



**Universidad
Zaragoza**



**Facultad de
Ciencias de la Salud
Universidad Zaragoza**

**Universidad de Zaragoza
Facultad de Ciencias de la Salud**

Master de Gerontología Social

Curso Académico 2017 -2018

TRABAJO FIN DE MASTER

Bienestar Subjetivo en Mayores Residentes y No Residentes Usuarios del Servicio de Ayuda a Domicilio de Zaragoza

Subjective Wellbeing in Older Residents and Non-Residents Users of the Zaragoza Home Help Service

Autora: Alicia Martín Bueno

Directora: Reyes Torres Sánchez

AGRADECIMIENTOS

Mi más sincero agradecimiento a Clece, S.A. y Servicios Sociales del Ayuntamiento de Zaragoza por facilitar la autorización para realizar el trabajo de recogida de información para llevar a cabo el presente estudio.

Al equipo técnico de Clece, S.A. (Terapeutas ocupacionales, Directoras de Residencia y Trabajadora Social del área de Las Fuentes) por su animosa capacidad de colaboración.

A las inestimables aportaciones de Carmen Muro, Gabriela Delsignore y Bárbara Oliván, en el ámbito metodológico y estadístico.

Por último, aunque no menos importante, agradezco la guía de mi tutora a lo largo de todo el proceso de diseño y ejecución del trabajo, el ánimo brindado y sus positivas expectativas sobre el estudio.

A mi padre que ha sido fuente de inspiración en esta singladura

ÍNDICE

	Página
Índice de tablas y figuras	3
Resumen	4
Abstract	5
1. Introducción	5
1.1. Antecedentes	6
1.2. Estado actual	7
1.3. Justificación	15
2. Hipótesis y objetivos	16
2.1 Hipótesis	16
2.2 Objetivos	16
3. Diseño del estudio. Metodología	17
3.1. Contexto geográfico y temporal del estudio	17
3.2. Tipo de estudio y muestra	19
3.3. Criterios de inclusión y exclusión	19
3.4. Variables de estudio	19
3.5. Instrumentos de medida	20
3.6. Análisis estadístico	22
3.7. Procedimiento y consideraciones éticas	23
4. Resultados	25
4.1. Descriptivo	25
4.2. Correlaciones y regresiones	31
5. Discusión	37
5.1. Limitaciones	40
5.2. Aportaciones	41
6. Conclusiones	43
7. Referencias bibliográficas	44
8. Anexos	
8.1. Autorizaciones y licencias	48
8.2. Instrumentos de medida	55
8.3. Documento de información al participante	59
8.4. Modelo de consentimiento informado	61

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

	Página
Tabla 1: Componentes del bienestar subjetivo	10
Tabla 2: Descriptivo variable cuantitativa edad según domicilio	26
Tabla 3: Descriptivo variables cualitativas	27
Tabla 4: Descriptivo variable cuantitativa MEC según domicilio	28
Tabla 5: Percepción de salud recodificada según domicilio	28
Tabla 6: Descriptivo Escala de felicidad según domicilio	30
Tabla 7: Descriptivo indicadores de apoyo social	31
Tabla 8: Correlaciones de felicidad con Variables cuantitativas	32
Tabla 9: Correlaciones de otras variables significativas	33
Tabla 10: Relación de Felicidad con variables cualitativas	33
Tabla 11: Relación de Felicidad con variables cuantitativas en función de residencia	35
Figura 1: Flowchart de la captación	25

RESUMEN

El presente trabajo se centra en el estudio del bienestar subjetivo de mayores institucionalizados y no institucionalizados usuarios del servicio de ayuda a domicilio del Ayuntamiento de Zaragoza, así como la influencia en el mismo de variables sociodemográficas, de salud percibida y de apoyo social.

Se trata de un estudio descriptivo transversal de 73 personas sin deterioro cognitivo (37 residentes y 36 no residentes), con edades comprendidas entre los 65 y 99 años. Se han utilizado como instrumentos de medida las adaptaciones españolas de la Escala Subjetiva de Felicidad (SHS) de Lyubomirsky y Lepper), la escala multidimensional de percepción de apoyo social (MSPSS de Zimet.), el Mini-Examen Cognoscitivo, (MEC Lobo et al), así como cuestionario de datos sociodemográficos y de salud percibida.

Las variables salud percibida, apoyo social y capacidades cognitivas mantenidas, tienen un peso significativo en el bienestar subjetivo de los mayores encuestados según los resultados del índice de regresión obtenido.

Estadísticamente, no se aprecian diferencias significativas entre los mayores residentes y no residentes en relación al bienestar subjetivo. Siguiendo con este análisis, la variable percepción de buena salud es significativamente más alta entre los residentes y en la variable apoyo social existen diferencias en relación a las personas que prestan dicho apoyo: en el caso de los residentes está proporcionado por otros referentes y amigos mientras que en el caso de las personas que viven en domicilio se centra en la familia y otros referentes.

PALABRAS CLAVES

Bienestar subjetivo, satisfacción vital, felicidad, envejecimiento, personas mayores, mayores institucionalizados, mayores no institucionalizados.

ABSTRACT

The present work focuses on the study of the subjective well-being of institutionalized and non-institutionalized elderly people, users of the home help service of the City of Zaragoza, as well as the influence of sociodemographic, perceived health and social support variables on it.

This is a cross-sectional descriptive study of 73 people without cognitive impairment (37 residents and 36 non-residents), aged between 65 and 99 years. The Spanish adaptations of the Subjective Happiness Scale (SHS) of Lyubomirsky and Lepper), the multidimensional scale of social support perception (MSPSS of Zimet,), the Mini-Cognitive Examination, (MEC Lobo et al. al), as well as a questionnaire on sociodemographic data and perceived health.

The variables perceived health, social support and cognitive abilities maintained have a significant weight in the subjective well-being of the older respondents according to the results of the regression index obtained.

Statistically, there are no significant differences between the residents and non-residents in relation to subjective well-being. Following this analysis, the variable perception of good health is significantly higher among residents and in the social support variable there are differences in relation to the people who provide such support: in the case of residents, it is provided by other referents and friends. that in the case of people living at home focuses on the family and other references.

KEYWORDS

Subjective well-being, life satisfaction, happiness, aging, older people, older institutionalized, elderly non-institutionalized

1. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación pretende estudiar la percepción del bienestar subjetivo (felicidad) entre personas institucionalizadas y no institucionalizadas y la relación de este bienestar con variables sociodemográficas, de apoyo social y salud percibida.

Para llegar a este objetivo es imprescindible explicar los antecedentes y desarrollo del concepto de bienestar subjetivo, dado que en la literatura científica hay diferentes orientaciones en relación al término.

1.1. ANTECEDENTES

A lo largo de los siglos, muchos pensadores han intentado encontrar el sentido de la existencia humana. La felicidad ha sido un concepto central en diferentes disciplinas como la ética, la religión, la política, la medicina, adoptando diferentes conceptos para definirla como, entre otros, virtud, sabiduría, amor, satisfacción o bienestar.

Durante décadas, los psicólogos se centraron más en la infelicidad y en la anomalía que en el bienestar, lo que dio lugar a un modelo muy pobre en explicaciones sobre lo que hace que la vida sea una experiencia digna de ser vivida y de que las personas pudieran desarrollarse como individuos, familias y comunidades en cada una de las etapas del ciclo vital.

Esto ha sido así especialmente durante la etapa de la vejez, ya que tradicionalmente se ha considerado una etapa de pérdidas y deterioros, sin que se hayan destinado muchos esfuerzos a estudiar científicamente el bienestar, la alegría, la felicidad, el optimismo, el compromiso con metas, la productividad y la creatividad.

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.

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 su crecimiento personal (Vivaldi y Barra, 2012)

Se ha identificado al bienestar subjetivo como principal representante de la tradición hedónica y el bienestar psicológico de la tradición eudaimónica (González, Valle, Arce y Fariña, 2010).

1.2. ESTADO ACTUAL

El concepto de bienestar subjetivo forma parte de un universo más amplio, el de calidad de vida, que está definido por varias disciplinas y es aplicable a diversos contextos de análisis.

La constatación de que los indicadores objetivos de calidad de vida no representan completamente la experiencia de calidad de vida de los individuos y las poblaciones, llevó a los científicos sociales a interesarse por el estudio de indicadores subjetivos, lo que obliga al investigador a adentrarse en el dominio de las percepciones, las expectativas, los sentimientos y los valores de los sujetos en estudio de la forma más completa posible (Liberalesso, 2002).

Para Díaz, G. (2001) a pesar de que la idea del bienestar subjetivo o felicidad ha intrigado a los pensadores a través de milenios, la investigación sistemática de dicho bienestar data sólo de unas tres décadas. El autor define dicho bienestar como la evaluación que las personas hacen de sus vidas, e incluye una dimensión cognitiva (que se refiere a la satisfacción con la vida en su totalidad o por áreas específicas como la matrimonial, laboral, etc.), y otra afectiva, relacionada con la frecuencia e intensidad de emociones positivas y negativas.

El citado autor concluye que un sujeto posee un alto bienestar subjetivo si expresa satisfacción con su vida y frecuentes emociones positivas, y sólo infrecuentemente, emociones negativas. Si por el contrario, el individuo expresa insatisfacción con su vida y experimenta pocas emociones positivas y frecuentes negativas, su bienestar subjetivo se considera bajo.

Veenhoven define el bienestar subjetivo como el grado en que una persona juzga de un modo general o global su vida en términos positivos o, en otras palabras, en qué medida la persona está a gusto con la vida que lleva”. Según Veenhoven, el individuo utiliza dos componentes en esta evaluación, sus pensamientos y sus afectos:

- El componente cognitivo, la satisfacción con la vida, representa la discrepancia percibida entre sus aspiraciones y sus logros, cuyo amplio rango evaluativo va desde la sensación de realización personal hasta la experiencia vital de fracaso o frustración.
- El elemento afectivo constituye el plano hedónico, es decir, el que contiene el agrado experimentado por la persona con sus sentimientos, emociones y estados de ánimo más frecuentes (citado en Liberalesso, 2002, p. 57)

El bienestar psicológico o eudaimónico es un bienestar más profundo y duradero que el subjetivo o hedónico. Ryff se refiere al bienestar psicológico como “el esfuerzo para desarrollar las propias capacidades y potencialidades, para que de este modo la vida alcance su propio significado, para lograr con esfuerzo y superación metas valiosas, a pesar de las adversidades de la vida” (citado en Hernández, y Hernández, 2016,p.18)

Diener (1994), entiende que existen tres características que definen el bienestar:

- La primera de ellas es la subjetividad: es decir, el bienestar depende de la interpretación y la valoración de la propia persona, no de factores objetivos. Supone, por tanto, una apreciación individual y subjetiva. Los bienes o recursos de que dispone la persona pueden facilitar el bienestar subjetivo pero no lo garantizan.
- El segundo es la utilización de medidas positivas (experiencias emocionales agradables, satisfacción o afecto positivo) dentro de un período significativo de tiempo. Este bienestar subjetivo tiene como criterio las construcciones mentales de la persona, tales como creencias, valores y modos de enfocar la realidad, que marcan su percepción de sentirse felices.

- El tercero de ellos, supone una evaluación global de los aspectos predominantes de la vida de una persona, de aquellos que estima como fundamentales para ella. Aunque el afecto o la satisfacción dentro de un cierto dominio pueden ser evaluadas, normalmente se pone el énfasis en un juicio integrador de la vida de la persona.

Argyle (1997) afirma que los criterios anteriormente señalados, tomados en su conjunto, explican sólo el 15% de la varianza del bienestar subjetivo individual. Este autor identifica el bienestar subjetivo con la felicidad. Además, la gente feliz vive más tiempo y la felicidad afecta a la salud, evaluada tanto objetiva como subjetivamente.

Otros autores, como González, Valle, Arce y Fariña, (2010) identifican igualmente el bienestar subjetivo con la felicidad, entendiéndolo como una apreciación global de nuestras vidas, una valoración del estado emocional predominante, un juicio sobre cómo se vive

Los componentes del bienestar subjetivo

Diener, Scollon y Lucas (Citado en González 2008) presentan los componentes del bienestar subjetivo como una jerarquía conceptual con dos niveles:

- En el nivel más alto colocan el concepto de bienestar subjetivo que refleja la evaluación general que una persona realiza de su vida.
- En el siguiente nivel señalan cuatro componentes específicos en los que se desglosa el bienestar subjetivo de las personas: el afecto positivo, el afecto negativo, la satisfacción vital, y la satisfacción en distintos ámbitos.

El afecto positivo y el afecto negativo, reflejan las reacciones inmediatas, a las buenas y malas condiciones de la propia vida. Las evaluaciones afectivas toman la forma de emociones y estados de ánimo

La satisfacción vital sería una evaluación de naturaleza cognitiva y que incluye juicios globales acerca de la calidad de vida de una persona. Las personas, en este tipo de evaluación, examinan las condiciones de sus vidas, sopesan la importancia de esas

condiciones y, a continuación, las evalúan en una escala cuyos rangos varían de la completa insatisfacción a la completa satisfacción

La satisfacción en distintos ámbitos de la vida refleja las evaluaciones que realizan las personas de los dominios específicos de sus vidas, proporcionando, además, datos acerca del bienestar general de las mismas.

Tabla 1: Componentes del bienestar subjetivo

<i>Afectos placenteros</i>	<i>Afectos no placenteros</i>	<i>Satisfacción vital</i>	<i>Ambitos de satisfacción</i>
Alegría (joy)	Culpa y vergüenza	Deseo de cambiar la vida	Trabajo
Euforia (elation)	Tristeza	Satisfacción con la vida actual	Familia
Satisfacción (contentment)	Ansiedad y preocupación	Satisfacción con el pasado	Ocio
Orgullo	Rabia	Satisfacción con el futuro	Salud
Cariño (affection)	Estrés	Visión de las personas significativas de la propia vida	Ingresos
Felicidad (happiness)	Depresión		Con uno mismo
Éxtasis (ecstasy)	Envidia		Con los demás

Fuente: Diener, Suh, Lucas y Smith, Citado en González, 2008

En 1967 Wilson presentó la primera revisión en el campo del bienestar subjetivo. Basada en la experiencia empírica limitada de aquellos tiempos concluyó que la persona feliz es “joven, saludable, bien educada, bien remunerada, extravertida, optimista, libre de preocupaciones, religiosa, casada, con alta autoestima, trabajadora, de cualquier sexo e inteligente” (citado en Fernández Ballesteros, 1999)

Investigaciones más recientes ponen en tela de juicio esta afirmación. Fernández-Ballesteros (2004), en relación a los determinantes emocionales en la edad adulta tardía concluye que:

En definitiva, si en el mundo cognitivo ocurren cambios negativos debidos a la edad, en el mundo afectivo parecen ocurrir cambios positivos esencialmente ligados a un declive de la emocionalidad negativa que algunos autores han conceptualizado como una mejor integración o elaboración emocional.

Variables que influyen en el Bienestar Subjetivo

En la literatura científica existen variedad de opiniones sobre los factores que muestran una mayor influencia en el bienestar subjetivo.

Para García (2002) una posible clasificación de estos factores que, sin ser exhaustiva, abarca la mayor parte de variables vinculadas al bienestar subjetivo es la que considera las siguientes categorías: salud, poder adquisitivo, relaciones, acontecimientos vitales estilos de vida y variables sociodemográficas.

Zamarrón (2006) considera que el bienestar subjetivo también está afectado por el nivel de poder adquisitivo de la persona, se ha comprobado que el dinero es directamente proporcional a la felicidad, en tanto en cuanto sirve para cubrir necesidades primarias, pero deja de ser así una vez que éstas son cubiertas. El dinero es importante en la medida que se transforma en un medio para lograr fines del individuo, pero en sí no es un predictor muy seguro de la felicidad.

La revisión bibliográfica realizada por Bohorquez, Lorenzo y García, (2013) concluye que existen dos tipos de factores que han sido evaluados en su relación con el bienestar subjetivo en personas mayores:

- Por un lado variables sociodemográficas como la influencia de la edad, el género, la raza, el estatus marital, la situación laboral, concluyendo una escasa influencia de las variables sociodemográficas en la percepción del bienestar subjetivo.

- Por otro, los factores psicosociales que han sido identificados como la mayor fuente de variabilidad en relación al bienestar subjetivo como el optimismo, las estrategias de afrontamiento, la autoestima, la autoeficacia y el control percibido.

En la revisión citada, los autores concluye que el bienestar subjetivo parece ser bastante estable a lo largo de la vida, aunque se ha señalado la existencia de un patrón evolutivo en forma de U invertida, de modo que a partir de los 40 años aproximadamente el bienestar subjetivo parece ser menor para mejorar alrededor de los 50 años y alcanzar posteriormente niveles semejantes a los de la mitad de la adultez.

Las necesidades que muestran una incidencia específica en el bienestar durante el último periodo vital son para Hernangómez (citado en Flecha 2015):

- La importancia de los vínculos.
- Mantener una vida activa.
- Cultivar el recuerdo y compartir la vida. (reminiscencia)
- Actitudes positivas. Mantener una actitud optimista
- Satisfacción con la vida (diferenciando el componente cognitivo del afectivo)

A lo largo del estudio se hará hincapié en la relación del bienestar subjetivo con la importancia de los vínculos, analizados bajo el paradigma del apoyo social.

Para Vivaldi y Barra (2012) el apoyo social puede ser conceptualizado a partir de dos perspectivas, una cuantitativa-estructural y otra cualitativa-funcional. La primera evalúa la cantidad de vínculos o relaciones que establece el individuo con su red social, que correspondería al apoyo social recibido. En tanto la segunda se centra en la existencia de relaciones significativas y la evaluación o apreciación subjetiva que realiza el individuo de la adecuación del apoyo que recibe, correspondería al apoyo social percibido.

Dichos autores manifiestan que las relaciones sociales son de vital importancia en la vida de las personas, ya que favorecen el desarrollo psicológico y social, además de ejercer una función protectora ante las enfermedades. Si bien existen ciertos factores que pueden conllevar una disminución de la frecuencia de los contactos sociales en las personas mayores (jubilación, marcha del hogar de los hijos, muerte del cónyuge y de personas allegadas, institucionalización, etc.), también es cierto que a partir de los 65 años la mayor

disponibilidad de tiempo libre en aquellas personas que han dejado la vida laboral activa, puede facilitar el mantenimiento y mejora de la frecuencia de sus relaciones sociales.

Según Fernández-Ballesteros (1999) es importante distinguir entre tres tipos de apoyo social:

- El apoyo recibido por parte de la familia
- El apoyo que procede del círculo de amistades
- El aportado por fuentes institucionales de apoyo (recursos de ayuda comunitaria, religiosos, etc.)

Para Arechavala y Miranda (2002) la verdadera naturaleza del apoyo social hay que buscarla en los procesos perceptivos de los sujetos implicados, lo que tradicionalmente se ha denominado apoyo social percibido. La percepción o creencia de que el apoyo emocional está disponible parece influir mucho más fuertemente sobre la salud mental que el apoyo social efectivamente recibido en un momento determinado

Entre los apoyos que recibe el adulto mayor, la familia es uno de los recursos que brindan mayor beneficio a la persona, al entregar atención y protección en los procesos físicos y mentales por los que atraviesan, en especial cuando la persona no posee el apoyo de redes formales. Así, se ha encontrado que los adultos mayores que conviven con sus familiares presentan mayores niveles de salud mental, física y emocional en comparación con aquellos que viven solos. Dentro de la familia se ha observado que el matrimonio constituye un apoyo fundamental, especialmente para los hombres, ya que estos además de presentar una menor red social, dependen de sus esposas en la realización de actividades (Vivaldi y Barra, 2012).

En lo que respecta a la salud, es un aspecto importante del bienestar subjetivo; se halla estrechamente relacionada con la felicidad y está considerada como una de sus principales causas. Las personas con problemas emocionales autoinforman más negativamente su salud que aquellas que gozan de un equilibrio emocional. (Zamarrón, 2006).

La salud tanto física como mental en la población mayor condiciona su nivel de autonomía y/o dependencia en el entorno en el que se desenvuelve la persona.

Cuadros-Bordal (2013) considera que el hecho de que los mayores vivan o no institucionalizados está estrechamente relacionada con el nivel de autonomía o dependencia que presente el mayor. La autora manifiesta que cuando la persona dependiente ingresa en un centro residencial

pierde los roles que venía desempeñando, tanto de carácter social, como profesional o familiar. Además, en muchas ocasiones, se produce un aislamiento de la red socio-familiar habitual puesto que las relaciones familiares quedan considerablemente mermadas y reducidas a unas pocas visitas. Al mismo tiempo, debemos considerar las circunstancias que vienen derivadas del propio proceso de institucionalización, cambios significativos en el estilo de vida como son los compañeros, horarios y actividades impuestos o adaptación a unas normas que son indudablemente necesarias para la adecuada gestión de los centros. Todos estos cambios hacen que el grado de autonomía del mayor se vea afectado.

Así mismo en relación a las personas que viven en domicilios, Cuadros-Bordal opina que su autonomía está condicionada por diversos motivos:

la persona continúa manteniendo la relación con su entorno, cultiva vínculos con la familia y las amistades, además de tener un apoyo para realizar cualquier gestión que necesite, por lo que previsiblemente su grado de autonomía sea elevado.

Sin embargo, como sabemos, una situación de dependencia se puede presentar en cualquier momento, más lógico es que aparezca en la vejez, por lo tanto, el grado de dependencia que presente un mayor puede ser el mismo, tanto si vive en su domicilio como si convive en una residencia. Pero hay que tener en cuenta el factor entorno de la persona, para valorar la calidad de vida mayor, puesto

que, a nivel físico, el estado de salud podrá mejorar en función de los cuidados que reciba. Y a nivel psicológico, el grado de bienestar subjetivo también podrá variar dependiendo del apoyo emocional que le ofrezca su entorno, con el objetivo primordial de conseguir la mayor autonomía para la persona.

En la realización de la presente investigación nos centraremos en el análisis del bienestar subjetivo (al que haremos referencia indistintamente como bienestar subjetivo o felicidad), su relación con variables sociodemográficas, y variables de apoyo social percibido, tanto de personas que viven en residencias como de mayores que viven en su domicilio. Analizaremos igualmente la relación entre el bienestar subjetivo y la salud percibida por la vinculación que estas variables tienen.

1.3. JUSTIFICACIÓN

El aumento de la esperanza de vida de las personas ha abierto un debate sobre la calidad de los años que los avances científicos han conseguido aumentar. La calidad de vida supone un compendio de factores objetivos y subjetivos que inciden en la persona, siendo los factores subjetivos los que tienen un peso determinante en la percepción de bienestar subjetivo o felicidad personal.

El motivo por el que se ha realizado este trabajo es analizar a un colectivo de personas mayores de 65 años que viven en residencia y en domicilios, con objeto de comprobar si existen diferencias significativas en la percepción de bienestar subjetivo (felicidad) por el hecho de vivir en un contexto institucionalizado o familiar.

En la revisión sistemática realizada sobre el tema, se han encontrado pocos estudios que establezcan muestras comparativas de residentes y no residentes, por lo que existe un vacío científico donde se analice esta variable desde una perspectiva comparativa.

La aportación principal de este trabajo es que contribuye al conocimiento científico en la comparativa de personas institucionalizadas y no institucionalizadas en cuanto a bienestar subjetivo o felicidad se refiere.

2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

2.1. HIPÓTESIS

Las personas mayores de 65 años que viven en su domicilio perciben mayor bienestar subjetivo (felicidad) que los mayores que viven institucionalizados (en residencias)

2.2. OBJETIVOS

Objetivo General

Establecer el nivel de Bienestar Subjetivo (felicidad) de personas residentes y no residentes usuarios del servicio de ayuda a domicilio de Zaragoza

Objetivos Específicos

- Relacionar la percepción de felicidad con variables sociodemográficas.
- Relacionar la percepción de felicidad con variable de salud percibida.
- Establecer el grado de relación existente entre felicidad y apoyo social
- Relacionar el nivel de felicidad, salud percibida y apoyo social de las personas residentes y no residentes usuarios del servicio de ayuda a domicilio
- Analizar qué variables de las estudiadas explican en mayor medida la felicidad.

3. DISEÑO DEL ESTUDIO. METODOLOGÍA

3.1.CONTEXTO GEOGRÁFICO Y TEMPORAL DEL ESTUDIO

El 11 de abril de 2018, el CEICA emitió informe favorable de Trabajos académicos para la realización del TFM *“Bienestar subjetivo de mayores residentes y no residentes usuarios del servicio de ayuda a domicilio del Ayuntamiento de Zaragoza”*.

Para realizar el mismo, se diseñó una investigación en la que se pretendía recoger información entre personas que vivían en residencias y personas que vivían en domicilios particulares, con objeto de determinar su percepción de bienestar subjetivo, así como otra serie de variables que pudieran estar vinculadas con éste, según el análisis de investigaciones recientes.

Los criterios de selección de ambos grupos se basaron en los contactos preexistentes con la empresa CLECE, S.A., que gestiona la dirección de diferentes residencias y lleva parte del servicio de ayuda a domicilio (SAD) del Ayuntamiento de Zaragoza, eligiendo dos residencias para la recogida de datos (una de derivación pública y otra privada) y la ubicación geográfica del barrio de Las Fuentes (Zaragoza), para realizar las visitas domiciliarias, por ser un distrito donde existe poca dispersión entre los usuarios del SAD.

El trabajo de recogida de información a través de entrevista directa y cumplimentación de cuestionarios se realizó entre el 16 de abril y el 31 de mayo. El procedimiento para esta recogida fue:

En primer lugar se entrevistaron a personas residentes: la recogida de datos se produjo en dos residencias de Zaragoza ¹, para lo que se realizaron nueve visitas en horario de 8,30 a 13.30 aproximadamente.

Para realizar el trabajo de selección de usuarios, se trasladó a los Terapeutas Ocupacionales de ambas residencias el objeto del estudio y los criterios de inclusión y exclusión. El estudio en residencias se apoyó en los datos facilitados por los Terapeutas

¹ Residencia Nuestra Señora de Movera (derivación pública) y Residencia Hermanos Buisán de Villanueva de Gállego (privada)

Ocupacionales sobre los residentes (cada seis meses actualizan las puntuaciones del MEC), quedando inicialmente la muestra de residentes de la siguiente manera:

- Residencia privada: 28 usuarios
- Residencia pública: 12 usuarios

Una vez realizada la recogida de información en residencia se inició el trabajo con personas no residentes usuarios del Servicio de Ayuda a Domicilio del Ayuntamiento de Zaragoza ²

Para ello, se entró en contacto con la trabajadora social responsable del servicio en el área de Las Fuentes, y se determinó que además de las escalas propias del estudio, se realizaría un MEC porque esta información no estaba recogida en el servicio de ayuda domiciliaria.

Se efectuó una programación de visitas y la Trabajadora Social contactó con los usuarios del servicio el día previo para avisar de la visita de la investigadora. Las visitas domiciliarias se llevaron a cabo las últimas tres semanas de mayo en horario de mañanas.

A lo largo de la recogida de información, no se ha detectado ningún problema de relevancia. La aceptación ha sido excelente por el preaviso a los usuarios y porque éstos estaban muy satisfechos con la ayuda que recibían en casa. Sólo en un caso, un usuario del servicio llamó a la empresa que lo gestiona para comunicar que había firmado un documento (consentimiento informado), del que la investigadora le había dejado copia, para que la empresa confirmase que dicho documento no implicaba consecuencias personales negativas. El resto de la muestra se ha mostrado claramente abierta a participar y, en muchos casos, han recibido en contraprestación además de un agradecimiento sincero, asesoramiento y apoyo en su problemática individual.

² El SAD lo financia el Ayto. de Zaragoza desde el año 1993 y el Gobierno de Aragón desde hace 2 años vinculando éste a la ley de dependencia (Nivel I: 8 horas mensuales de asistencia sin copago, Nivel II 21 horas mensuales y Nivel III: 46 horas mensuales sin copago)

3.2.TIPO DE ESTUDIO Y MUESTRA

Se trata de un estudio descriptivo transversal, observacional en el cuál se va a analizar la felicidad, la salud percibida y el apoyo social de una muestra de 37 personas residentes y 36 no residentes, usuarias del servicio de ayuda a domicilio de Zaragoza

3.3.CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Criterios de inclusión

- Tener 65 o más años.
- No tener deterioro cognitivo (MEC igual o superior a 23)
- Vivir en Residencia o ser usuario del SAD

Criterios de exclusión

- No obtener firmado el consentimiento informado oportuno.
- No ser capaz de responder al cuestionario, por no entender correctamente las instrucciones o los contenidos de las preguntas después de tres intentos detallados.

3.4.VARIABLES DE ESTUDIO

Variable dependiente:

- Bienestar subjetivo: medida a través de la escala de felicidad SHS

Variables independientes:

Cualitativas:

- Domicilio: vivir en residencia (residentes) o en domicilio particular (no residentes)
- Sexo: Hombre o Mujer.

- Nivel de estudios: Primarios sin acabar, primarios completos, bachillerato/FP y universitarios.
- Estado Civil: casado, soltero, separado/divorciado, viudo
- Convivencia: vive solo, con su pareja, con pareja más algún hijo/nieto, otros
- Estado de salud percibido: muy bueno, bueno, regular, malo o muy malo

Cuantitativas:

- Edad: igual o superior a 65 años.
- MEC: igual o mayor de la puntuación directa 23
- Apoyo social percibido: medida a través de la escala MSPSS

3.5. INSTRUMENTOS DE MEDIDA

Se han utilizado los siguientes instrumentos de medida (Anexo 8.2):

1. Cuestionario relativo a datos sociodemográficos y de salud percibida

(Elaboración propia)

2. Mini-Examen Cognoscitivo, MEC (Lobo et al, 2002)

El MEC es un test breve de cribado del deterioro cognitivo, producto de la adaptación española del instrumento original por Lobo et al, realizada en 1979, 1999 y 2002. El instrumento original es el Mini-Mental State Examination —MMSE o Mini-Mental—de Folstein et al, publicado en 1975, 1998 y 2001.

El MEC consta de 30 ítems agrupados en 11 secciones (orientación temporal, orientación espacial, fijación, atención y cálculo, memoria, nominación, repetición, comprensión, lectura, escritura y dibujo). La puntuación total del MEC se calcula sumando todas las puntuaciones parciales en cada una de las 11 secciones. La puntuación máxima que puede

obtenerse es de 35 puntos; a menor puntuación, mayor será la alteración cognitiva y a mayor puntuación, menor será dicha alteración.

El estudio de fiabilidad mediante un procedimiento de test-retest ciego, ha demostrado, tanto en pacientes médicos ($r=0,86$) como en pacientes psiquiátricos ($r= 0,87$), la buena correlación, estadísticamente significativa ($p<0,001$), entre la primera administración del MEC y otra posterior, 24 horas más tarde.

3. Escala Subjetiva de felicidad (SHS; Lyubomirsky y Lepper, 1999). Versión española de Extremera, Salguero y Fernández-Berrocal sometido a publicación

Esta escala mide la felicidad subjetiva global mediante enunciados en los que la persona se evalúa a sí mismo o bien se compara con quienes le rodean. Comprende cuatro ítems con respuesta tipo Likert de siete puntos, teniendo cada uno de ellos correlato con los siguientes aspectos:

- Item 1: mide el componente cognitivo del bienestar: la felicidad global con la vida
- Item 2: evalúa la felicidad desde una perspectiva de comparación social
- Item 3: evalúa la identificación con los afectos positivos
- Item 4: evalúa la identificación con los afectos negativos.

La puntuación máxima en esta escala es de 22 puntos, dado que todos los ítems correlacionan positivamente con el bienestar, salvo el nº 4, donde hay que invertir las puntuaciones (los afectos positivos aumentan el bienestar y los negativos disminuyen el mismo).

Tanto estudios de la versión original como adaptaciones al castellano han mostrado una estructura unifactorial y adecuadas propiedades de consistencia interna, como también de validez convergente y discriminante: los valores del coeficiente alfa de Cronbach estuvieron en el rango .79 y .94 ($M = .86$), en sólo una muestra el estadístico resultó inferior al valor de .80.

Extremera, Salguero y Fernández-Berrocal condujeron en el año 2011 un estudio con estudiantes universitarios españoles en el cual examinaron la relación entre el meta-carácter y los niveles de felicidad subjetiva, observando una relación moderada.

4. La escala multidimensional de percepción de apoyo social (MSPSS de Zimet, Dahlem, Zimet, & Farley, 1988). Versión española de Arechavala y Miranda (2002)

Compuesta por 12 ítems, recoge información sobre el apoyo social percibido por los pacientes en tres áreas: familia, amigos y otros significativos. Su escala de respuesta corresponde a una escala tipo Likert que abarca desde: 1= muy en desacuerdo a 7= muy de acuerdo. Ha sido ampliamente validada en los Estados Unidos, mostrando excelentes características métricas.

El instrumento ha sido traducido al español y se ha validado en Chile, para lo cual fue necesario realizar adaptaciones en la escala de respuesta consistentes en cambiarla por una escala de frecuencia tipo Likert de 4 puntos, 1= casi nunca; 2= a veces; 3= con frecuencia; 4= siempre o casi siempre. El instrumento en su versión chilena, presenta adecuadas propiedades psicométricas, con un alfa de Cronbach de 0,86 para la escala total (Arechavala y Miranda, 2002). Esta adaptación es la que se ha utilizado para la realización de este estudio.

A nivel general los ítems se clasifican en: Amigos (ítems 6, 7, 9, 12) Familia (3, 4, 8, 11) y Otros significativos (1, 2, 5, 10) donde un mayor puntaje en cada una de las escalas antes señaladas indica la presencia de mayor apoyo social; los puntajes finales de cada subescala se suman y se obtienen los puntajes brutos. En cuanto al resultado general el valor mínimo es un puntaje de 12 y el máximo de 48 y en el caso de las sub escalas familia, amigos y otros significativos el mínimo es 4 y el máximo es 16. En la medida que están más cercanos al puntaje máximo mejor es el apoyo social percibido; al contrario si están más cercanos al puntaje mínimo, más deficitario es el apoyo social percibido (Arechabala y Miranda, 2002).

3.6. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Una vez realizada la recogida de datos, se ha procedido a la clasificación de los mismos en una hoja de cálculo con el programa Microsoft Office Excel, la cual ha sido importada

al programa Statistical Package for the Social Sciences© (SPSS), para entorno Windows©, en su versión 21.0.

Los análisis realizados han sido:

- Análisis univariante, utilizando frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas y medias y desviación estándar para las variables cuantitativas.
- Análisis bivalente. Dado que la variable dependiente es la escala SHS (cuantitativa), se realizó en primer lugar la prueba Kolmogorov-Smirnov, obteniendo así que la muestra sigue una distribución normal. Por lo tanto, al cumplirse este criterio de normalidad, se han empleado test paramétricos para el análisis de los datos.
 - Correlación de Pearson para analizar el grado de relación existente entre dos variables cuantitativas, en este caso se trata de la variable dependiente cuantitativa bienestar/felicidad (medida a través de la escala SHS), con las variables independientes cuantitativas; edad, resultados en el MEC y apoyo social (medida a través de la escala MSPSS)
 - Prueba estadística T de Student para analizar la relación existente entre la variable cuantitativa dependiente y las variables cualitativas dicotómicas sexo (mujer/hombre), domicilio (residentes/no residentes) y salud percibida recodificada (buena/no buena)
 - Prueba ANOVA de un factor para analizar las variables cualitativas nivel de estudios y convivencia (más de dos categorías) con la variable dependiente felicidad.
 - Regresión: para analizar cuáles de las variables en estudio explican mejor la felicidad.

3.7.PROCEDIMIENTO Y CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para poder realizar este trabajo, se ha solicitado y obtenido autorización previa a:

- CLECE, S.A. que gestiona las residencias donde se ha llevado a cabo el estudio.

- Servicios Sociales del Ayuntamiento de Zaragoza para poder realizar las visitas domiciliarias a usuarios del S.A.D.
- Investigadores que han validado las escalas SHS y MSPSS en sus versiones en español.
- CEICA.

Una vez obtenidas las autorizaciones pertinentes (Anexo 8.1), se procedió a realizar el trabajo de recogida de información.

Los participantes en la investigación han recibido un documento de información al participante donde se detalla información de las características del estudio y la gestión de la información (Anexo 8.3)

En todos los casos, los participantes firmaron un documento de consentimiento informado, garante de que conocían los motivos del estudio y la voluntariedad de su participación (Anexo 8.4)

La recogida de datos se ha realizado entre los meses de abril y mayo de 2018 y se ha garantizado la confidencialidad de los mismos y el anonimato de las personas participantes, cumpliendo así con la ley de protección de datos.

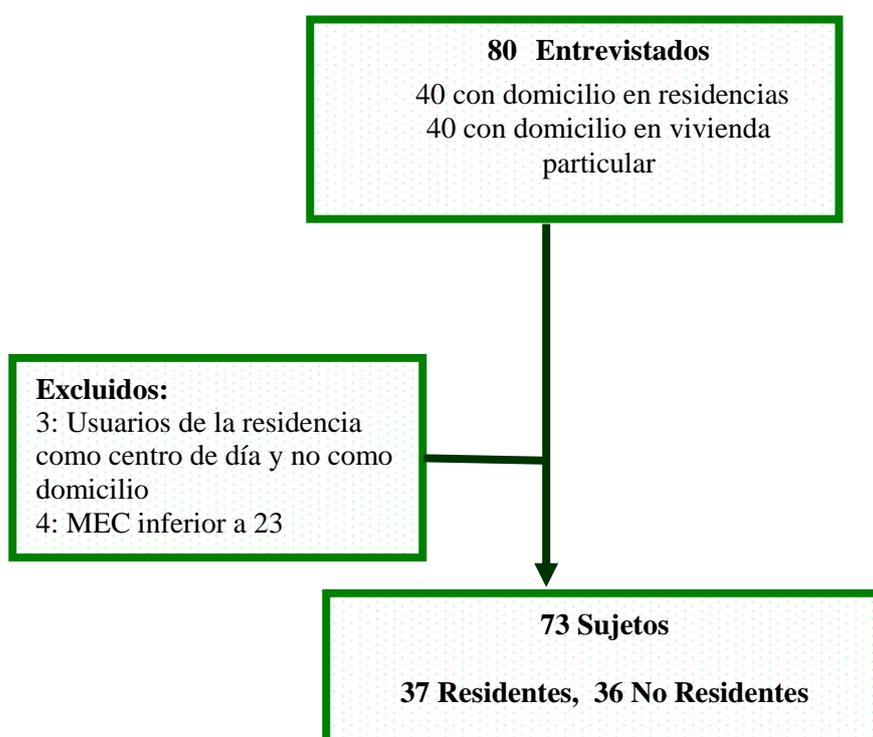
4. RESULTADOS

4.1.DESCRPTIVO

- **Variables sociodemográficas**

En la realización de este trabajo se ha utilizado una muestra de 73 personas, de las cuales 37 viven en residencia (50,7%), y 36 en domicilios.

Figura 1. Flowchart de la captación.



Fuente: Elaboración propia

Los participantes se encuentran entre los 65 y 99 años, con una edad promedio de 84,12 \pm 6,86 años, siendo algo superior el promedio de edad de los residentes frente a los no residentes. Esta diferencia de edad entre residentes y no residentes nos confirma la idea de que las personas se suelen mantener en su domicilio mientras pueden hacer frente de forma autónoma a las necesidades básicas e instrumentales de la vida diaria y, a medida que como consecuencia de la edad estas capacidades van disminuyendo y aumentan los impedimentos para vivir en domicilio, las personas ingresan en centros institucionales.

Tabla 2: *descriptivo variable cuantitativa edad según domicilio*

	RESIDENTES			NO RESIDENTES			MUESTRA TOTAL		
	N	\bar{X}	σ	N	\bar{X}	σ	N	\bar{X}	σ
EDAD	37	84,70	7,51	36	83,53	6,18	73	84,12	6,86

Fuente: Elaboración propia

De las personas entrevistadas, 55 son mujeres (75,3%) y 18 son hombres. Este porcentaje de mujeres es más alto en la residencia 78,4%, que en los domicilios 72,2%, mientras que con los hombres sucede lo contrario, su porcentaje es más elevado en los domicilios (27,8%) que en las residencias (21,6%). Este dato puede resultar curioso, dado que tradicionalmente las mujeres se suelen desenvolver mejor y de forma más autónoma en los domicilios que los hombres, y cabría esperar otra distribución porcentual, si bien es cierto que las personas entrevistadas en domicilios cuentan con la ayuda de SAD y por tanto, reciben apoyo tanto de acompañamiento como en las tareas domésticas.

El 89% de las personas entrevistadas tienen hasta estudios primarios completos, mientras que el 11% restante tienen estudios secundarios. Ningún participante tiene estudios universitarios. Los datos nos reflejan un bajo nivel académico entre las personas entrevistadas y son muy similares entre residentes y no residentes.

El 58,9% son viudos, el 28,8% casados, el 8,2% solteros y el 4,1% separados/divorciados. En un análisis cruzado de las variables estado civil y domicilio encontramos que un 36,1% de los no residentes están casados, frente a un 21,6% de los residentes. La mayoría de las personas entrevistadas (71,2%) viven solas. Esta situación de convivencia es más frecuente entre los usuarios de residencia (75,7) que entre las personas que viven en su domicilio (66,7%), donde es mayor la frecuencia de personas que conviven con su pareja (33,3%).

Este porcentaje nos indica una tendencia a mantenerse en su domicilio cuando viven los dos miembros de la pareja.

Tabla 3: *descriptivo variables cualitativas*

	RESIDENTES		NO RESIDENTES		MUESTRA TOTAL		P valor
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	χ^2
SEXO							0,54
Mujer	29	78,4	26	72,2	55	75,3	
Hombre	8	21,6	10	27,8	18	24,7	
Total	37		36		73		
ESTUDIOS							0,90
Primarios incompletos	21	56,8	22	61,1	43	58,9	
Primarios completos	12	32,4	10	27,8	22	30,1	
Bachillerato/FP	4	10,8	4	11,1	8	11,0	
Universitarios	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
ESTADO CIVIL							0,49
Casado/a	8	21,6	13	36,1	21	28,8	
Separado/divorciado	2	5,4	1	2,8	3	4,1	
Soltero/a	4	10,8	2	5,6	6	8,2	
Viudo/a	23	62,2	20	55,6	43	58,9	
CON QUIEN CONVIVE							0,35
Solo/a	28	75,7	24	66,7	52	71,2	
Pareja	8	21,6	12	33,3	20	27,4	
Pareja+hijo/nieto	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Otros	1	2,7	0	0,0	1	1,4	

Fuente: Elaboración propia

- **Variable de mantenimiento cognitivo**

Las personas entrevistadas pertenecen a un colectivo que no tiene deterioro cognitivo, siendo la media en el MEC de $29,53 \pm 3,46$. Este resultado es superior entre las personas no residentes ($\bar{x} = 30,36$) que entre los residentes ($\bar{x} = 28,73$), situación lógica en el sentido de que la ausencia de deterioro cognitivo propicia una vida autónoma, pero a medida que las capacidades cognitivas merman (aunque no se llegue

a un diagnóstico de deterioro) disminuye la autonomía personal en cuanto a actividades básicas o instrumentales de la vida diaria.

Tabla 4: *descriptivo variable cuantitativa MEC según domicilio*

	RESIDENTES			NO RESIDENTES			MUESTRA TOTAL		
	N	\bar{X}	σ	N	\bar{X}	σ	N	\bar{X}	σ
MEC	37	28,73	3,75	36	30,36	2,96	73	29,53	3,46

Fuente: Elaboración propia

- **Variable salud percibida**

Algo más de la mitad de la muestra estudiada (52.1%) considera que su salud es regular y un 30% la percibe como buena. Las personas residentes se perciben en buena medida (40,5%) con buena salud, mientras que los no residentes se perciben en mayor medida con una salud regular (66,7%).

Tabla 5: Percepción de salud y salud recodificada según domicilio

	RESIDENTES		NO RESIDENTES		MUESTRA TOTAL		P valor χ^2
	N	%	N	%	N	%	
SALUD PERCIBIDA							0,09
Muy buena	3	8,1	1	2,8	4	5,5	
Buena	15	40,5	7	19,4	22	30,0	
Regular	14	37,8	24	66,7	38	52,1	
Mala	5	13,5	3	8,3	8	11,0	
Muy mala	0	0,0	1	2,8	1	1,4	
SALUD PERCIBIDA RECODIFICADA							0,01
Buena	18	48,6	8	22,2	26	35,6	
No buena	19	51,4	28	77,8	47	64,4	

Fuente: Elaboración propia

Con fines a facilitar la comparativa con otros estudios, se ha recodificado la variable que inicialmente tenía cinco categorías (muy buena, buena, regular, mala y muy mala) en dos: muy buena/buena como “buena” (35,6%) y regular/mala y muy mala como “no buena” (64,4%). Las personas que viven en residencia perciben en conjunto y de forma significativa, una mejor salud que las personas que viven en sus domicilios (48,6% frente a 22,2% respectivamente) y, por tanto, la percepción de “no buena salud” es mayor entre los no residentes (77,8%) que entre los residentes (51,4%).

Estas diferencias significativas nos ayudan a entenderlas la presencia continua de personal sanitario (médico, ATS, fisioterapeuta, etc) en las instalaciones residenciales, con el consecuente apoyo inmediato a posibles afecciones de salud y, sobre todo, con la percepción de tranquilidad que supone para los residentes tener personal sanitario con disponibilidad inmediata, sin desplazamientos ni demoras en la atención.

- **Análisis Descriptivo de la variable (escala) felicidad**

La escala de bienestar/felicidad, la componen 4 ítems que miden satisfacción global (aspecto cognitivo), comparativa con iguales, afectos positivos (alegría, optimismo, etc) y afectos negativos (pesimismo, celos, envidias, etc.)

Invertida la puntuación de la pregunta nº4 (identificación con afectos negativos, que influyen negativamente en el bienestar), se observa que las puntuaciones en esta escala son medio-altas, siendo la media $5,04 \pm 1,198$ (entre un mínimo de 1 y máximo de 7). El valor más relevante es la no identificación con los afectos negativos y el de menos peso (aunque por encima de la media), la identificación con los afectos positivos.

En el análisis detallado según el lugar donde habitan, las personas que viven en domicilio presentan en todos los índices puntuaciones ligeramente superiores a las personas que viven en residencia, principalmente en la valoración de la felicidad personal. Esta valoración supone el componente cognitivo que valora la satisfacción general con la vida, y ya hemos visto que los componentes cognitivos se conservan en mayor medida mientras se vive en el domicilio.

El único aspecto donde las personas institucionalizadas puntúan algo mejor es la no identificación con los afectos negativos, lo que implica una menor tendencia en los

residentes a dejarse llevar por sentimientos de culpa, ansiedad, preocupación, vergüenza, estrés, etc.

Tabla 6: *Descriptivo Escala de felicidad según domicilio*

	Residentes		No Residentes		Muestra Total	
	\bar{X}	σ	\bar{X}	σ	\bar{X}	σ
Felicidad personal	4,70	1,59	5,41	1,27	5,05	1,48
Felicidad comparada con los pares	4,94	1,28	4,97	1,23	4,95	1,25
Identificación con afectos positivos	4,64	1,85	4,91	1,57	4,78	1,71
No Identificación con afectos negativos	5,59	1,64	5,13	1,75	5,37	1,70
Total	19,89	5,03	20,44	4,58	20,16	4,79
Total Promediado	4,97	1,25	5,11	1,14	5,04	1,19

Fuente: Elaboración propia

- **Análisis Descriptivo de la variable (escala) apoyo social**

Atendiendo a los resultados, el promedio de apoyo social percibido por las personas entrevistadas es de $3,00 \pm 0,794$ (escala 1-4). La familia es el factor que en mayor medida incide en la percepción de apoyo social ($\bar{x} = 3,4$), mientras que en este grupo de edad, los amigos son los que en menor medida influyen en la percepción de apoyo ($\bar{x} = 2,3$). A este respecto, cabe mencionar que a medida que aumenta la edad del individuo, suele aumentar la edad de sus amigos, con lo que la frecuencia de los contactos con ellos se ve mermada por problemas de salud, desplazamiento e, incluso, defunción de alguno de ellos.

En el análisis según el lugar donde viven, los entrevistados que viven en su domicilio consideran de la familia y otros referentes como sus fuentes principales de apoyo, mientras que las personas que viven en residencia, si bien la familia y otros referentes son considerados como las principales fuentes de apoyo, los amigos tienen un peso mayor que en el caso de los son institucionalizados.

Este hecho puede estar motivado por el mayor nivel de interacción social a la que están expuestos las personas que viven en residencia, frente a los que viven en domicilios,

principalmente si éstos tienen problemas de movilidad, inseguridad y pérdidas y/o traslados de amigos.

Tabla 7: *Descriptivo indicadores de apoyo social*

	Residentes		No Residentes		Muestra Total	
	\bar{X}	σ	\bar{X}	σ	\bar{X}	σ
APOYO SOCIAL FAMILIA						
Puntuación total	13,05	4,18	14,16	3,40	13,60	3,83
Puntuación promediada	3,26	1,04	3,54	0,85	3,40	0,95
APOYO SOCIAL AMIGOS						
Puntuación total	9,94	4,06	8,88	3,99	9,42	4,03
Puntuación promediada	2,48	1,01	2,22	0,99	2,35	1,00
APOYO SOCIAL OTROS REFERENTES						
Puntuación total	12,45	3,32	13,66	3,44	13,05	3,41
Puntuación promediada	3,11	0,83	3,41	0,86	3,26	0,85
APOYO SOCIAL TOTAL						
Puntuación total	35,45	2,95	36,72	9,05	36,08	9,52
Puntuación promediada	2,95	0,83	3,06	0,75	3,06	0,79

Fuente: Elaboración propia

4.2. CORRELACIONES Y REGRESIONES

La prueba de Kolmogorov-Smirnov determina que la distribución de contraste es la normal, por lo que se utilizan para profundizar en el análisis test paramétricos:

Cumpliendo con nuestro principal objetivo buscamos correlación entre felicidad y el resto de las variables en estudio, obteniendo los siguientes resultados

❖ Correlación de Pearson:

Felicidad

- Se ha encontrado una relación significativa y positiva entre la felicidad y el MEC: a mayor resultado del MEC (mejor mantenimiento de las capacidades cognitivas),

mayor percepción de felicidad. Este dato puede ser explicado desde la perspectiva teórica de que el bienestar subjetivo tiene un componente cognitivo y otro afectivo. Si el componente cognitivo está algo afectado (aunque no implique deterioro), no se está en situación de hacer una correcta valoración sobre la satisfacción global con la vida, aunque no estén mermadas las capacidades de sentir afectos positivos y negativos.

- Existe una relación significativa entre el apoyo social y la percepción de bienestar, es decir, a mayor apoyo social, mayor percepción de felicidad. Esto sucede tanto en el apoyo social total, como en cada uno de sus componentes (familia, amigos y otros referentes)

Tabla 8: *Correlaciones de felicidad con Variables cuantitativas*

Variabes	Sig.	P
Edad	0,85	0,31
MEC	0,07	0,22
Apoyo Social	0,00	0,43
Apoyo Social Familia	0,00	0,36
Apoyo Social Amigos	0,01	0,28
Apoyo Social Otros referentes	0,00	0,45

Fuente: Elaboración propia

Otras correlaciones cuantitativas significativas

- Existe una relación negativa significativa entre la edad y el nivel cognitivo. A medida que aumentan los años de las personas en estudio, disminuye el nivel cognitivo de las mismas aumentando las probabilidades de deterioro (P=0,02)
- Se ha encontrado una relación positiva y significativa entre el apoyo social y el MEC: a mayor nivel de resultados de MEC, mayor percepción de apoyo, principalmente el apoyo proporcionado por amigos. Esto implica que cuanto mejor es nuestro mantenimiento cognitivo, en mayor medida se valora la importancia de nuestros amigos en nuestro bienestar, mientras que el deterioro cognitivo lleva implícito una pérdida de significación de los mismos.

Tabla 9: *Correlaciones otras variables significativas*

Relación entre Variables	Sig.	P
MEC- Edad	0,02	- 0,25
MEC- Apoyo social	0,02	0,25
MEC -Apoyo Social Familia	0,27	0,12
MEC - Apoyo Social Amigos	0,00	0,34
MEC - Apoyo Social Otros referentes	0,16	0,16

Fuente: Elaboración propia

❖ T de Student:

Nivel cognitivo

- Se ha encontrado relación entre el nivel de deterioro cognitivo y el lugar de residencia. Las personas que viven en residencia tienen un nivel de deterioro significativamente mayor que las personas que viven en domicilios (significación bilateral 0,04), lo que es un dato congruente con la realidad de que muchos mayores son derivados a residencia cuando su nivel cognitivo empieza a dar síntomas de deterioro, dado que ellos mismos (o sus familiares) empiezan a ser conscientes de la problemática que ello supone a nivel de afrontar las actividades básicas y/o instrumentales de la vida diaria, principalmente cuando viven solos.

Tabla 10: *Relación de Felicidad con variables cualitativas*

	\bar{x} Felicidad	P	\bar{x} Apoyo Social	P
Sexo		0,573		0,777
Mujeres	5,180		3,022	
Hombres	4,995		2,958	
Domicilio		0,626		0,575
Residentes	4,973		2,955	
No residentes	5,111		3,060	
Salud Percibida		0,010		0,627
Buen estado	5,519		2,945	
No buen estado	4,776		3,040	

Fuente: Elaboración propia

Felicidad

- Aunque las mujeres se muestran ligeramente más felices que los hombres, no hay diferencias significativas en felicidad en función del sexo.
- Hay diferencias significativas en felicidad en función de la salud percibida, siendo las personas que mejor salud perciben las que muestran mayor nivel de felicidad.
- No hay diferencias significativas en felicidad en función del lugar de residencia, aunque los no residentes se perciben ligeramente más felices que los residentes.

➤ *Felicidad de los residentes*

Las personas residentes muestran correlaciones significativas entre felicidad, estado cognitivo y apoyo social, principalmente el proporcionado por los amigos y por otros referentes, y de manera no significativa con el proporcionado por la familia.

Estos datos nos muestran que en la residencia cobra una mayor relevancia la interacción social con otros residentes (se vive en mayor o menor medida en comunidad), y si bien no se suele perder el contacto familiar, la frecuencia del mismo puede llegar a ser no tan notoria por el convencimiento familiar de que el residente está bien atendido.

❖ *Felicidad de los no residentes*

Las personas no residentes muestran correlaciones significativas entre la felicidad y el apoyo social, principalmente el proporcionado por la familia y por otros referentes, y de manera no significativa, con el proporcionado por los amigos. El mayor que vive en su domicilio (principalmente cuando vive sólo), suele demandar/recibir el apoyo familiar, así como el apoyo de otros referentes (ayuda domicilia), puesto que el apoyo de los amigos coetáneos se suele ir reduciendo por falta de contacto o deceso de los mismos

Tabla 11: *Relación de Felicidad con variables cuantitativas en función de residencia*

	Residentes		No Residentes	
	Sig.	P	Sig.	P
MEC	0,01	0,40	0,28	0,18
Apoyo Social total	0,01	0,41	0,00	0,44
Apoyo Social Familia	0,09	0,27	0,00	0,48
Apoyo Social Amigos	0,01	0,38	0,24	0,19
Apoyo Social Otros referentes	0,00	0,44	0,00	0,46

Fuente: Elaboración propia

Apoyo Social

- No existen diferencias significativas entre el apoyo social y el sexo, el lugar de residencia y la percepción de salud, aunque los datos reflejan que las mujeres perciben ligeramente mayor apoyo que los hombres, las personas que viven en domicilios perciben algo más de apoyo social que las personas que viven en residencia y los mayores con peor salud perciben ligeramente mayor apoyo que los que cuentan con buena salud.

❖ Anova

Se ha analizado la relación existente entre el nivel de estudios, estado civil y convivencia con las escalas de felicidad y apoyo social a través de la prueba Anova de un factor.

Nivel de estudios

En relación al nivel de estudios, no se ha encontrado diferencias significativas respecto al valor obtenido en las escala de felicidad, lo que quiere decir que el nivel educativo de los sujetos entrevistados no influye en la percepción de felicidad.

Algo parecido sucede con el apoyo social: aunque está cerca de la significación (0,069), no se puede confirmar la relación entre el nivel de estudios y el apoyo social percibido.

Estado civil

No se aprecian diferencias significativas en la felicidad entre las personas entrevistadas en función del estado civil de las mismas.

Lo mismo ocurre con el apoyo social percibido: no existen diferencias significativas en el mismo en función del estado civil de los entrevistados.

Convivencia

No se aprecian diferencias significativas en la felicidad entre las personas entrevistadas en función de con quien conviven los mismos.

Algo parecido sucede con el apoyo social: aunque está cerca de la significación (0,070), no se puede confirmar la relación entre el tipo de convivencia y el apoyo social percibido.

❖ Regresión

Respecto a la regresión lineal que se analizó con la variable resultado: felicidad, se incluyeron como variables mediadoras la edad, nivel cognitivo, salud percibida y apoyo social. El modelo obtenido presenta una significatividad de 0,00 y un Rcuadrado de 0,273, lo que indica que las variables apoyo social junto a la salud percibida representan un peso en el modelo, explicando el 27% de la felicidad.

5. DISCUSIÓN

En la realización de esta investigación se ha pretendido demostrar la relación entre la percepción de Bienestar Subjetivo (felicidad hedónica) con el lugar donde viven las personas entrevistadas mayores de 65 años (residencia o domicilio particular).

En vista de los resultados cabe decir que en la muestra estudiada la hipótesis para el estudio “las personas que viven en domicilios presentan mayor nivel de bienestar que las que viven institucionalizadas” no se confirma, dado que no se han obtenido diferencias significativas entre ambos grupos (residentes y no residentes) en cuanto a la percepción de felicidad, aunque ésta sea ligeramente más alta en el grupo de no residentes.

Si comparamos los resultados obtenidos en la hipótesis de partida con la investigación realizada por Cuadros-Bordal en la que analiza un grupo de residentes con no residentes de la provincia de Jaén (N=50), la autora concluye que el lugar de residencia sí influye en el bienestar subjetivo, siendo las personas que viven en domicilios las que presentan niveles de bienestar significativamente superiores. Algo parecido ocurre con la investigación realizada por Arias, W. et al. en Perú que confirma los mayores niveles de felicidad entre las personas no institucionalizadas que entre las institucionalizadas.

Estos datos que aparentemente entran en contradicción con los hallados en este trabajo pueden ser debidos tanto a la delimitación del concepto de bienestar subjetivo (en nuestro caso, hemos tratado el concepto de bienestar desde una perspectiva de felicidad hedónica mientras que la investigación llevada a cabo en Jaén y Perú se centra en una perspectiva eudaimónica, ligada al desarrollo del potencial humano), a los diversos instrumentos de medida utilizados para medir el bienestar así como a posibles características diferenciadoras de los centros residenciales.

El promedio de felicidad en el grupo entrevistado es medio-alto ($\bar{x} = 5,04$, escala 1-7). Este promedio, coincide de forma casi precisa con el estudio llevado a cabo por Extremera, Fernández-Berrocal, González-Herero y Cabello (2009) con objeto de validar la escala en España, con una muestra de 727 estudiantes de secundaria y universidad con una edad promedio de 18,89 años, cuyos resultados globales son ($\bar{x} = 5,05$).

Aunque ambas muestras son claramente diferentes en cuanto a edad promedio, las puntuaciones obtenidas en ambos estudios podría confirmar la idea presentada en la revisión realizada por Bohorquez M.R., Lorenzo M. y García A.J. (2013), de que la felicidad a lo largo del ciclo vital de una persona, si bien tiende a permanecer estable, presenta una pauta parabólica en forma de “U”, según la cual los jóvenes y las personas mayores serían más felices que las personas de mediana edad.

Si comparamos estos resultados con la investigación llevada a cabo en Argentina por Ortiz, Gancedo y Reyna (2013), donde se aplicó la escala a un colectivo de 324 personas adultas de 18 a 65 años, mayoritariamente mujeres (56,2%), observamos que los resultados obtenidos en la muestra objeto del presente trabajo son algo superiores (media de felicidad en la muestra Argentina 19,5, frente a 20,1 en Zaragoza). Esta diferencia se debe principalmente a que los afectos negativos tienen menor incidencia en la muestra aragonesa, y confirmaría la idea de Fernández Ballesteros de que con la edad, en el mundo afectivo parecen ocurrir cambios positivos esencialmente ligados a un declive de la emocionalidad negativa que algunos autores han conceptualizado como una mejor integración o elaboración emocional.

En relación al sexo, no se han observado diferencias significativas entre hombres y mujeres en relación a la felicidad percibida. Estos resultados corroboran los obtenidos por Ortiz, Gancedo y Reyna (2013), los de los propios autores de la escala Lyubomirsky y Lepper (1999), y otras investigaciones como las realizadas por Hernández y Hernández (2016) con una muestra de 102 personas mayores en Santa Cruz de Tenerife (74,5% mujeres), en la que además no se encontraron diferencias significativas en función del estado civil o el vivir solo o acompañado. A este respecto, los datos pueden parecer contradictorios con la opinión de otros expertos (v.g. García Martín, M.A., 2002) que señala que el matrimonio es uno de los máximos predictores de la satisfacción con la vida, pero ésta apreciación comprende sólo el componente cognitivo del bienestar subjetivo, obviando los componentes afectivos del mismo. Por tanto, al igual que sucede con la variable sexo, el vivir sólo o en compañía no se considera una variable explicativa de las posibles diferencias en la medida del bienestar subjetivo entre los encuestados.

La relación de la felicidad con variables sociodemográficas nos lleva a la conclusión de que éstas tienen una relación poco significativa con la misma, lo que confirma la idea de Bohorquez, Lorenzo y García, en la revisión sistemática realizada sobre el bienestar

subjetivo en la que concluyen que los factores psicosociales tienen un peso mucho más importante que los factores sociodemográficos a la hora de explicar los determinantes del bienestar subjetivo.

En la misma línea, Sonja Lyubomirsky, tras muchos años de investigaciones en el ámbito de la felicidad, considera que los genes y las circunstancias (entendidas como tales los factores sociodemográficos) sólo explican el 50% de la misma, quedando el resto de los factores determinantes del bienestar en manos de la actividad intencional/deliberada del individuo (cultivar el optimismo, la amabilidad, las relaciones con los demás, evitar los pensamientos obsesivos, cuidar la salud, etc.)

En el presente estudio se encontró una relación positiva entre la percepción de salud y el bienestar subjetivo de los entrevistados, lo cual nos indica, que cuanto mejor sea la percepción de salud, tendrán mayor felicidad percibida. Las personas que perciben tener buena salud se sienten más felices (tienen mayor bienestar subjetivo) que las personas que perciben su salud como no buena, dándose la particularidad de que las personas que viven en residencia perciben tener mejor salud que las personas que viven en domicilio. El hecho de que esta percepción de buena salud entre los residentes no de lugar a un nivel de felicidad significativamente mayor que los no institucionalizados puede deberse al efecto de otras variables mediadoras que al igual que la salud y el apoyo social, incidan en la percepción de felicidad y que en el presente estudio no se hayan contemplado.

Los datos que vinculan la percepción de salud con el bienestar subjetivo se muestran consistentes con los encontrados por Hernández y Landero (2013) en un grupo de 90 mujeres con cáncer de mama, quienes afirman que se puede considerar al estado de salud como uno de los principales determinantes de la felicidad, ya que el hecho de tener una buena salud, incrementa considerablemente la misma. Como se trata de una relación bivariada, también se puede considerar el efecto de la felicidad sobre la salud, es decir, quienes experimentan emociones positivas, pueden ayudar a incrementar tanto la salud física, como mental, como lo mencionan Lyubomirsky et al., al afirmar que las personas felices, reportan menos sintomatología en el ámbito de la salud física y mental.

En cuanto a salud mental se refiere, tanto la investigación de Cuadros-Bordal como la de Arias, W. et al confirman que el lugar de residencia (personas institucionalizadas y no institucionalizadas) no influye significativamente en la presencia de síntomas depresivos,

por lo que cabe suponer que son las instituciones residenciales las que provocan una mayor percepción de buena salud física entre sus usuarios.

En la investigación se ha encontrado una clara relación entre el bienestar subjetivo y el apoyo social.

Esta relación es significativa tanto entre los residentes como entre las personas que viven en domicilios, siendo la familia el máximo exponente de este apoyo y los amigos los que en menor medida lo proporcionan en este grupo de edad. No obstante, aquí también encontramos diferencias en relación al lugar de residencia: son las personas que viven en domicilios las que en mayor medida dependen de la familia y otros referentes para lograr su bienestar, mientras que en el grupo de residentes el mayor peso del apoyo lo llevan otros referentes y los amigos, siendo la percepción del apoyo social de la familia menos significativa estadísticamente. En opinión de Cuadros-Bordal, los mayores institucionalizados perciben el déficit de la intensidad de los vínculos familiares, lo que representa para ellos un importante motivo de insatisfacción. Las personas mayores valoran en una gran magnitud el hecho de recibir de manera periódica las visitas de sus familiares. La escasez de visitas constituye un importante elemento de desengaño que tiende a generar entre los mayores incluso la desilusión por la vida.

La relación del apoyo social con variables sociodemográficas nos lleva a la conclusión de que aunque las mujeres se perciben ligeramente con más apoyo que los hombres, no existen diferencias significativas en función del sexo. Este hallazgo confirma los encontrados por Vivaldi y Barra en una muestra de 250 personas en Chile, en las que analiza la relación entre el apoyo social y el bienestar psicológico. En dicha investigación se encontró una relación significativa entre el apoyo social y el hecho de vivir en pareja, dato que en nuestra investigación si bien se acerca a una relación significativa (0,07), no incitan a ser considerados como datos concluyentes. La variable sociodemográfica que en nuestro caso aparece como en mayor medida cercana al apoyo social es la del nivel de estudios (0,06), aunque los datos tampoco son determinantes.

5.1. LIMITACIONES

Las limitaciones de este estudio se centran en diversos ámbitos:

- Selección de la muestra: tanto los criterios de selección como el número de la muestra, pueden estar condicionando los resultados e imposibilitando que los datos puedan ser generalizados a la población mayor de 65 años de Zaragoza. A este respecto convendría elegir una muestra estadísticamente significativa que incluyera, en relación a las personas que viven en sus domicilios a colectivos no sujetos a ser receptores del servicio de ayuda domiciliaria y, en relación a personas institucionalizadas, mayor número de casos de personas que habitan en residencias públicas.
- Variables en estudio: si bien las variables seleccionadas, forman parte de la literatura científica en relación al bienestar subjetivo, éstas se han mostrado insuficientes para explicar en mayor medida los factores que influyen en este bienestar, dado que el mantenimiento de las capacidades cognitivas, la percepción de buena salud y el apoyo social explican en nuestra investigación el 27% del bienestar subjetivo. Convendría analizar otro tipo de variables: personalidad, creencias, incidentes críticos, nivel socioeconómico, etc.
- Instrumentos de medida: la escala SHS ha demostrado buenos niveles de validez en los estudios realizados con muestras latinas, no obstante, sería conveniente contrastar estos resultados con otras escalas de bienestar subjetivo con objeto de comparar resultados.
- Como último punto, sería interesante contrastar las percepciones de las personas residentes y no residentes (que viven en su domicilio) con usuarios de centros de día, con objeto de analizar diferencias entre los tres tipos de colectivos en cuanto a percepción de felicidad.

5.2. APORTACIONES

En la literatura científica si bien cada vez existe más investigación sobre la calidad de vida y el bienestar subjetivo en personas mayores, es escasa la investigación comparativa entre mayores institucionalizados y no institucionalizados.

La importancia de este estudio, se basa en contrastar el bienestar subjetivo de un grupo de personas mayores de 65 años que viven en residencias y en domicilios particulares, y la relación de este bienestar con factores demográficos, de apoyo social y de salud percibida y ayudar al avance científico en este tema, en un ámbito de investigación donde existen escasos estudios comparativos.

Hay que tener en cuenta el factor “hábitat” como entorno de la persona, para valorar la calidad de vida del mayor, puesto que a nivel físico, el estado de salud podrá mejorar en función de los cuidados que reciba y a nivel psicológico, el grado de bienestar subjetivo también podrá variar dependiendo del apoyo emocional que le ofrezca su entorno, con el objetivo primordial de conseguir más años con más calidad.

6. CONCLUSIONES

A pesar de las limitaciones que contiene el estudio, los datos obtenidos nos invitan a hacer ciertas reflexiones generales acerca de algunos aspectos que consideramos importantes para el bienestar de nuestros mayores, institucionalizados o no.

La felicidad hedónica (bienestar subjetivo) se encuentra en buena medida relacionada con variables tales como la percepción de buena salud, el apoyo social y la ausencia de deterioro cognitivo. No obstante, se hace necesaria la investigación para profundizar en el análisis de qué otros dominios específicos inciden en este bienestar y en qué medida cada uno de ellos lo explican, dado que si bien las variables estudiadas proporcionan una información interesante sobre el tema, ésta es aún insuficiente y habría que relacionar el bienestar con otras variables tales como la realización de actividades, acontecimientos críticos personales, espiritualidad, nivel socioeconómico y/o rasgos estables de personalidad.

El nivel de bienestar subjetivo de los mayores residentes y no residentes usuarios del SAD nos proporciona unos buenos resultados, aunque el interés en el ámbito de la investigación deberá centrar en qué ámbitos incidir para mejorar los mismos.

En la muestra estudiada, el lugar de residencia (instituciones o domicilios particulares) no influye significativamente en la felicidad, por lo que concluimos que el lugar donde vivimos no es un factor determinante en nuestra percepción de bienestar. La comparación con estudios similares nos cuestiona la consistencia o rotundidad de esta afirmación. No obstante, factores de delimitación del concepto, de tipo metodológico, características de las muestras, calidad de las instituciones y/o características de los núcleos primarios familiares pueden estar condicionando los diferentes resultados.

La percepción de buena salud influye significativamente en nuestra percepción de bienestar y es en esta variable donde encontramos diferencias entre el hábitat público y privado. Las personas institucionalizadas sin deterioro cognitivo perciben mejor estado de salud que los mayores que viven en domicilios. Es posible que esta percepción esté en gran medida vinculada a la salud física por la existencia de personal sanitario cercano y de pronta disponibilidad, por lo que tal vez se debería abrir nuevas líneas de investigación de cómo potenciar en los mayores que viven en domicilio una percepción similar. De

cualquiera de las maneras, se ve conveniente incidir en la población mayor en focalizar la atención en los efectos de la salud mantenida más que en los problemas de la salud perdida con objeto de fomentar una mejora de la percepción de bienestar.

El apoyo social se ha mostrado como otro importante gradiente de la percepción de bienestar en los colectivos estudiados. Tanto los mayores residentes como los no residentes necesitan y demandan dicho apoyo, pero el hábitat también aquí condiciona en alguna medida las características del mismo. El peso del apoyo familiar es primordial en el bienestar de los mayores, principalmente de aquellos que viven en sus domicilios, pero cuando la persona está institucionalizada (se percibe que el mayor tiene cubiertas sus necesidades básicas y suele disminuir la frecuencia de contactos), la familia deja de ser el eje sobre el que se vincula este apoyo social y cobra importancia práctica otras fuentes de apoyo como son otros referentes (cuidadores y diversos apoyos comunitarios) y amigos. Sería muy conveniente profundizar en cómo integrar la presencia familiar en las instituciones y cómo potenciar el mantenimiento de la relación con los amigos en el caso de las personas mayores que viven en sus domicilios y tienen problemas de movilidad y/o de soledad en los desplazamientos. También consideramos conveniente promocionar la creación de nuevas amistades entre las personas mayores, como fuente a la que recurrir en momentos placenteros y de mayor vulnerabilidad, cuando el núcleo primario de amigos se va perdiendo por cuestiones de muerte, desplazamiento a otros lugares y/o ingresos residenciales.

Para concluir debemos decir que el gozar de un buen nivel de bienestar subjetivo es fundamental durante el proceso de la vejez, ya que vemos muy favorable que la etapa final del ciclo vital concluya con una valoración positiva del recorrido de la vida, con muchos y buenos momentos que den lugar a sentimientos positivos y con un impacto ajustado de los afectos negativos que originan las frecuentes pérdidas (salud, amigos, familia, etc) que van teniendo lugar en este final del ciclo.

Dada la complejidad del tema analizado, consideramos la necesidad de realizar nuevos estudios que ahonden tanto en la delimitación de concepto de bienestar, como en las variables que en mayor medida lo explican.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguerre, C., & Bouffard, L. (2008). Envejecimiento exitoso: Teorías, investigaciones y aplicaciones clínicas. *Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria*, 22, 1146-1162.

Andrés, S., Álamo, T., (2015). *Evaluación del apoyo social de la población mayor de Villamuriel de Cerrato-Palencia*. Trabajo Fin de Grado. Universidad de Valladolid. Recuperado de <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/14960>

Arechavala, C., Miranda, C. (2002). Validación de una escala de apoyo social percibido en un grupo de adultos mayores adscritos a un programa de hipertensión de la región metropolitana. *Ciencia y enfermería* 8 (1)

Arias, W., Yepez, L., Ana L. Núñez, A.L., Oblitas, A., Pinedo, S., María A. Masías, M.A. y Hurtado, J. (2013). Felicidad, depresión y creencia en la benevolencia humana en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados. *Propósitos y Representaciones*, 1 (2), 83-103. doi: <http://dx.doi.org/10.20511/pyr2013.v1n2.32>

Argyle, M. (1987). *The psychology of happiness*. Londres y New York: Methuen

Argyle, M. (1997). Is happiness a cause of health? *Psychological Health*, 12, 769-781.

Bohorquez, M.R., Lorenzo, M., García, A.J. (2013). Felicidad y actividad física en personas mayores. *Escritos de Psicología* 6 (2), 6-12.

Cuadros-Bordal, A. D. (2013). *Aproximación desde el Trabajo Social: Depresión y bienestar subjetivo en mayores institucionalizados vs no institucionalizados*. Colegio Oficial de Diplomadas y Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de Málaga.

Díaz, G. (2001). El bienestar subjetivo. Actualidad y perspectivas. *Revista cubana de medicina General e integral* 17 (6). 572-9.

Diener, E (1994). El Bienestar subjetivo. *Publicación del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid* Recuperado de <http://www.cop.es/publicaciones/psicosocial/psicosocial.htm>

Extremera, N., Fernández-Berrocal, P., González-Herrero, V., Cabello, R. (2009). Una Validación preliminar de la versión española de la Subjective Happiness Scale. Fundación Marcelino Botín, I Congreso Internacional de Inteligencia Emocional. Santander

Fernandez-Ballesteros, R. (2004). "Psicología de la vejez", (Foz, M.). *Monografías Humanistas*. Barcelona, Fundación Medicina y Humanidades Médicas. 27-38.

Fernandez-Ballesteros, R., Moya, R., Iñiguez, J., Zamarrón, M.D.(1999). Qué es la psicología de la vejez. Madrid, España: Editorial Biblioteca Nueva, S.L.

Flecha, A.C. (2015). Bienestar psicológico subjetivo y personas mayores residentes. *Pedagogía social, revista interuniversitaria* 25, 319-341.

García, M.A. (2002): El Bienestar Subjetivo. *Escritos de Psicología Núm. 6*, 18-39.

González, R., Valle, A., Arce, F. y Fariña, F. (2010). Calidad de vida, bienestar y salud. La Coruña: *Psicoeduca*

González, V., (2008). *Bienestar personal y actividades en la edad adulta tardía* (Tesis doctoral). Universidad de Málaga. Recuperado de <https://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/4914/TD%20de%20Vanessa%20Gonzalez%20Herero.pdf?sequence=1>.

Hernández, A.G., Hernández L (2016). *Bienestar subjetivo, bienestar psicológico y significación vital en personas mayores* (Trabajo fin de Grado). Universidad de La Laguna. Tenerife. Recuperado de <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/3811/Bienestar%20Subjetivo%2C%20Bienestar%20Psicologico%20Y%20Significacion%20Vital%20en%20Personas%20Mayores..pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Hernández, F., Landero, R., (2013). Aspectos psicosociales relacionados con la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama. *SUMMA psicológica UST* 2014, Vol. 11, Nº 1, 99-104

Liberalesso, A. (2002). Bienestar subjetivo en la vida adulta y en la vejez: hacia una Psicología positiva en América Latina. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 34 (1-2), 55-74.

Lobo A, Saz P, Marcos G, Grupo de Trabajo ZARADEMP. MMSE: Examen Cognoscitivo Mini-Mental. Madrid: TEA Ediciones; 2002

Lyubomirsky, S., Lepper, H., (1999). A measure of subjective happiness: Preliminary reliability and construct validation. *Social Indicators Research*; 46, (2), 137-155

Lyubomirsky, S. (2008). La ciencia de la felicidad. Ediciones Urano, Barcelona

Ortiz, M.V., Gancedo, K., Reyna, C. (2013) Propiedades psicométricas de la Escala de Felicidad Subjetiva en jóvenes y adultos de la ciudad de Córdoba – Argentina. *Suma Psicológica*, Vol. 20 No 1

Rey, L., Extremera, N., (2012). El apoyo social como un mediador de la inteligencia emocional percibida y la satisfacción vital. *Revista de Psicología Social*, 2011, 26 (3), pp. 401-412

Vivaldi, F., Barra, E., (2012). Bienestar Psicológico, apoyo social percibido y percepción de salud en adultos mayores. *Terapia psicológica* 30 (2), 23-29.

Zamarrón, M.D. (2006). El bienestar subjetivo en la vejez. *Revista Portal Mayores*, Informes Portal Mayores, nº 52. Lecciones de Gerontología, II, 4-19

ANEXO I

AUTORIZACIONES Y LICENCIAS

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

CERTIFICA

1º. Que el CEIC Aragón (CEICA) en su reunión del día 11/04/2018, Acta Nº 07/2018 ha evaluado la propuesta del Trabajo:

Título: Bienestar subjetivo de mayores residentes y mayores no residentes usuarios del servicio de ayuda a domicilio del Ayuntamiento de Zaragoza.

**Alumna: Alicia Martín Bueno
Directora: Reyes Torres Sánchez**

**Versión protocolo: v1
Versión documento de información y consentimiento: v.1**

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 correcta 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: 2018.04.16 10:19:07
+02'00'
María González Hincos
Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)



CLECE, S.A., responsable de la dirección y gestión de las Residencias de Nuestra Señora de Movera, Hermanos Buisán de Villanueva de Gállego y María Antonia Brusau de Tardienta, autoriza a Alicia Martín Bueno, con D.N.I. nº: 42.814.458 G, psicóloga colegiada A-349 y alumna del Master en Gerontología Social de la Universidad de Zaragoza a realizar escalas de evaluación del bienestar subjetivo a los residentes que voluntariamente quieran participar en su proyecto de investigación, atendiendo a su compromiso con las normas de buena práctica profesional.

Para que conste a los efectos oportunos

Zaragoza, 6 de febrero de 2018

Balbino Orensanz, 55
50014 Zaragoza
NIF A63364262
T. 974 00 39 16
F. 974 00 39 44
Fdo.: David Julve Villalta

Gerente de CLECE,S.A. en Aragón

SERVICIOS SOCIALES		
NUMERO	FECHA ENTRADA	FECHA SALIDA
309		01 MAR. 2018

Dña. ALICIA MARTÍN BUENO

C/ MAYOR, 47 – 3º D

50001-ZARAGOZA

Estimada Sra.:

En relación al escrito que usted ha presentado solicitando autorización para realizar encuestas a usuarios del Servicio de Ayuda a Domicilio atendidos por la empresa CLECE, con motivo del Trabajo de Fin de Master en Gerontología Social que usted desea realizar, al respecto le informo que por parte de este Servicio no existe inconveniente, siempre que tenga en cuenta lo siguiente:

Que previamente a la encuesta que se realice al usuario deberá ser conocedor y haber dado su consentimiento.

Que el estudio realizado revierta en este Servicio.

Que sobre todo los datos de los usuarios sean tratados de acuerdo a lo establecido en la *Ley Orgánica 15/1999* de 13 de diciembre de *Protección de Datos de Carácter Personal*.

Atentamente.

I.C. de Zaragoza, 1 de marzo de 2018

LA JEFA DEL SERVICIO
DE LOS SERVICIOS SOCIALES COMUNITARIOS

Fdo.: Teresa Yago Simón



AUTORIZACIÓN USO ESCALA SHS

uso de la escala SHS

Recibidos x



Alicia MARTIN BUENO <aliciamartinbueno@gmail.com>

15 feb. ☆



para nextremera ▾

Hola y buenos días

Mi nombre es Alicia Martín, psicóloga colegiada a y actualmente matriculada en Master en Gerontología Social por la universidad de Zaragoza.

Como trabajo fin de master estoy interesada en investigar sobre la relación entre actividades de ocio y apoyo social percibido en mayores (residentes y no residentes) y su bienestar subjetivo.

Por este motivo, quiero solicitar hacer uso de la versión española de la Escala Subjetiva de felicidad ((SHS) para un colectivo de 40 personas residentes y 40 mayores no residentes que viven en su domicilio.

Quedaría muy agradecida si contara con dicha autorización, y, sin duda, le haría llegar los resultados de la investigación una vez concluida.

Quedo a la espera de sus noticias.

Atentamente

Alicia Martín



Libre de virus. www.avast.com



Natalio Extremera Pacheco

15 feb. ☆



para mi ▾

Estimada Alicia,

Tienes la autorización para hacer uso de la SHS con fines de investigación, deseándote lo mejor en tu trabajo fin de Máster. Espero ver pronto publicado los resultados. Será un placer saber qué has encontrado en tu trabajo.

Un cordial saludo,

Natalio

AUTORIZACIÓN USO ESCALA MSPSS

21/3/2018

Correo Unizar :: RE: Autorización uso de la escala MSPSS

Asunto **RE: Autorización uso de la escala MSPSS**
De Maria Cecilia Arechabala <marechab@uc.cl>
Destinatario 519539 <519539@posta.unizar.es>
Fecha 2018-03-20 14:19



Estimada Alicia: junto con saludarla le informo que no hay problema en que utilice la escala de Zimet la cual valide junto a Claudia Miranda explicitando la autori como bien indica usted
Saludos Cordiales
Maria Cecilia

Maria Cecilia Arechabala M.
Profesor Titular
Directora de Investigación
Escuela de Enfermería
--
Avda. Vicuña Mackenna 4860, Macul
Santiago, Chile
Teléfono (56) 22354 7265
www.enfermeria.uc.cl

Centro Colaborador para el Desarrollo de Servicios de Salud y Enfermería
para el Cuidado en Enfermedades no Transmisibles. OPS/OMS

-----Mensaje original-----

De: 519539 [mailto:519539@posta.unizar.es]
Enviado el: martes, 20 de marzo de 2018 7:13
Para: Maria Cecilia Arechabala <marechab@uc.cl>
Asunto: Autorización uso de la escala MSPSS

Buenos días María Cecilia:
Mi nombre es Alicia Martín Bueno, soy Psicóloga y en estos momentos estoy realizando un Master en Gerontología Social por la Universidad de Zaragoza (España).
Con objeto de realizar el trabajo fin de master, tengo interés en investigar cómo influye el apoyo social percibido en el bienestar subjetivo de personas mayores residentes y no residentes.
Conozco la validación llevada a cabo de la Escala Multidimensional de percepción de apoyo social realizada conjuntamente con Claudia Miranda, por lo que ruego la autorización de uso de la misma, para un colectivo de 40 personas residentes y 40 no residentes.
El uso de dicha escala llevaría explícita la mención de las autoras que la han validado.
Quedo muy agradecida a la espera de sus noticias.
Atentamente

Alicia Martín

AUTORIZACIÓN USO ESCALA MEC

20/3/2018

Correo Unizar :: RE: Autorización Uso escala MEC

Asunto **RE: Autorización Uso escala MEC**
De EJP <ejp@unizar.es>
Destinatario '519539' <519539@posta.unizar.es>
Fecha 2018-03-20 11:11



Estimada Alicia,

En primer lugar agradecerle su interés por el uso de este instrumento. Siguiendo indicaciones del Profesor Antonio Lobo, contestamos a su consulta: por su parte, encantado de que utilice el Mini-Examen Cognoscitivo o Examen Cognoscitivo Mini Mental, la versión oficial y autorizada en España del instrumento original de Folstein et al.

Los derechos los tiene desde hace unos años TEA, puede dirigirse al Banco de Instrumentos del Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (BICIBERSAM), cuyo enlace es: <http://bi.cibersam.es/busqueda-de-instrumentos/ficha?Id=16>

Reciba un cordial saludo,
Antonio Lobo

-----Mensaje original-----

De: 519539 [mailto:519539@posta.unizar.es]
Enviado el: martes, 20 de marzo de 2018 11:03
Para: ejp@unizar.es
Asunto: Autorización Uso escala MEC

Hola Isabel:

Mi nombre es Alicia Martín Bueno, soy Psicóloga y en estos momentos me encuentro matriculada en el Master de Gerontología Social de la Universidad de Zaragoza.

Estoy en fase de realizar el TFM, en el que quiero investigar el bienestar subjetivo en mayores residentes y no residentes sin deterioro cognitivo. Para ello, necesito evaluar el posible deterioro a través del MEC. El uso de dicho instrumento solo tiene fines de investigación para el presente trabajo. Es por ello que solicito autorización para poder aplicar la escala validada por el profesor Lobo, por lo que le quedaría muy agradecida si contara con dicho permiso por escrito de cara a solicitar autorización al CEICA y poder aplicarla.

Quedo a la espera de sus noticias. Atentamente

Alicia Martín

This email has been checked for viruses by AVG.
<http://www.avg.com>

ANEXO II

INSTRUMENTOS DE MEDIDA

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Edad: _____

65 - 74 años ()

75 - 84 años ()

85 o más ()

2. Género: Mujer () Hombre ()

3. Nivel de estudios:

- Primarios incompletos ()
- Primarios completos/E.S.O. ()
- Bachillerato - FP – COU ()
- Universitarios ()

4. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su estado civil?

- Casado/a o viviendo con alguien. ()
- Separado/a, Divorciado/a ()
- Soltero/a ()
- Viudo/a ()

5. Con cuántos familiares (pareja, hijos, nietos, etc) convive?

- Vivo solo/a ()
- Con mi pareja ()
- Con pareja y algún hijo/nieto ()
- Otros:

6. Vive en

- Residencia ()
- Domicilio ()

Si desea realizar alguna observación, por favor, hágalo a continuación:

- **Escala de Salud Percibida**

Considera que su estado de salud es actualmente

- Muy bueno ()
- Bueno ()
- Regular ()
- Malo ()
- Muy malo ()

- **Escala subjetiva de felicidad (SHS: Lyubomirsky, and Lepper,1999)**

En general me considero una persona

NO MUY FELIZ	1	2	3	4	5	6	7	MUY FELIZ
-----------------------------	---	---	---	---	---	---	---	----------------------

En comparación con mis pares o semejantes, me considero

MENOS FELIZ	1	2	3	4	5	6	7	MÁS FELIZ
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	----------------------

Algunas personas, en general, son muy felices, disfrutan de la vida más allá de lo que suceda, sacan el máximo provecho de todo. ¿En qué medida ésta caracterización lo representa?

CASI NADA	1	2	3	4	5	6	7	MUCHÍSIMO
----------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------

Algunas personas, en general, **NO** son muy felices, aunque no están deprimidas, nunca parecen tan felices como podrían. ¿En qué medida ésta caracterización lo representa?

CASI NADA	1	2	3	4	5	6	7	MUCHÍSIMO
----------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------

- Escala de apoyo social percibido (MSPSS: Zimet,Dahlem, Zimet y Farley, 1988)

	Casi nunca	A veces	Con frecuencia	Siempre o Casi Siempre
1. Cuando necesito algo, sé que hay alguien que me puede ayudar	1	2	3	4
2. Cuando tengo penas o alegrías, hay alguien que me puede ayudar	1	2	3	4
3. Tengo la seguridad que mi familia trata de ayudarme	1	2	3	4
4. Mi familia me da la ayuda y apoyo emocional que requiero	1	2	3	4
5. Hay una persona que me ofrece consuelo cuando lo necesito	1	2	3	4
6. Tengo la seguridad de que mis amigos tratan de ayudarme	1	2	3	4
7. Puedo contar con mis amigos cuando tengo problemas	1	2	3	4
8. Puedo conversar de mis problemas con mi familia	1	2	3	4
9. Cuando tengo alegrías o penas puedo compartirlas con mis amigos	1	2	3	4
10. Hay una persona que se interesa por lo que yo siento	1	2	3	4
11. Mi familia me ayuda a tomar decisiones	1	2	3	4
12. Puedo conversar de mis problemas con mis amigos.	1	2	3	4

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO III

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA EL PARTICIPANTE

Título de la investigación: Bienestar subjetivo en mayores residentes y no residentes usuarios del servicio de ayuda a domicilio.

1. Introducción:

Nos dirigimos a usted para invitarle a participar en un proyecto de investigación que estamos realizando en Zaragoza. Su participación es importante para obtener el conocimiento que necesitamos, pero antes de tomar una decisión debe:

- Leer este documento entero
- Entender la información que contiene el documento
- Hacer todas las preguntas que considere necesarias
- Consultar con su médico-persona de confianza
- Tomar una decisión meditada
- Firmar el consentimiento informado, si finalmente desea participar.

Si decide participar se le entregará una copia de este documento y del consentimiento firmado. Por favor, consérvelos por si lo necesitara en un futuro.

2. ¿Por qué se le pide participar?

Se le solicita su colaboración porque estamos realizando un estudio sobre la influencia del apoyo social y la participación en actividades de ocio en la percepción del bienestar. En total en el estudio participarán 80 personas mayores de 65 años con las siguientes características:

- 40 personas sin deterioro cognitivo que viven en su domicilio
- 40 personas sin deterioro cognitivo que viven en residencias.

3. ¿Cuál es el objeto de este estudio?

El objetivo del estudio es analizar los factores que en mayor medida expliquen la percepción de bienestar subjetivo en mayores de 65 años.

4. ¿Qué tengo que hacer si decido participar?

Recuerde que su participación es voluntaria y puede decidir no hacerlo sin que ello conlleve ningún tipo de consecuencias.

Su participación consistirá en contestar a unos cuestionarios que la investigadora principal le pasará cuya duración se estima en aproximadamente 40 minutos.

5. ¿Qué riesgos o molestias supone?

La participación no conlleva ningún riesgo personal, tan sólo la inversión de tiempo personal. Bienestar subjetivo en mayores residentes y no residentes

6. ¿Obtendré algún beneficio por mi participación?

Al tratarse de un estudio de investigación orientado a generar conocimiento es probable que no obtenga ningún beneficio por su participación si bien usted contribuirá al avance del conocimiento y al beneficio social.

7. ¿Cómo se van a gestionar mis datos personales?

Toda la información recogida se tratará conforme a lo establecido en la Ley Orgánica 15/99, de protección de datos de carácter personal. En la base de datos del estudio no se incluirán datos personales: ni su nombre, ni su nº de historia clínica ni ningún dato que le pueda identificar. Se le identificará por un código que sólo el equipo investigador podrá relacionar con su nombre.

Las conclusiones del estudio se presentarán en congresos y publicaciones científicas pero se harán siempre con datos agrupados y nunca se divulgará nada que le pueda identificar.

8. ¿Quién financia el estudio?

Este proyecto no cuenta con financiación

9. ¿Se me informará de los resultados del estudio?

Usted tiene derecho a conocer los resultados del presente estudio, tanto los resultados generales como los derivados de sus datos específicos. También tiene derecho a no conocer dichos resultados si así lo desea. Por este motivo en el documento de consentimiento informado le preguntaremos qué opción prefiere. En caso de que desee conocer los resultados, el investigador le hará llegar los resultados.

¿Puedo cambiar de opinión?

Tal como se ha señalado, su participación es totalmente voluntaria, puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento sin tener que dar explicaciones. Si usted desea retirarse del estudio se eliminarán los datos recogidos.

¿Qué pasa si me surge alguna duda durante mi participación?

En caso de duda o para cualquier consulta relacionada con su participación puede ponerse en contacto con el investigador responsable, Dña. Alicia Martín Bueno, en el teléfono 620 581 598 o por correo electrónico en la dirección aliciamartinbueno@gmail.com

Muchas gracias por su atención, si finalmente desea participar le rogamos que firme el documento de consentimiento que se adjunta. Bienestar subjetivo en mayores residentes y no residentes 3

ANEXO IV

MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

TÍTULO DEL PROYECTO: Bienestar subjetivo en personas mayores residentes y no residentes usuarias del servicio de ayuda domiciliaria del Ayuntamiento de Zaragoza

Yo, Don/Doña.....

..

- He leído el documento de información que se me ha entregado.
- He podido hacer preguntas sobre el estudio y he recibido suficiente información sobre el mismo.
- He hablado con: Alicia Martín Bueno (investigadora)
- Comprendo que mi participación es voluntaria.
- Comprendo que puedo retirarme del estudio:
 - 1) cuando quiera
 - 2) sin tener que dar explicaciones
 - 3) sin que esto repercuta en mis cuidados médicos
- Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.
- Deseo ser informado sobre los resultados del estudio: sí/ no (marque lo que proceda)
- He recibido una copia firmada de este Consentimiento Informado

Firma del participante:

Fecha:

Firma de la investigadora:

Fecha:

