=en>

World Health Organization. Measuring Quality of Life. Consultado el 21 de octubre de 2015 de <http://www.who.int/evidence/assessment-instruments/qolljll.htm>

Zaidi, A. y E. Zólyomi (2012), "Active Ageing: What Differential Experiences across EU Countries?" *European Papers on the New Welfare*, Paper No. 17: Counter-ageing Policies. Consultado el 07 de septiembre de 2016 de <http://eng.newwelfare.org/2012/04/13/active-ageing-what-differential-experiences-across-eu-countries/#.UBJqYClhEfg>

Zaidi, A., Gasior, K., Hofmarcher, M.M., Lelkes, O., Marin, B., Rodrigues, R., Schmidt, A., Vanhuyse, P. y Zolyomi, E. (2013), Active Ageing Index 2012. Concept, Methodology, and Final Results. Research Memorandum/ Methodology Report, European Centre Vienna, March 2013. Consultado el 23 de julio de 2016 de [www.euro.centre.org/data/aai/1253897823\\_70974.pdf](http://www.euro.centre.org/data/aai/1253897823_70974.pdf)

Zaidi, A. y Zólyomi E. (2012), "Active Ageing: What Differential Experiences across EU Countries?" *European Papers on the New Welfare*, Paper No. 17: Counter-ageing Policies. Consultado el 07 de septiembre de 2016 de <http://eng.newwelfare.org/2012/04/13/active-ageing-what-differential-experiences-across-eu-countries/#.UBJqYClhEfg>



## ÍNDICES

## 1. Índice de figuras.

	Página
Figura 1. Marco conceptual del estudio.	24
Figura 2. Población mundial: estimación, 1950-2015, proyección media-variante e intervalos de predicción al 80 y 90 por ciento para el 2015-2100.	39
Figura 3. Porcentaje de población por continente en el año 2015 (izquierda) y proyección para el año 2050 (derecha).	39
Figura 4. Distribución de la población por grupo de edad en el año 2015 y proyecciones para los años 2030 y 2050.	40
Figura 5. Evolución y previsiones de la esperanza media de vida al nacer a nivel mundial.	41
Figura 6. Proporción de población de 60 o más años en 2015 y 2050.	43
Figura 7. Pirámides de población, UE-28, 2014 y 2080 (% de población total).	46
Figura 8. Esperanza de vida a los 65 años en la UE-28.	48
Figura 9. Evolución de la esperanza de vida al nacer en España.	50
Figura 10. Evolución de la esperanza de vida a los 65 años en España.	50
Figura 11. Crecimiento absoluto proyectado por CC.AA. 2016-2031.	52
Figura 12. Determinantes del envejecimiento activo según la OMS.	60
Figura 13. Factores objetivos y subjetivos que definen calidad de vida.	93
Figura 14. Ámbitos e indicadores del Índice Global del Envejecimiento.	118
Figura 15. Ranking del Índice Global del Envejecimiento 2015.	119
Figura 16. Clasificaciones y valores de Europa Occidental, América del Norte y Australasia.	121
Figura 17. Dominios e indicadores que conforman el AAI.	126



Figura 18. Porcentaje en cada uno de los dominios del AAI tanto en la Europa de los 28 como en España.	128
Figura 19. Diferencias por género en el AAI entre la Europa de los 28 y España.	129
Figura 20. Tendencia en las dimensiones y en el total del IDH en España desde 1980 a 2014.	131
Figura 21. Conceptos más frecuentes en los que los hogares españoles presentan dificultades económicas. Evolución.	133
Figura 22. Valoración media de las distintas dimensiones del bienestar y para los grupos de edad de entre 45 y 64 años y de 65 o más años.	134
Figura 23. Marco de la OCDE para la medida del bienestar y el progreso.	143
Figura 24. Comparativa entre los resultados de España en el Índice para una Vida Mejor y los resultados de la región de Castilla y León.	148
Figura 25. Distribución del alumnado del PIE por sedes.	174
Figura 26. Distribución del alumnado del PIE por sexo.	174
Figura 27. Edad del alumnado del PIE.	175
Figura 28. Edad del alumnado del PIE por sede.	177
Figura 29. Edad del alumnado del PIE por sexo.	178
Figura 30. Curso de matriculación del alumnado del PIE por sexo y sede.	179
Figura 31. Distribución del alumnado del PIE por cursos.	179
Figura 32. Años totales de permanencia en el PIE de los alumnos graduados.	180
Figura 33. Distribución de edad por curso del alumnado del PIE (1).	181
Figura 34. Distribución de edad por curso del alumnado del PIE (2).	182
Figura 35. Número total de personas que viven en el hogar del alumnado del PIE.	182
Figura 36. Estado civil del alumnado del PIE.	183

Figura 37. Número de hijos del alumnado del PIE en las sedes de Burgos y Aranda de Duero.	183
Figura 38. Sexo del miembro más mayor del hogar del alumnado del PIE.	184
Figura 39. Relación familiar con el miembro más mayor del hogar.	185
Figura 40. Situación laboral del miembro más mayor del hogar.	186
Figura 41. Horas de trabajo del miembro más mayor del hogar cuando es el marido/mujer.	186
Figura 42. Horas de trabajo deseadas para el miembro más mayor del hogar cuando es el marido/mujer.	187
Figura 43. Sexo del segundo miembro más mayor del hogar del alumnado del PIE.	187
Figura 44. Relación familiar con el segundo miembro más mayor del hogar.	188
Figura 45. Situación laboral del segundo miembro más mayor del hogar.	189
Figura 46. Sexo del tercer miembro más mayor del hogar del alumnado del PIE.	189
Figura 47. Relación familiar con el tercer miembro más mayor del hogar.	190
Figura 48. Situación laboral del tercer miembro más mayor del hogar.	191
Figura 49. Estudios máximos completados por el alumnado del PIE.	192
Figura 50. Estudios completados por edad por el alumnado del PIE.	193
Figura 51. Situación laboral actual del alumnado del PIE.	193
Figura 52. Situación laboral actual por edad del alumnado del PIE.	194
Figura 53. Información sobre trabajo remunerado del alumnado del PIE.	195
Figura 54. Situación laboral y trabajo remunerado por edad del alumnado del PIE.	195
Figura 55. Trabajo remunerado por estudios completados del alumnado del PIE.	196

Figura 56. Estado civil y número de hijos por trabajo remunerado del alumnado del PIE.	197
Figura 57. Información sobre la última ocupación desempeñada por el alumnado del PIE.	198
Figura 58. Última ocupación desempeñada por el alumnado del PIE por estudios completados.	199
Figura 59. Información sobre si trabajó la semana anterior a la fecha en la que se contesta el cuestionario.	199
Figura 60. Zona de residencia del alumnado del PIE.	201
Figura 61. Perfil de los mayores activos laboralmente que cursan el PIE.	202
Figura 62. Tipo de relación laboral (contrato de trabajo).	202
Figura 63. Ocupación actual de los mayores activos que cursan el PIE.	203
Figura 64. Sector de la ocupación actual de los mayores activos que cursan el PIE.	203
Figura 65. Grado de adaptación del empleo a los compromisos sociales y familiares del alumnado del PIE.	204
Figura 66. Problemas para equilibrar la vida laboral y la personal del alumnado del PIE que está activo laboralmente.	205
Figura 67. Disponibilidad actual de diferentes opciones con respecto al horario del alumnado del PIE que está activo laboralmente.	205
Figura 68. Opinión sobre la utilidad de diferentes opciones para equilibrar la vida personal y profesional.	206
Figura 69. Probabilidad del alumnado del PIE que está activo laboralmente de perder el empleo en los próximos 6 meses.	207
Figura 70. Probabilidad de encontrar un empleo con un sueldo similar del alumnado del PIE que está activo laboralmente.	207
Figura 71. Tiempo (ida y vuelta) invertido en desplazamientos al puesto de trabajo en el medio de transporte habitual.	208
Figura 72. Porcentaje de personas en el hogar por sexo, sede y curso del alumnado del PIE.	209

Figura 73. Estado civil por sexo, sede y curso del alumnado del PIE.	210
Figura 74. Número de hijos por sexo, sede y curso del alumnado del PIE.	212
Figura 75. Estudios completados por sexo, sede y curso del alumnado del PIE.	213
Figura 76. Situación laboral por sexo, sede y curso del alumnado del PIE.	214
Figura 77. Trabajo remunerado por sexo, sede y curso del alumnado del PIE.	215
Figura 78. Última ocupación por sexo, sede y curso del alumnado del PIE.	216
Figura 79. Zona de residencia por sexo, sede y curso del alumnado del PIE.	218
Figura 80. Grado de acuerdo con respecto al optimismo en el futuro, sentir que lo que se hace en la vida vale la pena, libertad para decidir sobre la manera en que vivir y tener tiempo rara vez para hacer cosas con las que realmente se disfruta del alumnado del PIE.	220
Figura 81. Grado de satisfacción con cada uno de los siguientes aspectos propios: educación, trabajo (si lo tuviera), nivel de vida, vivienda, vida familiar, salud, vida social y finalmente con la situación económica de España.	222
Figura 82. Satisfacción y felicidad actuales con respecto a la vida del alumnado del PIE.	224
Figura 83. Grado de confianza en la mayoría de la gente.	225
Figura 84. Grado de tensión entre los diferentes grupos sociales.	226
Figura 85. Creencia sobre lo que debería hacer el Gobierno con las personas de otros países que vienen a vivir y a trabajar a España.	227
Figura 86. Opiniones del alumnado del PIE sobre los inmigrantes.	228
Figura 87. Grado de confianza en las instituciones.	230
Figura 88. Problemas en la vivienda del alumnado del PIE.	232

Figura 89. Probabilidad de tener que abandonar la vivienda en los 6 meses posteriores a la cumplimentación del cuestionario por falta de pago.	232
Figura 90. Problemas en el barrio del alumnado del PIE.	233
Figura 91. Acceso a diferentes servicios considerando la cercanía física, los horarios de apertura, la distancia y similares del alumnado del PIE.	234
Figura 92. Frecuencia de realización de diferentes actividades por el alumnado del PIE.	236
Figura 93. Frecuencia de realización de trabajos voluntarios no retribuidos a través de diferentes organizaciones en los últimos 12 meses del alumnado del PIE.	237
Figura 94. Acciones realizadas en los últimos 12 meses por el alumnado del PIE.	238
Figura 95. Grado de acuerdo con respecto a sentirse excluido de la sociedad, a sentir que la vida se ha convertido en algo tan complicado que hay incapacidad de encontrar el camino, sentir que el valor de lo que se hace no es reconocido por los conocidos, sentir que algunas personas me miran con desprecio por mi situación laboral o ingresos y sentirse cercano a la gente de la zona en la que se vive.	239
Figura 96. Evaluación de la situación económica del hogar del alumnado del PIE en comparación con la mayoría de la población española.	240
Figura 97. Evaluación de la facilidad o la dificultad para llegar a fin de mes del alumnado del PIE.	241
Figura 98. Posibilidad del alumnado del PIE de permitirse cada una de las siguientes acciones relacionadas con la vivienda y con la satisfacción de necesidades básicas.	242
Figura 99. Retrasos en los pagos en los últimos 12 meses del alumnado del PIE.	243
Figura 100. Tipos de ingresos recibidos por cualquier miembro del hogar del alumnado del PIE en los últimos 12 meses.	244

Figura 101. Ingresos netos por hogar del alumnado del PIE.	245
Figura 102. Comparación de la situación económica del hogar del alumnado del PIE con respecto a hace 12 meses y previsión para los 12 próximos meses.	246
Figura 103. Frecuencia de contacto personal o vía telefónica, Internet o correo postal con diferentes familiares y/o amigos.	248
Figura 104. Apoyo más importante para el alumnado del PIE en cada una de las situaciones presentadas.	249
Figura 105. Frecuencia con la que se involucra el alumnado del PIE en cada una de las siguientes actividades.	250
Figura 106. Percepción del alumnado del PIE acerca de la parte de trabajo de la casa que realiza.	251
Figura 107. Tiempo que al alumnado del PIE le gustaría dedicar a las siguientes actividades.	251
Figura 108. Estado de salud autopercebido por el alumnado del PIE.	252
Figura 109. Problemas de salud, enfermedad o incapacidad física o mental crónicos del alumnado del PIE.	253
Figura 110. Respuestas al Índice de Bienestar de la OMS (cinco) del alumnado del PIE.	254
Figura 111. Sentimientos sufridos en la última semana por el alumnado del PIE.	256
Figura 112. Grado en que los siguientes factores dificultaron o no la última visita al médico o especialista del alumnado del PIE.	257
Figura 113. Evaluación del alumnado del PIE sobre la calidad de los servicios públicos en España.	258
Figura 114. Utilización de los siguientes servicios en los últimos 12 meses por el alumnado del PIE.	259
Figura 115. Grado en que los siguientes factores dificultaron o no el acceso a los siguientes servicios.	260
Figura 116. Comparativa entre España, UE y el PIE sobre el hecho de estar “muy de acuerdo” o “de acuerdo” con respecto a ser	262

optimista, sentir que la vida vale la pena, ser libre para decidir o no tener tiempo para hacer cosas con las que se disfruta.	
Figura 117. Comparativa entre España, UE y el PIE del grado de satisfacción con respecto a la satisfacción y felicidad.	263
Figura 118. Comparativa entre España, UE y el PIE del grado de satisfacción con respecto a aspectos del bienestar subjetivo como son la educación, el nivel de vida, la vivienda, la vida familiar, la salud, la vida social y la situación económica.	264
Figura 119. Comparativa entre España, UE y el PIE del grado de confianza en diferentes grupos e instituciones.	266
Figura 120. Comparativa entre España, UE y el PIE sobre el hecho de existir mucha tensión entre diferentes grupos sociales.	267
Figura 121. Comparativa entre España, UE y el PIE sobre el hecho de tener problemas importantes en aspectos relacionados con la zona donde se vive.	268
Figura 122. Comparativa entre España, UE y el PIE sobre el acceso a diferentes servicios teniendo en cuenta las respuestas: “muchísima dificultad” o “algunos problemas”.	269
Figura 123. Comparativa entre España, UE y el PIE sobre la frecuencia de realización de diferentes actividades teniendo en cuenta las respuestas: “todos los días” o “varios días a la semana”.	270
Figura 124. Comparativa entre España, UE y el PIE sobre el hecho de estar “muy de acuerdo” o “de acuerdo” con respecto a sentirse excluido de la sociedad, dificultad para encontrar el camino, no sentir reconocimiento, sentir miradas de desprecio o sentirse cercano a la zona de residencia.	271
Figura 125. Comparativa entre España, UE y el PIE sobre si la situación económica del hogar personal a día de hoy es mejor que hace 12 meses o si mejorará en los próximos 12 meses.	273
Figura 126. Comparativa entre España, UE y el PIE sobre la frecuencia temporal de diferentes actividades domésticas teniendo en cuenta las respuestas: “todos los días” o “varios días a la semana”.	274

Figura 127. Comparativa entre España, UE y el PIE sobre actividades de la vida cotidiana a las que les gustaría dedicar más tiempo.	275
Figura 128. Comparativa entre España, UE y el PIE sobre la frecuencia temporal de contacto presencial con familiares y amigos teniendo en cuenta las respuestas: “todos los días” o “varios días a la semana”.	276
Figura 129. Comparativa entre España, UE y el PIE sobre la frecuencia temporal de contacto no presencial con familiares y amigos teniendo en cuenta las respuestas: “todos los días” o “varios días a la semana”.	277
Figura 130. Comparativa entre España, UE y el PIE sobre si pedirían ayuda a un familiar en las situaciones dadas.	277
Figura 131. Comparativa entre España, UE y el PIE sobre el estado de salud teniendo en cuenta las respuestas: “muy buena” o “buena”.	278
Figura 132. Comparativa entre España, UE y el PIE en la Escala de Bienestar Mental de 5 niveles de la OMS (WHO-5).	279
Figura 133. Comparativa entre España, UE y el PIE sobre sentimientos teniendo en cuenta las respuestas: “todo el tiempo” o “la mayor parte del tiempo”.	279
Figura 134. Comparativa entre España, UE y el PIE sobre factores que dificultan las visitas médicas teniendo en cuenta la respuesta: “muy difícil”.	280
Figura 135. Comparativa entre España, UE y el PIE sobre la calidad de diferentes servicios públicos.	280
Figura 136. Resultados del cuestionario de salud (EQ-5D-5L) por sedes.	287
Figura 137. Resultados del cuestionario de salud (EQ-5D-5L) por cursos.	288
Figura 138. Resultados del cuestionario de salud (EQ-5D-5L) por sexos.	288
Figura 139. Resultados de la EVA del alumnado del PIE.	289
Figura 140. Resultado de la EVA por cursos, sedes y sexos.	293



Figura 141. Resultado de la EVA por sexo en el alumnado graduado.	294
Figura 142. Resultado de la EVA por estado civil.	295
Figura 143. Resultado de la EVA por número de personas en el hogar.	296
Figura 144. Resultado de la EVA por número de hijos.	297
Figura 145. Resultado de la EVA por estudios completados.	298
Figura 146. Resultado de la EVA por situación laboral actual.	299
Figura 147. Resultado de la EVA por facilidad o dificultad para llegar a fin de mes.	300
Figura 148. Resultado de la EVA por tipo de zona de residencia.	301
Figura 149. Resultados de la satisfacción vital y la felicidad del alumnado del PIE.	304
Figura 150. Diagramas de dispersión de las variables satisfacción vital y felicidad con respecto a la EVA.	305
Figura 151. Tendencia del curso con respecto a la Escala Visual Analógica.	317
Figura 152. Tendencia de los estudios cursados con respecto al bienestar subjetivo.	318
Figura 153. Tendencia de la satisfacción con la educación recibida a lo largo de la vida con respecto al nivel de estudios.	319
Figura 154. Tendencia de los estudios cursados con respecto al cuestionario de salud EQ-5D-5L.	320
Figura 155. Tendencia de los estudios cursados con respecto a los servicios públicos.	321
Figura 156. Regresión lineal de los valores del cuestionario de salud EQ-5D-5L y la edad.	322
Figura 157. Regresión lineal de los valores del cuestionario de salud EQ-5D-5L y el número de personas en el hogar.	323
Figura 158. Regresión lineal de los valores del cuestionario de salud EQ-5D-5L y la práctica deportiva.	324

Figura 159. Regresión lineal de la media estandarizada del WHO-5 y la participación en actividades sociales.	325
Figura 160. Regresión lineal de la media estandarizada del WHO-5 y la dificultad para llegar a fin de mes.	327
Figura 161. Regresión lineal del cuestionario de salud EQ-5D-5L y la dificultad para llegar a fin de mes.	328
Figura 162. Regresión lineal de la Escala Visual Analógica y la dificultad para llegar a fin de mes.	329
Figura 163. Regresión de la media estandarizada del bienestar subjetivo y la dificultad para llegar a fin de mes.	330
Figura 164. Regresión de la media estandarizada de la calidad de los servicios públicos y la dificultad para llegar a fin de mes.	331
Figura 165. ANOVA del lugar donde cursa el PIE con respecto a los servicios públicos.	332
Figura 166. ANOVA del lugar donde cursa el PIE con respecto al cuestionario de salud EQ-5D-5L.	332
Figura 167. ANOVA del sexo con respecto al bienestar mental (WHO-5).	336
Figura 168. ANOVA del sexo con respecto a la Escala Visual Analógica (EVA-VAS).	338
Figura 169. ANOVA del sexo con respecto al cuestionario de salud EQ-5D-5L.	339
Figura 170. ANOVA del estado civil con respecto al bienestar subjetivo.	340
Figura 171. ANOVA del estado civil con respecto a las preguntas sobre la felicidad y la satisfacción vital.	340
Figura 172. Histograma de servicios públicos (izquierda) e histograma de calidad de la sociedad (derecha). (A mayor puntuación mejor percepción de los servicios).	347
Figura 173. Histograma de salud (A menor puntuación mejor percepción de la salud).	348
Figura 174. Histograma del Cuestionario de Salud EQ-5D-5L (A mayor puntuación mejor salud).	349

Figura 175. Histograma de la Escala Visual Analógica (A mayor puntuación mejor salud).	349
Figura 176. Histograma de la Escala de Bienestar Mental (WHO-5) (A mayor puntuación mayor bienestar).	350
Figura 177. Histograma de bienestar subjetivo (A mayor puntuación mayor bienestar).	351
Figura 178. Diferencias entre los resultados del PIE de la Universidad de Burgos y los resultados de la muestra española en el Índice Global del Envejecimiento.	368
Figura 179. Diferencias entre los resultados del PIE de la Universidad de Burgos y los resultados de la muestra española y europea en el Índice de Envejecimiento Activo.	369
Figura 180. Diferencias entre los resultados del PIE de la Universidad de Burgos y los resultados de la muestra española en el Índice de Desarrollo Humano.	370
Figura 181. Diferencias entre los resultados del PIE de la Universidad de Burgos y los resultados de la muestra española de la Encuesta de Condiciones de Vida.	371
Figura 182. Diferencias entre los resultados del PIE de la Universidad de Burgos y los resultados de la muestra española y europea de los Indicadores de Calidad de Vida.	372
Figura 183. Diferencias entre los resultados del PIE de la Universidad de Burgos y los resultados de la muestra española y castellano-leonesa del Índice para una vida mejor.	373
Figura 184. Diferencias entre los resultados del PIE de la Universidad de Burgos y los resultados de la muestra española y castellano-leonesa del SHARE.	374

## 2. Índice de tablas.

	Página
Tabla 1. Cifras de población: Resultados nacionales, de Castilla y León y de la provincia de Burgos.	51
Tabla 2. Síntesis de los términos relacionados con envejecimiento activo.	58
Tabla 3. Evolución mundial de los PUMs.	72
Tabla 4. Evolución de la matriculación en el PIE de Castilla y León.	80-81
Tabla 5. Ejemplo de distribución de asignaturas obligatorias (curso 2015/2016).	83
Tabla 6. Ejemplos de asignaturas optativas (cursos 2014/2015 y 2015/2016).	83
Tabla 7. Itinerarios propuestos en el marco del Programa Interuniversitarios de la Experiencias de Castilla y León.	84
Tabla 8. Evolución de estudiantes matriculados en el PIE de la UBU.	87
Tabla 9. Asignaturas obligatorias en la sede de Burgos en el curso 2016/2017.	88
Tabla 10. Ámbitos de la vida conectados a los valores individuales.	105
Tabla 11. Ranking de España por dominio y puntuación global en el Índice Global del Envejecimiento 2015.	124
Tabla 12. Conjunto de dimensiones de calidad de vida con sus respectivos indicadores y fuentes.	138-139
Tabla 13. Resultados en los Indicadores de Calidad de Vida. Comparativa entre España y la UE de los 28.	140-141
Tabla 14. Resultados de España en el Índice para una Vida Mejor. (Primera parte).	145
Tabla 15. Resultados de España en el Índice para una Vida Mejor. (Segunda parte).	146
Tabla 16. Resultados, tanto españoles como generales, en el área de salud en la SHARE ola 5 (2012-2013).	151

Tabla 17. Resultados, tanto españoles como generales, en el área de contexto familiar y social en la SHARE ola 5 (2012-2013).	152
Tabla 18. Porcentaje de población total, de población entre 50 y 81 años y de la muestra, por sexo en Burgos y Aranda de Duero.	176
Tabla 19. Edad del alumnado del PIE categorizada, frecuencia y porcentaje.	177
Tabla 20. Edad del miembro más mayor del hogar del alumnado del PIE.	185
Tabla 21. Edad del segundo miembro más mayor del hogar del alumnado del PIE.	188
Tabla 22. Edad del tercer miembro más mayor del hogar del alumnado del PIE.	190
Tabla 23. Horas de preferencia de trabajo a la semana en relación con el curso.	200
Tabla 24. Horas de trabajo a la semana del alumnado del PIE.	204
Tabla 25. Media de hijos por sexo y curso del alumnado del PIE.	211
Tabla 26. Media por dimensiones y media total del Índice de Bienestar de la OMS.	255
Tabla 27. Valores estadísticos descriptivos de las 5 dimensiones del cuestionario de salud EQ-5D-5L y de la Escala Visual Analógica (EVA).	286
Tabla 28. Correlación entre la EVA y las 5 dimensiones del cuestionario de salud EQ-5D-5L.	302
Tabla 29. Correlación de la EVA con las variables sociodemográficas.	303
Tabla 30. Valores estadísticos descriptivos de la satisfacción vital y de la felicidad.	304
Tabla 31. Correlación de la satisfacción vital y la felicidad con la EVA y con las variables sociodemográficas.	306
Tabla 32. Contraste de hipótesis entre las variables dependientes e independientes.	316
Tabla 33. ANOVA de la situación laboral con respecto al bienestar subjetivo.	333

Tabla 34. ANOVA de la situación laboral con respecto a la Escala Visual Analógica (EVA).	334
Tabla 35. ANOVA de la situación laboral con respecto al cuestionario de salud EQ-5D-5L.	335
Tabla 36. Resultados del Escala de Bienestar Mental WHO-5 según la variable sexo.	337
Tabla 37. ANOVA del estado civil con respecto a las variables dependientes con las que tiene una asociación significativa.	341-342
Tabla 38. Contraste de hipótesis entre las variables dependientes e independientes.	346

### 3. Índice de siglas.

AAI	Active Ageing Index (Índice de Envejecimiento Activo)
AEPUM	Asociación Estatal de Programas Universitarios para Mayores
AIUTA	Asociación Internacional Universidades de la Tercera Edad
ANECA	Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación
AROPE	At-Risk-Of Poverty and Exclusion (En riesgo de pobreza y exclusión)
CdV	Calidad de vida
CE	Comisión Europea
CEMFI	Centro de Estudios Monetarios y Financieros
CIS	Centro de Investigaciones Sociológicas
CSEE	Comité del Sistema Estadístico Europeo
CVRS	Calidad de Vida Relacionada con la Salud
ECS	Encuesta europea de empresas
ECV	Encuesta de Condiciones de Vida
EEES	Espacio Europeo de Educación Superior
EE.UU.	Estados Unidos
EFOS	European Federation of Older Students at Universities (Federación Europea de estudiantes mayores universitarios)
EHLEIS	European Health and Life Expectancy Information System (Sistema de información sobre salud europea y esperanza de vida)
EQLS	Encuesta Europea sobre Calidad de Vida
ELSA	English Longitudinal Study of Ageing (Estudio Longitudinal Inglés sobre Envejecimiento)
ENSE	Encuesta Nacional de Salud en España
EPA	Encuesta de Población Activa
ESS	European Social Survey (Encuesta social europea)
EU-LFS	EU Labour Force Survey (Encuesta europea sobre fuerza de trabajo)
Eurofound	Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo
EU-SILC	Encuesta Europea sobre Estadísticas relacionadas con los Ingresos y con las Condiciones de Vida
EVA/VAS	Escala de Valoración Analógica
EWCS	Encuesta europea sobre las condiciones de trabajo

FEDER	Fondo Europeo de Desarrollo regional
FSE	Fondo Social Europeo
HRS	Health and Retirement Study (Estudio sobre salud y jubilación)
IDB	Indicadores Demográficos Básicos
IDEA	Instituto Internacional para la Democracia y la Asistencia Electoral
IDH	Índice de Desarrollo Humano
IMSERSO	Instituto de Mayores y Servicios Sociales
INB	Ingreso Nacional Bruto
INE	Instituto Nacional de Estadística
INED	Instituto Nacional de Estudios Demográficos
LILL	European Network Learning in Later Life (Red Europea aprendiendo en la edad adulta)
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas
PIE	Programa Interuniversitario de la Experiencia de Castilla y León
PNUD	Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas
PUMs	Programas Universitarios de Mayores
SHARE	Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe
TIC/ICT	Tecnologías de la Información y la Comunicación
UBU	Universidad de Burgos
UE	Unión Europea
UNDESA	Departamento económico y de Asuntos Sociales de las Naciones Unidas
UNECE	Comisión Económica de Naciones Unidas para Europa
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
WHO-5	Escala de Bienestar Mental



## **ANEXOS**

## 1. CUESTIONARIO EQLS 2012.



## CUESTIONARIO

**OBJETIVO:** Analizar la calidad de vida del alumnado mayor participante en el Programa Interuniversitario de la Experiencia (PIE) de la Universidad de Burgos desde una perspectiva multidimensional.

Las preguntas están basadas en la “Encuesta Europea de Calidad de Vida 2012” (EQLS 2012). Para ello se le pide responder a todas las preguntas con sinceridad y absoluta libertad. Se le pide que seleccione la alternativa que usted considere que refleja mejor su situación. Gracias por su colaboración.

**A. Lugar de residencia:**

Aranda de Duero  Burgos

Otros: \_\_\_\_\_

**B. ¿En qué curso del Programa Interuniversitario de la Experiencia está matriculado?**

Primero  Segundo  Tercero  Graduados

**C. Si es usted graduado ¿Cuántos años ha estado matriculado en el Programa?**

Cuatro  Cinco  Seis  Siete  Ocho o más

---

**HH1 Me gustaría comenzar haciéndole algunas preguntas sobre este hogar. Por favor, ¿podría decirme cuántas personas viven en este hogar incluido usted?**

**HH2a Sexo**

1 Hombre

2 Mujer

**HH2b Empezando por usted mismo, ¿cuántos años cumplió en su último cumpleaños?**

**HH2d ¿Cuál de las siguientes frases describe mejor su situación?**

1 Trabaja como empleado o empleador / autónomo

2 Empleado con licencia parental u otro tipo de permiso

3 Trabaja como familiar ayudando en una granja, negocio o explotación

4 Desempleado desde hace menos de 12 meses

5 Desempleado desde hace 12 meses o más

6 Incapacitado para trabajar debido a una enfermedad crónica o invalidez

- 7 Jubilado
- 8 Ama de casa a tiempo completo/ responsable de las compras habituales y del cuidado del hogar
- 9 En formación (en el colegio, universidad, etc.)/ Estudiante
- 10 Otra

**Q1 ¿Ha tenido alguna vez un trabajo remunerado?**

- 1 Sí
- 2 No
- 3 No sabe
- 4 No contesta

**Q5 ¿Cuál fue su última ocupación?**

- 1 Director, ya sea en calidad de ejecutivo, director general, director financiero, director de marketing y ventas, director de recursos humanos, alto cargo del gobierno, director bancario, director de hotel, jefe de restaurante, propietario de fábrica
- 2 Profesional, como médico, dentista, enfermera o matrona cualificada, abogado, juez, arquitecto, científico, profesor, maestro, ingeniero, profesional técnico, periodista, psicólogo, contable, artista
- 3 Técnico o profesional junior, como supervisor de construcción, controlador aéreo, piloto, asistente dental, fisioterapeuta, enfermero junior, óptico, agente de bolsa, agente de seguros, secretario especializado (como secretario legal o médico), inspector de policía, inspector de aduanas, ingeniero de telecomunicaciones, agente inmobiliario, oficinas de crédito y préstamos, trabajador de soporte técnico, instructor deportivo, fotógrafo, chef
- 4 Trabajador de soporte de oficina, como secretario, operador de centralita, asistente de nóminas, mecanógrafo, grabador de datos, cartero, asistente de producción, tenedor de libros, recepcionista
- 5 Trabajador del sector servicios, tales como asistente de viaje, cocinero, camarero, peluquero, conductor de transporte, sepulturero, profesor de autoescuela, portero o conserje, asistente sanitario, cuidador infantil, asistente de profesor, bombero, policía, vigilante de prisiones, guarda de seguridad.
- 6 Comercial, como dueño de establecimiento, dependiente, vendedor, encargado de estación de servicio, cajero
- 7 Trabajador cualificado de los sectores agrícola, forestal y de la pesca, tales como jardinero, productor de cultivos, ganadero, agricultor, pescador
- 8 Artesano y similares, tales como albañil, carpintero, electricista, techador, fontanero, pintor, soldador, herrero, fabricante de herramientas, mecánico, tapicero, instalador de baldosas, impresor, trabajos de reparación, fabricante de instrumentos, capataz, mecánico del motor, costurero, panadero, carnicero, sastre, ebanista, artesano
- 9 Operario de fábrica y maquinaria, tales como minero, operario de fábrica, operario de maquinaria, instalador de equipos electrónicos, conductor, operario de carretilla elevadora
- 10 Ocupaciones elementales, como limpiador, agricultor, obrero de construcción, embalador, portero, operario de fábrica no cualificado, pinche de cocina, barrendero, basurero, mensajero, lector de contadores, clasificador de residuos
- 11 Trabajo en las Fuerzas Armadas
- 12 No sabe
- 13 No contesta

**Q7c Independientemente de si en la actualidad tiene trabajo o no, nos gustaría hacerle algunas preguntas sobre el trabajo y sus preferencias laborales. ¿Trabajó usted la semana pasada? Una sola hora de trabajo remunerado se considera suficiente para responder sí.**

- 1 Si
- 2 No
- 3 No sabe
- 4 No contesta

**Q8 Si pudiese elegir el número de horas laborales, teniendo en cuenta que es necesario ganarse la vida, ¿cuántas horas a la semana le gustaría trabajar en este momento? Si usted preferiría no trabajar indique cero.**

\_\_\_\_\_ horas a la semana

---

SI ESTÁ USTED TRABAJANDO...

**Q2 ¿Usted es principalmente...?**

- 1 Trabajador autónomo sin empleados
- 2 Trabajador autónomo con empleados
- 3 Trabajador por cuenta ajena
- 4 Otro
- 5 No sabe
- 6 No contesta

**Q3 ¿En su trabajo está usted...**

- 1 Con un contrato permanente indefinido
- 2 Con un contrato por un período definido de menos de 12 meses
- 3 Con un contrato por un período de 12 meses o más
- 4 Con un contrato por una agencia de trabajo temporal
- 5 Contrato en prácticas u otro tipo de contrato en formación
- 6 Sin contrato escrito
- 7 Otro
- 8 No sabe
- 9 No contesta

**Q4 ¿Cuál es su ocupación actual?**

- 1 Director, ya sea en calidad de ejecutivo, director general, director financiero, director de marketing y ventas, director de recursos humanos, alto cargo del gobierno, director bancario, director de hotel, jefe de restaurante, propietario de fábrica
- 2 Profesional, como médico, dentista, enfermera o matrona cualificada, abogado, juez, arquitecto, científico, profesor, maestro, ingeniero, profesional técnico, periodista, psicólogo, contable, artista
- 3 Técnico o profesional junior, como supervisor de construcción, controlador aéreo, piloto, asistente dental, fisioterapeuta, enfermero junior, óptico, agente de bolsa, agente de seguros, secretario especializado (como secretario legal o médico), inspector de policía, inspector de aduanas, ingeniero de telecomunicaciones, agente inmobiliario, oficinas de crédito y préstamos, trabajador de soporte técnico, instructor deportivo, fotógrafo, chef
- 4 Trabajador de soporte de oficina, como secretario, operador de centralita, asistente de nóminas, mecanógrafo, grabador de datos, cartero, asistente de producción, tenedor de libros, recepcionista
- 5 Trabajador del sector servicios, tales como asistente de viaje, cocinero, camarero, peluquero, conductor de transporte, sepulturero, profesor de autoescuela, portero o

conserje, asistente sanitario, cuidador infantil, asistente de profesor, bombero, policía, vigilante de prisiones, guarda de seguridad.

6 Comercial, como dueño de establecimiento, dependiente, vendedor, encargado de estación de servicio, cajero

7 Trabajador cualificado de los sectores agrícola, forestal y de la pesca, tales como jardinero, productor de cultivos, ganadero, agricultor, pescador

8 Artesano y similares, tales como albañil, carpintero, electricista, techador, fontanero, pintor, soldador, herrero, fabricante de herramientas, mecánico, tapicero, instalador de baldosas, impresor, trabajos de reparación, fabricante de instrumentos, capataz, mecánico del motor, costurero, panadero, carnicero, sastre, ebanista, artesano

9 Operario de fábrica y maquinaria, tales como minero, operario de fábrica, operario de maquinaria, instalador de equipos electrónicos, conductor, operario de carretilla elevadora

10 Ocupaciones elementales, como limpiador, agricultor, obrero de construcción, embalador, portero, operario de fábrica no cualificado, pinche de cocina, barrendero, basurero, mensajero, lector de contadores, clasificador de residuos

11 Trabajo en las Fuerzas Armadas

12 No sabe

13 No contesta

**Q6 ¿Trabaja usted en...?**

1 Alguna administración pública estatal, regional o local

2 Otros en el sector público

3 Sector privado

4 Otro

5 No sabe

6 No contesta

**Q7 ¿Cuántas horas a la semana trabaja normalmente (en su trabajo principal), incluyendo todas las horas extras, remuneradas o no?**

---

**Q7a Aparte de su trabajo principal, ¿ha trabajado usted también de manera complementaria remunerada en el comercio o en la agricultura durante las últimas cuatro semanas (laborables)?**

1 Sí

2 No

3 No sabe

4 No contesta

**Q7b Aproximadamente, ¿cuántas horas a la semana trabajó usted en este empleo complementario, en la agricultura o negocio? Por favor, dé un promedio de horas para las últimas cuatro semanas laborables.**

---

**Q11 En general, ¿su horario de trabajo se adapta a sus compromisos sociales y familiares fuera del trabajo muy bien, bastante bien, no muy bien, o nada bien?**

1 Muy bien

2 Bastante bien

3 No muy bien

4 Nada bien

5 No sabe

6 No contesta

**Q12 ¿Con qué frecuencia le ha sucedido algo de lo siguiente en los últimos 12 meses?**

21		Varias veces a la semana	Varias veces al mes	Varias veces al año	Con menor frecuencia, raramente	Nunca	No Sabe	No Contesta
a.	Vuelvo a casa demasiado cansado como para hacer las tareas domésticas que se tienen que hacer							
b.	Ha sido difícil cumplir con mis obligaciones familiares debido al tiempo que paso en mi trabajo							
c.	Me ha resultado difícil concentrarme en mi trabajo debido a mis responsabilidades familiares							

**Q13 En su trabajo actual, ¿tiene a su disposición las siguientes opciones de horario?**

13		SI	NO	NO Sabe	NO Contesta
a.	Puedo cambiar mis horas de entrada y de salida				
b.	Puedo acumular horas y sumar vacaciones				
c.	Puedo tomarme un día libre avisando con poca antelación cuando lo necesito				

**Q14 Para usted, ¿qué utilidad tendrían las siguientes opciones para ayudarle a equilibrar su vida profesional y privada?**

14		Muy útil	Bastante útil	Nada útil	No es aplicable	No Sabe	No Contesta
a.	Tener más control sobre mis horarios de entrada y salida del trabajo						
b.	Modificar el número de horas que trabajo a la semana						
c.	Poder tomarme un día libre avisando con poca antelación cuando lo necesite						
d.	Tener más acceso a servicios de apoyo						

(guarderías, residencias o cuidados de larga duración)							
--	--	--	--	--	--	--	--

**Q15 ¿En qué medida cree que es probable o improbable que usted pueda perder su trabajo en los próximos 6 meses?**

- 1 Muy probable
- 2 Bastante probable
- 3 Ni probable ni improbable
- 4 Bastante improbable
- 5 Muy improbable
- 6 No sabe
- 7 No contesta

**Q16 Si usted fuese a perder o tuviese que renunciar a su puesto de trabajo actual, ¿cuál es la probabilidad de que pudiese encontrar un puesto de trabajo con un sueldo similar?**

- 1 Muy probable
- 2 Bastante probable
- 3 Ni probable ni improbable
- 4 Bastante improbable
- 5 Muy improbable
- 6 No sabe
- 7 No contesta

**Q52 Alrededor de cuánto tiempo (en minutos) suele pasar yendo a su centro de trabajo o de estudios (Ida y vuelta) en su medio de transporte habitual?**

\_\_\_\_\_



**HH3a (COMENZAR CON EL MIEMBRO DEL HOGAR MÁS MAYOR)  
Pensando ahora en el resto de los miembros de su hogar, empezando por el mayor. ¿Podría decirme si es un hombre o una mujer?**

- 1 Hombre
- 2 Mujer

**HH3b ¿Cuántos años cumplió esta persona en su último cumpleaños?**

\_\_\_\_\_

**HH3c ¿Qué relación tiene esta persona con usted? ¿Es su...?**

- 1 Marido/ Mujer/ Pareja
- 2 Hijo/a, hijastro/a
- 3 Padre/ Madre, Padrastro/ Madrastra o Suegro/ a
- 4 Nuera/yerno
- 5 Nieto/ a
- 6 Hermano/ a (incluye medio hermanos y hermanastros)
- 7 Otros familiares (abuelos, tíos y tías, etc.)
- 8 Otros no familiares

**HH3d ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor la situación de esta persona?**

- 1 Trabaja como empleado o empleador / autónomo
- 2 Empleado con licencia parental u otro tipo de permiso
- 3 Trabaja como familiar ayudando en una granja, negocio o explotación
- 4 Desempleado desde hace menos de 12 meses
- 5 Desempleado desde hace 12 meses o más
- 6 Incapacitado para trabajar debido a una enfermedad crónica o invalidez
- 7 Jubilado
- 8 Ama de casa a tiempo completo/ responsable de las compras habituales y del cuidado del hogar
- 9 En formación (en el colegio, universidad, etc.)/ Estudiante
- 10 Otra

**Q9 Usted ha afirmado que su pareja reside en esta vivienda. ¿Cuántas horas trabaja su pareja a la semana por lo general incluyendo horas extra tanto remuneradas como no remuneradas?**

\_\_\_\_\_ horas a la semana

**Q10 ¿Cuántas horas a la semana preferiría usted que trabajase su pareja?**

\_\_\_\_\_ horas a la semana

---

**HH3a (COMENZAR CON EL MIEMBRO DEL HOGAR MÁS MAYOR)  
Pensando ahora en el resto de los miembros de su hogar, empezando por el mayor. ¿Podría decirme si es un hombre o una mujer?**

- 1 Hombre
- 2 Mujer

**HH3b ¿Cuántos años cumplió esta persona en su último cumpleaños?**

\_\_\_\_\_

**HH3c ¿Qué relación tiene esta persona con usted? ¿Es su...?**

- 1 Marido/ Mujer/ Pareja
- 2 Hijo/a, hijastro/a
- 3 Padre/ Madre, Padrastro/ Madrastra o Suegro/ a
- 4 Nuera/yerno
- 5 Nieto/ a
- 6 Hermano/ a (incluye medio hermanos y hermanastros)
- 7 Otros familiares (abuelos, tíos y tías, etc.)
- 8 Otros no familiares

**HH3d ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor la situación de esta persona?**

- 1 Trabaja como empleado o empleador / autónomo
- 2 Empleado con licencia parental u otro tipo de permiso
- 3 Trabaja como familiar ayudando en una granja, negocio o explotación
- 4 Desempleado desde hace menos de 12 meses
- 5 Desempleado desde hace 12 meses o más
- 6 Incapacitado para trabajar debido a una enfermedad crónica o invalidez
- 7 Jubilado
- 8 Ama de casa a tiempo completo/ responsable de las compras habituales y del cuidado del hogar
- 9 En formación (en el colegio, universidad, etc.)/ Estudiante
- 10 Otra

**Q9 Usted ha afirmado que su pareja reside en esta vivienda. ¿Cuántas horas trabaja su pareja a la semana por lo general incluyendo horas extra tanto remuneradas como no remuneradas?**

\_\_\_\_\_ horas a la semana

**Q10 ¿Cuántas horas a la semana preferiría usted que trabajase su pareja?**

\_\_\_\_\_ horas a la semana

---

**HH3a (COMENZAR CON EL MIEMBRO DEL HOGAR MÁS MAYOR) Pensando ahora en el resto de los miembros de su hogar, empezando por el mayor. ¿Podría decirme si es un hombre o una mujer?**

- 1 Hombre
- 2 Mujer

**HH3b ¿Cuántos años cumplió esta persona en su último cumpleaños?**

\_\_\_\_\_

**HH3c ¿Qué relación tiene esta persona con usted? ¿Es su...?**

- 1 Marido/ Mujer/ Pareja
- 2 Hijo/a, hijastro/a
- 3 Padre/ Madre, Padrastro/ Madrastra o Suegro/ a
- 4 Nuera/yerno
- 5 Nieto/ a
- 6 Hermano/ a (incluye medio hermanos y hermanastros)
- 7 Otros familiares (abuelos, tíos y tías, etc.)
- 8 Otros no familiares

**HH3d ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor la situación de esta persona?**

- 1 Trabaja como empleado o empleador / autónomo
- 2 Empleado con licencia parental u otro tipo de permiso
- 3 Trabaja como familiar ayudando en una granja, negocio o explotación
- 4 Desempleado desde hace menos de 12 meses
- 5 Desempleado desde hace 12 meses o más
- 6 Incapacitado para trabajar debido a una enfermedad crónica o invalidez
- 7 Jubilado
- 8 Ama de casa a tiempo completo/ responsable de las compras habituales y del cuidado del hogar
- 9 En formación (en el colegio, universidad, etc.)/ Estudiante
- 10 Otra

**Q9 Usted ha afirmado que su pareja reside en esta vivienda. ¿Cuántas horas trabaja su pareja a la semana por lo general incluyendo horas extra tanto remuneradas como no remuneradas?**

\_\_\_\_\_ horas a la semana

**Q10 ¿Cuántas horas a la semana preferiría usted que trabajase su pareja?**

\_\_\_\_\_ horas a la semana

---

**HH3a (COMENZAR CON EL MIEMBRO DEL HOGAR MÁS MAYOR) Pensando ahora en el resto de los miembros de su hogar, empezando por el mayor. ¿Podría decirme si es un hombre o una mujer?**

- 1 Hombre
- 2 Mujer

**HH3b ¿Cuántos años cumplió esta persona en su último cumpleaños?**

\_\_\_\_\_

**HH3c ¿Qué relación tiene esta persona con usted? ¿Es su...?**

- 1 Marido/ Mujer/ Pareja
- 2 Hijo/a, hijastro/a
- 3 Padre/ Madre, Padrastro/ Madrastra o Suegro/ a
- 4 Nuera/yerno
- 5 Nieto/ a
- 6 Hermano/ a (incluye medio hermanos y hermanastros)
- 7 Otros familiares (abuelos, tíos y tías, etc.)
- 8 Otros no familiares

**HH3d ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor la situación de esta persona?**

- 1 Trabaja como empleado o empleador / autónomo
- 2 Empleado con licencia parental u otro tipo de permiso
- 3 Trabaja como familiar ayudando en una granja, negocio o explotación
- 4 Desempleado desde hace menos de 12 meses
- 5 Desempleado desde hace 12 meses o más
- 6 Incapacitado para trabajar debido a una enfermedad crónica o invalidez
- 7 Jubilado

- 8 Ama de casa a tiempo completo/ responsable de las compras habituales y del cuidado del hogar  
 9 En formación (en el colegio, universidad, etc.)/ Estudiante  
 10 Otra

**Q19 ¿Tiene alguno de los siguientes problemas con su vivienda?**

19		SI	NO	NO Sabe	NO Contesta
a.	Escasez de espacio				
b.	Podredumbre en las ventanas, puertas o suelos				
c.	Humedades/ goteras en las paredes o en el techo				
d.	Falta de inodoro con cisterna dentro de la casa				
e.	Falta de bañera o ducha				
f.	Falta de un lugar para sentarse fuera (Ej.: jardín, balcón, terraza)				

**Q20 ¿En qué medida cree que es probable o improbable que usted tenga que dejar su vivienda en los próximos 6 meses porque no pueda pagarla?**

- 1 Muy probable  
 2 Bastante probable  
 3 Bastante improbable  
 4 Muy improbable  
 5 No sabe  
 6 No contesta

**Q21 ¿Con qué frecuencia realiza cada una de las siguientes actividades?**

21		Todos o casi todos los días	Al menos una vez a la semana	Entre una y tres veces al mes	Con menor fre- cuencia	Nunca	No Sabe	No Contesta
a.	Asistir a oficios religiosos aparte de bodas, funerales o bautizos							
b.	Utilizar Internet para temas distintos del trabajo							
c.	Participar en actividades deportivas o hacer ejercicio físico							
d.	Participar en actividades sociales de un club, sociedad o asociación							

**Q22 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?**

22		Cada semana	Mensualmente	Con menor frecuencia esporádicamente	No he hecho nunca	No Sabe	No Contesta
a.	Servicios sociales y para la comunidad (ej. organizaciones que asisten a ancianos, jóvenes, discapacitados u otros colectivos con necesidades especiales).						
b.	Asociaciones educativas, culturales, deportivas o profesionales						
c.	Movimientos sociales (por ejemplo de tipo medioambiental, derechos humanos) u obras benéficas (por ejemplo recaudación de fondos, organización de campañas)						
d.	Partidos políticos, sindicatos						
e.	Otras organizaciones						

**Q23 En los últimos 12 meses, usted...?**

23		SI	NO	NO Sabe	NO Contesta
a.	Asistió a una reunión de un sindicato, un partido político o un grupo político				
b.	Asistió a una manifestación o protesta				
c.	Firmó una petición, incluidas las formuladas por e-mail u online				
d.	Tomó contacto con un político o un oficial público (otro distinto a un contacto habitual para el uso de servicios públicos)				

**Q24 ¿Diría usted que, por lo general, se puede confiar en la mayoría de la gente, o que nunca se es lo bastante prudente en el trato con los demás?**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		No Sabe	No Contesta
Nunca se es lo bastante prudente									Se puede confiar en la mayoría de la gente			

**Q25 En todos los países existen a veces tensiones entre grupos sociales. En su opinión, ¿cuánta tensión existe entre cada uno de los siguientes grupos en este país?**

25		Mucha tensión	Algo de tensión	No hay tensión	No Sabe	No Contesta
a.	Gente pobre y rica					
b.	Directivos y trabajadores					
c.	Hombres y mujeres					
d.	Mayores y jóvenes					
e.	Diferentes razas y grupos étnicos					
f.	Diferentes grupos religiosos					
g.	Personas con distintas orientaciones sexuales					

**Q26 Las personas tienen diferentes puntos de vista sobre muchos asuntos relacionados con la sociedad. Nos gustaría hacerle dos preguntas acerca de su opinión sobre la emigración.**

**¿Qué piensa de la gente de otros países que viene a vivir y a trabajar a España? ¿Qué cree que debería hacer el Gobierno?**

- 1 Permitir que venga cualquier persona que quiera
- 2 Permitir solo que venga la gente a trabajar si hay trabajos disponibles
- 3 Poner límites estrictos en el número de personas que vienen a trabajar
- 4 Prohibir a la gente venir a trabajar
- 5 No sabe
- 6 No contesta

**Q27 Por favor, lea las siguientes afirmaciones sobre los inmigrantes (es decir, personas extranjeras que viven en España) e indique en qué punto de la escala situaría su opinión.**

27	a.	b.	c.
	Los inmigrantes no están integrados en nuestra sociedad	Los inmigrantes son una carga para nuestro estado de bienestar	La cultura de nuestro país es socavada/ se ve comprometida por los inmigrantes
	1	1	1
	2	2	2
	3	3	3
	4	4	4
	5	5	5
	6	6	6
	7	7	7
	8	8	8
	9	9	9
	10	10	10
	Los inmigrantes están bien integrados en nuestra sociedad	Los inmigrantes aportan a nuestro estado del bienestar más de lo que le quitan	Los inmigrantes enriquecen la cultura de nuestro país
	No Sabe	No Sabe	No Sabe
	No Contesta	No Contesta	No Contesta

**Q28 Por favor dígame cuánto confía en cada una de las siguientes instituciones usando la siguiente escala:**

1= No confía nada en la institución y 10= Confía completamente en la institución

a.	El parlamento español	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	No Sabe	No Contesta
b.	El sistema jurídico	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	No Sabe	No Contesta
c.	La prensa	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	No Sabe	No Contesta
d.	La policía	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	No Sabe	No Contesta
e.	El Gobierno	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	No Sabe	No Contesta
f.	Las autoridades locales (municipales)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	No Sabe	No Contesta

**Q29 Por favor dígame si está usted muy de acuerdo, de acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, en desacuerdo o muy en desacuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones.**

29		Muy de acuer- do	De acuer -do	Ni de acuerdo ni en des- acuerdo	En des- acuerdo	Muy en des- acuerdo	No Sabe	No Con- testa
a.	Soy optimista respecto al futuro							
b.	Por lo general, siento que lo que hago en la vida vale la pena.							
c.	Me siento libre para decidir sobre mi manera de vivir.							
d.	En el día a día rara vez tengo tiempo para hacer cosas con las que disfruto realmente.							
e.	Me siento excluido de la sociedad							
f.	La vida se ha convertido en algo tan complicado que soy incapaz de encontrar mi camino							
g.	Siento que el valor de lo que hago no es reconocido por la gente que conozco							
h.	Algunas personas me miran con desprecio debido a mi situación laboral o a mis ingresos							
i.	Me siento cercano a la gente de la zona en la que vivo.							

**Q30 Pensándolo bien, dígame ¿cómo de satisfecho diría usted que está con su vida actualmente?**

1= Muy insatisfecho y 10= Muy satisfecho

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	No Sabe	No Contesta
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---------	-------------

**Q31 ¿Podría preguntarle sobre su actual estado civil? ¿Cuál de las siguientes descripciones se aplica mejor a usted?**

- 1 Casado o viviendo en pareja
- 2 Separado o divorciado y no viviendo en pareja
- 3 Viudo y no viviendo en pareja
- 4 Nunca se ha casado o ha vivido en pareja
- 5 No sabe
- 6 No contesta

**Q32 ¿Cuántos hijos tiene?**

\_\_\_\_\_



**Q33 Por término medio, pensando en las personas que viven fuera de su hogar, ¿con qué frecuencia ve o se encuentra con...**

33		Todos o casi todos los días	Al menos una vez a la semana	De una a tres veces al mes	Con menor frecuencia	Nunca	No tengo este tipo de familiares que vivan fuera del hogar	No Sabe	No Con- testa
a.	Uno de sus hijos (el que vea con más frecuencia)								
b.	Su madre o su padre								
c.	Un hermano, hermana u otro familiar								
d.	Alguno de sus amigos o vecinos								

**Q34 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?**

34		Todos o casi todos los días	Al menos una vez a la semana	De una a tres veces al mes	Con menor frecuencia	Nunca	No tengo este tipo de familiares que vivan fuera del hogar	No Sabe	No Contes- ta
a.	Uno de sus hijos (con el que tenga mayor contacto)								
b.	Su madre o su padre								
c.	Un hermano, hermana u otro familiar								
d.	Alguno de sus amigos o vecinos								

**Q35 ¿De quién recibiría ayuda en cada una de las siguientes situaciones?  
Para cada situación, elija el tipo de apoyo más importante.**

35		Un miembro de su familia	Un amigo, vecino u otra persona que no es un familiar	Un proveedor de servicios, institución u organización	Nadie	No Sabe	No Contesta
a.	Si necesita ayuda en casa cuando está enfermo						
b.	Si necesita consejo sobre un problema personal o familiar serio						
c.	Si necesita ayuda cuando está buscando trabajo						
d.	Si se siente un poco deprimido y necesita hablar con alguien						
e.	Si necesita conseguir urgentemente una cantidad de alrededor de 700 euros para hacer frente a una emergencia						

**Q36 ¿Con qué frecuencia se involucra en alguna de las siguientes actividades fuera del trabajo remunerado?**

**Q36a Cuidado de su hijos, nietos**

- 1 Todos los días
- 2 Varios días a la semana
- 3 Una o dos veces a la semana
- 4 Con menor frecuencia
- 5 Nunca
- 6 No sabe
- 7 No contesta

**Q37a Por término medio, ¿cuántas horas a la semana emplea en las siguientes actividades fuera de su trabajo remunerado?**

\_\_\_\_\_ horas

**Q36b Cocinar/tareas del hogar**

- 1 Todos los días
- 2 Varios días a la semana
- 3 Una o dos veces a la semana
- 4 Con menor frecuencia
- 5 Nunca
- 6 No sabe
- 7 No contesta

**Q37b Por término medio, ¿cuántas horas a la semana emplea en las siguientes actividades fuera de su trabajo remunerado?**

\_\_\_\_\_ horas

**Q36c Cuidado de parientes mayores y/o discapacitados**

- 1 Todos los días
- 2 Varios días a la semana
- 3 Una o dos veces a la semana
- 4 Con menor frecuencia
- 5 Nunca
- 6 No sabe
- 7 No contesta

**Q37c Por término medio, ¿cuántas horas a la semana emplea en las siguientes actividades fuera de su trabajo remunerado?**

\_\_\_\_\_ horas

Si el hogar lo conforman por lo menos 2 personas de 18 o más años

**Q38 ¿Usted cree que la parte de trabajo de la casa que usted hace es...?**

- 1 Más de la parte que me corresponde
- 2 Exactamente la parte que me corresponde
- 3 Menos de la parte que me corresponde
- 4 No sabe
- 5 No contesta

**Q39 Le presento algunas actividades de la vida cotidiana a las que puede dedicar su tiempo. ¿Podría decirme si usted dedica tanto tiempo a cada actividad como a usted le gustaría, o si le gustaría poder dedicar "menos tiempo" o "más tiempo" a esa actividad?**

39		Dedicar menos tiempo	El mismo tiempo que actualmente dedico	Dedicar más tiempo	No Sabe	No Contesta
a.	Contacto con los miembros de su familia que viven en el hogar o en otro lugar					
b.	Otro contacto social (no familiar)					
c.	Sus propios hobbies/intereses					
d.	Voluntariado					

**Q40 ¿Podría decirme cómo de satisfecho está usted con cada uno de los siguientes aspectos?**

1= Muy insatisfecho y 10= Muy satisfecho

a.	Su educación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	No Sabe	No Contesta
b.	Su trabajo actual (Solo si tiene trabajo)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	No Sabe	No Contesta

c.	Su nivel de vida actual	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	No Sabe	No Contesta
d.	Su alojamiento	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	No Sabe	No Contesta
e.	Su vida familiar	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	No Sabe	No Contesta
f.	Su salud	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	No Sabe	No Contesta
g.	Su vida social	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	No Sabe	No Contesta
h.	La situación económica en España	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	No Sabe	No Contesta

**Q41 En términos generales, ¿en qué medida se considera usted una persona feliz o infeliz?**

1= Muy infeliz y 10= Muy feliz

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	No Sabe	No Contesta
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---------	-------------

**Q42 En la próxima sección, nos gustaría hacerle algunas preguntas sobre su estado de salud. En general, ¿diría que su salud es ...**

- 1 Muy Buena
- 2 Buena
- 3 Regular
- 4 Mala
- 5 Muy mala
- 6 No sabe
- 7 No contesta

**Q43 ¿Tiene algún problema de salud, enfermedad o incapacidad física o mental crónico (permanente)? Por crónico (permanente) nos referimos a enfermedades o problemas de salud que han durado, o que se espera que duren, durante un periodo de 6 meses o más.**

- 1 Sí
- 2 No
- 3 No sabe
- 4 No contesta

**Q44 ¿Este problema físico o mental, enfermedad o incapacidad le limita en la realización de sus actividades diarias?**

- 1 Sí, severamente
- 2 Sí, hasta cierto punto
- 3 No
- 4 No sabe
- 5 No contesta

**Q45 Por favor indicar para cada una de las cinco afirmaciones ¿cuál se acerca más a cómo se ha sentido durante las últimas 2 semanas?**

45		Todo el tiempo	Casi siempre	Más de la mitad del tiempo	Menos de la mitad del tiempo	A veces	Nunca	No Sabe	No Contesta
a.	Me sentí animado y de buen humor								
b.	Me sentí calmado y relajado								
c.	Me sentí activo y vigoroso								
d.	Me levanté sintiéndome fresco y descansado								
e.	Mi vida diaria está llena de cosas que me interesan								

**Q46 Por favor, para cada una de las afirmaciones, indique cuál se asemeja más a cómo se ha sentido en las últimas dos semanas.**

46		Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Más de la mitad del tiempo	Menos de la mitad del tiempo	En algún momento	En ningún momento	No Sabe	No Contesta
a.	Me he sentido especialmente tenso								
b.	Me he sentido solo								
c.	Me he sentido desanimado y deprimido								

**Q47 La última vez que fue al médico o al especialista, ¿en qué medida los siguientes factores le dificultaron o no esta visita?**

47		Muy difícil	Un poco difícil	Nada difícil	Nunca he necesitado ver médico	No Sabe	No Contesta
a.	Distancia a la consulta del médico/ al hospital/ al centro de salud						
b.	El retraso para conseguir una cita						
c.	Tiempo de espera para ver al médico el día de la cita						
d.	Los gastos de la consulta						
e.	Encontrar el momento debido al trabajo, el cuidado de los niños u otras personas						

**Q48 ¿Cuáles son los estudios máximos que ha completado? ¿Son ...?**

- No sabe leer ni escribir
- Estudios primarios incompletos (hasta 5º EGB o primaria)
- Estudios primarios completos, EGB, hasta 6º o 7º 6º primaria o 1º ESO
- Estudios secundarios, primer ciclo, EGB hasta 8º o 1º BUP, 2º ESO o 3º ESO
- Estudios secundarios, segundo ciclo: Bachillerato
- Estudios secundarios, segundo ciclo: Hasta 2º BUP o 3º BUP
- Estudios secundarios, segundo ciclo: FP, 4º ESO o 1º Bachillerato LOGSE
- Bachillerato y FP: Hasta COU
- 2º FP LOGSE, 2º Bachillerato
- Estudios tercer grado, primer ciclo: Facultades universitarias, diplomaturas
- Estudios tercer grado, primer ciclo: Escuelas universitarias no técnicas
- Estudios tercer grado, primer ciclo: Ingenierías técnicas
- Estudios tercer grado, primer ciclo: Otras enseñanzas que exigen el Bachillerato Superior o Titulación equivalente
- Estudios de tercer grado, segundo ciclo: Facultades universitarias, Licenciaturas
- Estudios de tercer grado, segundo ciclo: Escuelas técnicas superiores
- Escuelas de tercer grado, segundo ciclo: Estudios eclesiásticos, militares y otros superiores
- Estudios de tercer grado, segundo ciclo: Estudios no reglados, de nivel equivalente al universitario
- Estudios de tercer grado, tercer ciclo: Doctorado, Máster, estudios de postgraduado
- Estudios completados en el extranjero
- No sabe
- No contesta

**Q49 ¿Cómo consideraría la zona donde usted vive?**

- 1 Zona rural
- 2 Un pueblo/una ciudad pequeña
- 3 Una ciudad de dimensión media
- 4 Una ciudad grande o la periferia de la ciudad grande
- 5 No sabe
- 6 No contesta

**Q50 Por favor, piense en la zona donde usted vive ahora, me refiero al barrio más inmediato a su hogar. ¿Tiene usted problemas importantes, problemas moderados o ningún problema con respecto a los siguientes aspectos?**

50		Problemas importantes	Problemas moderados	Ningún problema	No Sabe	No Contesta
a.	El ruido					
b.	La calidad del aire					
c.	La calidad del agua potable					
d.	Crimen, violencia o vandalismo					
e.	Basura o suciedad en las calles					
f.	Atascos en el vecindario					

**Q51 Considerando la cercanía física, los horarios de apertura, la distancia y similares, ¿cómo describiría su acceso a los siguientes servicios?**

51		Con mucha dificultad	Con algo de dificultad	Fácilmente	Muy fácilmente	No uso ese servicio	No Sabe	No Contesta
a.	Servicios postales							
b.	Servicios bancarios							
c.	Servicios de transporte público (autobús, metro, tranvía, tren, etc.)							
d.	Cine, teatro o centro cultural							
e.	Zonas recreativas o zonas verdes							

**Q53 En general, ¿cómo evaluaría la calidad de cada uno de los siguientes servicios públicos en España?**

1= Muy pobre calidad y 10= Muy alta calidad

a.	Servicios sanitarios	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	No Sabe	No Contesta
b.	Sistema educativo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	No Sabe	No Contesta
c.	El transporte público	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	No Sabe	No Contesta
d.	Guarderías infantiles	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	No Sabe	No Contesta
e.	Servicios de atención y cuidados a enfermos de larga duración (mayores, discapacitados, en casa o en residencia)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	No Sabe	No Contesta
f.	Viviendas sociales/municipales	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	No Sabe	No Contesta
g.	Sistema estatal de pensiones	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	No Sabe	No Contesta

**Q54 Para cada uno de los siguientes servicios de atención, ¿podría decirme si usted, o alguien cercano los ha utilizado o ha querido utilizarlos en los últimos 12 meses? RESPUESTA MÚLTIPLE**

54		Yo personalmente o alguien de mi hogar	Alguien cercano a mí fuera de mi hogar	Nadie	No Sabe	No Contesta
a.	Servicios de atención infantil					
b.	Servicios de atención y cuidados a enfermos de larga duración					

**Q55 ¿En qué medida cada uno de los siguientes factores complican el acceso a los servicios de atención infantil por su parte o por parte de alguien cercano a usted?**

55		Muy difícil	Algo difícil	Nada difícil	No Sabe	No Contesta
a.	Coste					
b.	Disponibilidad (ej. listas de espera, falta de servicios)					
c.	Acceso (ej. la distancia o los horarios de atención al público)					
d.	Calidad de la atención					

**Q56 ¿Qué grado de dificultad ha encontrado usted o alguien cercano a usted en el acceso a los servicios de atención y cuidados a enfermos de larga duración?**

56		Muy difícil	Algo difícil	Nada difícil	No Sabe	No Contesta
a.	Coste					
b.	Disponibilidad (ej. listas de espera, falta de servicios)					
c.	Acceso (ej. la distancia o los horarios de atención al público)					
d.	Calidad de la atención					

**Q57 ¿Podría evaluar la situación económica de su hogar? En comparación con la mayoría de la gente en España, diría usted que es:**

Muchop eor	Algo peor	Ni mejor, ni peor	Algo mejor	Mucho mejor	No Sabe	No Contesta
---------------	--------------	-------------------------	---------------	----------------	---------	----------------



**Q58 Un hogar puede tener diferentes fuentes de ingresos y más de un miembro puede contribuir con sus ingresos. Pensando en el total de ingresos mensuales de su hogar, ¿pueden llegar a fin de mes de forma...?**

Muy fácil	Fácil	Algo fácil	Un poco difícil	Difícil	Muy difícil	No Sabe	No Contesta
-----------	-------	------------	-----------------	---------	-------------	---------	-------------

**Q59 Hay algunas cosas que mucha gente no puede permitirse, incluso aunque quisieran. Para cada una de las siguientes cosas que aparecen en la siguiente lista ¿podría simplemente decirme si su hogar se lo podría permitir, si usted quisiera?**

		Si, puedo permitírmelo	No, no puedo permitírmelo	No Sabe	No Contesta
59					
a.	Mantener la casa suficientemente caliente				
b.	Pagarme unas vacaciones de una semana, una vez al año fuera de casa (no permaneciendo con parientes)				
c.	Sustituir cualquier mobiliario roto o deteriorado				
d.	Comer carne, pollo o pescado cada dos días si lo desea				
e.	Comprar ropa nueva, en lugar de comprar ropa de segunda mano				
f.	Invitar en casa a amigos o familiares para tomar algo o comer al menos una vez al mes				

**Q60 En alguna ocasión, durante los últimos 12 meses, ¿se ha retrasado su hogar en sus pagos, es decir, ha sido incapaz de pagar en el plazo estipulado alguna de las siguientes partidas?**

		Si	No	No Sabe	No Contesta
60					
a.	Alquiler o pago de la hipoteca				
b.	Facturas de base como electricidad, agua o gas				
c.	Pagos relacionados con préstamos de consumo incluidos descubiertos en la tarjeta de crédito (para adquirir aparatos eléctricos, un coche, mobiliario, etc.)				
d.	Pagos relacionados con préstamos informales realizados por amigos o familiares que no residen en su vivienda				

**Q61 ¿Ha recibido usted o alguien de su hogar alguno de los siguientes tipos de ingresos en los últimos 12 meses? Por favor señale SI o NO en cada uno de ellos.**

		Si	No	No Sabe	No Contesta
61					
a.	Una remuneración o un salario				
b.	Ingresos por trabajo como trabajador autónomo o trabajos agrícolas				
c.	Pensión				

d.	Subsidios familiares (incluida una pensión alimentaria)				
e.	Prestación por desempleo, invalidez u otra asistencia social				
f.	Otros ingresos (p.e. ahorros, rentas o acciones, etc.)				

**Q62 Sumando todos los ingresos de todas las fuentes, de todos los miembros de su hogar, ¿conoce cuáles son los INGRESOS NETOS MENSUALES de su hogar, lo que queda una vez restados los impuestos?**

- 1 Sí  
2 No  
3 No contesta

**Q63 Puede decirme cuáles son los ingresos NETOS MENSUALES de su unidad familiar? Si no conoce la cifra exacta, indique una aproximación. Ingresos netos mensuales en la moneda nacional**

**Q64 Quizá entonces pueda proporcionarnos el intervalo aproximado. ¿Cuál de las letras sería la que mejor se correspondería con los ingresos netos de su hogar? Utilice la columna que le venga mejor: cantidad semanal, mensual o anual.**

	<b>SEMANAL</b>	<b>MENSUAL</b>	<b>ANUAL</b>
1 D-	Menos de €12	Menos de €50	Menos de €600
2 B-	€ 12 a € 24	€ 50 a €99	€600 a €1.199
3 I-	€ 25 a € 34	€100 a €149	€ 1.200 a €1.799
4 O-	€ 35 a € 45	€ 150 a €199	€ 1.800 a €2.399
5 T-	€ 46 a €59	€ 200 a €249	€ 2.400 a €2.999
6 G-	€ 60 a €79	€ 250 a €349	€ 3.000 a €4.199
7 P-	€ 80 a €99	€ 350 a €449	€ 4.200 a €5.399
8 A-	€ 100 a €129	€ 450 a €599	€ 5.400 a €7.199
9 F-	€ 130 a €169	€ 600 a € 749	€ 7.200 a € 8.999
10 E-	€ 170a €209	€ 750 a € 899	€ 9.000 a € 10.799
11 Q-	€ 210 a €259	€ 900 a € 1.124	€ 10.800 a € 13.499
12 H-	€ 260 a €309	€ 1.125 a € 1.349	€ 13.500 a € 16.199
13 C-	€ 310 a €379	€ 1.350 a € 1.649	€ 16.200 a € 19.799
14 L-	€ 380 a € 449	€ 1.650 a €1.949	€ 19.800 a € 23.299
15 N-	€ 450 a € 524	€ 1.950 a €2.249	€ 23.400 a € 26.999
16 R-	€ 525 a € 624	€ 2.250 a € 2.699	€ 27.000 a € 32.399
17 M-	€ 625 a € 724	€ 2.700 a € 3.149	€ 32.400 a € 37.799
18 S-	€ 725 a € 824	€ 3.150 a € 3.599	€ 37.800 a € 43.199
19 K-	€ 825 a € 924	€ 3.600 a € 4.049	€ 43.200 a € 48.599
20 U-	€ 925 a €1024	€ 4.050 a € 4.499	€ 48.600 a € 53.999
21 V-	€ 1025 a €1249	€ 4.500 a € 5.499	€ 54.000 a € 65.999
22 J-	€ 1.250 o más	€ 5.500 o más	€ 66.000 o más
23	No sabe		
24	No contesta		

**Q65 Cuando compara la situación económica de su hogar actual con la de hace 12 meses, ¿diría que es mejor, peor o la misma?**

- 1 Mejor
- 2 Igual
- 3 Peor
- 5 No sabe
- 6 No contesta

**Q66 En relación con la situación económica de su hogar en los próximos 12 meses, ¿prevé usted que mejorará, empeorará o será la misma?**

- 1 Mejorará
- 2 Será la misma
- 3 Empeorará
- 5 No sabe
- 6 No contesta

**Q67 ¿Cuál es su nacionalidad?**

- 1 Soy ciudadano de España
- 2 Soy ciudadano de otro estado miembro de la UE
- 3 Soy ciudadano de un país no comunitario
- 4 No sabe
- 5 No contesta

## 2. CUESTIONARIO DE SALUD (EQ-5D-5L) del EuroQol Group.

## CUESTIONARIO DE SALUD (EQ-5D-5L) del EuroQol Group

Debajo de cada enunciado, marque UNA casilla, la que mejor describe su salud HOY.

### MOVILIDAD

- No tengo problemas para caminar
- Tengo problemas leves para caminar
- Tengo problemas moderados para caminar
- Tengo problemas graves para caminar
- No puedo caminar

### AUTOCUIDADO

- No tengo problemas para lavarme o vestirme
- Tengo problemas leves para lavarme o vestirme
- Tengo problemas moderados para lavarme o vestirme
- Tengo problemas graves para lavarme o vestirme
- No puedo lavarme o vestirme

### ACTIVIDADES COTIDIANAS (*Ej.: Hacer las labores, actividades tiempo libre*)

- No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas
- Tengo problemas leves para realizar mis actividades cotidianas
- Tengo problemas moderados para realizar mis actividades cotidianas
- Tengo problemas graves para realizar mis actividades cotidianas
- No puedo realizar mis actividades cotidianas

### DOLOR / MALESTAR

- No tengo dolor ni malestar
- Tengo dolor o malestar leve
- Tengo dolor o malestar moderado
- Tengo dolor o malestar fuerte
- Tengo dolor o malestar extremo

### ANSIEDAD / DEPRESIÓN

- No estoy ansioso ni deprimido
- Estoy levemente ansioso o deprimido
- Estoy moderadamente ansioso o deprimido
- Estoy muy ansioso o deprimido
- Estoy extremadamente ansioso o deprimido

**La mejor salud  
que usted se  
pueda imaginar**

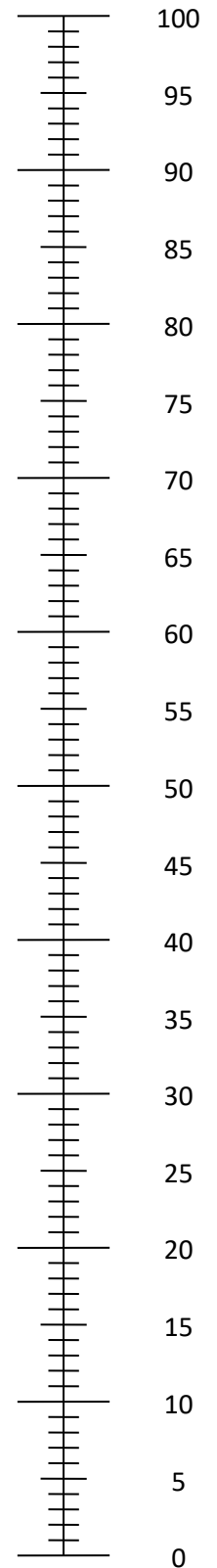
- Nos gustaría conocer lo buena o mala que es su salud HOY.
- La escala está numerada del 0 al 100.
- 100 representa la mejor salud que usted se pueda imaginar.
- 0 representa la peor salud que usted se pueda imaginar.
- Marque con una X en la escala para indicar cuál es su estado de salud

HOY.

- Ahora, en la casilla que encontrará a continuación escriba el número que ha marcado en la escala.

SU SALUD HOY =

**MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**



**La peor salud  
que usted se  
pueda imaginar**