



Universidad Internacional de La Rioja  
Facultad de Salud

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria  
**Diferencias en la percepción del  
envejecimiento activo entre personas  
mayores en función del tamaño del lugar  
de residencia.**

Trabajo fin de estudio presentado por:	Mercedes Sánchez Tallafigo
Línea de investigación:	Diagnóstico e intervención en tercera edad.
Directora:	Laia Rivera Martínez
Fecha:	25/01/2022

Para mi padre, Jesús.

## Índice de contenidos

Resumen .....	8
Abstract .....	9
1. Marco teórico.....	10
1.1. Definición de envejecimiento activo .....	10
1.2. Dimensiones del envejecimiento activo .....	12
1.3. Las políticas locales de envejecimiento activo .....	14
1.4. El programa de envejecimiento activo de la Comunidad de Madrid .....	17
2. Justificación .....	21
3. Objetivos .....	24
4. Hipótesis.....	25
5. Marco metodológico .....	26
5.1. Diseño .....	26
5.2. Participantes .....	26
5.3. Procedimiento.....	26
5.4. Variables del estudio.....	27
5.5. Instrumentos.....	28
5.6. Análisis de datos .....	29
6. Resultados .....	31
6.1. Definición de la muestra.....	31
6.2. Relación entre el tamaño del lugar de residencia y la percepción del EA.....	33
6.3. Relación entre el tamaño del lugar de residencia y la percepción de los 4 factores del EA. ....	35
6.4. Relación entre el grado de movilidad y la percepción del EA. ....	41
6.5. Relación entre el uso del transporte público y la percepción del EA. ....	42

6.6.	Relación entre el sexo y la percepción del EA. ....	45
6.7.	Relación entre la edad y la percepción del EA.....	46
6.8.	Relación entre el nivel de estudios y la percepción del EA. ....	47
7.	Discusión .....	50
7.1.	Primera hipótesis.....	51
7.2.	Segunda Hipótesis.....	52
7.3.	Limitaciones de este estudio. ....	57
7.4.	Prospectiva.....	58
	Referencias bibliográficas.....	61
	Anexo A. Informe de Valoración de Trabajo Fin de Máster .....	65
	Anexo B. Compromiso de confidencialidad del alumno .....	66
	Anexo C. Consentimiento informado de los participantes .....	67
	Anexo D. Cuestionario Online .....	69

## Índice de figuras

Figura 1. <i>Porcentaje de población mayor por tipo de municipio.</i> .....	15
Figura 2. <i>Tipologías de talleres.</i> .....	20
Figura 3. <i>Factor 1: Apoyo afectivo y bienestar personal y emocional.</i> .....	35
Figura 4. <i>Factor 2: Control de la salud y autonomía personal.</i> .....	36
Figura 5. <i>Factor 3: Seguridad económica.</i> .....	37
Figura 6. <i>Factor 4: Actitud prosocial.</i> .....	38
Figura 7. <i>Puntuaciones en el ítem Uso del transporte público del cuestionario de EA.</i> .....	45

## Índice de tablas

Tabla 1. <i>Desglose de la población mayor por municipios según su tamaño.</i> .....	15
Tabla 2. <i>Descriptivos de las variables tamaño del lugar de residencia, grado de movilidad, uso del transporte público y sexo.</i> .....	32
Tabla 3. <i>Descriptivos de las puntuaciones de la muestra en la Escala de EA.</i> .....	33
Tabla 4. <i>Pruebas de normalidad para la variable tamaño del lugar de residencia en relación al Factor G del EA.</i> .....	33
Tabla 5. <i>Comparaciones de grupos según el tamaño del municipio en la percepción del EA (factor G) mediante un ANOVA.</i> .....	34
Tabla 6. <i>Descriptivos FACTOR 1: Apoyo afectivo y bienestar personal y emocional.</i> .....	35
Tabla 7. <i>Descriptivos FACTOR 2: Control de la salud y autonomía personal.</i> .....	36
Tabla 8. <i>Descriptivos FACTOR 3: Seguridad económica.</i> .....	37
Tabla 9. <i>Descriptivos FACTOR 4: Actitud Prosocial.</i> .....	38
Tabla 10. <i>Pruebas de normalidad para la variable tamaño del lugar de residencia en relación a los 4 factores del EA.</i> .....	39
Tabla 11. <i>Comparaciones de grupos según el tamaño del municipio en la percepción de los cuatro factores del EA mediante el Estadístico H Kruskal-Wallis.</i> .....	40
Tabla 12. <i>Descriptivos de la variable grado de movilidad.</i> .....	41
Tabla 13. <i>Pruebas de normalidad para la variable grado de movilidad.</i> .....	41
Tabla 14. <i>Comparaciones de grupos según el grado de movilidad en la percepción del EA mediante la Prueba t de Student-Fisher.</i> .....	42
Tabla 15. <i>Pruebas de normalidad para la variable uso del transporte público.</i> .....	42
Tabla 16. <i>Descriptivos para la variable uso del transporte público.</i> .....	43
Tabla 17. <i>Comparaciones de grupos según el uso del transporte público en la percepción del EA mediante un ANOVA.</i> .....	43

Tabla 18. <i>Comparaciones de puntuaciones en el ítem uso del transporte público mediante el Contraste de Bonferroni.</i> .....	44
Tabla 19. <i>Pruebas de normalidad para la variable sexo.</i> .....	45
Tabla 20. <i>Comparaciones de grupos según la variable sexo en la percepción del EA mediante la prueba U Mann-Whitney.</i> .....	46
Tabla 21. <i>Pruebas de Normalidad para la variable edad.</i> .....	46
Tabla 22. <i>Comparaciones de grupos según la variable edad en la percepción del EA mediante la Correlación de Spearman.</i> .....	47
Tabla 23. <i>Tabla cruzada Nivel de estudios*Sexo.</i> .....	47
Tabla 24. <i>Pruebas de normalidad para la variable nivel de estudios.</i> .....	48
Tabla 25. <i>Comparaciones de grupos según la variable nivel de estudios en la percepción del EA mediante un ANOVA.</i> .....	48

## Resumen

**Introducción:** el envejecimiento activo (EA) es 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 (OMS, 2002). Se analiza la relación entre el tamaño del lugar de residencia y la percepción del EA. **Método:** para ello han participado 144 personas mayores residentes en la Comunidad de Madrid que completan una Escala de EA (Martín et al., 2020). **Resultados:** no existen diferencias significativas en la percepción del EA en función del tamaño del lugar de residencia, del sexo, de la edad y del nivel de estudios, pero sí en función del grado de movilidad y del uso del transporte público. **Conclusión:** los Programas de EA deben priorizar contenidos que ayuden a la prevención de enfermedades que limiten la movilidad, así como a fomentar habilidades de resiliencia cuando ya hay dificultades de movilidad.

**Palabras clave:** Envejecimiento Activo, Calidad de Vida, Planificación Social, Condiciones Sociales.



## Abstract

**Introduction:** Active aging (AA) is the process of optimizing opportunities for health, participation and safety, in order to improve the quality of life as people age (WHO, 2002). The relationship between the size of the place of residence and the perception of AA is analyzed. **Method:** 144 elder people residing in the Community of Madrid have completed an AA Scale (Martín et al., 2020). **Results:** there are no significant differences in the perception of AA based on the size of the place of residence, sex, age and educational level, but there are differences based on the degree of mobility and the use of public transport. **Conclusion:** AA Programs should prioritize content that helps prevent diseases that limit mobility, as well as to promote resilience skills when there are already mobility difficulties.

**Keywords:** Active Aging, Quality of Life, Social Planning, Social conditions.

## 1. Marco teórico

### 1.1. Definición de envejecimiento activo

El envejecimiento se ha convertido en objeto de estudio a nivel mundial, con el fin de encontrar vías para mejorar los efectos negativos derivados del envejecimiento de la población. Y es que, durante las últimas décadas, se ha producido un notable aumento de la esperanza de vida de la población principalmente en los países desarrollados. La esperanza de vida en España en 2018 se sitúa en los 83,19 años: los hombres en 80,46 y las mujeres en 85,85 años (Instituto Nacional de Estadística, 2018).

España, a nivel mundial, se encuentra entre los países con mayor número de población envejecida y con la característica de estar representada mayoritariamente por mujeres, esto quiere decir que existe una feminización de la vejez (Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 2018).

Según Limón (2018), en los años 60 surge la idea de que para envejecer óptimamente hay que llevar a cabo pautas de actividad, incidiendo en la edad adulta y en la vejez. Es entonces cuando se inicia un largo proceso para forjar el significado del concepto “envejecimiento activo” (en adelante EA), que se ha ido fraguando a lo largo de las últimas décadas. La expresión “EA” fue propuesta por la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS) y aceptada por los países participantes en la II Asamblea Mundial del Envejecimiento, foro en que se define el EA como “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” (OMS, 2002).

Este término fue adoptado por la OMS (2002) a finales de los años 90, con la intención de transmitir un mensaje más completo que el de envejecimiento saludable y, de este modo, reconocer los factores que junto a la atención sanitaria afectan a la manera de envejecer de los individuos y las poblaciones. En 2002, la OMS dio a conocer el documento “*Envejecimiento activo: un marco político*”, en el que además de definir el EA, se hace hincapié en la necesidad de actuar en múltiples sectores, con el objetivo de asegurar que las personas mayores sigan siendo un recurso para sus familias, comunidades y economías (OMS, 2002).

Los cambios derivados del envejecimiento deben ser entendidos como oportunidades para plantear nuevos enfoques de intervención y estrategias sostenibles que permitan mejorar la calidad de vida de la población promoviendo un EA (Martín et al., 2020). La vejez siempre ha sido concebida en términos de declive e involución, pero las nuevas características físicas y psíquicas de la población que alcanza esta etapa, han favorecido la adopción de otra mirada que entiende la vejez en términos de desarrollo y evolución, mediante la que se trata de reducir la prevalencia de patologías y fomentar la participación social y familiar (Parra, 2017).

Según Parra-Rizo (2017), en la literatura se observa una notable confusión entre diferentes términos relacionados con el envejecimiento: “saludable”, “activo”, “positivo” con otros conceptos como “bienestar”, “satisfacción con la vida” y “calidad de vida”. Esta confusión está ligada a que el bienestar y la satisfacción con la vida suponen dos condiciones fundamentales del envejecimiento positivo, siendo al mismo tiempo este envejecimiento positivo un requisito para tener una buena calidad de vida (Parra-Rizo, 2017).

Según Fernández-Ballesteros (2009), el envejecimiento con éxito es el producto del proceso de la adaptación que ocurre a lo largo de la vida, a través del cual el individuo logra un óptimo funcionamiento físico, cognitivo, emocional-motivacional y social, teniendo estas variables una mayor relevancia en la última etapa de la vida.

En este sentido Pruchno et al. (2010), señalan que las mayores deficiencias de la literatura sobre el envejecimiento con éxito son su enfoque casi exclusivo en personas muy mayores, la falta de claridad con respecto a lo que define el éxito en el envejecimiento y la falta de atención a los problemas para su medición. Por ejemplo, en las definiciones de envejecimiento con éxito se incluyen tanto aquellas que son consideradas por los investigadores en base al enfoque teórico adscrito, como también aquellas derivadas de las opiniones o informes del conjunto de las personas mayores (Pruchno et al., 2010).

La OMS (2015) establece que el planteamiento del EA se basa en el reconocimiento de los derechos humanos de las personas mayores y en los principios de las Naciones Unidas (en adelante NU) de independencia, participación, dignidad, asistencia y realización de los propios deseos. Supone pasar de un planteamiento basado en las necesidades -que contempla a las personas mayores como objetos pasivos-, a otro basado en los derechos, que reconoce los derechos de las personas mayores a la igualdad de oportunidades y de

trato en todos los aspectos de la vida a medida que envejecen. Un enfoque basado en los derechos humanos requiere integrar la idea central de que las personas mayores participen activamente y tomen decisiones informadas sobre su salud y bienestar (OMS, 2015).

## 1.2. Dimensiones del envejecimiento activo

Según Fernández-Ballesteros et al. (2004), existen una serie de características presentes en gran parte de los modelos de envejecimiento satisfactorio u óptimo como aspectos concurrentes o criterios: buena salud física, funcional, cognitiva y social. Pero, además, también en los últimos años, aparecen otros factores afectivos y de la personalidad que parecen ser aspectos importantes en el envejecimiento óptimo, como manejar el estrés y estilos de afrontamiento ante situaciones conflictivas, la creencia de autoeficacia y el control interno del individuo, el enfrentamiento a la depresión mediante el manejo de actividades agradables e, incluso, la aceptación de la muerte (Fernández-Ballesteros et al., 2004).

Se observa que gran parte de las condiciones que definen este tipo de envejecimiento son, además de un adecuado soporte físico, condiciones cognitivas, afectivas y de la personalidad (control interno o autoeficacia, manejo del estrés, habilidades de afrontamiento, pensar positivo,) o psico-sociales (participación social, relaciones sociales) (Fernández-Ballesteros et al., 2004).

Existen diferentes modelos sobre el EA, de tipo multidimensional, que tienden a establecer factores, determinantes, dimensiones, etc. Según el Centro Internacional de Longevidad de Brasil (2015) existen 4 componentes: salud, participación, seguridad y aprendizaje a lo largo de la vida.

Franco (2017), en su tesis, realiza un análisis profundo sobre las variables que configuran el EA. Estima que las variables que denotan una mayor relevancia en un proceso óptimo de EA son las relacionadas con las relaciones sociales y la sensación de soledad. Estas variables están íntimamente relacionadas debido a que la sensación de aislamiento o soledad no depende de la cantidad de personas con las que compartan vivienda, sino que depende de la calidad y cantidad de las relaciones sociales con las que cuentan las personas encuestadas.

Otra de las variables importantes está relacionada con el estado de ánimo. Franco (2017) plantea la hipótesis de que la soledad, comprendida como aislamiento, y la falta de actividad

física pueden acarrear problemas de depresión que obstaculizan el proceso de EA. Concretamente, el estado de depresión repercute en gran medida en el envejecimiento autopercebido. Así, se ha podido observar que la salud física es un mediador en la depresión, ya que los sujetos que realizaban un mínimo de actividad física, demostraron menos indicios de depresión, como corroboran Guillén et al. (2018).

Torregrosa (2019), en su trabajo de investigación, analiza los factores de influencia involucrados en el EA, saludable y exitoso, concretamente las relaciones entre variables sociodemográficas (sexo y edad) y los indicadores del envejecimiento con éxito. Los resultados permiten probar que el perfil de este colectivo concuerda con los modelos planteados en la literatura de este paradigma científico. Los datos de esta investigación proceden de una encuesta transversal de personas de 50 años o más que estaban cursando estudios en diferentes centros de formación adscritos a la Universidad de Valencia en España, con edades comprendidas entre 50 y 80 años, de las cuales el 66.3% eran mujeres (Torregrosa, 2019).

Torregrosa (2019) recaba los datos mediante un cuestionario que recoge información sociodemográfica y variables psicológicas: apoyo social, red social, satisfacción con la vida, bienestar psicológico, salud percibida, depresión, autocuidado y soledad o aislamiento social. En conclusión, de entre todos los componentes de un envejecimiento con éxito que más se relacionan con el bienestar, ya sea en una u otra tradición, destaca el componente de funcionamiento social, como por ejemplo el tamaño de la red social, la cantidad de apoyo social recibido, el establecimiento y el mantenimiento de relaciones positivas con otros (Tomás et al., 2016).

En un estudio realizado en 2010, Fernández-Ballesteros et al. concluyen que los predictores o determinantes más relevantes y consistentes de un envejecimiento con éxito son las variables sociodemográficas: los hombres, frente a las mujeres, las personas con más ingresos, las de más alto nivel educativo y las más jóvenes, son las que parecen envejecer mejor (Fernández-Ballesteros et al., 2010).

Por otra parte, el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (en adelante Imserso, 2011), en su libro blanco, establece que los aspectos más relevantes del EA son la economía, la salud, la actividad física, la educación, la participación social, la imagen pública de la vejez, los

derechos que los amparan, los servicios sociales y las condiciones de la vivienda (Imsero, 2011).

En este mismo sentido, Alexandre et al. (2009) establecen dimensiones de promoción de la salud y prevención de enfermedades comportamentales (actividad física), psicológicas, ambientales (barreras arquitectónicas), factores económicos, y la habilidad de realizar actividades básicas e instrumentales.

Basándose en las diferentes dimensiones encontradas por diferentes autores, en el año 2020, Martín et al. (2020) crean una escala de EA de 23 ítems tipo Likert, con valores del 1 al 5 en la que se distinguen 4 factores tras el análisis estadístico de los ítems (apoyo afectivo y bienestar personal y emocional, control de la salud y autonomía personal, seguridad económica y actitud prosocial). Realizan una investigación para comprobar la fiabilidad de la escala aplicándola a una muestra de 300 personas que realizaban estudios especiales para mayores de 55 años en la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria (Martín et al., 2020). En el presente estudio, he decidido emplear este cuestionario ya que considero que contiene las principales dimensiones que definen el EA.

### 1.3. Las políticas locales de envejecimiento activo

Además de las necesidades que implica el proceso de envejecimiento, el lugar de residencia de la persona puede determinar el acceder a una cobertura variable de estas necesidades. He analizado diferentes estudios en los que se tiene en cuenta la variable “seguridad económica”, la cual tiene una correlación directa y positiva con “la satisfacción con la vida” (Navarro-Blanco et al., 2020).

Pienso que el lugar de residencia puede ser una variable que determina el mayor o menor acceso a recursos sociales, sanitarios, etc. Y por ello, los poderes públicos tratan de establecer políticas que permitan que las poblaciones con un menor nivel de renta puedan acceder a unos servicios públicos similares a los de otros municipios.

En este estudio, no pretendo establecer una relación entre la percepción del EA y el nivel de renta del municipio en el que reside una persona, sino entre la percepción de la persona del EA en función del tamaño del lugar de residencia, ya que esta variable también tiene relación con las oportunidades de acceso a los recursos así como con el nivel de renta.

Algunas investigaciones sobre alfabetización e inclusión económica y financiera, asocian los déficits con determinados grupos sociodemográficos, tales como las mujeres, los jóvenes, adultos mayores, los grupos raciales pobres, los solteros y los marginados (García et al., 2013; Lusardi et al., 2009). El estudio de las capacidades financieras puede ser interesante desde la perspectiva del EA (Denegri et al., 2018), aunque en este trabajo analizo el lugar de residencia en función del tamaño poblacional.

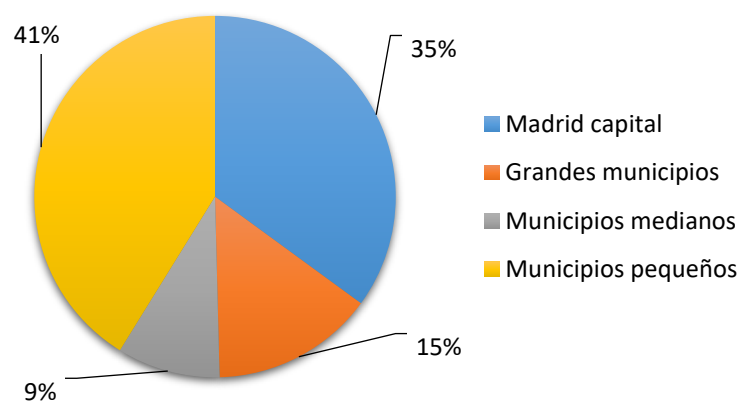
En la Comunidad de Madrid, se establecen 4 niveles en función del tamaño del lugar de residencia:

**Tabla 1.** Desglose de la población mayor por municipios según su tamaño.

Municipios por tamaño	Nº de municipios	Población general	Población mayor de 65 años	Porcentaje de población mayor por municipio
Madrid capital	1	3.334.730	669.021	35,05
Grandes municipios	9	1.535.815	277.730	14,55
Municipios medianos	25	1.294.674	176.001	9,22
Municipios pequeños	144	474.596	786.100	41,18
Totales	179	6.639.815	1.908.852	

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Estadística del Padrón Continuo a 1 de enero de 2020. Datos por municipios.

**Figura 1.** Porcentaje de población mayor por tipo de municipio.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Estadística del Padrón Continuo a 1 de enero de 2020. Datos por municipios.

En su *“Informe 2018: Las personas mayores en España”*, el Imsero (2021) establece que para fomentar el EA es necesario contar con la participación de muchos sectores, entre ellos los de la salud, las finanzas, la atención a largo plazo, la protección social, la educación, el trabajo, la vivienda, el transporte, la información y la comunicación. Eso requiere a su vez la implicación de los gobiernos nacionales, subnacionales y locales, así como de los proveedores de servicios, la sociedad civil, el sector privado, las organizaciones de personas mayores, el mundo académico y las personas mayores, sus familias y amigos (Imsero, 2021).

Según el Imsero (2021), el contexto es el que determina en cada caso cuáles son las actividades más apropiadas o urgentes. No obstante, todas las actividades deben llevarse a cabo de modo que contribuyan a superar la inequidad, en lugar de reforzarla. Circunstancias personales como el género, la etnia, el nivel de educación, el estado civil, el lugar de residencia o la situación sanitaria pueden dar lugar a un acceso desigual a los beneficios derivados de estos ámbitos de actuación, con el consiguiente perjuicio para la capacidad de optimizar el envejecimiento saludable (Imsero, 2021).

Se piensa que un enfoque que tenga en cuenta el lugar de residencia y que promueva actividades de EA adecuadas al contexto próximo de la persona, es fundamental para que los programas de EA tengan éxito. Y de ahí que los poderes públicos, al diseñar programas de EA, deban tener muy presente el lugar de residencia entre otras variables.

El Imsero (2021) establece que se debe asegurar que las comunidades fomenten las capacidades de las personas mayores. Los entornos físicos, sociales y económicos, tanto rurales como urbanos, son factores importantes que determinan la salud de las personas mayores e influyen poderosamente en la experiencia que supone el envejecimiento y en las oportunidades que ofrece. Los entornos adaptados a las personas mayores son mejores lugares para crecer, vivir, trabajar, jugar y envejecer. Para crearlos, hay que eliminar los obstáculos físicos y sociales e introducir políticas, sistemas, servicios, productos y tecnologías:

- que promuevan la salud y fortalezcan y mantengan la capacidad física y mental a lo largo de todo el curso de la vida
- que permitan a las personas seguir haciendo las cosas que valoran, incluso cuando empiecen a perder capacidad (Imsero, 2021).



Según el Imsero (2021), para desarrollar políticas locales efectivas en el abordaje del EA, es necesaria una mayor información relativa al envejecimiento saludable o sobre los grupos de personas mayores, pero ésta es limitada o inexistente en tres cuartas partes de los países del mundo, una situación que contribuye a la invisibilidad y la exclusión de las personas mayores. Las personas mayores no son un grupo homogéneo, por lo que es necesario contar con datos desglosados para comprender mejor su estado de salud, sus contribuciones sociales y económicas y el capital social que representan.

#### 1.4.El programa de envejecimiento activo de la Comunidad de Madrid

Conviene analizar brevemente qué es un programa de EA. Según Weissberg et al. (2003) básicamente, cualquier programa, acción o política orientada a potenciar el desarrollo positivo durante la vida de las personas pueden considerarse, con mayor o menor repercusión, como primeros acercamientos para alcanzar un EA, a pesar de la dificultad para evaluar tanto su eficacia como su eficiencia (Weissberg et al., 2003). Aun así, tan sólo se consideran programas orientados al EA propiamente dicho aquellos destinados a personas a partir de 55 años de edad (Bermejo, 2006).

En 2009, Fernández-Ballesteros establece que a pesar de que el envejecimiento con éxito es un proceso continuo que se desarrolla a lo largo de la vida, generalmente se considera que una política o programa de intervención tiene el objetivo de promocionar un envejecimiento saludable cuando va dirigido a personas mayores (habitualmente dentro del rango de 55 y 65 años).

Debido a que una adecuada promoción del envejecimiento con éxito debe ser multidimensional, es sumamente complejo no solo el diseño del programa y su aplicación, sino también la evaluación multidimensional del mismo. De hecho, son muy escasos los programas de intervención que ofrecen información fiable de los resultados obtenidos. (Fernández-Ballesteros, 2009). Es por ello que algunos autores sostienen que diversos indicadores poblacionales, como la esperanza de vida libre de discapacidad, podrían dar cuenta de los resultados de los programas de intervención realizados (Caprara, 2009).

El aumento del envejecimiento de la población en España y, por consiguiente, el aumento de la esperanza de vida, son procesos que suponen un reto en nuestra sociedad y tienen una

gran repercusión dentro del contexto personal, familiar, económico y social actual. En la Comunidad de Madrid, la esperanza de vida se sitúa en 82,32 años en 2020 según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE, 2020), situándose en primer lugar entre todas las Comunidades Autónomas y a la cabeza de Europa.

Dentro de las líneas estratégicas y de los objetivos marcados desde la Consejería de Familia, Juventud y Política Social respecto a las políticas de actuación dirigidas a las personas mayores, la Dirección General de Atención al Mayor y a la Dependencia tiene en marcha diferentes líneas de actuación destinadas a fomentar la participación y el EA del colectivo de personas mayores en general (Dirección General de Atención al Mayor y a la Dependencia, 2021).

El Programa Regional de EA se estructura en diferentes tipos de actividades, siendo los talleres de EA las actividades más relevantes. Estos talleres constituyen un conjunto de actividades grupales de tipo formativo-informativo o experiencial dirigidas a personas mayores participantes en centros municipales, en colaboración con entidades locales (Dirección General de Atención al Mayor y a la Dependencia, 2021).

El programa consta de **objetivos dirigidos a personas mayores:**

- Promover, favorecer y apoyar la autonomía de las personas mayores, mediante la prevención de situaciones de dependencia y el desarrollo de EA y saludable.
- Conseguir para la población mayor de la Comunidad de Madrid, una mejora en sus oportunidades de participación en actividades de su interés, que incidan en competencias que se relacionan con el envejecimiento saludable, y que, además, se constituyan en espacios que promueven la relación interpersonal y el compartir experiencias.

Cuando se habla de competencias, éstas se concretan en 3 aspectos:

- **Conocimientos:** los talleres tienen una parte más teórica, dirigida a incrementar el nivel de conocimientos en una materia (por ejemplo, uso de las nuevas tecnologías, conocimiento de recursos sociales, de temas legales que les afectan, etc.).

- **Habilidades:** los talleres son muy prácticos, pues tratan de enseñar a las personas a mejorar sus destrezas y habilidades para vivir mejor desarrollando habilidades relacionales y sociales para hacer frente a la soledad no deseada, habilidades de resiliencia ante las pérdidas, habilidades motrices para ejercitar los músculos, el desarrollo del pensamiento positivo, etc.
- **Actitudes:** los talleres tratan de fomentar actitudes positivas en los asistentes, como la actitud prosocial, favorable a la participación, la no procrastinación, el esfuerzo por salir de la zona de confort y relacionarse con otras personas, el deseo de cuidar la salud con buenos hábitos, etc. No se trata tanto de la habilidad o capacidad para realizar una conducta, como del deseo de hacerlo.

El programa también contempla **objetivos dirigidos a los ayuntamientos colaboradores:**

- Colaborar con las entidades locales para intensificar los programas de atención a los mayores desde su entorno más cercano, a través de acciones que incidan en competencias que se relacionan con el envejecimiento saludable y desarrollo personal, y la implicación de otros agentes de su municipio (Educación, Voluntariado, Participación,...).

La puesta en marcha de estos talleres requiere de una serie de pasos necesarios para que la persona mayor pueda realizar el taller más acorde a sus necesidades; pasos que se desarrollan en un nivel más concreto de planificación táctica por parte del Equipo de Programas (Dirección General de Atención al Mayor y a la Dependencia, 2021).

En primer lugar, hay que determinar la población diana, en este caso, **personas mayores de 60 años residentes en la Comunidad Madrid sin deterioro cognitivo**, o con un deterioro leve que permita la comprensión de los contenidos de los talleres.

En segundo lugar, es necesario el diseño de una **oferta de talleres** que cubra las necesidades de la población diana, las cuales son valoradas todos los años. Una vez que realiza el taller, el usuario rellena un cuestionario de satisfacción en el que se le preguntan por temas de su interés. Esta información es analizada posteriormente por los técnicos de la Dirección General, pudiendo dar lugar a una modificación en los contenidos de los talleres de cara a

próximos años. En la figura 2, constan las cinco modalidades de talleres que se imparten en la actualidad. Los talleres se imparten en forma de sesiones de hora y media de duración aproximadamente, con exposiciones teórico-prácticas y tiempo para consultas de los participantes. Antes de la pandemia de COVID-19, los talleres tenían un carácter presencial. Actualmente se combinan ambas modalidades: presencial y online.

**Figura 2. Tipologías de talleres.**

<b>Taller 1: Taller Jurídico</b>	
Definición	Sesiones formativas y divulgativas de aspectos legales de interés para las personas mayores, impartidos por letrados expertos en la materia.
<b>Taller 2: Taller de equilibrio y hábitos saludables</b>	
Definición	Contenido teórico-práctico sobre la necesidad de la prevención y promoción de la salud de las personas mayores.
<b>Taller 3: Laboratorio de Ideas para Envejecer Feliz</b>	
Definición	Esta actividad pretende analizar las experiencias y expectativas de los participantes frente al reto del proceso de envejecimiento. Ofrece pautas para un mejor aprovechamiento de los recursos, tanto personales, como sociales para adaptarse a los cambios que surgen en el proceso de envejecimiento.
<b>Taller 4: Escuela de abuel@s</b>	
Definición	Espacio de formación y debate dirigido a transmitir conocimientos y habilidades para mejorar la calidad de las relaciones con los hijos/as y nietos/as, así como para poner en valor la importante contribución que realizan a favor de la vida de sus familias y de la sociedad.
<b>Taller 5: APPrende a usar tu móvil</b>	
Definición	Acerca el mundo de las tecnologías de la comunicación a las personas mayores ofreciendo información práctica sobre la utilización de los dispositivos móviles y dotando a los participantes de conocimientos relativos a aplicaciones móviles útiles para su vida diaria.

Fuente: Elaboración propia. Dirección General de Atención al Mayor y a la Dependencia. Comunidad de Madrid. (2021).

## 2. Justificación

Pienso que las oportunidades para acceder a un EA en forma de actividades y ayudas pueden ser variables en función del lugar de residencia y por ello este estudio analiza la percepción que tienen los ciudadanos del EA en su lugar de residencia. En la Comunidad de Madrid existe una gran variabilidad en cuanto a municipios, no sólo en población, sino en variables socioeconómicas, culturales, etc., aunque el estudio de estas variables no es el objeto de este trabajo, que tiene un carácter más exploratorio, ya que el fenómeno que estudiamos no ha sido investigado. El término EA es relativamente nuevo y el cuestionario que voy a emplear (único que mide el EA) ha sido publicado en el año 2020 (Martín et al., 2020).

En mi trabajo de fin de máster, he querido aplicar la escala de EA de Martín et al. (2020) a una población que comparte rasgos con la muestra de dicho estudio –personas mayores y que realizan talleres de EA, lo que presupone un buen nivel cognitivo y educativo previos-, pero he querido incorporar una variable no analizada en el estudio anterior, que es el “tamaño del lugar de residencia”, diferenciando 4 niveles: Madrid capital (más de 250.000 habitantes), grandes municipios (entre 100.000 y 250.000 habitantes), municipios medianos (entre 20.000 y 100.000 habitantes), municipios pequeños (menos de 20.000 habitantes).

La muestra está formada por asistentes a los talleres de EA que organiza la Dirección General de Atención al Mayor y la Dependencia de la Comunidad de Madrid.

La utilidad de este estudio es un mayor conocimiento de las necesidades de la población mayor en cuanto a EA se refiere en función de su lugar de residencia para, con este conocimiento, poder diseñar un uso más adaptado de los recursos públicos a la idiosincrasia de las diferentes poblaciones de la Comunidad de Madrid.

Con este estudio, en el que analizo si hay diferencias en la percepción del EA según el tamaño del lugar de residencia (municipio), pretendo contribuir a aumentar el conocimiento sobre el EA, así como a que se puedan realizar planes de intervención con personas mayores más adaptados al contexto en el que viven, con el fin de propiciar un mejor EA de las personas en sus comunidades.

Los estudios analizados analizan la relación entre el EA y la capacidad financiera estableciendo una relación directa y positiva. Según Navarro-Blanco et al. (2020) tener una buena seguridad económica y una buena autopercepción de la misma, facilita que estas personas mayores puedan satisfacer aquellas necesidades que aportan calidad de vida a los años y mantener la autoconfianza y el nivel de independencia en la toma de decisiones.

Atendiendo a las cifras del INE de 2019 (citado por Diario digital “Expansión”, sección “datosmacro.com”) se puede concluir que, en general, en España los habitantes de los municipios de más habitantes, tienen mayores rentas que los que viven en municipios de pocos habitantes.

Mi propia experiencia en la ejecución del Programa de EA en la Comunidad de Madrid, es un ejemplo más de esta inequidad en el acceso a los recursos en función del tamaño del lugar de residencia. En municipios más pequeños no siempre se alcanza el mínimo de participantes para realizar un taller, situación que no suele producirse en municipios grandes.

**Por tanto, hipotetizo que en lugares de mayor tamaño, puede haber un mayor acceso a todo tipo de recursos. Es decir, que parto de la idea de que a mayor tamaño del lugar de residencia, habrá más oportunidades para el EA y por tanto una percepción más positiva de éste.** En este estudio, analizo la relación entre los factores del cuestionario de Martín et al. (2020), y la variable tamaño del lugar de residencia fundamentalmente.

A continuación, he decidido plantear una serie de hipótesis en relación al resto de variables sociodemográficas de la población a estudiar, aunque sin entrar a fondo en un análisis de estas hipótesis. Parto de la hipótesis de que no existirán diferencias significativas en la percepción del EA en función de estas variables.

Martín et al. (2020) sí que encontraron algunas diferencias significativas entre los factores del EA explorados y las variables criterio utilizadas, como el sexo, la edad, el nivel educativo y la estructura familiar (que se detallan en la discusión de la segunda hipótesis), aunque en mi caso, voy a partir de la idea de que no existirán diferencias significativas en cuanto a estas variables criterio, ya que como he señalado, se trata de un análisis secundario a la hipótesis principal de mi trabajo.

En síntesis, el EA es un enfoque relativamente nuevo y prometedor. Como se ha visto, existen pocos estudios e investigaciones en los que se ofrezca información desagregada sobre las personas mayores (Imsero, 2021). El presente estudio profundiza en la percepción del EA en función de una variable escasamente estudiada: el tamaño del lugar de residencia, con tres fines últimos:

- En primer lugar, **aumentar ese escaso conocimiento de variables que determinan la vivencia del envejecimiento** (Imsero, 2021).
- En segundo lugar, **contribuir a la mejora de las intervenciones en EA en general** gracias a este mayor conocimiento.
- En tercer lugar y de una manera más específica **contribuir a la mejora del Programa de Regional de EA de la Comunidad de Madrid**, ya que la muestra estudiada procede de las personas que realizan los talleres de este Programa.

### 3. Objetivos

Objetivo general 1: Analizar si existen diferencias significativas en la percepción del "EA" (Factor G) entre personas mayores en función del **tamaño del lugar de residencia**.

Objetivo específico 1.1.: Analizar si existen diferencias significativas en la percepción del Factor 1: **Apoyo afectivo y bienestar personal y emocional** entre personas mayores en función del tamaño del lugar de residencia.

Objetivo específico 1.2.: Analizar si existen diferencias significativas en la percepción del Factor 2: **Control de la salud y autonomía personal** entre personas mayores en función del tamaño del lugar de residencia.

Objetivo específico 1.3.: Analizar si existen diferencias significativas en la percepción del Factor 3: **Seguridad económica** entre personas mayores en función del tamaño del lugar de residencia.

Objetivo específico 1.4.: Analizar si existen diferencias significativas en la percepción del Factor 4: **Actitud prosocial** entre personas mayores en función del tamaño del lugar de residencia.

Objetivo General 2: Analizar si existen diferencias significativas en la percepción del "EA" (Factor G) entre personas mayores en función del **grado de movilidad**, del uso del **transporte público**, del **sexo**, de la **edad** y del **nivel de estudios**.



## 4. Hipótesis

Hipótesis 1: a mayor **tamaño del lugar de residencia**, la percepción del EA (factor G) será más positiva.

Hipótesis 1.1.: a mayor **tamaño del lugar de residencia**, la percepción del apoyo afectivo y bienestar personal y emocional (factor 1 del EA) será más positiva.

Hipótesis 1.2.: a mayor **tamaño del lugar de residencia**, la percepción del control de la salud y autonomía personal (factor 2 del EA) será más positiva.

Hipótesis 1.3.: a mayor **tamaño del lugar de residencia**, la percepción de la seguridad económica (factor 3 del EA) será más positiva.

Hipótesis 1.4.: a mayor **tamaño del lugar de residencia**, la percepción de la actitud prosocial (factor 4 del EA) será más positiva.

Hipótesis 2: no existirán diferencias significativas en la percepción del EA en función del **grado de movilidad**, del **uso del transporte público**, del **sexo**, de la **edad** y del **nivel de estudios**.

## 5. Marco metodológico

### 5.1. Diseño

Se trata de un diseño cuasi-experimental, pues aplico una encuesta de investigación de tipo analítico y correlacional ya que trato de establecer una relación entre variables. El grado de control es mínimo y no puedo establecer relaciones de causalidad entre el tamaño del lugar de residencia (así como otras variables de tipo sociodemográfico) y la percepción del EA, pero sí es posible establecer correlaciones.

La dimensión temporal es transversal: empleo una sola muestra en un periodo de corta duración. Se trata de un diseño intragrupo, con una sola medición, que requiere de un contraste de hipótesis para realizar el análisis de datos (Estadística inferencial). La información se recoge de modo estandarizado mediante un cuestionario (instrucciones iguales para todos los sujetos, idéntica formulación de las preguntas, etc.) que incluye la citada escala de EA, lo que faculta para hacer comparaciones intragrupalas. Cuando encuentro diferencias, analizo el grado o fuerza de la relación entre las variables.

### 5.2. Participantes

La población de este estudio está constituida por 144 personas mayores que han participado en los talleres del Programa de EA regional de la Comunidad de Madrid, las cuales reúnen los siguientes requisitos:

- Personas con una edad igual o mayor a 60 años.
- Residentes en la Comunidad Madrid.
- Sin deterioro cognitivo, o con un deterioro leve que permite la comprensión de los contenidos de los talleres.

### 5.3. Procedimiento

Se ha creado un cuestionario mediante la herramienta “*Microsoft Forms*” -que describiré a continuación-, que fue enviado a los correos electrónicos de las personas mayores que una vez realizado un taller de EA han dado su consentimiento para recibir información sobre el

EA en la región. Estos correos electrónicos forman parte de una base de datos perteneciente a la Dirección General de Atención al Mayor y la Dependencia, la cual remitió el enlace al cuestionario a estos correos electrónicos, presentando el estudio y solicitando la colaboración a estas personas mayores. A lo largo del año se realizan unos 100 o más talleres de EA en la Comunidad de Madrid a través del programa regional de EA, en modalidad online o presencial. Los asistentes a estos talleres pasan a formar parte de esta base de datos (con consentimiento previo).

Así pues, el cuestionario se ha remitido por correo electrónico a una población de 593 personas, dando un plazo de 9 días y decidiendo cumplimentar el cuestionario diseñado para este trabajo un total de 145 personas. La mayoría de las respuestas se han recibido durante los tres primeros días (100 cuestionarios en el día 1; 4 cuestionarios en el penúltimo día), observándose una disminución notable en los dos últimos días.

Todas las personas que han comenzado el cuestionario, lo han completado en su totalidad, dedicando una media de 6 minutos y 27 segundos.

Únicamente se ha producido una incidencia con un sujeto cuyo cuestionario fue cumplimentado en 30 segundos, siendo eliminado, por lo que en el recuento final, de 145 sujetos se pasa a 144.

A partir de los datos obtenidos se ha creado una base de datos mediante el programa *Statistical Package for the Social Sciences* (IBM SPSS Statistics v25.0).

#### 5.4. Variables del estudio

A continuación se especifican las variables estudiadas:

##### A. Variables independientes:

##### 1. **Tamaño del lugar de residencia** (variable cualitativa, ordinal) con 4 niveles:

- Madrid capital (**más de 250.000 habitantes**)
- Grandes municipios (**de entre 100.000 y 250.000 habitantes**)
- Municipios medianos (**de entre 20.000 y 100.000 habitantes**)
- Municipios pequeños (**de menos de 20.000 habitantes**)

##### 2. **Sexo** (variable cualitativa, nominal y dicotómica: hombre-mujer).

3. **Edad** (variable cualitativa, ordinal).
4. **Nivel de estudios** (variable cualitativa, ordinal, con 5 niveles: sin estudios, graduado escolar, bachiller y FP, estudios universitarios, doctorados y postgrados).
5. **Grado de movilidad** (variable cualitativa, ordinal, con 4 niveles: caminar sin apoyos, caminar con bastón, caminar con andador, usar silla de ruedas).
6. **Uso de transporte público** (variable cualitativa, ordinal, con 5 niveles: nunca, raramente, ocasionalmente, frecuentemente, muy frecuentemente).

En mi investigación, el lugar de residencia junto con otras variables sociodemográficas funcionan como variables independientes ya que son características estables y que no se ven afectadas por otras variables que mido.

- B. Variable Dependiente: **Percepción del EA** con sus cuatro factores (apoyo afectivo y bienestar personal y emocional, control de la salud y autonomía personal, seguridad económica, actitud prosocial). (Variable cualitativa, ordinal).

En mi investigación, la percepción del EA equivale a la variable dependiente, ya que mi hipótesis es que la percepción del EA se va a ver influida por otras variables como el tamaño del lugar de residencia.

## 5.5. Instrumentos

Se ha creado un cuestionario mediante la herramienta "Microsoft Forms" en el que se incluyen un total de 29 ítems (reflejados en el Anexo D) para poder medir las diferentes variables del estudio:

- Ítems 1 a 6: se diseñan 6 ítems, uno por cada variable sociodemográfica.
- Ítems 7 a 29: se aplica la escala de EA de Martín et al. (2020). Es una escala de 23 ítems tipo Likert con valores del 1 al 5, con una fiabilidad total de 0,91. La escala se elaboró *ad hoc* para ser aplicada presencialmente a 300 personas que realizaban estudios espaciales para mayores de 55 años en la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. El análisis Factorial Exploratorio mostró 4 factores con buenos índices de ajuste, oscilando la fiabilidad de cada factor entre 0,82 y 0,64. El presente estudio se basa en esos cuatro factores para el planteamiento de hipótesis. La muestra a la que se aplica el cuestionario

presenta unas características sociodemográficas similares a las de esta población, ya que mis sujetos son personas mayores que realizan talleres de EA y que además disponen de correo electrónico y conexión a internet, lo que implica un nivel socio-cultural medio-alto. La novedad de mi estudio es que nuestra población vive en una Comunidad Autónoma con núcleos de población muy diversos, siendo interesante para mí conocer cómo el tamaño del lugar de residencia puede afectar a la percepción del EA. Asimismo, he analizado otras variables sociodemográficas al igual que los autores de este cuestionario y podré comparar mis resultados con los suyos.

## 5.6. Análisis de datos

Para todos los análisis se toma el nivel de confianza del 95%.

Se lleva a cabo el análisis de normalidad mediante los Estadísticos *Kolmogorov-Smirnov* y *Shapiro-Wilk* para conocer si los datos de las diferentes variables se ajustan a la curva de normalidad y determinar así el uso de pruebas paramétricas o no paramétricas.

Para conocer si existen diferencias en la percepción del EA (factor G) en función del **tamaño del lugar de residencia** se lleva a cabo un análisis de la varianza (**ANOVA**).

Para conocer si existen diferencias significativas en la percepción del Factor 1 (Hipótesis 1.1.), Factor 2 (Hipótesis 1.2.), Factor 3 (Hipótesis 1.3.), Factor 4 (Hipótesis 1.4.) del EA entre personas mayores en función del **tamaño del lugar de residencia** se lleva a cabo una prueba no paramétrica con el estadístico **Kruskal Wallis**.

Para conocer si existen diferencias en la percepción del EA en función del **grado de movilidad** se lleva a cabo la prueba **T de Student**.

Para conocer si existen diferencias en la percepción del EA en función del **uso del transporte público** se lleva a cabo un análisis de la varianza (**ANOVA**).

Para conocer si existen diferencias en la percepción del EA en función del **sexo** se lleva a cabo la prueba no paramétrica **U de Mann-Whitney**.

Para conocer si existen diferencias en la percepción del EA en función de la **edad** se lleva a cabo una prueba no paramétrica con el **coeficiente de correlación de Spearman**.

Para conocer si existen diferencias en la percepción del EA en función del **nivel de estudios** se lleva a cabo un análisis de la varianza (**ANOVA**).

## 6. Resultados

### 6.1. Definición de la muestra

La muestra está compuesta por 144 sujetos que han respondido al cuestionario enviado y lo han cumplimentado de manera voluntaria. En la tabla 2 pueden observarse los descriptivos de las variables tamaño del lugar de residencia, grado de movilidad, uso del transporte público y sexo.

En cuanto al **tamaño del lugar de residencia**, hay una gran cantidad de sujetos procedentes de municipios de entre 20.000 y 100.000 habitantes. El 61,8% de los sujetos respondientes, proceden de estas ciudades. De municipios de menos de 20.000 habitantes, sólo procede el 6,9% de los sujetos.

En cuanto al **grado de movilidad**, han respondido tan sólo personas con dificultades leves-moderadas (camina con bastón) o bien personas perfectamente autónomas desde el punto de vista físico. He contemplado dos categorías más como son “caminar con andador” y “usar silla de ruedas”. Si bien es cierto que se puede presumir que su incidencia en la población es menor, ninguno de los 144 sujetos respondientes tenía estas características.

Aunque el **uso del transporte público** es cuestión tratada dentro del propio cuestionario, también es cierto que ha suscitado un especial interés para mi estudio por lo que se plasman los resultados de este ítem 13. Tan solo el 6,3% no lo coge nunca y el 13,2% lo coge siempre. El porcentaje más elevado es el que lo usa ocasionalmente que tiene un porcentaje del 36,1%.

En relación al **sexo**, hay 94 mujeres y 50 hombres, todos residentes en la Comunidad Autónoma de Madrid.

**Tabla 2.** *Descriptivos de las variables tamaño del lugar de residencia, grado de movilidad, uso del transporte público y sexo.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Tamaño del lugar de residencia	Más de 250.000 hab.	34	23,6	23,6	23,6
	Entre 100.000 y 250.000 hab.	11	7,6	7,6	31,3
	Entre 20.000 y 100.000 hab.	89	61,8	61,8	93,1
	Menos de 20.000 hab.	10	6,9	6,9	100
	Total	144	100	100	
Grado de movilidad	Camina con Bastón	10	6,9	6,9	6,9
	Camina sin apoyos	134	93,1	93,1	100
	Total	144	100	100	
Uso del transporte público	Nunca	9	6,3	6,3	6,3
	Raramente	25	17,4	17,4	23,6
	Ocasionalmente	52	36,1	36,1	59,7
	Frecuentemente	39	27,1	27,1	86,8
	Muy frecuentemente	19	13,2	13,2	100
Total	144	100	100		
Sexo	Mujer	94	65,3	65,3	65,3
	Hombre	50	34,7	34,7	100
	Total	144	100	100	
Nivel de estudios	Graduado escolar	10	6,9	6,9	6,9
	Bachiller y FP	45	31,3	31,3	38,2
	Est. Universitarios	69	47,9	47,9	86,1
	Doctorados y postgrados	20	13,9	13,9	100
	Total	144	100	100	

Las puntuaciones obtenidas por la muestra en cada uno de los factores pueden apreciarse en la tabla 3. La puntuación media más baja se ha alcanzado en Actitud prosocial (factor 4) y la más alta en Control de la salud y autonomía personal (factor 2).



**Tabla 3.** Descriptivos de las puntuaciones de la muestra en la Escala de EA.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
FACTOR GENERAL	144	2,52	4,65	3,6740	,40342
FACTOR 1: Apoyo afectivo y bienestar personal y emocional	144	1,57	5,00	3,7342	,62463
FACTOR 2: Control de la salud y autonomía personal	144	2,75	5,00	4,0391	,40106
FACTOR 3: Seguridad económica	144	1,00	5,00	3,6389	,98315
FACTOR 4: Actitud prosocial	144	1,67	4,50	3,0510	,54257

## 6.2. Relación entre el tamaño del lugar de residencia y la percepción del EA

En relación a la hipótesis 1 (A mayor **tamaño del lugar de residencia**, la percepción del EA (**factor G**) será más positiva), he obtenido los siguientes resultados:

Primeramente, observo que las distribuciones de la variable Factor G para cada uno de los cuatro grupos de población, no se han mostrado muy diferentes de lo que es una distribución Normal.

**Tabla 4.** Pruebas de normalidad para la variable tamaño del lugar de residencia en relación al Factor G del EA.

	Grupo Población	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
		Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	Gl	Sig.
FACTOR GENERAL	Más de 250.000 hab.	,121	34	,200	,985	34	,910
	Entre 100.000 y 250.000 hab.	,191	11	,200	,949	11	,636
	Entre 20.000 y 100.000 hab.	,064	89	,200	,990	89	,712
	Menos de 20.000 hab.	,256	10	,061	,857	10	,070

He utilizado las pruebas de Normalidad de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk dado que hay submuestras de más de 50 sujetos y de menos de 50 sujetos.

Según la prueba de Normalidad de Shapiro-Wilk (tabla 4), las diferencias al comparar estas distribuciones con una distribución Normal teórica no son estadísticamente significativas por lo que he aplicado una prueba paramétrica, en este caso el análisis de la Varianza (ANOVA) para muestras independientes.

**Tabla 5.** Comparaciones de grupos según el tamaño del municipio en la percepción del EA (factor G) mediante un ANOVA.

	Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	,272	3	,091	,551	,648
Dentro de grupos	23,002	140	,164		
Total	23,273	143			

En la tabla 5, los grupos que comparo son cuatro y se refieren a los habitantes de los municipios (variable tamaño del municipio): más de 250.000 habitantes, entre 100.000 y 250.000 habitantes, entre 20.000 y 100.000 habitantes, y un cuarto grupo, menos de 20.000 habitantes.

Los resultados en este caso son:

$$F_{(3, 140)} = 0,551 \quad P = 0,648 > \alpha = 0,05$$

La prueba en la que se compara la puntuación general del cuestionario en función del tamaño del municipio establece que no hay diferencias entre los mismos. Por lo tanto, he aceptado la  $H_0$ , por la cual observo que no hay diferencias en cuanto a la puntuación del cuestionario (Factor G) en función del municipio de residencia del sujeto.

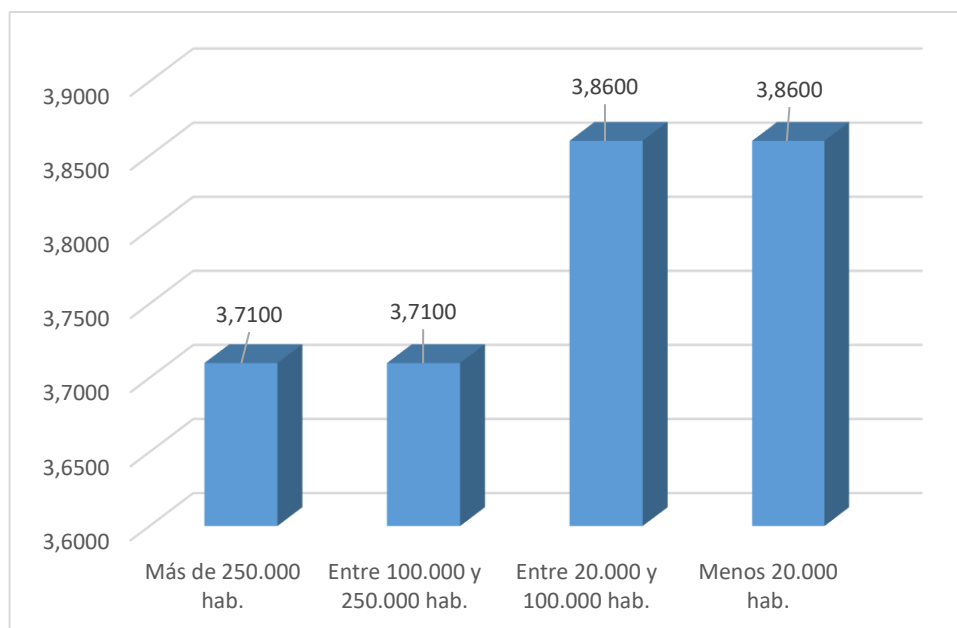
### 6.3. Relación entre el tamaño del lugar de residencia y la percepción de los 4 factores del EA

A continuación, analizo las puntuaciones factor a factor en función del tamaño del municipio. Existen diferencias entre las puntuaciones entre los municipios, que como he comprobado más adelante, no llegan a ser significativas.

**Tabla 6.** *Descriptivos FACTOR 1: Apoyo afectivo y bienestar personal y emocional.*

	Más de 250.000 hab.	Entre 100.000 y 250.000 hab.	Entre 20.000 y 100.000 hab.	Menos 20.000 hab.
Media	3,6974	3,6755	3,7431	3,8440
Mediana	<b>3,7100</b>	<b>3,7100</b>	<b>3,8600</b>	<b>3,8600</b>
Varianza	0,294	0,558	0,421	0,361
Desviación estándar	0,54179	0,74704	0,64896	0,60117
Mínimo	2,71	2,43	1,57	2,86
Máximo	4,57	4,71	5,00	4,86
Rango	1,86	2,28	3,43	2,00

**Figura 3.** *Factor 1: Apoyo afectivo y bienestar personal y emocional.*

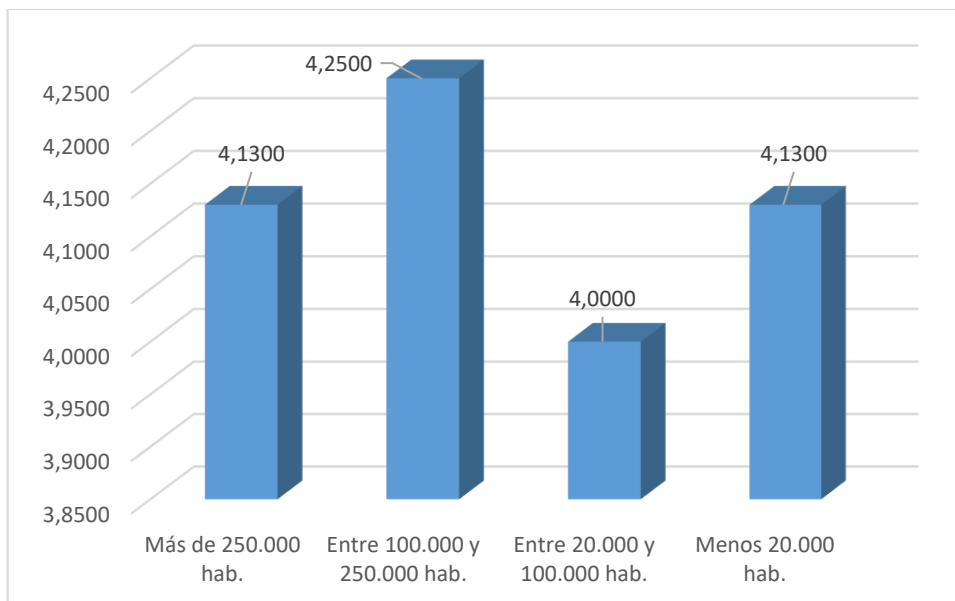


He observado puntuaciones más altas en este factor en municipios más pequeños, pero no son unas diferencias significativas (tabla 6 y figura 3).

**Tabla 7. Descriptivos FACTOR 2: Control de la salud y autonomía personal.**

	Más de 250.000 hab.	Entre 100.000 y 250.000 hab.	Entre 20.000 y 100.000 hab.	Menos 20.000 hab.
Media	4,1059	4,1727	3,9773	4,2150
Mediana	<b>4,1300</b>	<b>4,2500</b>	<b>4,0000</b>	<b>4,1300</b>
Varianza	0,150	0,139	0,170	0,076
Desviación estándar	0,38678	0,37334	0,41268	0,27634
Mínimo	3,13	3,50	2,75	3,88
Máximo	5,00	4,63	4,75	4,75
Rango	1,87	1,13	2,00	0,87

**Figura 4. Factor 2: Control de la salud y autonomía personal.**

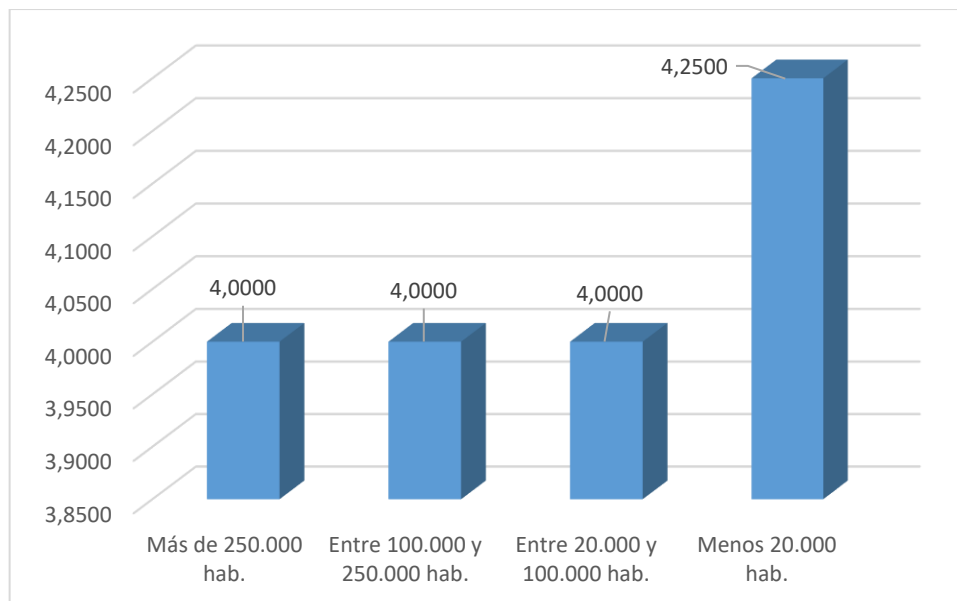


En este segundo factor, he observado como la muestra alcanza elevadas puntuaciones, sin que se observen diferencias significativas a simple vista en función del municipio (tabla 7 y figura 4).

**Tabla 8. Descriptivos FACTOR 3: Seguridad económica.**

	Más de 250.000 hab.	Entre 100.000 y 250.000 hab.	Entre 20.000 y 100.000 hab.	Menos 20.000 hab.
Media	3,7500	3,6364	3,5337	4,2000
Mediana	<b>4,0000</b>	<b>4,0000</b>	<b>4,0000</b>	<b>4,2500</b>
Varianza	0,458	1,005	1,169	0,622
Desviación estándar	0,67700	1,00227	1,08134	0,78881
Mínimo	2,00	2,00	1,00	2,50
Máximo	5,00	5,00	5,00	5,00
Rango	3,00	3,00	4,00	2,50

**Figura 5. Factor 3: Seguridad económica.**

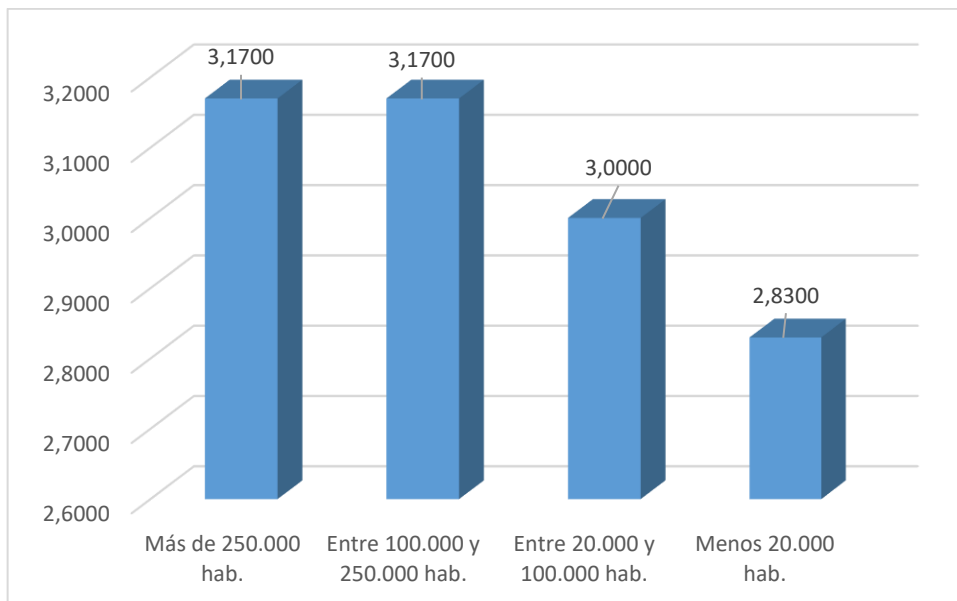


En cuanto a la seguridad económica, no he encontrado grandes diferencias en cuanto a la puntuación, alcanzando la mayoría de los sujetos puntuaciones elevadas en este factor (tabla 8 y figura 5).

**Tabla 9. Descriptivos FACTOR 4: Actitud Prosocial.**

	Más de 250.000 hab.	Entre 100.000 y 250.000 hab.	Entre 20.000 y 100.000 hab.	Menos 20.000 hab.
Media	3,0785	3,0300	3,0413	3,0670
Mediana	<b>3,1700</b>	<b>3,1700</b>	<b>3,0000</b>	<b>2,8300</b>
Varianza	0,278	0,383	0,303	0,266
Desviación estándar	0,52729	0,61889	0,55033	0,51612
Mínimo	1,67	1,83	2,00	2,50
Máximo	4,17	3,83	4,50	4,00
Rango	2,50	2,00	2,50	1,50

**Figura 6. Factor 4: Actitud prosocial.**



Aún sin ser significativas las diferencias, como he comprobado más adelante, la puntuación en Actitud prosocial desciende en municipios pequeños (tabla 9 y figura 6), lo que ha encajado con mi hipótesis inicial de que en municipios pequeños puede haber más dificultades para acceder a recursos asociativos, actividades, etc.

A continuación, analizo la normalidad para la variable tamaño del lugar de residencia. En este caso, como puede apreciarse en la tabla 10, no se dispone de normalidad en todas las comparaciones, ni tampoco en todas las distribuciones.

**Tabla 10. Pruebas de normalidad para la variable tamaño del lugar de residencia en relación a los 4 factores del EA.**

	Grupo Población	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
		Estadístico	Gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
FACTOR 1: Apoyo afectivo y bienestar personal y emocional	Más de 250.000 hab.	,087	34	,200*	,962	34	,279
	Entre 100.000 y 250.000 hab.	,207	11	,200*	,933	11	,439
	Entre 20.000 y 100.000 hab.	,144	89	,000	,931	89	<b>,000</b>
	Menos de 20.000 hab.	,112	10	,200*	,987	10	,992
FACTOR 2: Control de la salud y autonomía personal	Más de 250.000 hab.	,162	34	,024	,941	34	,066
	Entre 100.000 y 250.000 hab.	,165	11	,200*	,942	11	,540
	Entre 20.000 y 100.000 hab.	,094	89	,051	,954	89	<b>,003</b>
	Menos de 20.000 hab.	,221	10	,183	,912	10	,296
FACTOR 3: Seguridad económica	Más de 250.000 hab.	,321	34	,000	,848	34	<b>,000</b>
	Entre 100.000 y 250.000 hab.	,187	11	,200	,900	11	,186
	Entre 20.000 y 100.000 hab.	,207	89	,000	,902	89	<b>,000</b>
	Menos de 20.000 hab.	,200	10	,200*	,883	10	,141
FACTOR 4: Actitud prosocial	Más de 250.000 hab.	,128	34	,175	,968	34	,399
	Entre 100.000 y 250.000 hab.	,226	11	,122	,939	11	,504
	Entre 20.000 y 100.000 hab.	,087	89	,092	,969	89	<b>,032</b>
	Menos de 20.000 hab.	,277	10	,029	,875	10	,115

Por lo que recorro a pruebas no paramétricas. La prueba usada para este caso es la prueba de Kruskal-Wallis, por la que se comparan las puntuaciones de cada uno de los 4 factores (desde el factor 1 hasta el factor 4) en cada uno de los grupos de población: municipios de residencia de menos de 20.000 habitantes; municipios de residencia de entre 20.000 y 100.000 habitantes; municipios de residencia de entre 100.000 y 250.000 habitantes; y municipios de residencia de más de 250.000 habitantes.

**Tabla 11.** Comparaciones de grupos según el tamaño del municipio en la percepción de los cuatro factores del EA mediante el Estadístico H Kruskal-Wallis.

	<b>FACTOR 1: Apoyo afectivo y bienestar personal y emocional</b>	<b>FACTOR 2: Control de la salud y autonomía personal</b>	<b>FACTOR 3: Seguridad económica</b>	<b>FACTOR 4: Actitud prosocial</b>
Chi-cuadrado	,875	5,545	5,045	,343
Gl	3	3	3	3
Sig. Asintótica	,831	,136	,169	,952

Nota: Variable de agrupación: Grupo Población

$$\chi^2 = 0,875; P = 0,831 > \alpha = 0,05$$

$$\chi^2 = 5,545; P = 0,136 > \alpha = 0,05$$

$$\chi^2 = 5,045; P = 0,169 > \alpha = 0,05$$

$$\chi^2 = 0,343; P = 0,952 > \alpha = 0,05$$

Los resultados observados en la tabla 11 indican que, en cada uno de los factores estudiados, no se han hallado diferencias entre los diferentes grupos de población.

Por lo que en todos los casos acepto la  $H_0$ :

Hipótesis 1.1.: Acepto que a mayor tamaño del lugar de residencia, la percepción del Apoyo afectivo y bienestar personal y emocional (factor 1 del EA) no varía.

Hipótesis 1.2.: Acepto que a mayor tamaño del lugar de residencia, la percepción del Control de la salud y autonomía personal (factor 2 del EA) no varía.

Hipótesis 1.3.: Acepto que a mayor tamaño del lugar de residencia, la percepción de la Seguridad económica (factor 3 del EA) no varía.

Hipótesis 1.4.: Acepto que a mayor tamaño del lugar de residencia, la percepción de la Actitud prosocial (factor 4 del EA) no varía.



## 6.4. Relación entre el grado de movilidad y la percepción del EA

A continuación, expongo los descriptivos de la variable grado de movilidad en la tabla 12. Esta variable constaba de dos categorías más (usar silla de ruedas y caminar con andador) aunque no se contemplan en los resultados ya que ningún sujeto respondió afirmativamente a estas dos categorías.

**Tabla 12.** *Descriptivos de la variable grado de movilidad.*

	Grado de movilidad	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
FACTOR GENERAL	Camina con Bastón	10	3,2610	,34112	,10787
	Camina sin apoyos	134	3,7049	,39157	,03383

Las pruebas de Normalidad para la distribución de EA en sujetos que caminan con bastón o para los sujetos que caminan sin apoyos, han indicado su ajuste a una distribución Normal, como puede observarse en la tabla 13.

**Tabla 13.** *Pruebas de normalidad para la variable grado de movilidad.*

		Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
		Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	Gl	Sig.
FACTOR GENERAL	Grado de movilidad						
	Camina con Bastón	,190	10	,200	,946	10	<b>,625</b>
	Camina sin apoyos	,073	134	<b>,076</b>	,988	134	,305

He aplicado una prueba de comparación de dos medias en datos independientes (dos grupos) Prueba t de Student-Fisher (tabla 14).

**Tabla 14.** Comparaciones de grupos según el grado de movilidad en la percepción del EA mediante la Prueba t de Student-Fisher.

	Prueba de Levene de igualdad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias			
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias
Se asumen varianzas iguales	0,002	0,967	-3,485	142	0,001	-0,44385
No se asumen varianzas iguales			-3,926	10,85	0,002	-0,44385

La prueba indica que las varianzas de ambas distribuciones no son diferentes y que la diferencia que en EA puede haber en función de si se depende de un bastón o no, es significativa: no es lo mismo caminar con bastón que hacerlo sin él.

### 6.5. Relación entre el uso del transporte público y la percepción del EA

El uso del transporte público, aunque está dentro del cuestionario, lo he analizado de manera independiente y he comprobado que se ajusta a Ley Normal (tabla 15).

**Tabla 15.** Pruebas de normalidad para la variable uso del transporte público.

	Uso del transporte público	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
		Estadístico	Gl	Sig.	Estadístico	Gl	Sig.
FACTOR GENERAL	Nunca	,162	6	,200	,975	6	<b>,925</b>
	Raramente	,084	26	,200	,989	26	<b>,992</b>
	Ocasionalmente	,098	53	<b>,200</b>	,971	53	<b>,216</b>
	Frecuentemente	,165	36	,014	,954	36	<b>,143</b>
	Muy frecuentemente	,090	23	,200	,975	23	<b>,814</b>

En la tabla 16, se pueden observar en los parámetros de Factor G para cada categoría los valores de las medias y los intervalos de confianza al 95% para cada subgrupo, así como otros parámetros.

**Tabla 16.** *Descriptivos para la variable uso del transporte público.*

Uso del transporte público		Nunca	Raramente	Ocasional Mente	Frecuente- mente	Muy frecuente- mente
Media		3,4400	3,4715	3,6719	3,7786	3,8052
95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	2,9124	3,2679	3,5749	3,6679	3,6380
	Límite superior	3,9676	3,6752	3,7688	3,8893	3,9724
Mediana		3,4550	3,4750	3,7000	3,7400	3,8300
Desviación estándar		0,50275	0,50424	0,35177	0,32712	0,38663
Mínimo		2,78	2,52	2,70	3,17	3,09
Máximo		4,13	4,65	4,39	4,57	4,52
Rango		1,35	2,13	1,69	1,40	1,43

En la tabla 17, los grupos que he comparado son cinco y se refieren a las respuestas al ítem sobre la frecuencia de uso del transporte público: nunca, raramente, ocasionalmente, frecuentemente y muy frecuentemente.

**Tabla 17.** *Comparaciones de grupos según el uso del transporte público en la percepción del EA mediante un ANOVA.*

	Suma de cuadrados	GI	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	2,185	4	,546	3,600	<b>,008</b>
Dentro de grupos	21,089	139	,152		
Total	23,273	143			

$F_{(4, 139)} 3,600 P= 0,008 < \alpha= 0,05$

Aplicado el ANOVA, encuentro que existen diferencias entre algunas de las categorías de la variable que conforman los grupos. Según la ANOVA la varianza es significativa entre los 5

grupos, por lo que he utilizado el estadístico de Bonferroni (tabla 18) para contrastar la varianza encontrada en cada uno de estos grupos.

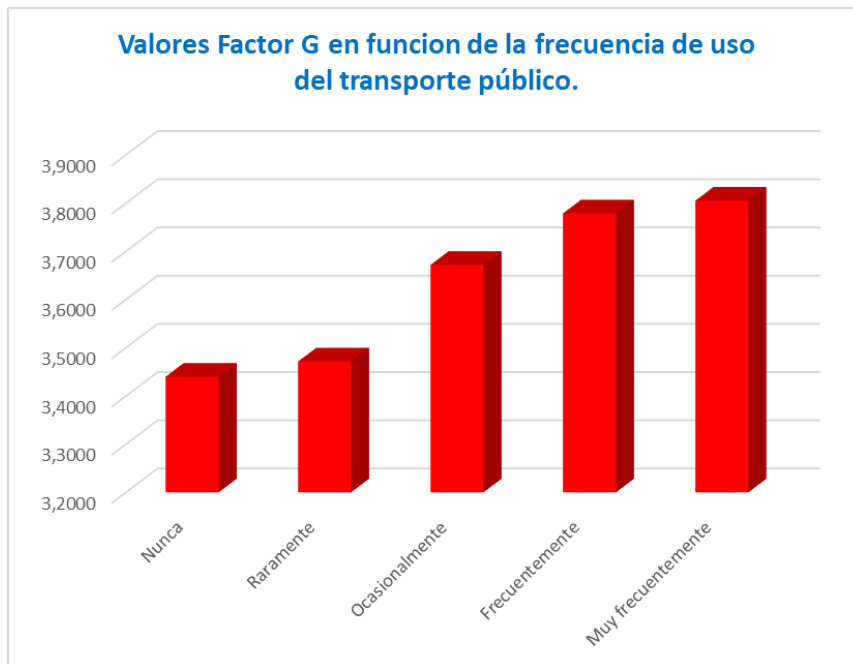
**Tabla 18.** Comparaciones de puntuaciones en el ítem uso del transporte público mediante el Contraste de Bonferroni.

(I) Uso del transporte público		Diferencia de medias (I-J)	Error estándar	Sig.
Nunca	Raramente	-0,03154	0,17641	1,000
	Ocasionalmente	-0,23189	0,16778	1,000
	Frecuentemente	-0,33861	0,17176	0,507
	Muy frecuentemente	-0,36522	0,17856	0,427
<b>Raramente</b>	Nunca	0,03154	0,17641	1,000
	Ocasionalmente	-0,20035	0,09326	0,334
	Frecuentemente	-,30707*	0,10025	<b>0,026</b>
	Muy frecuentemente	-,33368*	0,11150	<b>0,033</b>
Ocasionalmente	Nunca	0,23189	0,16778	1,000
	Raramente	0,20035	0,09326	0,334
	Frecuentemente	-0,10672	0,08412	1,000
	Muy frecuentemente	-0,13333	0,09726	1,000
<b>Frecuentemente</b>	Nunca	0,33861	0,17176	0,507
	Raramente	,30707*	0,10025	<b>0,026</b>
	Ocasionalmente	0,10672	0,08412	1,000
	Muy frecuentemente	-0,02661	0,10397	1,000
<b>Muy frecuentemente</b>	Nunca	0,36522	0,17856	0,427
	Raramente	,33368*	0,11150	<b>0,033</b>
	Ocasionalmente	0,13333	0,09726	1,000
	Frecuentemente	0,02661	0,10397	1,000

Así, las diferencias entre categorías se dan entre las categorías “Raramente” y las dos categorías “Frecuentemente” y “Muy frecuentemente”.

Entre las demás no existen diferencias que esta prueba haya podido captar. Con toda seguridad estas diferencias también deben acoger a la categoría “Nunca” pero no han aparecido por oscilaciones del azar.

**Figura 7.** Puntuaciones en el ítem *Uso del transporte público* del cuestionario de EA.



Por lo tanto, puedo afirmar que el EA es mejor entre sujetos que usan frecuentemente el transporte público, que entre sujetos que no lo suelen usar.

### 6.6. Relación entre el sexo y la percepción del EA

Según la prueba de Kolmogorov-Smirnov (tabla 19), mi distribución no se ajusta bien a una distribución teórica normal para la muestra de mujeres, por lo que se emplea la prueba U Mann-Whitney (tabla 20).

**Tabla 19.** Pruebas de normalidad para la variable sexo.

Sexo	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Mujer	,101	94	<b>,019</b>	,966	94	,015
Hombre	,092	50	,200	,973	50	,309

**Tabla 20.** Comparaciones de grupos según la variable sexo en la percepción del EA mediante la prueba U Mann-Whitney.

U de Mann-Whitney	2327,000
W de Wilcoxon	3602,000
Z	-,097
Sig. asintótica (bilateral)	,923

Nota: Variable de agrupación: Sexo

Z= 0,097; P= 0,923 >  $\alpha$ = 0,05

Por tanto, acepto la  $H_0$  por la cual se afirma que la puntuación del cuestionario (Factor G) es igual en hombres que en mujeres.

### 6.7. Relación entre la edad y la percepción del EA

La relación entre la edad de los encuestados y el EA se ha medido en principio con una prueba de correlación. He utilizado la prueba de Kolmogorov-Smirnov para comprobar si la distribución de edades sigue la Ley Normal (tabla 21).

**Tabla 21.** Pruebas de Normalidad para la variable edad.

		Edad	FACTOR GENERAL
N		144	144
Parámetros normales	Media	70,43	3,6740
	Desviación estándar	5,957	,40342
Máximas diferencias extremas	Absoluta	,098	,070
	Positivo	,098	,070
	Negativo	-,040	-,065
Estadístico de prueba		,098	,070
Sig. asintótica (bilateral)		<b>,002<sup>c</sup></b>	,081

Dado que la distribución de las edades no ha seguido Ley Normal según la prueba de Kolmogorov que he aplicado, he decidido emplear la prueba de Spearman (tabla 22).

**Tabla 22.** Comparaciones de grupos según la variable edad en la percepción del EA mediante la Correlación de Spearman.

		Edad	FACTOR GENERAL
Edad	Coeficiente de correlación	1,000	,062
	Sig. (bilateral)	.	<b>,461</b>
	N	144	144
FACTOR GENERAL	Coeficiente de correlación	,062	1,000
	Sig. (bilateral)	<b>,461</b>	.
	N	144	144

Valor Rho = 0,062; P= 0,461 >  $\alpha$ = 0,05

He comprobado que la correlación entre ambas variables es realmente muy baja. Por lo tanto, encuentro que las personas no tienen un mejor EA según su edad, ni ésta se ve afectada porque se sea más mayor o más joven.

### 6.8. Relación entre el nivel de estudios y la percepción del EA

Me ha parecido interesante discernir los niveles de estudio en función del género y he obtenido una distribución muy homogénea (tabla 23).

**Tabla 23.** Tabla cruzada Nivel de estudios\*Sexo.

Nivel de estudios	Sexo		Total
	Mujer	Hombre	
Graduado escolar	5	5	10
Bachiller y FP	30	15	45
Est. Universitarios	42	27	69
Doctorados y postgrado	17	3	20
<b>Total</b>	<b>94</b>	<b>50</b>	<b>144</b>

Hay un nivel más de respuesta, “sin estudios”, pero ningún sujeto ha respondido afirmativamente en esta categoría, por lo que no aparece en el análisis de los resultados.

Las pruebas de normalidad del Factor G medidas en cada categoría de la variable “Nivel de estudios”, indican que todas ellas tienen un buen ajuste a una distribución teórica Normal (tabla 24), por lo que se ha aplicado un ANOVA (tabla 25).

**Tabla 24. Pruebas de normalidad para la variable nivel de estudios.**

		Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
Nivel de estudios		Estadístico	GI	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
FACTOR GENERAL	Graduado escolar	,158	10	,200	,915	10	<b>,317</b>
	Bachiller y FP	,082	45	,200	,984	45	<b>,799</b>
	Est. Universitarios	,105	69	,058	,977	69	<b>,236</b>
	Doctorados y postgrado	,132	20	,200	,938	20	<b>,220</b>

**Tabla 25. Comparaciones de grupos según la variable nivel de estudios en la percepción del EA mediante un ANOVA.**

	Suma de cuadrados	GI	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	,250	3	,083	,506	<b>,679</b>
Dentro de grupos	23,023	140	,164		
Total	23,273	143			

En esta tabla, los grupos que he comparado son cuatro y se refieren a los niveles de estudios de los sujetos de la muestra: graduado escolar, bachiller y FP, estudios universitarios y doctorados y postgrado.

$$F_{(3, 140)} = 0,506; P = 0,679 > \alpha = 0,05$$

El ANOVA ha indicado que no existen diferencias en la puntuación de EA en función de los niveles de estudios que los encuestados han declarado.



**El EA es el mismo para sujetos con doctorados o máster, con estudios universitarios, bachiller y FP, con graduado escolar o sin estudios.**

## 7. Discusión

Según el Imsero (2021), para desarrollar políticas locales efectivas en el abordaje del EA, es necesaria una mayor información relativa a las personas mayores, pero ésta es limitada o inexistente en tres cuartas partes de los países del mundo, una situación que contribuye a la invisibilidad y la exclusión de las personas mayores. Las personas mayores no son un grupo homogéneo, por lo que es necesario contar con datos desglosados para comprender mejor su estado de salud, sus contribuciones sociales y económicas y el capital social que representan. Mi estudio, aún con las limitaciones que pueda presentar, contribuye a la visibilización de las personas mayores. A continuación discutiré los resultados en las diferentes variables objeto de estudio.

El objetivo general del presente estudio era analizar si existen diferencias significativas en la percepción del "EA" (Factor G y factores 1, 2, 3 y 4) entre personas mayores en función del **tamaño del lugar de residencia**, además de analizar si existen diferencias significativas en la percepción del "EA" (Factor G) entre personas mayores en función del **grado de movilidad**, del uso del **transporte público**, del **sexo**, de la **edad** y del **nivel de estudios**.

He de destacar los siguientes resultados:

1. No existen diferencias significativas en la percepción del EA (factor G, factores 1, 2, 3, y 4) en función del tamaño del lugar de residencia.
2. No existen diferencias significativas en la percepción del EA (factor G) en función del **sexo**, de la **edad** y del **nivel de estudios**.
3. Existen diferencias significativas en la percepción del EA (factor G) en función del **grado de movilidad** y del uso del **transporte público**.

Antes de analizar más detalladamente estos resultados, quiero hacer hincapié en que los resultados encontrados no son los esperados. En la variable en la que esperaba encontrar diferencias en la percepción del EA (tamaño del lugar de residencia), no he encontrado diferencias significativas. En cambio, he encontrado diferencias significativas en dos variables que están relacionadas, como son el grado de movilidad y el uso del transporte público.

A continuación analizaré estos resultados.

La muestra ha obtenido una puntuación media de 3,67 puntos sobre 5 en el cuestionario. La puntuación más alta se obtiene en el factor 2 (apoyo afectivo y bienestar personal y emocional), y la más baja en el factor 4 (Actitud prosocial). Según Tomás et al. (2016), de entre todos los componentes de un envejecimiento con éxito que más se relacionan con el bienestar, ya sea en una u otra tradición, se encuentra el componente de funcionamiento social, como por ejemplo el tamaño de la red social, la cantidad de apoyo social recibido, el establecimiento y el mantenimiento de relaciones positivas con otros. Por ello, la obtención de bajos resultados en este factor me lleva a plantear la importancia de que los talleres de EA ofrezcan contenidos orientados a favorecer este último componente.

### 7.1. Primera hipótesis

Esta primera hipótesis se centraba en el estudio de la variable tamaño del lugar de residencia. Y tenía un carácter experimental ya que no he encontrado estudios que relacionen el EA con el tamaño del lugar de residencia.

Para establecer esta hipótesis me basé en diferentes estudios y datos estadísticos. Según Navarro-Blanco et al. (2020) tener una buena seguridad económica y una buena autopercepción de la misma, facilitan que estas personas mayores puedan satisfacer aquellas necesidades que aportan calidad de vida a los años y mantener la autoconfianza y el nivel de independencia en la toma de decisiones. Estos autores establecen una relación directa y positiva entre el EA y la capacidad financiera (Navarro-Blanco et al., 2020).

Además, atendiendo a las cifras del INE de 2019 (citado por Diario digital “Expansión”, sección “datosmacro.com”) se puede concluir que, en general, en España los habitantes de los municipios de más habitantes tienen mayores rentas que los que viven en municipios de pocos habitantes.

Finalmente, mi propia experiencia en la ejecución del Programa de EA en la Comunidad de Madrid es un ejemplo más de esta inequidad en el acceso a los recursos en función del tamaño del lugar de residencia. En municipios más pequeños no siempre se alcanza el mínimo de participantes para realizar un taller, situación que no suele producirse en municipios grandes. La experiencia práctica de años realizando talleres de EA en diferentes municipios de la región, constatando que las personas de municipios pequeños tienen

menos oportunidades de acceder a estos talleres, me llevó a hipotetizar que estas personas tendrían una percepción más negativa del EA que aquellas que por vivir en un municipio más grande tienen más oportunidades de acceder a los talleres.

Sin embargo, no hay diferencias significativas en la percepción del EA en función del tamaño del municipio ni en el factor G, ni en ninguno de los cuatro factores específicos del EA. Debo concluir pues que el tamaño del lugar de residencia no es una variable que afecte significativamente a la percepción del EA.

## 7.2.Segunda hipótesis

Si bien mi primera hipótesis se fundamentaba en diferentes datos y estudios (aún siendo una variable experimental no estudiada directamente), en el caso de las otras variables (grado de movilidad, uso de transporte público, sexo, edad y nivel de estudios) que he aglutinado en esta segunda hipótesis, dadas las limitaciones de mi estudio en cuanto a tiempo y profundidad, únicamente pretendía hacer un estudio exploratorio, por lo que partía de una hipótesis nula como punto de partida: no esperaba encontrar relaciones significativas en la percepción del EA en función del grado de movilidad, del uso del transporte público del sexo, de la edad y del nivel de estudios. Pero sí era consciente de que según algunos autores sí puede haber diferencias significativas en el EA en función de estas variables. Por ejemplo, en un estudio realizado en 2010, Fernández-Ballesteros et al. concluyen que los predictores o determinantes más relevantes y consistentes de un envejecimiento con éxito son las variables sociodemográficas: los hombres frente a las mujeres, las personas con más ingresos, las de más alto nivel educativo y las más jóvenes, son las que parecen envejecer mejor (Fernández-Ballesteros et al., 2010). Además, según el Imsero (2021), circunstancias personales como el género, la etnia, el nivel de educación, el estado civil, el lugar de residencia o la situación sanitaria pueden dar lugar a un acceso desigual a los beneficios derivados de estos ámbitos de actuación, con el consiguiente perjuicio para la capacidad de optimizar el envejecimiento saludable (Imsero, 2021).

Pero como ya he dicho, realizar un análisis en profundidad de estas variables excedía el objetivo de este estudio, que ponía su foco de interés en la variable “tamaño del lugar de residencia”.

No obstante, he analizado los resultados en esta segunda hipótesis comparándolos con los que encuentran Martín et al. (2020) que también estudiaban estas variables al aplicar su cuestionario de EA.

### **1. Relación entre la percepción del EA y del Grado de movilidad:**

Los resultados de las pruebas empleadas han revelado diferencias significativas en la percepción del EA en función del grado de movilidad. Los 10 sujetos que utilizaban bastón tuvieron una puntuación significativamente más baja en el cuestionario que los que eran autónomos (la puntuación media en el cuestionario para los sujetos que caminan sin apoyo es de 3,7049; mientras que cuando el sujeto camina con apoyo es inferior: 3,2610).

Esta relación pasó inicialmente desapercibida en mi estudio, si bien los resultados permiten reforzar las investigaciones y estudios que ponen en relación la discapacidad física, concretamente la producida por problemas de movilidad, con el malestar y un empeoramiento importante de la calidad de vida.

Tras la condición “caminar con bastón” podrían encontrarse causas que van más allá de la propia discapacidad física y que sería conveniente investigar mejor. Condiciones como el dolor crónico, un peor acceso a los recursos y oportunidades en general, que den lugar a una percepción de discriminación y baja autoestima, en síntesis, a una peor percepción del EA.

El Imsero (2021) establece que para crear entornos adaptados a las personas mayores, hay que eliminar los obstáculos físicos y sociales e introducir políticas, sistemas, servicios, productos y tecnologías:

- que promuevan la salud y fortalezcan y mantengan la capacidad física y mental a lo largo de todo el curso de la vida
- que permitan a las personas seguir haciendo las cosas que valoran, incluso cuando empiecen a perder capacidad (Imsero, 2021).

### **2. Relación entre la percepción del EA y el uso del transporte público:**

He encontrado diferencias significativas en la percepción del EA según la frecuencia de uso del transporte público. El EA es mejor entre sujetos que usan frecuentemente el transporte

público que entre sujetos que no suelen usarlo (la puntuación media en el cuestionario fue de 3,4 puntos para aquellos que nunca usaban el transporte público y de 3,8 para aquellos que lo usaban muy frecuentemente). Se introdujo este ítem, que ya formaba parte del propio cuestionario de Martín et al. (2020), para valorar si podía influir significativamente en la percepción del EA. Y he podido comprobar que al igual que el grado de movilidad, condiciona significativamente la percepción del EA.

Las personas que no pueden usar los recursos públicos para desplazarse, posiblemente tengan menos oportunidades de realizar actividades y desplazarse, lo que determina una menor autonomía y una peor calidad de vida.

Las dificultades de movilidad y los obstáculos para usar el transporte público son variables relacionadas, la primera como posible causa de la segunda, que condicionan la percepción del EA mucho más significativamente que el vivir en un municipio de mayor o menor tamaño. Se concluye que una persona autónoma y con capacidad para desplazarse tendrá una mejor percepción del EA aunque viva en un municipio pequeño con pocas oportunidades y recursos a priori para fomentar un mejor EA. Las dificultades de movilidad y las consiguientes dificultades para usar el transporte público condicionan la autopercepción de bienestar y calidad de vida, la percepción de EA.

Al analizar los resultados en estas dos variables (grado de movilidad y uso de transporte público) puede surgir cierta confusión en torno a términos como calidad de vida, bienestar, etc. Y es que, como dice Parra-Rizo (2017), en la literatura se observa una notable confusión entre diferentes términos relacionados con el envejecimiento: “saludable”, “activo”, “positivo” y con otros conceptos como “bienestar”, “satisfacción con la vida” y “calidad de vida”. Esta confusión está ligada a que el bienestar y la satisfacción con la vida suponen dos condiciones fundamentales del envejecimiento positivo, mientras que este envejecimiento positivo sería un requisito para tener una buena calidad de vida (Parra-Rizo, 2017).

En base a estos resultados, que elevan a un primer lugar el grado de movilidad y la frecuencia de uso de transporte público, retomo un postulado de Fernández-Ballesteros et al. (2004) que establece una serie de factores que parecen ser importantes en el envejecimiento óptimo, como manejar el estrés y estilos de afrontamiento ante situaciones conflictivas, la creencia de autoeficacia y el control interno del individuo, el enfrentamiento

a la depresión mediante el manejo de actividades agradables e, incluso, la aceptación de la muerte (Fernández-Ballesteros et al., 2004).

Los talleres de EA deben tener en cuenta que las dificultades de movilidad son un condicionante de primer orden en la percepción del EA y han de priorizar este tipo de competencias y habilidades: deben enseñar a las personas a manejarse ante situaciones conflictivas como son la pérdida de movilidad.

### **3. Relación entre la percepción del EA y el sexo:**

Me ha resultado especialmente llamativo que no haya habido diferencias en la percepción del EA en función del sexo, ya que tras la lectura de diversos estudios en general se concluye que puede haber diferencias en la percepción del EA en detrimento de la mujer, especialmente en lo que se refiere a la seguridad económica que suele ser menor en ellas que en ellos. Martín et al. (2020) encontraron que, en relación al sexo, las personas mayores hombres informaban de una mayor seguridad económica (factor 3), en consonancia con un informe del Imserso de 2016 sobre las personas mayores en España (2017), según el cual los hombres tienen un mayor grado de cobertura social después de la jubilación, un 84% frente al 79% de las mujeres. Según este informe del Imserso (2017) el 90% de los hombres mayores de 65 años tienen pensiones de jubilación y solo un 3% pensiones de viudedad. Sin embargo sólo el 42% de las mujeres tienen prestaciones de jubilación frente a un 37% que reciben pensiones de viudedad.

En mi estudio no he encontrado diferencias significativas en relación al sexo en la percepción del EA. Pienso que ello puede deberse a la situación privilegiada de la muestra, la cual procedía en su mayor parte de los municipios con más renta de la Comunidad de Madrid y España. El vivir en un municipio de renta elevada ha eliminado la influencia que la variable sexo pudiera ejercer en la percepción del EA.

España, a nivel mundial, se encuentra entre los países con mayor número de población envejecida y con la característica de estar representada mayormente por mujeres, esto quiere decir que existe una feminización de la vejez (Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 2018). En mi muestra se cumple esta estadística habitual: hay 94 mujeres y 50 hombres. Al cruzar las variables sexo y nivel de estudios se obtiene una distribución muy

homógena: no puedo decir que haya grandes diferencias culturales a favor del sexo masculino. Mi estudio parece así diferenciarse de otros (Fernández-Ballesteros et al., 2010; Martín et al., 2020) que sí encuentran diferencias significativas en la percepción del EA en función del sexo.

#### **4. Relación entre la percepción del EA y la edad:**

En cuanto a la edad, Martín et al. (2020) encuentran que las personas más mayores (de 73 años en adelante) informan de un mayor apoyo afectivo y bienestar personal y emocional y un mayor control de la salud y autonomía personal así como de un mayor EA que las personas de 55 a 72 años. Ellos suponen que tener una edad avanzada y con posibilidades de movilidad y de seguir una actividad educativa con normalidad, hace tener una buena autopercepción y satisfacción personal. Es decir, que estos autores obtienen un resultado que en principio no encaja con la hipótesis típica de que a mayor edad, peor percepción del EA ya que se supone que a más edad, se producen más pérdidas de todo tipo, lo que redundaría en una autopercepción más negativa del bienestar, de la calidad de vida y del EA. Pero ellos mismo lo explican bien: su muestra se caracteriza por realizar estudios universitarios, por no padecer discapacidades, y posiblemente las personas a mayor edad, más y mejor valoren no tener discapacidades.

En mi estudio no he encontrado diferencias significativas en la percepción del EA en función de la edad, lo cual va en línea con el estudio de Martín et al. (2020). Mi muestra se caracteriza en general por tener la suficiente autonomía para poder realizar talleres de EA y manejar las nuevas tecnologías por sí mismas, siendo la edad una variable de menor importancia en la percepción del EA.

Por último, quiero recalcar que mi estudio engloba a personas mayores desde los 60 años, lo que supone un avance en la investigación ya que según algunos autores como Pruchno et al. (2010), una de las mayores deficiencias de la literatura sobre el envejecimiento con éxito es su enfoque casi exclusivo en personas muy mayores.



### **5. Relación entre la percepción del EA y el nivel de estudios:**

En mi estudio, ninguno de los 144 encuestados rellenó la opción “sin estudios”, por lo cual esa opción no se ha analizado en las diferentes tablas. 20 encuestados tenían un doctorado/postgrado, 69 estudios universitarios, 45 el bachiller/FP, y 10 el graduado escolar. Como puede verse, es una muestra con un nivel educacional muy por encima de la media y muy homogénea. Hubiera sido interesante poder disponer de personas con un nivel educativo más bajo para así poder ver diferencias. La muestra es tan homogénea en esta variable que lo esperable era que no existieran diferencias significativas en la percepción del EA en función del nivel de estudios, como así ha sido.

### 7.3. Limitaciones de este estudio

La principal limitación de este estudio tiene que ver con la muestra de la que he partido: una población mayor que realiza talleres de EA, que dispone de correo electrónico y puede rellenar un cuestionario en modalidad online es una población privilegiada. Como ya he dicho, la mayoría de ellos tiene formación universitaria, algunos de ellos hasta un nivel de doctorado/postgrado.

Si bien la población mayor se caracteriza por su elevado grado de heterogeneidad, mi muestra guarda una gran homogeneidad en cuanto a condiciones de vida. He partido de una muestra con un nivel sociocultural alto (la mayoría de mis sujetos tiene estudios universitarios) y unas buenas condiciones de salud. Deduzco esta última condición del hecho de que en la categoría grado de movilidad, ninguno de los 144 sujetos respondió afirmativamente a las dos categorías que denotaban mayores dificultades de movilidad (caminar con andador y uso de silla de ruedas).

Es decir, el que mi muestra tenga una situación privilegiada puede dar lugar a que diferencias como el tamaño del municipio queden minimizadas, ya que una persona que viva en un municipio pequeño, si tiene a su favor otras características como una buena salud y un buen nivel de renta, probablemente no se vea afectada negativamente por vivir en un municipio pequeño.

Una segunda limitación del estudio surge *a posteriori* de recoger los datos y antes de su análisis. Me he dado cuenta de que la gran mayoría de las personas que cumplimentaron el

cuestionario procedían de los municipios con la renta más alta no sólo de Madrid, sino también de España. Los talleres van dirigidos a toda la población mayor de la Comunidad de Madrid, sin embargo, en mi muestra de 144 personas, conformada por personas que han realizado talleres de EA en la región y han dado su consentimiento para ser informados de nuevas actividades (facilitando un correo electrónico), hay un claro predominio de personas que viven en los barrios más selectos de la región, y de España.

Hubiera sido interesante incluir en el cuestionario un ítem sobre el nivel de renta para tener una información más directa ya que intuyo que un buen nivel de renta posiblemente sea mejor predictor de un buen EA que el tamaño del municipio. Según Navarro-Blanco et al. (2020) la variable “seguridad económica” tiene una correlación directa y positiva con “la satisfacción con la vida”. Algunos autores, como Denegri et al. (2018), concluyen que el estudio de las capacidades financieras puede ser interesante desde la perspectiva del EA.

Otra limitación es no haber dado una mayor importancia a las variables relacionadas con la Salud, que han sido más determinantes en la percepción del EA que las condiciones socioeconómicas. Tan sólo he dedicado un ítem (grado de movilidad) para analizar la variable Salud. Sería interesante de cara a nuevos estudios incluir más ítems en relación a esta variable.

Por último, habría sido interesante poder incluir un grupo control de personas mayores que no realizan talleres de EA para comparar la percepción del EA con mi muestra. Tener más grupos para comparar resultados hubiera arrojado algo más de luz en un tema tan novedoso como es el EA.

#### 7.4. Prospectiva

Los resultados, aunque no han encajado con mis hipótesis previas -que me conducían a otorgar una mayor importancia a factores socio-económicos como el tamaño del lugar de población-, tendrán una serie de consecuencias para mi Departamento.

Se han de seguir realizando nuevos estudios sobre la percepción del EA ampliando la muestra para dar entrada a personas que no partan de una situación privilegiada económicamente para así poder ver cómo sería la percepción del EA en las diferentes variables estudiadas. Se podría realizar una segunda fase en este estudio en la que el

cuestionario fuera cumplimentado por personas mayores que realizan talleres de EA presenciales, seleccionando aquellos municipios con menor representatividad en el presente estudio, así se podría controlar la influencia de los factores socio-económicos y se podría investigar mejor el efecto del tamaño del lugar de residencia y otras variables sociodemográficas en la percepción del EA.

Se han de seguir realizando nuevos estudios sobre la percepción del EA dando una mayor importancia a ítems relacionados con la variable Salud, tanto la referida a enfermedades somáticas como la referida a enfermedades mentales. Lo importante es que se han de realizar más estudios centrados en este tipo de variables, se ha de reorientar la visión del EA y pasar de un enfoque más socio-comunitario a un enfoque que tenga más en cuenta variables individuales como la salud.

En relación con los contenidos de los talleres, han de dar una mayor importancia a la prevención de enfermedades que supongan una limitación en la movilidad mediante la promoción de hábitos saludables; así como a fomentar habilidades de resiliencia en personas que ya tengan dificultades de movilidad. Esto último no es algo nuevo. Ya lo decían Fernández-Ballesteros et al. (2004): se deben priorizar estilos de afrontamiento ante situaciones conflictivas.

También quiero hacer referencia a consecuencias que no dependen de mi Departamento pues implican a otros ámbitos.

Es necesario potenciar una mayor coordinación interdepartamental entre la Consejería competente en materia de sanidad y la competente en materia de asuntos sociales en el abordaje del EA, con el fin de que la respuesta administrativa de las instituciones se lleve a cabo desde un enfoque integrador. Y es que, como se ha visto en mi estudio, la variable Salud es el más potente predictor de una mala percepción del EA. El tamaño del municipio, el sexo, la edad, el nivel de estudios no han influido en esa percepción del EA (en mi estudio) pero sí la limitación del movimiento.

Es necesario destinar más recursos para facilitar la accesibilidad de las personas con problemas de movilidad, objetivo éste último de mayor amplitud. Hacer accesibles los

transportes públicos, establecer bonos-taxis, plazas para personas con movilidad reducida, etc. pueden facilitar un envejecimiento óptimo a las personas que ya presentan dificultades.

Finalmente, y a un nivel macrosocial, concluyo que deben realizarse campañas de sensibilización sobre los problemas emocionales que pueden acarrear las limitaciones físicas de movilidad y la necesidad de promover programas más ambiciosos de Educación para la Salud centrados en la prevención de este tipo de discapacidad, siendo los programas de EA una herramienta importante en este sentido.

**Los resultados (de este estudio y con esta muestra) indican que son más importantes las variables relacionadas con la salud que las variables de tipo socioeconómico en la percepción del EA, importante resultado a tener en cuenta en el diseño de políticas públicas dirigidas a fomentar el EA en la población mayor de la Comunidad de Madrid.** En conclusión mi estudio logra sus tres fines últimos:

En primer lugar, **aumentar ese escaso conocimiento de variables que determinan la vivencia del envejecimiento** (Imsero, 2021).

En segundo lugar, **contribuir a la mejora de las intervenciones en EA en general** gracias a este mayor conocimiento.

En tercer lugar y de una manera más específica **contribuir a la mejora del Programa de Regional de EA de la Comunidad de Madrid**, ya que la muestra estudiada procede de las personas que realizan los talleres de este Programa.

## Referencias bibliográficas

- World Health Organization (2002). *Active ageing: a policy framework*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67215>
- Alexandre, T. da S., Cordeiro, R. C., & Ramos, L. R. (2009). Factors associated to quality of life in active elderly. *Revista de Saúde Pública*, 43(4), 613-621. DOI: 10.1590/S0034-89102009005000030
- Bermejo, L. (2006). Promoción del envejecimiento activo. Programas de preparación a la jubilación. *Envejecimiento activo, envejecimiento en positivo*, 65-88. La Rioja: Universidad de La Rioja. <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2756877>
- Caprara, M. (2009). La promoción del envejecimiento activo. En R. Fernández-Ballesteros, (Ed.), *Psicología de la vejez. Una psicogerontología aplicada*, 337-361. Pirámide.
- Centro Internacional de Longevidad de Brasil. (2015). Envejecimiento Activo. Un marco político ante la revolución de la longevidad. [http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/Envejecimiento Activo 2015 es.pdf](http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/Envejecimiento_Activo_2015_es.pdf)
- Consejo Superior de Investigaciones Científicas. (2018). Un perfil de las personas mayores en España, 2018. Indicadores estadísticos básicos (17). <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos18.pdf>
- Década del Envejecimiento Saludable 2020 – 2030. OMS. Diciembre de 2020. [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/decade-proposal-final-apr2020rev-es.pdf?sfvrsn=b4b75ebc\\_25&download=true](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/decade-proposal-final-apr2020rev-es.pdf?sfvrsn=b4b75ebc_25&download=true)
- Denegri, M., Sepúlveda, J., Navarro, R.M., y Cánching, J. (2018). Bienestar subjetivo e inclusión financiera en adultos mayores social e intelectualmente activos en la Región de La Araucanía, Chile. En: Plaza, V (ed). *Necesidades emergentes en Chile: propuestas para la promoción del envejecimiento activo desde la Psicología*. Ril Editores.
- Diario digital “Expansión”, sección “datosmacro.com” (2020). Recuperado el 29 de octubre de 2021 de: <https://datosmacro.expansion.com/mercado-laboral/renta/espana/municipios>

Dirección General de Atención al Mayor y a la Dependencia. Consejería de Familia, Juventud y Política Social. Datos de elaboración propia.

<https://www.comunidad.madrid/servicios/asuntos-sociales/programa-envejecimiento-activo-saludable>

Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Envejecimiento activo: Contribuciones de la psicología*. Pirámide.

Fernández-Ballesteros, R., Caprara, M. G. y García, L. F. (2004). Vivir con vitalidad-M: Un programa europeo multimedia. *Intervención Psicosocial*, 13(1), 63-85.

Fernández-Ballesteros, R., Kruse, A., Zamarrón, M. D., & Caprara, M. G. (2007). Quality of life, life satisfaction, and positive ageing. En R. Fernández-Ballesteros (Ed.), *Geropsychology. An European perspective for an ageing world* (pp. 196-223). Hogrefe Publishing.

Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M. D., López, M. D., Molina, M. Á., Díez, J., Montero, P., & Schettini, R. (2010). Envejecimiento con éxito: Criterios y predictores. *Psicothema*, 22(4), 641-647. <https://www.redalyc.org/html/727/72715515016/>

Franco, P. (2017). Modelización del envejecimiento activo (Tesis doctoral). Universidad de Málaga. Málaga, España. <https://riuma.uma.es/xmlui/handle/10630/16831>

García, N., Grifoni, A., & López, J. (2013). La educación financiera en América Latina y el Caribe. Situación actual y perspectivas. Banco de Desarrollo de América Latina (Vol. 12). [http://www.oecd.org/daf/fin/financialeducation/OECD\\_CAF\\_Financial\\_Education\\_Latin\\_AmericaES.pdf](http://www.oecd.org/daf/fin/financialeducation/OECD_CAF_Financial_Education_Latin_AmericaES.pdf)

Guillén, L., Bueno, E., Gutiérrez-Cruz, M., & Guerra, J. R. (2018). Programa de actividad física y su incidencia en la depresión y bienestar subjetivo de adultos mayores. *Retos*, (33)33, 14-19. Advanced Online Publication. <https://recyt.fecyt.es/index.php/retos/article/view/49638>

Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Gobierno de España. (2017). Informe 2016: Las personas mayores en España (N.o 1). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/112017001\\_informe-2016-persona.pdf](https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/112017001_informe-2016-persona.pdf)

Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Gobierno de España. (2021). Informe 2018: Las personas mayores en España. Ministerio de Derechos sociales y Agenda 2030.

[https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/informe\\_ppmm\\_2018.pdf](https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/informe_ppmm_2018.pdf)

Instituto Nacional de Estadística (2018). España en cifras 2018 (N.o 1). [https://www.ine.es/prodyser/espa\\_cifras/2018/2/#-%20zoom](https://www.ine.es/prodyser/espa_cifras/2018/2/#-%20zoom)

Instituto Nacional de Estadística (2020). Estadística del Padrón Continuo a 1 de enero de 2020. <https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t20/e245/p08/l0/&file=01002.px&L=0>

Limón, M. R. (2018). Envejecimiento activo: un cambio de paradigma sobre el envejecimiento y la vejez. *Aula Abierta*, (47)1, 45-54. DOI: <https://doi.org/10.17811/rifie.47.1.2018.45-54>

Lusardi, A & Mitchell, O. S. (2009). Financial literacy: Evidence and implications for financial education. *Trends and Issues*, 1–18.

Martín, J., Alemán, P., & Castellano, R. (2020). Escala de envejecimiento activo. *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, 37, 99-111. DOI: 10.7179/PSRI\_2021.XX

Navarro-Blanco, R. M., Denegri-Coria, M., & Peñaloza, V. (2020). Satisfacción con la vida y capacidades financieras en adultos mayores con Envejecimiento Activo: estudio exploratorio en el sur de Chile. *InterSedes*, 21(43), 57-77. DOI: 10.15517/isucr.v21i43.41977

Organización Mundial de la Salud (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento activo y la salud. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873\\_spa.pdf;jsessionid=45B80800ACD61AC1BC93DF2758371004?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=45B80800ACD61AC1BC93DF2758371004?sequence=1)

Parra-Rizo, M. A. (2017). *Envejecimiento activo y calidad de vida: Análisis de la actividad física y satisfacción vital en personas mayores de 60 años* (Tesis doctoral). Universidad Miguel Hernández de Elche. Elche, España. <http://dspace.umh.es/bitstream/11000/4457/1/TD%20Parra%20Rizo%2C%20Maria%20Antonia.pdf>

Pruchno, R. A., Wilson-Genderson, M., & Cartwright, F. (2010). A two-factor model of successful aging. *Journals of Gerontology: Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, 65 B(6), 671-679. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbq051>

Tomás, J. M., Galiana, L., Gutiérrez, M., Sancho, P., & Oliver, A. (2016). Predicción del bienestar hedónico y eudaimónico en envejecimiento con éxito. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 6(3), 139-148.  
<https://doi.org/10.1989/ejihpe.v6i3.177>

Torregrosa, M. (2019). Envejecimiento Activo, exitoso y saludable: Impacto del Cuidado y diferencias por Sexo/Género. (Tesis doctoral). Universidad de Valencia. Valencia, España.  
<file:///C:/Users/JESUSS~1/AppData/Local/Temp/TD%20MANUELA%20TORREGROSA%202019.pdf>

Weissberg, R., Kumpfer, K., & Seligman, M. (2003). Prevention that works for children and youth: An introduction. *American Psychologist*, 58(6-7), 425-432.  
DOI:10.1037/0003066X.58.6-7.4



## Anexo A. Informe de Valoración de Trabajo Fin de Máster

### INFORME DE VALORACIÓN DE TRABAJO FIN DE MÁSTER

La Comisión de investigación de TFM de la Universidad Internacional de la Rioja, y los miembros que lo conforman exponen que:

El proyecto de TFM **Diferencias en la percepción del envejecimiento activo entre personas mayores en función del tamaño del lugar de residencia** presentado por D/Dña **Mercedes Sánchez Tallafigo** el que consta como autor/a, ha sido valorado en Madrid a fecha del día 22 de octubre de 2021.

Entendiendo que este estudio se ajusta a las normas éticas esenciales y criterios deontológicos que rigen en esta institución, el proyecto presentado es valorado como **FAVORABLE**.

Firmado. Comisión TFM.  
Facultad Ciencias de la Salud.



Madrid, a 22 de octubre de 2021.

## Anexo B. Compromiso de confidencialidad del alumno

### **COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD PARA LOS ALUMNOS QUE RECOGEN DATOS DE CARÁCTER PERSONAL PARA EL DESARROLLO Y DEFENSA DE SU TRABAJO DE FIN DE MÁSTER E INFORMACIÓN DEL TRATAMIENTO DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL**

El abajo firmante, D./Dña. **Mercedes Sánchez Tallafigo**, con DNI \_\_\_\_\_ y estudiante matriculado en la UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE LA RIOJA, S.A. (en adelante, "UNIR") en relación con los datos de carácter personal que va a recoger para el desarrollo y defensa de su Trabajo de Fin de Máster, se somete y compromete, en relación con el centro donde realizará la recogida de datos (en adelante, el "Centro") **Dirección General de Atención al Mayor y a la Dependencia** de la Consejería de Familia, Juventud y Política Social de la Comunidad de Madrid y con UNIR, a las siguientes previsiones:

1. No revelar, a persona alguna ajena al Centro, sin su consentimiento, la información a la que haya tenido acceso, excepto en el caso de que ello sea necesario para dar debido cumplimiento a obligaciones impuestas por las leyes o normas que resulten de aplicación, o sea requerido para ello por mandato de la autoridad competente con arreglo a derecho. Del mismo modo, se exceptúa de la presente previsión la utilización de los datos de los **PARTICIPANTES DEL ESTUDIO** con la única finalidad de utilizar los mismos en el Trabajo de Fin de Máster anteriormente citado. En ningún caso, se permitirá la utilización del nombre y apellidos de los pacientes y/o participantes, ni siquiera en el supuesto de que únicamente se indiquen las iniciales.
2. No utilizar la información a la que tenga acceso durante la recogida de datos en el Centro, y no disponer de ella de ninguna otra forma o con otra finalidad que no sea utilizar la misma en el Trabajo de Fin de Máster que el estudiante realice en el marco del curso en el que se encuentra matriculado en UNIR, así como la exposición de tal Trabajo.
3. No utilizar en forma alguna, cualquier otra información a la que hubiese podido acceder y que no sea necesaria para el desarrollo de su Trabajo Fin de Máster, la exposición de tal Trabajo.
4. Cumplir, en el desarrollo de la recogida de datos en el Centro, así como en relación con la realización del Trabajo de Fin de Máster para con UNIR, la normativa vigente, nacional y comunitaria, relativa a la protección de datos de carácter personal y, en particular, el Reglamento (UE) 2016/679, aprobado por el Parlamento Europeo y disposiciones complementarias o cualquier otra norma que las sustituya en el futuro, así como la normativa española aplicable en materia de propiedad intelectual.
5. Cumplir los compromisos anteriores incluso después de finalizarla recogida de datos realizada en el Centro y terminada la relación con UNIR.
6. Cumplir la política de privacidad y seguridad implantada por el Centro. El abajo firmante se hace responsable frente al Centro y frente a UNIR, así como frente a terceros de cualquier daño que pudiera derivarse para unos y otros del incumplimiento de los compromisos anteriores y resarcirá al Centro y a UNIR de las indemnizaciones, sanciones o reclamaciones que se vean obligados a satisfacer como consecuencia de dicho incumplimiento.

**NOMBRE Y APELLIDOS: MERCEDES SÁNCHEZ TALLAFIGO**

**DNI:**

**FIRMA:**

## Anexo C. Consentimiento informado de los participantes



### CONSENTIMIENTO INFORMADO GENERAL DE LOS PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO "DIFERENCIAS EN LA PERCEPCIÓN DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO ENTRE PERSONAS MAYORES EN FUNCIÓN DEL TAMAÑO DEL LUGAR DE RESIDENCIA".

**Estudiante TFM:** Mercedes Sánchez Tallafigo

#### **Introducción:**

Antes de dar consentimiento para participar en este estudio, es importante leer y entender la siguiente explicación. Describe el objetivo, procedimientos, beneficios y riesgos del estudio, las alternativas disponibles, y el derecho a retirarse del estudio en cualquier momento. Si está de acuerdo, le solicitaremos su conformidad así como su firma y nombre y apellidos.

Durante las últimas décadas se ha producido un notable aumento de la esperanza de vida de la población principalmente en los países desarrollados. España, a nivel mundial, se encuentra entre los países con mayor número de población envejecida. El envejecimiento se ha convertido en objeto de estudio a nivel mundial, con el fin de encontrar vías para revertir los efectos negativos derivados del envejecimiento de la población.

El concepto de "envejecimiento activo" fue propuesto por la Organización Mundial de la Salud y se define como "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". El apoyo afectivo y bienestar personal y emocional, el control de la salud y autonomía personal, la seguridad económica y la actitud prosocial son algunas de las dimensiones del Envejecimiento Activo, cuya valoración podría verse influida por el lugar de residencia, relación que tratamos de medir a través de este estudio.

#### **Propósito del estudio:**

El propósito de este estudio es analizar la percepción que tienen las personas mayores sobre el envejecimiento activo en función del tamaño de su lugar de residencia. Conocer mejor cómo las personas mayores de nuestra región perciben el envejecimiento activo ayudará a mejorar los talleres de envejecimiento activo en cuanto a contenidos y calidad.

#### **Procedimientos:**

Con este objetivo, solicitamos la colaboración de personas mayores de 60 años residentes en la Comunidad de Madrid que hayan realizado/realicen talleres de envejecimiento activo del programa de Envejecimiento Activo de la Dirección General de Atención al Mayor y a la Dependencia.

La participación consiste en responder a un cuestionario anónimo, que consta de 28 preguntas (5 versan sobre variables sociodemográficas y 23 sobre el envejecimiento activo), datos que serán analizados posteriormente de forma anónima y confidencial. Previamente hay que proporcionar el correo electrónico y consentir en participar en este estudio. La cumplimentación del cuestionario no le llevará más de 20 minutos. Para cualquier duda o consulta pueden ponerse en contacto con la persona encargada de la investigación a través del correo electrónico [mercedes.sanchez@madrid.org](mailto:mercedes.sanchez@madrid.org)

#### **Riesgos/beneficios:**

Los participantes no se beneficiarán directamente de este estudio, salvo la oportunidad de poder contribuir a la mejora del Programa de Envejecimiento Activo de la Comunidad de

Madrid. No existe riesgo alguno derivado de la participación en este estudio, salvo la molestia ocasionada del cansancio derivado de la realización del cuestionario, que le llevará aproximadamente unos 10-15 minutos.

**Confidencialidad:**

Este estudio requiere la recogida de ciertos datos personales cuya recogida y tratamiento se llevará a cabo de acuerdo con la legislación aplicable en materia de privacidad, adoptando las medidas oportunas para garantizar la debida protección de los datos en todo momento. Estos datos se procesarán electrónicamente de manera anónima. Según lo establecido por el Reglamento General de Protección de Datos vigente desde mayo de 2018, todos los datos que se recogen son estrictamente confidenciales.

**Coste/compensación:**

No existe ningún coste por participar en este estudio. Todas las pruebas que se realicen no supondrán coste alguno. Tampoco recibirá compensación económica por participar en el estudio.

**Alternativas a la participación:**

Su participación es completamente voluntaria.

**Participación voluntaria / Derecho a retirarse del estudio:**

Usted, de acuerdo con el RGPD vigente desde mayo de 2018 y la ley Orgánica 3/2018, tiene derecho de oposición y cancelación, así como de solicitar la limitación, portabilidad, reclamación y de retirada del consentimiento sobre el uso de sus datos en el momento que así lo decida.

Nombre del participante:

Nombre del estudiante: MERCEDES SÁNCHEZ TALLAFIGO

\_\_\_\_\_  
Firma del participante

He leído y comprendido este consentimiento informado.  
La información de este consentimiento informado me ha sido explicada.

\_\_\_\_\_  
Firma del estudiante

\_\_\_\_\_  
Fecha

NOTA: Se harán dos copias del consentimiento informado: una será para el estudiante TFM y la última para el participante o sus familiares.

## Anexo D. Cuestionario Online

El cuestionario de Google Forms recoge 29 ítems:

5 ítems sociodemográficos:

1. Municipio en el que reside.
2. Sexo (hombre/mujer).
3. Edad.
4. Nivel de estudios (sin estudios, graduado escolar, Bachiller y FP, Estudios universitarios, Doctorados y postgrado).
5. Grado de movilidad (caminar sin apoyos, caminar con bastón, caminar con andador, usar silla de ruedas).
6. Uso de transporte público (nunca, raramente, ocasionalmente, frecuentemente, muy frecuentemente).

23 ítems pertenecientes al Cuestionario de Envejecimiento Activo de Martín et al. (2020), tipo likert de 5 puntos (nunca, raramente, ocasionalmente, frecuentemente, muy frecuentemente).

7. En qué medida, en estas últimas semanas, Ud. se ha sentido bien y contento/a
8. En qué medida cuenta con personas que se preocupan de lo que le sucede
9. Se siente satisfecho/a con la manera en que está viviendo su jubilación
10. Con qué frecuencia realiza actividades o ejercicio físico (caminar, nadar, gimnasia, ciclismo correr, etc.)
11. Con qué frecuencia experimenta emociones positivas (esperanza, optimismo, etc.)
12. Recibe visitas de sus amigos y familiares
13. Con qué frecuencia visita a sus familiares y amigos
14. En qué medida sigue exactamente las indicaciones del médico acerca del uso de la medicación.
15. En qué medida el transporte que utiliza está disponible, accesible y es adecuado
16. En qué medida se siente solo/a
17. Está conforme con los ingresos obtenidos mensualmente
18. Con qué regularidad acude a las visitas establecidas por el médico
19. Con qué frecuencia utiliza el transporte público
20. En qué medida tiene la posibilidad de hablar con alguien sobre sus problemas
21. En qué medida recibe muestras de amor y afecto
22. En qué medida siente que tiene una buena seguridad económica
23. En qué medida realiza voluntariado en alguna institución
24. Tiene facilidad para desplazarse hasta cualquier lugar (centro de salud, centros recreativos o culturales, supermercado, banco, etc.)
25. Con qué frecuencia invita a otras personas a salir para distraerse y disfrutar del tiempo libre
26. En qué medida se siente satisfecho/a con su estado de salud
27. En relación a la alimentación, en qué medida mantiene una dieta sana
28. En qué medida recibe invitaciones para distraerse y salir con otras personas
29. Siente seguridad yendo solo/a por calle.