

Trabajo Fin de Máster

Bienestar Psicológico, Salud y Calidad de vida
percibida en personas mayores
institucionalizadas

Psychological wellbeing, Health and Perceived
quality of life in institutionalized elderly

Autor/es

Ana Pascual Macaya

Director/es

Concepción Tomás Aznar y Manuel Bueno Lozano

Facultad de Ciencias de la Salud
2018

ÍNDICE

Resumen	2 Pag.
Abstract	3 Pag.
1. Introducción	4 Pag.
2. Objetivos	8 Pag.
3. Hipótesis	8 Pag.
4. Metodología	9 Pag.
5. Resultados	11 Pag.
6. Discusión	19 Pag.
7. Conclusión	20 Pag.
8. Bibliografía	21 Pag.
9. Anexos	27 Pag.

RESUMEN

Según los datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística (INE), a 1 de enero de 2017 había 1.307.395 personas residiendo en Aragón, 1.168 menos que un año atrás, lo que supone una disminución del 0,1% de la población, siendo una de las menores del país.

Es de gran importancia conocer la salud y bienestar psicológico en personas mayores que están institucionalizadas para mejorar su calidad de vida en la última etapa vital.

El objetivo general es conocer la Salud Percibida, el Bienestar Psicológico y la Calidad de vida percibida en personas mayores de 65 años residentes en los centros geriátricos “Hogar Doz” de Tarazona y el IASS de Borja durante el primer trimestre de 2018 y la relación de cada una de ellas con las variables sexo, edad, estado civil y estudios académicos.

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal de personas mayores residentes en ambos centros geriátricos durante el primer trimestre de 2018 a través de un cuestionario diseñado para este estudio. En el cual se preguntó sobre cuestiones sociodemográficas, Salud Percibida, Calidad de Vida Percibida y se aplicó la escala de Bienestar Psicológico de Ryff.

De los 49 residentes entrevistados, existió una elevada proporción de personas mayores institucionalizadas que presentaron una Salud y Calidad de Vida Percibida buena.

La percepción de forma positiva de la salud fue mayor en mujeres, los individuos de edades entre 65-75 años y mayores de 86 años, las personas viudas y aquellas sin estudios académicos. Además, la percepción de la calidad de vida de forma positiva por sexos fue mejor entre las mujeres y en cuanto a la edad, los mayores de 86 años. Según el estado civil las personas solteras y aquellos individuos sin estudios. También se afirma que a medida que aumenta la edad aumenta también el conocimiento y la aceptación del yo y por tanto los aspectos positivos y negativos sobre la propia vida, es decir, aumenta la autoaceptación de cada persona.

Para concluir, la mayoría de las personas mayores institucionalizadas de las Residencias “Hogar Doz” de Tarazona e IASS de Borja presentaron una buena Salud y Calidad de Vida Percibida además de un Bienestar Psicológico satisfactorio. De este modo se manifiesta que los cuidados profesionales en ambos centros residenciales son los adecuados.

Palabras clave: personas mayores, institucionalización, bienestar psicológico, salud percibida, calidad de vida percibida.

ABSTRACT

According to data published by the National Institute of Statistics (INE), as of January 1, 2017, there were 1,307,395 people residing in Aragón, 1,168 less than a year ago, which means a decrease of 0.1% of the population, being one of the smallest in the country.

It is of great importance to know the health and psychological well-being in elderly people who are institutionalized to improve their quality of life in the last stage of life.

The general objective is to know the Perceived Health, the Psychological Well-being and the perceived quality of life in people over 65 years old living in the nursing homes "Hogar Doz" of Tarazona and the IASS of Borja during the first quarter of 2018 and the relationship of each of them with the variables sex, age, marital status and academic studies.

A descriptive cross-sectional study of elderly people residing in both geriatric centers was conducted during the first quarter of 2018 through a questionnaire designed for this study. In which were asked about sociodemographic issues, Perceived Health, Perceived Quality of life and Ryff's Psychological Well-being scale was applied.

Of the 49 residents interviewed, there was a high proportion of institutionalized elderly people who presented good Perceived Health and Perceived Quality of Life.

The positive perception of health was higher in women, individuals between 65-75 years and older than 86 years, widows and those without academic studies. In addition, the perception of quality of life in a positive way by sex was better among women and in terms of age, those over 86 years. According to the civil status, single people and those individuals without studies. It is also affirmed that as the age increases, the knowledge and acceptance of the self also increases and therefore the positive and negative aspects of one's life, that is, increases the self-acceptance of each person.

To conclude, the majority of the institutionalized elderly people of the Residences "Hogar Doz" of Tarazona and IASS de Borja presented a good Health and Quality of Perceived Life as well as a satisfactory Psychological Wellbeing. In this way it is stated that the professional care in both residential centers are adequate.

Key words: elderly people, institutionalization, psychological well-being, perceived health, perceived quality of life.

1. INTRODUCCIÓN

Uno de los cambios demográficos más significativos del último tiempo es el incremento en la proporción de adultos mayores en la población general, relacionado con el aumento en la expectativa de vida de este grupo etario y el descenso en la tasa de natalidad ¹.

El envejecimiento es un fenómeno biológico y psicológico que genera cambios, no solamente a nivel personal, sino también familiar y social. Envejecer, no es sino un reflejo del éxito del proceso de desarrollo humano, debido al resultado de una menor mortalidad, combinada con una reducción de la fertilidad y una mayor longevidad ².

Cuando se analizan las estadísticas de población se puede valorar como se ha producido el envejecimiento en el mundo; el número total de adultos mayores —con 60 años y más— se duplicará en los próximos 50 años (de 606 millones en 2000 hasta más de 1,2 billones alrededor de 2050). Se observará un incremento rápido de la población anciana en los países en desarrollo y en los desarrollados. Mientras, la población total se incrementará desde alrededor de 6 billones en 2000 a 9 billones en el 2050 (50 % de incremento). La población anciana en el mundo aumentará un 300 % en el mismo período, incremento que será de 400 % en los países en desarrollo ³.

Según el Informe sobre el Estado de la Salud en la UE 2017 ⁴, los datos correspondientes a España, muestran que nuestro país tiene una esperanza de vida al nacer de 83 años, frente a los 80,6 de la media europea. Esto se debe principalmente a la reducción de la mortalidad de las personas mayores de 65 años que viven una media de 21 años más, y además el 45% de ellos, viven sin discapacidad. España ha ganado casi cuatro años de esperanza de vida al nacer en los últimos 15 años: en el año 2000, la cifra estaba en 79,3 años. Estos datos van a continuar en alza ya que según prevé el Instituto Nacional de Estadística (INE), la esperanza de vida al nacimiento alcanzaría los 83,2 años en los varones y los 87,7 en las mujeres en 2031, lo que supone una ganancia respecto a los valores actuales de 3,3 y de 2,3 años, respectivamente. En 2065, de mantenerse la tendencia actual, la esperanza de vida de los hombres superaría los 88,5 años y la de las mujeres los 91,6 años. De la misma forma, una mujer que alcanzase la edad de 65 años en 2065 viviría en promedio otros 28,2 años más (25,1 en los hombres), frente a los 22,7 años de supervivencia actuales (18,8 para los hombres) ⁵.

Según los datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística (INE), a 1 de enero de 2017 había 1.307.395 personas residiendo en Aragón, 1.168 menos el año anterior, lo que supone una pérdida del 0,1% de la población, siendo una de los menores decrecimientos de las diferentes comunidades autónomas del país.

Estos cambios en Aragón se han producido por dos cuestiones fundamentales: el aumento de las personas con mayor edad y la estabilización de la población extranjera y así el INE detalla que mientras que están empadronadas alrededor de un millar de personas menos, el grupo que tiene más de 85 años se ha visto incrementado en casi 2.000, con más de 500 que superan los 100 años ⁵.

El aumento en la expectativa de vida implica el desafío de adaptarse a los diversos cambios propios de la edad avanzada y enfrentar experiencias de pérdidas y amenazas al bienestar personal ^{1,6,7}. Cava y Musitu (2000) ⁸ afirman que no sólo es relevante mantener un estado de salud física sino que también es importante disponer de un cierto nivel de bienestar psicológico y social. Las experiencias que el individuo adquiere a lo largo de su vida pueden hacer que el adulto mayor se sienta realizado o en el otro extremo desesperanzado y marginado del resto. Si bien los estereotipos peyorativos de la vejez aún persisten, han ido disminuyendo en los últimos años para privilegiar una concepción más positiva del envejecimiento exitoso ^{9,10}.

Uno de los temas de más actualidad es el de las pensiones de jubilación. Por lo tanto cabe una mención especial en este trabajo ya que la Salud Percibida y el Bienestar Psicológico son términos muy relacionados con la estabilidad económica de las personas mayores ¹¹.

Pronto comenzarán a jubilarse las primeras quintas del *baby boom*, esa generación que se creó en España a razón de unos 650.000 nacimientos anuales entre finales de los 50 y finales de los 70. El momento llegará en 2022 ó 2023, antes incluso para quien se jubile anticipadamente. Para entonces se había acumulado un ahorro en el Fondo de Reserva de unos 70.000 millones para aliviar parte de esa presión demográfica. Sin embargo, la duración de la crisis, la caída del empleo y la devaluación salarial se lo han llevado por delante cinco años antes de tiempo. Y el reto crece porque tras el *baby boom* la natalidad en España se desplomó y sigue en el suelo ¹¹.

Los trabajadores que se jubilen a partir de 2045, esto es, los que hoy tienen menos de 40 años, tendrán derecho a una pensión que apenas representará la mitad de su último sueldo. Y es que ese año, según los cálculos de la Comisión Europea, la tasa de sustitución -que relaciona el último salario con la primera prestación- será del 51%, cifra muy alejada del 80% que ronda ahora. El proceso, tal y como recoge Bruselas en su último informe sobre envejecimiento demográfico, afectará al conjunto de los países de la Unión Europea y se hará de manera gradual. Sin embargo, el ajuste no será en ningún caso tan duro como el que tendrá que acometer España. La razón es que la tasa de la que gozan los jubilados españoles en la actualidad es la más alta de Europa. En 2070 los jubilados tendrían una pensión inicial que representaría sólo el 45% de su último salario ¹².

El número de pensiones en Aragón se situó en 300.411 en enero, lo que representa un incremento del 0,8 por ciento frente al total de España, que se eleva a 9.572.422, según datos del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) del Ministerio de Empleo y Seguridad Social ¹³.

La creciente longevidad de los ciudadanos y ciudadanas obliga al sistema a otorgar pensiones con una duración cada vez mayor, y no queda más remedio que adecuar el importe de las pensiones para hacer sostenible el sistema.

En España se han activado tres mecanismos para adecuar ese importe. Uno de ellos sería el retraso de la edad de jubilación, pasando de 65 a 67 años en 2027. Además, el aumento del período de cómputo de cotización para calcular la Base Reguladora (de 15 a

25 años en 2022), la actualización de las pensiones con el Índice de Revalorización y no con el IPC y por último la aplicación del Factor de Sostenibilidad el cual ajustará las pensiones a la esperanza de vida ¹⁴.

El envejecimiento exitoso implica que el individuo sea capaz de integrarse y desenvolverse de manera eficaz tanto en su familia como en la sociedad, superando las barreras culturales que le impidan desarrollar todo su potencial y mantener un nivel adecuado de bienestar personal ¹⁵.

Tradicionalmente el estudio del envejecimiento se había centrado en un modelo de déficit y en características exclusivamente patológicas, pero con el surgimiento de la psicología positiva y otras disciplinas de enfoque positivo y centradas en cuidados integrales, se cambia el foco de interés centrándose en encontrar las cualidades humanas para que funcionen como amortiguadores de la adversidad y así conseguir una mejor calidad de vida y un mayor bienestar. Ya no solo se trata de vivir más años, sino de vivir mejor y en mejores condiciones nuestra vejez ¹⁶.

El concepto de salud implica tres componentes: objetivo, relacionado con la integridad y la funcionalidad orgánica; adaptativo, referente a la capacidad de integración bio-psico-social del individuo y subjetivo, que incluye la creencia de bienestar y la percepción individual de la salud ¹⁷.

El estado de salud percibido es uno de los indicadores más utilizados al evaluar la salud real de la población, y aporta una primera aproximación de la satisfacción vital del individuo ¹⁸. Según el Instituto Nacional de Estadística en España, la percepción positiva de la salud va decreciendo con el aumento de la edad, siendo múltiples los factores asociados al buen o mal estado de salud percibido ¹⁹.

El Bienestar Subjetivo incluye el estado emocional en un determinado momento, la satisfacción respecto a cada dominio de la vida o una valoración global respecto a la propia vida.

Esta inclusión de términos dentro del concepto de bienestar subjetivo ha hecho que en las últimas décadas hayan comenzado a aparecer estudios que se dirigen a determinar cuáles serían los componentes o dimensiones que incluiría el bienestar y en qué medida esos componentes tienen un soporte empírico ²⁰.

En la investigación sobre el bienestar es posible distinguir dos perspectivas generales. La primera, denominada tradición hedónica, estudia el bienestar subjetivo relacionado con la evaluación global que realiza el individuo de las situaciones tanto placenteras como las que no lo son. Esta perspectiva se relaciona con aspectos como la satisfacción vital, la felicidad y los afectos positivos ²¹⁻²⁴. La segunda perspectiva, llamada tradición eudaimónica, estudia el bienestar psicológico considerado como indicador de un funcionamiento positivo en el individuo, que posibilita el desarrollo de sus capacidades y por tanto su crecimiento personal ²⁴.

La perspectiva eudaimónica ha sido sistematizada por Ryff en su modelo multidimensional de bienestar psicológico. Carol Ryff (1989)²⁵ ha sido una de las principales teóricas en referirse al tema del bienestar o salud positiva. Ella postula que el término bienestar psicológico tiene relación con el desarrollo del auténtico potencial de uno mismo. De esta forma, dicho término sería la consecuencia de una vida bien vivida.

Este modelo está conformado por seis dimensiones, la autoaceptación significa autoevaluaciones positivas de la propia vida pasada y reconocimiento y aceptación de los múltiples aspectos del yo; las relaciones positivas son las relaciones interpersonales de calidad, satisfactorias y auténticas, preocupación por el bienestar de los demás, capacidad de empatía intimidad y asertividad; la autonomía es el sentido de autodeterminación e independencia, resistencia de la presión social y autoevaluación basada en estándares personales, el dominio del entorno es la capacidad de gestionar con eficacia la propia vida, el uso competente de los recursos disponibles y la capacidad de elegir o crear contextos para satisfacer las necesidades y valores personales, el crecimiento personal es el sentido de crecimiento y desarrollo como persona, autopercepción, apertura a nuevas experiencias, sentido de realización personal y cambios que indiquen un incremento del autoconocimiento y por último, el propósito en la vida es la capacidad de establecer metas, la persistencia en el cumplimiento de objetivos vitalmente y la creencia de que la propia vida, tanto pasada como presente, es útil y tiene un sentido.

En las personas de edad avanzada, el nivel de salud y de bienestar parece estar estrechamente ligado al nivel de protección social ofertado, ya que sufren muchos problemas crónicos y discapacidades, consumiendo gran cantidad de recursos sanitarios y sociales, de forma directamente proporcional al grado de dependencia. La autonomía de las personas ancianas es un componente importante de su calidad de vida, de modo que el enfoque asistencial de la ancianidad debería dirigirse a la satisfacción de sus demandas y a la búsqueda de déficits encubiertos, con la instauración de las medidas correctoras pertinentes, incluyendo actividades de promoción y prevención²⁹.

Algunos estudios han encontrado que las mujeres reportan menores niveles de bienestar, mayores niveles de agotamiento y menor actividad física que los hombres³⁰⁻³¹. Sin embargo, también hay estudios que han encontrado mayores niveles de bienestar en las mujeres, lo cual podría explicarse por su mayor estabilidad emocional con el aumento de la edad, y la comparación social que realiza la persona en la evaluación de las circunstancias objetivas que vive³²⁻²³. Otra posible explicación sería que al envejecer los hombres se tornan más dependientes ante la pérdida del rol laboral que los define socialmente, en tanto las mujeres mantienen en mayor medida su rol social, al cuidar de su grupo familiar³³.

El estado civil es otra variable que puede influir en el bienestar en el contexto del envejecimiento. Pinguart y Sorensen (2001)²³ señalan que los adultos mayores casados poseen un importante recurso de apoyo y validación de parte de su pareja, por lo cual las

personas divorciadas serían más propensas a enfermar y presentan mayores índices de mortalidad y accidentes que aquellas casadas.

Se deben considerar nuevas formas de valorar a la persona anciana desde una postura más positiva, que supere las teorías centradas sólo en el déficit. Esta reflexión nos lleva a considerar el envejecimiento como un proceso natural, una etapa más del desarrollo evolutivo humano, en la que existen ganancias y pérdidas, planteamiento ampliamente recogido en las teorías del Ciclo Vital ^{34, 35}.

Por todo lo comentado anteriormente, es de gran importancia, conocer la salud y bienestar psicológico en personas mayores que están institucionalizadas ya que debido a la alta prevalencia de esta población, permitiría mejorar su calidad de vida en la última etapa vital.

El presente trabajo tiene como objetivo conocer la Salud Percibida, el Bienestar Psicológico y Calidad de Vida Percibida en personas mayores de 65 años residentes en centros geriátricos “Hogar Doz” de Tarazona y el IASS de Borja durante el primer trimestre de 2018 y la relación de cada una de ellas con las variables sexo, edad, estado civil y estudios académicos.

2. OBJETIVOS

1. Describir el grado de Bienestar Psicológico, Salud Percibida y Calidad de Vida Percibida en las personas mayores que viven en la residencia geriátrica “Hogar Doz” de Tarazona y Residencia geriátrica IASS de Borja.
2. Analizar la posible relación entre Bienestar Psicológico, Salud Percibida y Calidad de Vida Percibida y las variables sexo, edad, estado civil y estudios académicos.

3. HIPÓTESIS

1. La mayoría de las personas institucionalizadas del “Hogar Doz” de Tarazona e IASS de Borja presentan un buen Bienestar Psicológico, Salud Percibida y Calidad de Vida Percibida.
2. Las personas de sexo masculino, casados, entre 76-85 años y sin estudios que viven en las residencias de Tarazona y Borja tienen mayor grado de Bienestar Psicológico, Salud Percibida y Calidad de Vida Percibida que el resto de residentes.

4. METODOLOGÍA

a) Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal de personas mayores residentes en centro geriátricos “Hogar Doz” de Tarazona e IASS de Borja durante el primer trimestre de 2018.

b) Participantes

La población de estudio fueron 49 personas mayores que residen en centros geriátricos del IASS de Tarazona y Borja.

Para la selección de la muestra se siguieron los siguientes criterios:

- De inclusión:
 - Personas institucionalizadas en los centros geriátricos.
 - Residentes mayores de 65 años.

- De exclusión:
 - Personas con deterioro cognitivo.
 - Personas incapaces de comunicarse.

c) Variables e instrumentos de medida

Los datos fueron obtenidos mediante un cuestionario, cumplimentado mediante entrevistas personales a los residentes que cumplían los criterios de inclusión. Como un criterio de exclusión era poseer deterioro cognitivo, la Terapeuta Ocupacional de cada centro cumplimentó el Mini- Examen Cognoscitivo (MEC) Lobo et al. (1979)³⁷ a los residentes y posteriormente me informó de los resultados obtenidos. El MEC-30³⁸ es un breve cuestionario de screening de deterioro cognitivo, compuesto por 30 ítems agrupados en 11 secciones: orientación temporal, orientación espacial, fijación, atención y cálculo, memoria, nominación, repetición, comprensión, lectura, escritura y dibujo. La puntuación máxima es de 30. Aquellos sujetos que obtuvieron menos de 23/24 puntos en el cuestionario fueron excluidos.

El tiempo de cada entrevista fue entre 15-20 minutos y se realizó en salas habilitadas por la dirección del centro para mantener la privacidad e intimidad de cada persona.

d) Variables del estudio

Variables dependientes

- *Salud Percibida*: Del Cuestionario de Necesidades y Demandas de Usuarios de Servicios Sociales para Mayores ³⁹ formado por un total de 69 ítems, se seleccionó el ítem ¿Cómo diría usted que es su salud? que posee 5 alternativas de respuesta, otorgándole una puntuación entre 0 y 4; así 0, se corresponde con la peor respuesta «Muy mala», 1 es igual a «Mala», 2 «Regular», 3 «Buena», y finalmente, la mayor puntuación, 4, se corresponde con la mejor opción de respuesta «Muy buena» .
- *Calidad de vida percibida*: se realizó a través de la pregunta: ¿Cómo opina que es su vida? obtenida del estudio de investigación de Pérez MJ (2005) ⁴⁰. Posee 5 alternativas de respuesta, otorgándole una puntuación entre 0 y 4; así 0, se corresponde con la peor respuesta «Muy mala», 1 es igual a «Mala», 2 «Regular», 3 «Buena», y finalmente, la mayor puntuación, 4, se corresponde con la mejor opción de respuesta «Muy buena».
- *Bienestar psicológico*: se estudiará mediante la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (Díaz et al., 2006) ²¹: compuesta por 29 ítems, con un formato de respuesta tipo Likert de cinco alternativas, desde "completamente de acuerdo" a "completamente en desacuerdo". Incluye seis escalas: Autoaceptación (4 ítems), Relaciones Positivas (6 ítems), Autonomía (6 ítems), Dominio del Entorno (5 ítems), Propósito en la Vida (5 ítems) y Crecimiento Personal (4 ítems). Su validación muestra una buena consistencia interna de las escalas, mediante el coeficiente α de Cronbach varía entre 0.83 (autoaceptación) y 0.68 (crecimiento personal).

Variables independientes

Datos sociodemográficos:

- *Edad*: en años (cuantitativa discreta). Categorizada en: 65- 75 años, 76-85 años y mayores de 86 años.
- *Sexo*: masculino o femenino (cualitativa nominal)
- *Estado civil*: casado/a, divorciado/a, viudo/a, soltero/a (cualitativa nominal)
- *Estudios académicos*: no sabe leer y/o escribir, sin estudios, primaria incompleta, primaria completa, estudios de bachiller, estudios universitarios medios y estudios universitarios superiores (cualitativa nominal)

e) Análisis estadístico

Una vez obtenido todos los datos, el análisis estadístico se realizó mediante el Statistical Package for the Social Sciences© (SPSS), para entorno Windows©, en su versión 21.0.

Se realizó un análisis descriptivo de la muestra a través de medias, frecuencias y porcentajes. La comparación de los datos se realizó mediante un análisis bivariante a través de la prueba de Chi cuadrado, T de Student, ANOVA y correlación de Pearson.

Consideraciones éticas

Se elaboró la documentación precisa para obtener por parte del Instituto de Investigación Sanitaria de Aragón (CEICA) la aprobación para la realización de dicho estudio. Tras obtenerla, se solicitó la autorización a la dirección de las residencias geriátricas “Hogar Doz” de Tarazona e IASS de Borja y tras adquirirla, se procedió a la recogida de datos mediante entrevistas, así pues, todos los participantes fueron informados tanto de forma verbal como escrita y firmaron un Consentimiento Informado en el que autorizaban expresamente su incorporación en el estudio.

5. RESULTADOS

Para la contextualización de la población estudiada, se muestran los resultados obtenidos tras el análisis de los diferentes datos sociodemográficos recogidos en las entrevistas a través de los cuestionarios a las personas mayores de los centros geriátricos de Tarazona y Borja. En el estudio participaron un total de 49 personas.

Características sociodemográficas de las personas mayores entrevistadas (Tabla 1):

La edad media fue de 80,96 años, comprendida entre los 65 y 96 años con una desviación típica del 8,088. De estas personas mayores el 51% eran hombres y el 49% mujeres. El 32,7% estaban casados/as, el 2% divorciados/as, el 30,6% viudos/as y el 34,7% solteros/as. La mayoría de los hombres estaban solteros (48%) y las mujeres viudas (54,2%; $p=0,005$). En relación con los estudios académicos el 4,1% no sabían ni leer ni escribir, el 65,3% no tenían estudios, el 6,1% tenían la primaria incompleta, el 20,4% tenían la primaria completa y el 4,1% tenían bachiller superior. En cuanto a la diferencia por sexos podemos destacar que mayoritariamente, no tenían estudios ni los hombres (52%) ni las mujeres (79,2%).

Tabla 1. Variables sociodemográficas.

VARIABLES	CATEGORIAS	N	FRECUENCIA (N)	PORCENTAJE (%)
Edad	65-75	49	15	30,6
	76-85		19	38,8
	>86		15	30,6
Sexo	Hombre	49	25	51
	Mujer		24	49
Estado civil	Casado/a	49	16	32,7
	Divorciado/a		1	2
	Viudo/a		15	30,6
	Soltero/a		17	34,7
Estudios académicos	No sabe leer y/o escribir	49	2	4,1
	Sin estudios		32	65,3
	Primaria incompleta		3	6,1
	Primaria completa		10	20,4
	Bachiller superior		2	4,1

Fuente: Elaboración propia

En cuanto a la Salud Percibida y su relación con las variables sociodemográficas (tablas 2 y 3):

El 12,2% de la población mayor opinaba que su salud era mala, el 36,7% regular, el 44,9% buena y el 6,1% muy buena. La mayoría de los hombres la consideraba regular (52%) mientras que de las mujeres la mayoría la creía buena (50%).

En cuanto a la edad, mayoritariamente las personas que estaban entre 65- 75 años opinaban que era buena (46,7%), entre 76-85 años regular (47,4%) y los mayores de 86 años la consideraban buena (46,7%).

En relación con el estado civil la mayoría de los/as casados/as opinaban que era regular (43,8%), para los/as viudos/as era buena (60%) y entre los/as solteros/as opinaban igualmente que era buena y regular (47,1%).

En cuanto a los estudios académicos la mayoría de las personas mayores que opinaban que era buena, eran aquellas sin estudios (68,2%).

Tabla 2. Estadísticos descriptivos de Salud Percibida, Calidad de Vida Percibida y Bienestar Psicológico

<i>Variables</i>	Salud Percibida					Calidad de Vida Percibida					Escala de Bienestar Psicológico de Ryff					
<i>Categorías</i>	Muy mala	Mala	Regular	Buena	Muy buena	Muy Mala	Mala	Regular	Buena	Muy buena	Autoaceptación	Relaciones positivas	Autonomía	Dominio del entorno	Propósito en la vida	Crecimiento personal
<i>N</i>	0	6	18	22	3	1	6	19	21	2						
<i>Frecuencia</i>	0	12,2	36,7	44,9	6,1	2	12,2	38,8	42,9	4,1						
<i>Media</i>	2,45					2,35					3,71	2,52	2,29	2,42	2,88	3,66
<i>Desviación típica</i>	0,79					0,83					1,02	0,78	0,68	0,69	1,01	0,94
<i>Mínimo</i>	1					0					1,00	1,00	0,83	0,40	1,00	1,50
<i>Máximo</i>	4					4					5,00	4,40	3,83	3,80	4,80	5,00

Fuente: Elaboración propia

Tabla 3. Relación Salud Percibida/ sexo, edad, estado civil y estudios académicos

<u>Salud Percibida</u>												
Variables	Categorías	Muy mala		Mala		Regular		Buena		Muy buena		p
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Sexo	<i>Hombre</i>	0	0	2	8	13	52	10	40	0	0	0,061
	<i>Mujer</i>	0	0	4	16,7	5	20,8	12	50	3	12,5	
Edad	<i>65-75</i>	0	0	2	13,3	5	33,3	7	46,7	1	6,7	0,955
	<i>76-85</i>	0	0	2	10,5	9	47,4	8	42,1	0	0	
	<i>>86</i>	0	0	2	13,3	4	26,7	7	46,7	2	13,3	
Estado civil	<i>Casado/a</i>	0	0	3	18,8	7	43,8	5	31,3	1	6,3	0,388
	<i>Divorciado/a</i>	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	
	<i>Viudo/a</i>	0	0	2	13,3	2	13,3	9	60	2	13,3	
	<i>Soltero/a</i>	0	0	1	5,9	8	47,1	8	47,1	0	0	
Estudios académicos	<i>No sabe leer y/o escribir</i>	0	0	0	0	1	5,6	1	4,5	0	0	0,940
	<i>Sin estudios</i>	0	0	4	66,7	11	61,1	15	68,2	2	66,7	
	<i>Primaria incompleta</i>	0	0	0	0	2	11,1	1	4,5	0	0	
	<i>Primaria completa</i>	0	0	1	16,7	4	22,2	4	18,2	1	33,3	
	<i>Bachiller superior</i>	0	0	1	16,7	0	0	1	4,5	0	0	

Fuente: Elaboración propia

En cuanto a la Calidad de Vida Percibida y su relación con las variables sociodemográficas (tablas 2 y 4):

El 2% de las personas mayores opinaban que su calidad de vida era muy mala, el 12,2% mala, el 38,8% regular, el 42,9 % buena y el 4,1% muy buena. La mayoría de los hombres la consideraba regular (44%) y las mujeres, buena (50%).

En cuanto a la edad, mayoritariamente las personas que estaban entre 65- 75 años opinaban que era buena (40%), entre 76-85 años la consideraban buena (42,1%) y los mayores de 86 años opinaban igualmente que era buena y regular (46,7%).

En relación con el estado civil la mayoría de los/as casados/as opinaban que era regular (43,8%), los/as viudos/as la consideraban buena (60%) y entre los/as solteros/as opinaban igualmente que era buena y regular (47,1%).

En cuanto a los estudios académicos, la mayoría de las personas mayores que opinaban que era buena, eran aquellas sin estudios (53,1%).

Tabla 4. Relación Calidad de Vida Percibida/sexo, edad, estado civil, estudios académicos

		<u>Calidad de vida percibida</u>										
Variables	Categorías	Muy mala		Mala		Regular		Buena		Muy buena		p
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Sexo	<i>Hombre</i>	0	0	5	20	11	44	9	36	0	0	0,162
	<i>Mujer</i>	1	4,2	1	4,2	8	33,3	12	50	2	8,3	
Edad	<i>65-75</i>	1	6,7	2	13,3	5	33,3	6	40	1	6,7	0,283
	<i>76-85</i>	0	0	4	21,1	7	36,8	8	42,1	0	0	
	<i>>86</i>	0	0	0	0	7	46,7	7	46,7	1	6,7	
Estado civil	<i>Casado/a</i>	1	6,3	2	12,5	7	43,8	6	37,5	0	0	0,930
	<i>Divorciado/a</i>	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	
	<i>Viudo/a</i>	0	0	2	13,3	6	40	6	40	1	6,7	
	<i>Soltero/a</i>	0	0	2	11,8	5	29,4	9	52,9	1	5,9	
Estudios académicos	<i>No sabe leer y/o escribir</i>	0	0	0	0	2	100	0	0	0	0	0,381
	<i>Sin estudios</i>	0	0	2	6,3	12	37,5	17	53,1	1	3,1	
	<i>Primaria incompleta</i>	0	0	1	33,3	2	66,7	0	0	0	0	
	<i>Primaria completa</i>	1	10	2	20	3	30	3	30	1	10	
	<i>Bachiller superior</i>	0	0	1	50	0	0	1	50	0	0	

Fuente: Elaboración propia

Atendiendo a la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff y su relación con las variables sociodemográficas (tabla 5):

Según el sexo las mujeres alcanzaron un rango más alto en los dominios de Autoaceptación (51,5%), Autonomía (50,4%) y Dominio del Entorno (50,35%); los hombres en Relaciones Positivas (53,8%), Crecimiento Personal (52,2%) y Propósito en la Vida (51,1%).

Para conocer la relación que había entre las variables de estudio, se realizó el análisis mediante la aplicación de la T-Student exigiendo un nivel de significación del 5%.

Según la edad las personas mayores de entre 65-75 años alcanzaron valores más altos en el Dominio del Entorno (30,5%), entre 76- 85 años en el Relaciones Positivas (40,8%) y los mayores de 86 años en Autoaceptación (35,2%).

Para conocer la relación que había entre las variables de estudio, se realizó el análisis mediante la correlación lineal utilizando el coeficiente de Pearson exigiendo un nivel de significación del 5%.

En relación con el estado civil los/as casados/as obtuvieron mayores frecuencias en Crecimiento Personal (32,9%), los/as viudos/as en Autoaceptación (34,2%), los/as solteros/as en Relaciones Positivas (36,1%) y los/as divorciados/as en Propósito en la Vida (2,7%).

Para conocer la relación que había entre las variables de estudio, se realizó el análisis mediante ANOVA exigiendo un nivel de significación del 5%.

Según los estudios académicos las personas mayores que no sabían leer y/o escribir obtuvieron valores mayores en el dominio de Relaciones Positivas (5,2%), aquellos/as sin estudios lo obtuvieron en Autonomía (66,1%), personas con la Primaria incompleta en Relaciones positivas (7,6%), con la Primaria completa en Dominio del Entorno (24,7%) y aquellas con Bachiller superior en Crecimiento Personal (4,9%).

Para conocer la relación que había entre las variables de estudio, se realizó el análisis mediante ANOVA exigiendo un nivel de significación del 5%.

Si analizamos los dominios de Bienestar Psicológico de Ryff en relación con las variables sociodemográficas resulta que en la mayoría no hay diferencias. Sin embargo, sí que se encuentran en Autoaceptación y edad lo que supondría que, las personas de mayores se sienten mejor consigo mismas incluso siendo conscientes de sus propias limitaciones que puedan tener por su edad ($p=0,003$) y en Autoaceptación y estudios académicos ($p=0,025$), supondría que la Autoaceptación se ve modificada dependiendo de los estudios académicos de la población mayor.

Tabla 5. Relación entre Escala de Bienestar Psicológico de Ryff / sexo edad, estado civil y estudios académicos

Variables	Categorías	Autoaceptación			Relaciones Positivas			Autonomía			Dominio del entorno			Propósito en la vida			Crecimiento personal		
		N	%	p	N	%	p	N	%	p	N	%	p	N	%	p	N	%	p
Sexo	<i>Masculino</i>	25	48,5	0,202	25	53,8	0,213	25	49,6	0,515	25	49,7	0,512	25	51,1	0,987	25	52,2	0,516
	<i>Femenino</i>	24	51,5		24	46,2		24	50,4		24	50,3		24	48,9		24	47,8	
Edad	<i>65-75</i>	15	25,8	0,003	15	29,8	0,727	15	30	0,705	15	30,5	0,527	15	29	0,625	15	29,8	0,832
	<i>76-85</i>	19	39		19	40,8		19	38,5		19	40,4		19	39,2		19	3,1	
	<i>>86</i>	15	35,2		15	29,3		15	31,5		15	29,1		15	31,8		15	31,1	
Estado civil	<i>Casados/as</i>	16	31,7	0,342	16	32,3	0,458	16	32,2	0,596	16	31,8	0,840	16	32,1	0,508	16	32,9	0,951
	<i>Viudos/as</i>	15	34,2		15	29		15	31,9		15	32,7		15	29,3		15	31,5	
	<i>Divorciados/as</i>	1	1,4		1	2,6		1	1,6		1	2,4		1	2,7		1	1,9	
	<i>Solteros/as</i>	17	32,7		17	36,1		17	34,2		17	33,2		17	35,9		17	33,7	
Estudios académicos	<i>No leer y/o escribir</i>	2	4,8	0,025	2	5,2	0,590	2	5,1	0,628	2	4,9	0,525	2	3,1	0,507	2	4,9	0,245
	<i>Sin estudios</i>	32	65,9		32	64,5		32	66,1		32	61,1		32	64,2		32	60,4	
	<i>Primarios incompletos</i>	3	5,1		3	7,6		3	5,3		3	5,6		3	5,8		3	6,4	
	<i>Primarios completos</i>	10	20,3		10	18,8		10	20,1		10	24,7		10	22,9		10	23,4	
	<i>Bachiller superior</i>	2	3,8		2	3,9		2	3,4		2	3,7		2	4		2	4,9	

Fuente: Elaboración propia

6. DISCUSIÓN

Tras analizar los resultados obtenidos, se encontraron resultados positivos respecto a la percepción que tiene el adulto mayor institucionalizado acerca de su estado de salud, debido a que la percepción de salud buena y muy buena fue de un 51% y regular y mala de un 48,9%. Porcentaje muy similar al de Damián J et al (2004) ⁴¹ en cual también destacan este hecho de similitud. Sin embargo, según la Encuesta Nacional de Salud 2011-2012 en Aragón ⁴², los datos reflejan conclusiones muy positivas ya que del total de los encuestados, percibieron su salud como buena y muy buena el 73,46%, número muy superior al de este estudio. La investigación realizada por Perez-Fuentes MC, et al. (2015)³⁹ concluye que casi el 80% de la muestra valora su salud como regular y buena, dato muy similar obtenido en el presente estudio.

En contraposición a lo planteado en nuestro estudio se encuentra que los resultados obtenidos en la encuesta SABE ⁴³, muestran que la mayoría de las personas mayores declara no tener buena salud, siendo siempre este indicador mayor en mujeres. Los resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2011-2012 en Aragón ⁴² también reflejan como las mujeres perciben su salud peor que los hombres aunque los resultados son muy similares, 52,05% y 55,42%, respectivamente.

Diversos trabajos han hallado que la salud percibida es un importante predictor del bienestar psicológico en edades avanzadas (Kirby et al, 2004; Stone et al, 2010; Yang, 2008) ⁴⁴⁻⁴⁶, esta consideración se refleja en este estudio ya que las personas mayores han manifestado puntuaciones elevadas que verifican la salud percibida y bienestar psicológico de forma positiva.

Tal y como refleja el estudio de Castellón Sanchez del Pino A y Romero V (2004) ⁴⁷, los mayores entrevistados realizaron declaraciones de carácter positivo con relación a su calidad de vida. Los motivos de institucionalización están relacionados con elementos que también han de ser considerados negativos en la percepción de la calidad de vida, como la viudedad o la enfermedad.

Según los resultados obtenidos de la escala de Bienestar Subjetivo de Ryff, cabe señalar que varias referencias bibliográficas consultadas como la de Batista Freire R y Jock Hung G (2010) ⁴⁸ han explorado la percepción que tienen los ancianos de su bienestar subjetivo y concluyen que en ellos existe un predominio de los niveles altos y medios de bienestar, con una tendencia mayoritaria hacia el primero. Hecho similar al que se recoge en el estudio realizado donde los resultados obtenidos de dicha escala corresponden a niveles altos de la misma.

En cuanto a posibles diferencias de sexo en el bienestar psicológico de los adultos mayores la evidencia no es consistente. Algunos estudios y según los resultados obtenidos en el presente estudio, se han encontrado que las mujeres reportan menores niveles de bienestar que los hombres (Alvarado et al, 2008) ³⁰. Sin embargo, también hay estudios que han encontrado mayores niveles de bienestar en las mujeres, lo cual podría explicarse

por su mayor estabilidad emocional con el aumento de la edad, y la comparación social que realiza la persona en la evaluación de las circunstancias objetivas que vive (Hicks et al., 2001; Pinguart, Sorensen, 2001) ^{32, 23}.

No se encontraron diferencias significativas entre bienestar y sexo, lo que concuerda con estudios como el de Carmel S (2012) ⁴⁹.

Como en los resultados hallados en este estudio, el predominio del nivel educativo primario se debe a la coincidencia de estas personas con la etapa de la dictadura y postdictadura, donde no había posibilidades económicas para todos, lo cual guarda relación con el Bienestar Subjetivo, dado que la alfabetización y la educación contribuyen al bienestar de los ancianos; hallazgos que coinciden con los de Corugedo Rodríguez, et al (2014) ⁵⁰ quien encontró baja escolaridad en 96,4 % de la muestra.

Respecto al estado civil, los resultados encontrados en este estudio no concuerdan con los estudios de la bibliografía consultada, ya que, se plantea la existencia de mejores índices de bienestar en los adultos mayores casados, con detrimento en los solteros, de manera que el hecho de ser divorciado constituye un factor predictor del bienestar subjetivo ⁵¹ sin embargo en el estudio realizado por Salgado Escalona M, et al (2016) ⁵² presenta a los solteros con un mejor estado de bienestar que los casados.

7. CONCLUSIÓN

Del presente estudio se desprende que existe una elevada proporción de personas mayores institucionalizadas que presentan una Salud Percibida y Calidad de Vida Percibida buena. En cuanto al Bienestar Psicológico, la percepción también es buena en los seis dominios estudiados ya que obtenemos puntuaciones altas en todos ellos: Autoaceptación, Relaciones Positivas, Autonomía, Dominio del Entorno, Propósito en la Vida y Crecimiento Personal.

En cuanto a la Salud Percibida, aunque no encontramos relación estadísticamente significativa, entre esta y el sexo, edad, estado civil y estudios académicos se ha observado que, las mujeres perciben mejor su salud que los hombres, los de edades entre 65-75 años y mayores de 86 años la perciben mejor que los de 76-85 años y las personas viudas y aquellas sin estudios académicos, también tienen una percepción mejor de su salud en relación con el resto.

En relación a la Calidad de Vida Percibida, destacamos que las mujeres la perciben mejor que los hombres, en cuanto a la edad los mayores de 86 años perciben mejor su vida, las personas solteras también la perciben mejor que el resto y en cuanto a los estudios académicos, aquellos sin estudios tiene una mejor percepción que el resto de los grupos.

Y en relación al Bienestar Psicológico sólo se ha encontrado diferencias estadísticamente significativas en el dominio de Autoaceptación con la edad y con el nivel de estudios académicos, lo que nos lleva a plantearnos que el tener actitudes positivas hacia uno mismo aumenta con la edad pues, aumenta el conocimiento y la aceptación del yo. Esta Autoaceptación también se ve influenciada por los estudios académicos ya que, aquellas personas con estudios tienen mayor conocimiento y por lo tanto mayor aceptación de uno mismo lo que conlleva a vivir de una manera mas equilibrada y en armonía.

Podemos concluir que sólo se ha podido confirmar la primera hipótesis con el estudio, sin embargo, debemos tener en cuenta que se trata de una muestra reducida, por lo que los datos no deben de ser extrapolados al conjunto de personas mayores institucionalizadas.

Por todo lo anterior, se considera importante desarrollar futuros estudios en los que se evalúen la posible relación del Bienestar Psicológico con la Salud Percibida y la Calidad de vida ya que estos servirían de base para desarrollar futuros modelos de intervención.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Mella R, González L, D' Appolonio J, Maldonado I, Fuenzalida A, Díaz A. Factores asociados al bienestar subjetivo en el adulto mayor. *Psyche*. 2004; 13: 79-89.
2. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. El desarrollo en un mundo que envejece [Internet]. Naciones Unidas Nueva York; 2007 [acceso 9 noviembre 2017]. Disponible en: http://www.un.org/en/development/desa/policy/wess/wess_archive/2007wess_oerview_sp.pdf
3. Dueñas González D, Bayarre Veá HD, Triana Álvarez E, Rodríguez Pérez V. Calidad de vida percibida en adultos mayores de la provincia de Matanzas. *Rev Cubana Med Gen Integr* [Internet]. 2009 [acceso 9 noviembre 2017]; 25(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252009000200002&lng=es.
4. Oficina de Publicaciones de la Unión Europea. Estado de la Unión 2017. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea; 2017 [acceso 9 noviembre 2017]. Disponible en: https://ec.europa.eu/commission/sites/beta-political/files/state-union-2017-brochure_es.pdf

5. Instituto Nacional de Estadística [Web]. Madrid: INE; 2017 [acceso 9 noviembre 2017]. España en cifras 2017. Disponible en: http://www.ine.es/prodyser/espa_cifras/2017/index.html#12
6. Molina C, Meléndez J. Bienestar psicológico en envejecientes de la República Dominicana. Geriátrika. 2006; (22): 97-105.
7. Prieto ME, Fernández G, Rojo F, Lardiés R, Rodríguez V, Ahmed K. Factores sociodemográficos y de salud en el bienestar emocional como dominio de calidad de vida de las personas mayores en la Comunidad de Madrid: 2005. Revista Española de Salud Pública. 2008; (82): 301-313.
8. Cava MJ, Musitu G. Bienestar psicosocial en ancianos institucionalizados y no institucionalizados. Revista Multidisciplinaria de Gerontología. 2000; 10(4): 215-221.
9. Aguerre C, Bouffard L. Envejecimiento exitoso: Teorías, investigaciones y aplicaciones clínicas. Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriátrica. 2008; (22): 1146-1162.
10. Boone J, Wink P. The Third Age: A rationale for research. Annual Review of Gerontology & Geriatrics. 2006; (26): 19- 34.
11. El País [Internet]. Madrid: V Gómez M; 2018 [acceso 12 mayo 2018]. Llega la gran factura del 'baby boom' [aproximadamente 2 pantallas]. Disponible en: https://elpais.com/economia/2018/03/03/actualidad/1520094829_898567.html
12. El Mundo [Internet]. Madrid: Viñana D; 2018 [acceso 12 mayo 2018]. Los trabajadores menores de 40 años cobrarán una pensión de sólo el 50% de su sueldo cuando se jubilen [aproximadamente 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.elmundo.es/economia/macroeconomia/2018/05/29/5b0c4cb5e5fdea12178b466e.html>
13. El Periódico de Aragón [Internet]: Lorenzo M; 2018 [acceso 12 mayo 2018]. Las pensiones en Aragón se sitúan en 300.411 en enero [aproximadamente 2 pantallas]. Disponible en: http://www.elperiodicodearagon.com/noticias/economia/pensiones-aragon-situan-300-411-enero_1259540.html
14. El mundo del seguro de la vida [Internet]; 2018 [acceso 12 mayo 2018]. Futuro de las pensiones en España [aproximadamente 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.elmundodelsegurodevida.es/futuro-las-pensiones-espana>
15. Vivaldi F, Barra E. Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores. Ter Psicol 2012 [consultado 9 noviembre 2017]; 30 (2): 23-29. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082012000200002

16. Satorres Pons E. Bienestar Psicológico en la vejez y su relación con la capacidad funcional y la satisfacción vital. [Internet]. Valencia: Universidad de Valencia; 2013. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=78491>
17. Blog dels estudis de ciències de la salut [Web]. Manresa: EUCS; 2012 [consultado 9 noviembre 2017] ¿Es la percepción de la salud, un buen indicador del estado de salud real? [aproximadamente 2 pantallas]. Disponibles en: <http://blocs.umanresa.cat/ciencies-de-la-salut/2012/12/05/es-la-percepcion-de-la-salud-un-buen-indicador-del-estado-de-salud-real/>
18. Abellán A. Percepción del estado de salud. *Rev Mult Gerontol.* 2003; 13(5):340-342.
19. Pérez-Fuentes MC, Molero MM, Mercader I, Soler Flores FJ, Barragán A, Calzadilla Y, Gázquez JJ. Salud percibida y salud real: prevalencia en las personas mayores de 60 años. *Enferm Univ [Internet]* 2015 [consultado 9 noviembre 2017]; 12 (56-62). Disponible en: www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-universitaria-400-pdf-S166570631500007X-S300
20. Diener E, Lucas RE. Subjective Emotional well-being. *Handbook of emotions.* 2000: 325-362.
21. Díaz D, Rodríguez R, Blanco A, Moreno B, Gallardo I, Valle C. Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema.* 2006; 18: 572-577
22. García V, González I. La categoría bienestar psicológico: Su relación con otras categorías sociales. *Revista Cubana de Medicina General Integral.* 2000; 16: 586-592.
23. Pinguart M., Sorensen S. Gender differences in self-concept and psychological well-being in old age: A meta-analysis. *Journal of Gerontology.* 2001; 56: 195-214.
24. Tomás M, Meléndez J, Navarro E. Modelos factoriales confirmatorios de las escalas de Ryff en una muestra de personas mayores. *Psicothema.* 2008; 20: 304-310.
25. Ryff C. Beyond Ponce de Leon and life satisfaction: New directions in quest of successful aging. *International Journal of Behavioral Development.* 1989; 12: 35-55.
26. Christopher J. Situating Psychological Well-Being: Exploring the Cultural Roots of Its Theory and Research. *Journal of Counseling and Development.* 1999; 77: 2
27. Keyes CL, Shmotkin D, Ryff C D. Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology.* 2002; 82 (6): 1007-1022.

28. Ryff C D, Singer BH. Know Thyself and Become What You Are: A Eudaimonic Approach to Psychological Well-Being. *Journal of Happiness Studies*. 2008; 9 (1): 13-39.
29. Azpiazu Garrido M, Cruz Jentoft A, Villagrasa Ferrer JR, Abanades Herranz JC, García Marín N, Alvear Valero de Bernabé F. Factores asociados a mal estado de salud percibido o a mala calidad de vida en personas mayores de 65 años. *Rev. Esp. Salud Publica [Internet]*. 2002 [consultado 9 noviembre 2017]; 76 (6): 683-699. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272002000600005&lng=es
30. Alvarado B, Zunzunegui M, Béland F, Bamvita J. Life course social and health conditions linked to frailty in Latin American older men and women. *Journals of Gerontology: Medical Sciences*. 2008; 63: 1399-1406.
31. Barrantes M. Género, vejez y salud. *Acta Bioethica*. 2006; 12: 193-197.
32. Hicks J, Epperly L, Barnes K. Gender, emotional support, and well-being among the rural elderly. *Sex Roles*. 2001; 45: 15-30.
33. Stefani D. Gender and coping in old age. *Interdisciplinaria, Revista de Psicología y Ciencias Afines*. 2004. Disponible en: <http://www.redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=18009908>.
34. Baltes PB. Theoretical propositions of life span developmental psychology: On the dynamics of growth and decline. *Developmental Psychology*. 1987; 23: 611-626.
35. Heckhausen J, Dixon RA, Baltes PB. Gains and losses in development throughout adulthood as perceived by different adult groups. *Developmental Psychology*. 1989; 25: 109-121
36. Área de Cultura. Archivos de los establecimientos de Beneficencia [Internet]. Diputación de Zaragoza [acceso 25 mayo 2018]. Disponible en: http://www1.dpz.es/cultura/archivo-biblio/archivo/fondos/fondo6_historia_establecimiento10_historia.htm
37. Lobo A, Ezquerro J. El Mini-Mental cognoscitivo: un test sencillo y práctico para detectar alteraciones intelectivas en pacientes médicos. *Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr*. 1979; 3: 149-153.
38. López Miquel J, Martí Agustí G. Mini- Examen Cognoscitivo (MEC) y mini-Mental State Examination (MMSE). *Rev Esp Med Legal [Internet]*. 2011 [consultado 14 diciembre 2017]; 37(3): 122-3127. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-medicina-legal-285-articulo-mini-examen-cognoscitivo-mec--S037747321170075X>

39. Gázquez JJ, Rubio MC. Análisis de los factores predictores de la dependencia funcional en personas mayores Intern. Jour Psych Psychol Ther. 2008; 8: 117-126.
40. Pérez Pérez MJ. Cuidadores informales en un área de salud rural: perfil, calidad de vida y necesidades. Biblioteca Lascasas, 2005; 1. Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0015.php>
41. Damián J, Valderrama-Gama E, Rodríguez-Artalejo F, Martín-Moreno JM. Estado de salud y capacidad funcional de la población que vive en residencias de mayores en Madrid. Gaceta Sanitaria [Internet] 2004 [consultado 15 Mayo 2018] 18 (4): 268-274. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911104720130>
42. Instituto Aragonés de Estadística. Encuesta Nacional de Salud 2011-2012 [Internet]. Zaragoza: Gobierno de Aragón; 2012 [acceso 15 mayo 2018]. Disponible en: http://www.aragon.es/DepartamentosOrganismosPublicos/Institutos/InstitutoAragonesEstadistica/pcaxis/ci.Aplicacion_axis_ENS2011_EstadoSalud.detalleDepartamento
43. Palloni A, Peláez M. Encuesta sobre salud, bienestar y envejecimiento (SABE). [Internet] 2004 [consultado 15 mayo 2018]. Disponible en: <https://www.ssc.wisc.edu/sabe/docs/informeFinal%20EspaNol%20noviembre%202004.pdf>
44. Kirby SE, Coleman PG, Daley D. Spirituality and well-being in frail and non-frail older adults. Journal of Gerontology: Psychological Sciences. 2004; 59 (3): 123-129
45. Stone A, Schwartz JE, Broderick JE, Deaton A. A snapshot of the age distribution of psychological well-being in the United States. 2010; 107 (22): 1-6
46. Yang Y. Social inequalities in happiness in the United States, 1972 to 2004: An age-period-cohort analysis. American Sociological Review. 2008; 73: 204-236.
47. Castellón Sánchez del Pino A, Romero V. Autopercepción de la calidad de vida. Rev multidisciplinar de gerontología [Internet] 2004 [consultado 15 Mayo 2018] 14 (3): 131-137. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1032594>
48. Batista Freire R, Jocik Hung G. Bienestar subjetivo en el adulto mayor. Multimed [Internet] 2010 [consultado 20 mayo 2018] 14 (3). Disponible en: <http://www.multimedgrm.sld.cu/articulos/2010/v14-3/3.html>
49. Camel S. Gender differences and the Will-to-live in old page. Przeglad Lekarski, 69 (2), 49-53.
50. Corugedo Rodríguez MC, García González D, González Arias VI, Crespo Lechuga GA, González García G, Calderín Hernández M. Calidad de vida en

- adultos mayores del hogar de ancianos del municipio Cruces. Rev Cubana Med Gen Integr. 2014 [acceso 23 mayo 2018];30(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000200006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
51. Europa Press [Internet]. 20 minutos, 2010 [acceso 23 mayo 2018]. El crecimiento económico no indica más bienestar emocional [aproximadamente 2 pantallas]. Disponible en: <https://www.20minutos.es/noticia/913045/0/economia/bienestar/emocional/>
52. Salgado Escalona M, Noa Legrá M, Matos Laffita D, Cardero Leyva D, Castillo Perez Y. Influencia de algunos factores biopsicosociales en el bienestar subjetivo de adultos mayores institucionalizados. MEDISAN [Internet]. 2016 [citado 29 Mayo 2018]; 20(10): 2195-2201. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016001000001&lng=es.

9. ANEXOS

a) Anexo 1

Cuestionario sobre Bienestar Psicológico -Adaptación española de Escala de Bienestar psicológico de Ryff (Díaz, 2006)

	1	2	3	4	5	6
1- . Cuando repaso la historia de mi vida estoy contento con cómo han resultado las cosas						
2- A menudo me siento solo porque tengo pocos amigos íntimos con quienes compartir mis preocupaciones.						
3- No tengo miedo a expresar mis opiniones, incluso cuando son opuestas a las opiniones de la mayoría de la gente.						
4- Me preocupa como otra gente evalúa las elecciones que he hecho en mi vida.						
5- Me resulta difícil dirigir mi vida hacía un camino que me satisfaga.						
6- Disfruto haciendo planes para el futuro y trabajar para hacerlos realidad						
7- En general, me siento seguro y positivo conmigo mismo						
8- No tengo muchas personas que quieran escucharme cuando necesito hablar.						
9- Tiendo a preocuparme sobre lo que otra gente piensa de mí.						
10- He sido capaz de construir un hogar y un modo de vida a mi gusto						
11- Soy una persona activa al realizar los proyectos que propuse para mí mismo.						
12- Siento que mis amistades me aportan muchas cosas.						
13- Tiendo a estar influenciado por la gente con fuertes convicciones						
14- En general, siento que soy responsable de la situación en la que vivo.						
15- Me siento bien cuando pienso en lo que he hecho en el pasado y lo que espero hacer en el futuro.						
16- Mis objetivos en la vida han sido más una fuente de satisfacción que de frustración para mí.						
17- Me gusta la mayor parte de los aspectos 64 de mi personalidad.						
18- Tengo confianza en mis opiniones incluso si son contrarias al consenso general.						
19- Las demandas de la vida diaria a menudo me deprimen.						
20- Tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida.						
21- En general, con el tiempo siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo.						
22- No he experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza.						
23- Es difícil para mí expresar mis propias opiniones en asuntos polémicos						

24- En su mayor parte, me siento orgulloso de quien soy y la vida que llevo.						
25- Sé que puedo confiar en mis amigos, y ellos saben que pueden confiar en mí.						
26- Cuando pienso en ello, realmente con los años me he mejorado mucho como persona.						
27- Tengo la sensación de que con el tiempo me he desarrollado mucho como persona.						
28- Para mí, la vida ha sido un proceso continuo de estudio, cambio y crecimiento.						
29- Si me sintiera infeliz con mi situación de vida daría los pasos más eficaces para cambiarla.						

Descriptores:

1= Totalmente en desacuerdo

2= Desacuerdo

3= Ligeramente en desacuerdo

4= Ligeramente de acuerdo

5= De acuerdo

6=Totalmente de acuerdo

b) Anexo 2

Datos generales

Fecha de la entrevista _____

Hora de comienzo _____

Hora de finalización _____

Datos personales y socioeconómicos

Fecha de nacimiento _____

Sexo: 1. V 2. M

Estado civil:

1. Casado/a

2. Divorciado/a

3. Viudo/a

4. Soltero/a

¿Cuál de los siguientes estudios ha completado?

1. No sabe leer y/o escribir
 - 2 Sin estudios
 3. Primaria incompleta
 4. Primaria completa (hasta los 12 años o graduado, bachiller elemental)
 5. Estudios de bachiller superior (FP, similar)
 6. Estudios Universitarios medios (perito, ingeniería técnica, escuelas universitarias o similar)
 7. Estudios universitarios superiores (ingeniería superior, licenciatura, doctorado)
999. NS/NC

¿Cómo diría usted que es su salud?

0. Muy mala
 1. Mala
 2. Regular
 3. Buena
 5. Muy buena
999. Ns/Nc

¿Cómo opina que es su vida?

0. Muy mala
 1. Mala
 2. Regular
 3. Buena
 5. Muy buena
999. Ns/Nc

c) Anexo 3



Informe Dictamen Favorable Trabajos académicos

C.P. - C.I. PI18/033

14 de marzo de 2018

Dña. María González Hincos, Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)

CERTIFICA

1º. Que el CEIC Aragón (CEICA) en su reunión del día 14/03/2018, Acta Nº 05/2018 ha evaluado la propuesta del Trabajo:

Título: SALUD PERCIBIDA Y BIENESTAR PSICOLÓGICO EN POBLACIÓN MAYOR INSTITUCIONALIZADA DE LA COMARCA DE TARAZONA Y EL MONCAYO.

Alumna: Ana Pascual Macaya
Directora: Concepción Tomás Aznar

Versión protocolo: v2, de 22/02/2018

Versión documento de información y consentimiento: v2, de 22/02/2018

2º. Considera que

- El proyecto se plantea siguiendo los requisitos de la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica y los principios éticos aplicables.
- El Tutor/Director garantiza la confidencialidad de la información, la adecuada obtención del consentimiento informado, el cumplimiento de la LOPD y la correcta utilización de los recursos materiales necesarios para su realización.

3º. Por lo que este CEIC emite **DICTAMEN FAVORABLE a la realización del proyecto.**

Lo que firmo en Zaragoza

GONZALEZ
HINJOS MARIA -
DNI 03857456B

Firmado digitalmente por
GONZALEZ HINJOS MARIA -
DNI 03857456B
Fecha: 2018.03.19 17:40:34
+01'00'

María González Hincos
Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)