

Autopercepción de Salud, Calidad de vida y Bienestar Psicológico en una muestra de mayores

Autoperception of Health, Quality of life and Psychological Well-being in a sample of major

María Hinojal Benavente-Cuesta^a, María Paz Quevedo-Aguado^b

^a Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Pontificia de Salamanca, España

^b Facultad de Psicología, Universidad Pontificia de Salamanca, España

Resumen

Introducción: La OMS (2015) afirma que existe un incremento del envejecimiento en la población mundial al que además se le añaden situaciones de discriminación por motivo de la edad. Estas actitudes negativas, constituyen arraigados estereotipos que perjudican no sólo a la sociedad sino también al propio mayor. Por este motivo, es preciso que todos los agentes sociales y sanitarios trabajen bajo el paradigma del Envejecimiento Activo, que aboga por una vejez integrada en un contexto de desarrollo y participación social. **Objetivos:** Analizar la Autopercepción de salud, Calidad de vida y Bienestar psicológico de los mayores, así como, comparar si existen diferencias en relación al sexo, lugar de residencia (urbano/rural) y forma de percibir la jubilación. **Metodología:** Muestra: 91 sujetos ($\bar{x}=74,07$ años). Instrumentos: Cuestionario de Salud SF (36) y Escala de Bienestar Psicológico (Díaz et al., 2006). **Resultados:** Los participantes muestran una valoración muy satisfactoria en su Autopercepción de salud y Calidad de vida. En este aspecto se observan tendencias distintas según el hábitat, rural/urbano, donde reside el mayor. Por otro lado, también se hallan diferencias en las dimensiones del Bienestar psicológico según el Sexo de los sujetos y la manera que tienen de percibir el hecho de la jubilación.

Palabras clave: Autopercepción de salud; Calidad de vida; Bienestar psicológico; Envejecimiento; Envejecimiento Activo; Vejez.

Abstract

Introduction: WHO (2015) states that there is an increase in ageing in the world population, which is further compounded by situations of age discrimination. These negative attitudes constitute entrenched stereotypes that harm not only society but also the elderly themselves. For this reason, all social and health actors need to work under the paradigm of Active Ageing, which advocates an integrated old age in a context of development and social participation. **Objectives:** To analyse the health self perception, quality of life and psychological welfare of the elderly, as well as to compare whether there are differences in relation to sex, place of residence (urban/rural) and how to perceive retirement. **Methodology:** Sample: 91 subjects ($\bar{x}=74,07$ years). Instruments: Health Questionnaire SF (36) and Psychological Welfare Scale (Díaz et al., 2006). **Results:** The participants show a very satisfactory assessment in their own perception of health and quality of life. In this respect, different trends are observed according to habitat, rural/urban, where the largest resides. On the other hand, there are also differences in the dimensions of psychological welfare according to the sex of the subjects and the way they perceive the fact of retirement.

Key words: Autoperception of health; Quality of life; Psychological Well-being; Aging; Active Aging; Oldness.

Introducción

Antes de dar paso al objeto principal de este estudio, es preciso establecer un marco teórico que justifique el interés del mismo.

En primer lugar, hemos de aproximarnos a la realidad que vive la población mundial en torno al envejecimiento. Tomaremos como referencia, la información proporcionada por la OMS (2016) quien bajo un informe titulado “10 datos sobre el envejecimiento y la salud”, nos acerca a la situación real de este hecho. Destacaremos tan sólo cuatro de estos resultados relacionados con el objetivo de esta investigación: La población mundial está envejeciendo rápidamente, entre 2015 y 2050, las personas con más de 60 años de edad pasarán de 900 millones a 2000 millones. La salud en la vejez no es una cuestión de azar, aunque algunas variaciones que se observan en la salud de las personas mayores reflejan su herencia genética, la mayor parte se debe a su entorno físico y social, puesto que, además, este entorno determina sus posibilidades de desarrollarse y sus hábitos de salud; Podría haber más discriminación por razones de edad que por el sexo o la raza; Todos los niveles y sectores gubernamentales han de contribuir al envejecimiento saludable.

Estos resultados pueden entenderse como una invitación al compromiso de trabajar por los mayores desde distintos ámbitos, con el fin de dar respuesta a las diferentes preocupaciones y necesidades que surgen de una sociedad cada vez más envejecida.

Es cierto, que sobre esta situación, se ha venido trabajando desde hace tiempo. Son muchas las estrategias que desde finales del siglo XX se han ido desarrollando en torno al nuevo paradigma del envejecimiento. Hemos de remontarnos a los años 60, cuando surge la idea de que mantener los patrones de actividad es un elemento esencial para envejecer óptimamente. Desde este momento se inicia un dilatado proceso de estudio tratando de descifrar el significado de la palabra “activo”.

En este sentido, han sido muchos los autores que desde enfoques distintos han hecho propuestas diferentes, dependiendo del aspecto sobre el que centraban su atención: condiciones de salud (envejecimiento saludable), resultados e intencionalidad del mismo (envejecimiento productivo) y beneficios individuales y más íntimos de cada persona (envejecimiento satisfactorio). Finalmente, el actual concepto de Envejecimiento Activo logra superar todas las concepciones anteriores ofreciendo una propuesta más sólida e integral, un paradigma con suficiente fuerza teórica y empírica, a partir del cual seguir evolucionando (Fernández-Ballesteros, 2009; Limón y Ortega, 2011).

Se define como:

El proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad, con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen. Más concretamente indica que es el proceso que permite a las personas realizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos, y capacidades, mientras que les proporciona: protección, seguridad y cuidados adecuados cuando necesitan asistencia (OMS, 2002, p. 79).

Detrás de esta definición se encierra una nueva perspectiva de la vejez, que destierra el Modelo Deficitario, que enfatiza sobre las pérdidas e involución de los aspectos biológicos, para dar paso al Modelo de Desarrollo, el cual identifica esta etapa como una época de progreso, ganancias y oportunidades (Limón y Ortega, 2011; Zamarrón, 2013).

Según uno de los últimos estudios llevados a cabo por la OMS (2016), todavía esta última creencia de vejez no es hoy en día dominante, ya que se ha podido comprobar que aún existen actitudes negativas y discriminatorias hacia las personas mayores. En la encuesta World Values Survey realizada a más de 83000 personas en 57 países, se evaluaron las actitudes hacia las personas mayores en todos los grupos de edad. En opinión del 60% de los encuestados, no se dispensa a los ancianos el respeto que merecen, siendo este problema más marcado en los países de altos ingresos, donde el grado de respeto por este grupo es más bajo. Según, John Beard, Director del Departamento de Envejecimiento y Ciclo de Vida de la OMS, este análisis confirma que el edadismo (o discriminación por motivos de edad) es un fenómeno muy extendido (OMS, 2016).

Por otro lado, debemos subrayar con especial atención, que estas actitudes negativas desencadenan, desigualdades sanitarias y sociales, en este sentido la Organización Mundial de la Salud (2002) y Naciones Unidas (2002) han trabajado emitiendo recomendaciones para erradicar las consecuencias que conllevan las falsas creencias sobre la vejez. Dichas consecuencias, no sólo se dan sobre la sociedad en general sino sobre el propio mayor quien ve seriamente perjudicada, su salud física y mental. Esta afirmación se encuentra avalada, ente otras, por la investigación de Levy (2003), quien tras múltiples estudios transculturales, experimentales y longitudinales, concluye que los estereotipos negativos que tienen las personas mayores sobre la vejez, influyen en su memoria, en las causas de estrés y formas de afrontarlo, e incluso, en que predicen menor sobrevivencia. En este último aspecto, se comprobó que las personas que ostentaban estereotipos más positivos de esta etapa vivieron 7 años más que aquellas que tenían imágenes más

negativas (Fernández-Ballesteros, 2008).

Ante estas evidencias, queda justificado el interés por seguir luchando a favor de una nueva imagen de vejez que enriquezca a toda la colectividad, ya que aún, en determinados sectores de la población continúa debilitada, al resaltar como características esenciales de la misma la dependencia y decrepitud.

Queremos contribuir al llamamiento que hace Naciones Unidas (2002) en su II Plan Internacional sobre el Envejecimiento, a promover la salud y el bienestar a lo largo del ciclo vital, rompiendo los estereotipos más negativos que margina a los sujetos mayores. Para ello nos centraremos en analizar por un lado la Autopercepción de salud y Calidad de vida, y por otro el Bienestar Psicológico, ya que estos han sido identificados en distintos estudios como predictores del envejecimiento con éxito (Depp y Jeste, 2006). Para conocer el grado de Bienestar Psicológico asumiremos la propuesta multidimensional de Carol Ryff (1989), la cual identifica seis dimensiones: Autoaceptación, Relaciones positivas con otras personas, Autonomía, Dominio del entorno, Propósito en la vida y Crecimiento personal.

Finalmente, los objetivos propuestos en este estudio son: Analizar la Autopercepción de salud, Calidad de vida y Bienestar Psicológico de los mayores, así como, comparar si existen diferencias en relación al sexo, lugar de residencia (urbano/rural) y forma de percibir la jubilación.

Método

Participantes

Participaron 91 sujetos. Edad media 74,07 años. Sexo: Mujeres (53,85%) y Hombres (46,15%). Estado civil: Casados (60,4%), Viudos (17,6%), Solteros (11%) y Separados/Divorciados (3,3%). Nivel de estudios: Estudios primarios (38,46%), Universitarios (28,57%), Secundarios (24,18%) y Sin estudios (8,79%). Lugar de residencia: Zona rural (54,95%) y Zona urbana (45,05%). Con quien viven: Solos (18,7%) y Acompañados (81,3%), en su mayoría por el cónyuge (62,6%), y el resto se distribuye entre otros familiares. Forma de percibir la jubilación: Positiva (54,9%), Negativa (9,9%) e Indiferentes (35,2%).

Instrumentos

- Datos sociodemográficos.
- Cuestionario de Salud SF-36. (Short Form): Mide la calidad de vida relacionada con la salud. Compuesto por 36 ítems que valoran estados positivos y negativos de la salud. Los índices de fiabilidad según diferentes estudios

están alrededor de una Alfa de Cronbach de 0.7. (Arostegui y Núñez-Antón, 2008; Vilagut et al., 2005).

- Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (Ryff, 1989): Instrumento para la evaluación del Bienestar Psicológico, utilizando la versión adaptada al español por Díaz et al., (2006). Consta de 39 ítems, valorados en una escala de respuesta tipo likert (1-5). Se distribuye en 6 dimensiones con los siguientes índices de fiabilidad: Autoaceptación (0.84), Relaciones positivas con otras personas (0.78), Autonomía (0.70), Dominio del entorno (0.82), Propósito en la vida (0.70) y Crecimiento personal (0.71).

Procedimiento

Se contactó con diferentes Asociaciones de mayores, de Salamanca capital y provincia a través de las cuales se aplicaron las escalas. Criterios de inclusión: tener 65 años o más, y ser independientes para realizar las actividades de la vida diaria. Se utilizó para la investigación la declaración de Helsinki.

Análisis estadístico

Los datos han sido tratados con el paquete estadístico SPSS. Presentamos los análisis que han resultado significativos según los objetivos previamente planteados, pero quisiéramos señalar que las conclusiones extraídas de este estudio son entendidas con un alto nivel de prudencia debido al pequeño tamaño muestral, por este motivo, es asumido exclusivamente como un estudio piloto a partir del cual, iniciar un proceso más ambicioso aumentando el número de participantes, sin poder generalizar estos resultados.

Resultados y Discusión

Análisis descriptivo de la Calidad de vida según el SF-36

En este estudio, el 80,4% de los sujetos consideran que gozan de un estado óptimo de salud. Encontramos que el 63,7% no se sienten limitados para realizar esfuerzos moderados, el 30,2% un poco, y solo el 5% mucho, por lo que podría afirmarse que la mayoría goza de independencia y autonomía suficiente para realizar las actividades de la vida diaria. Por otro lado, es importante matizar que el 75,8% ha experimentado dolor moderado en los últimos meses, lo cual indica que este fenómeno está muy presente en su vida diaria sin embargo si atendemos los resultados anteriores no parece tener un impacto tan fuerte sobre su percepción de salud que le haga valo-

rarla negativamente. La experiencia de dolor en la vejez, termina exigiendo al sujeto un proceso de adaptación para poder continuar con sus tareas, integrándolo en su vida cotidiana con el fin de mantener una cierta calidad de vida, como así ha quedado demostrado en otros estudios similares al nuestro (Rodríguez, 2017).

Respecto al grado de vitalidad, tan sólo el 4,4% considera que no ha tenido energía en las últimas semanas, por lo que estamos ante sujetos activos capaces de hacer frente de manera positiva a la vida, a pesar de que existan hechos adversos como la presencia de dolor o algún tipo de limitación, como hemos enunciado anteriormente.

Al analizar, la esfera afectiva, se encuentra en los resultados un alto control emocional. Respecto a cuánto tiempo se han sentido nerviosos en el último mes, el mayor porcentaje (67%) corresponde a aquellos que han experimentado este estado en algún momento, seguidos de los que nunca se han sentido así (17,6%), y por último, para quienes ha sido algo habitual (15,4%). También se valora el grado de tristeza y felicidad experimentada durante el último tiempo; el 29,7% nunca se ha sentido desanimado, el 65,9% alguna vez, y solamente para un 4,4% ha sido algo habitual. En cuanto al grado de felicidad, resultan datos muy alentadores; el 93,5% casi siempre ha tenido sensación de felicidad, el 5,5% solo alguna vez y tan sólo un 1% nunca se ha sentido así. Además, solamente un 8,7% han visto condicionada su vida social por alteraciones físicas y emocionales. Esto datos arrojan una visión positiva acerca de su estado emocional. Se confirma, como en otros estudios, que en esta etapa del ciclo vital no sólo existen pérdidas sino también ganancias, como por ejemplo, la capacidad de equilibrar los afectos positivos y los negativos (Heckhausen y Schulz, 1993; Mroczek y Kolarz, 1998; Navarro, Bueno y Buz, 2013).

Por último, ante afirmaciones como "Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas", el 46,2% la consideran falsa, el 38,5% no lo saben y el 15,4% afirman que es bastante cierta. Parece indicarse una tendencia de respuesta bastante alejada de lo que podría ser una actitud pesimista e hipocondriaca. En cuanto a si consideran que su salud puede enfermar, el 52,7% asumen una postura escéptica afirmando que no lo saben, el 31,9% entienden que puede ser, y el 15,4% creen que no. Una vez más, se corrobora esta autopercepción tan satisfactoria que tienen de su salud, quedando especialmente reflejada, al afirmar que creen que su salud es excelente el 55%, no lo sabe el 26,4% y el 18,6% no lo percibe así.

En definitiva de acuerdo a estos resultados se puede apreciar una valoración bastante positiva de los mayores en cuanto a su salud coincidente con los resultados de otros estudios (García y Lara, 2013).

Por otro lado, se analizan la existencia de diferencias entre los distintos grupos según las variables siguientes:

Diferencias en el Bienestar Psicológico según el lugar de residencia donde habita la persona (urbano/rural)

Se hallaron diferencias (Anova) con un grado de significación $p < 0.05$ para las dimensiones del Bienestar psicológico: Relaciones positivas y Autonomía, entre los que residen en zona urbana de los que los que viven en zona rural (Tabla 1), siendo los primeros los que obtienen medias más altas en comparación con los segundos. En cuanto a las Relaciones positivas, los sujetos que viven en la ciudad obtienen una media de 22,32 mientras que los que viven en el pueblo de 20,52. Esta diferencia hallada entre la percepción que tienen los dos grupos de sujetos, sobre sus relaciones interpersonales, puede deberse al fenómeno de despoblación que están viviendo las zonas rurales en las últimas décadas. Esto significa que disminuyen las oportunidades de relación, y más en este grupo de población. quienes por un lado, ven limitadas sus posibilidades de movilidad y por otro el propio proceso evolutivo les expone a un mayor riesgo de perder a sus contemporáneos (Abellán, Ayala, y Pujol, 2017).

Respecto a la Autonomía, sucede lo mismo que en el caso anterior, los que viven en la ciudad obtienen una medida de 28,85 mientras que los de zona rural de 27,04. Estos últimos se perciben menos autónomos; probablemente esto se deba a que en la ciudad las personas cuentan con mayores recursos y opciones de movilidad, favoreciendo experiencias de independencia que proporcionan al sujeto un mayor grado de bienestar personal.

Diferencias en el Bienestar Psicológico según el Sexo

Se realiza un Anova para ver si existen diferencias en el Bienestar psicológico atendiendo a la variable Sexo. Aparecen diferencias significativas ($p < 0.05$) entre hombres y mujeres para dos dimensiones: Dominio del entorno y Propósito en la vida (Tabla 2).

En cuanto al Dominio del entorno, los varones tienen una media de 23,2 en comparación con las mujeres que es de 21,2. Significa que los hombres poseen una mayor

sensación de control sobre el mundo y se sienten más capaces que las mujeres de influir en el ambiente que les rodea, hacen un uso más efectivo de las oportunidades que les ofrece su entorno y son más capaces de crear o escoger entornos que encajan con sus necesidades personales y valores.

Respecto a la dimensión Propósito en la vida, también los hombres ($\bar{x}=25,95$) puntúan más alto que las mujeres ($\bar{x}=23,79$), indican que tienen una sensación mayor de que su vida se dirige a alguna parte, sienten que su presente y su pasado tienen significado, manteniendo creencias que dan sentido a su vida. Estos resultados deberían continuar siendo explorados ya que no se confirman con otros estudios (Meléndez, Tomás, y Navarro, 2011).

Diferencias en la Autopercepción de salud según el Lugar

Apreciamos diferencias significativas ($p<0.05$) en la autopercepción de salud entre los sujetos que viven en la ciudad y los que viven en el pueblo. Encontramos que las puntuaciones más altas son para estos últimos ($\bar{x}=3,32$) en comparación con los primeros ($\bar{x}= 2,68$). Esto se puede deber a la influencia que tiene el contexto rural sobre la salud, percibiendo los entornos naturales como más saludables, al estar estos más alejados de la contaminación y el estrés que se vive en las zonas urbanas más industrializadas. Estos resultados han de continuar siendo analizados ya que existe ciertas diferencias en relación con otros estudios (Lorenzo, Millán-Calentí, Lorenzo-López, Sánchez y Maseda, 2013).

Tabla 1. Anova Lugar de residencia /Bienestar psicológico

		Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig.
Relaciones Positivas	Inter-grupos	72,401	1	72,401	5,277	,024
	Intra-grupos	1207,255	88	13,719		
	Total	1279,656	89			
Autonomía	Inter-grupos	72,802	1	72,802	5,379	,023
	Intra-grupos	1191,020	88	13,534		
	Total	1263,822	89			

*Nivel de significación al .05

Tabla 2. Anova Sexo/Bienestar Psicológico

		Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig.
Dominio del Entorno	Inter-grupos	80,701	1	80,701	13,596	,000
	Intra-grupos	516,400	87	5,936		
	Total	597,101	88			
Propósito en la Vida	Inter-grupos	103,694	1	103,694	6,613	,012
	Intra-grupos	1379,862	88	15,680		
	Total	1483,556	89			

*Nivel de significación al .05

Diferencias en la Autopercepción de salud según el Sexo

Al realizar el Anova entre estos dos grupos de sujetos, los resultados indican que no se han encontrado diferencias significativas en la autopercepción de salud entre hombres y mujeres para $p < 0.05$. Ambos la perciben de igual manera, resultado contradictorio con otros estudios (García, Lozano y Marcos, 2011 y Lorenzo et al., 2013). Por ello, sería conveniente seguir analizando este aspec-

to incrementando el N de la muestra, con una distribución más homogénea de ambos sexos.

Diferencias en el Bienestar Psicológico según las Formas de Percibir la Jubilación

Al realizar la prueba de Scheffé se observan diferencias significativas ($p < 0.05$) en algunas dimensiones del Bienestar Psicológico entre los sujetos que perciben la jubilación de forma distinta (positiva, negativa e indiferente) (Tabla 3).

Tabla 3. Comparaciones múltiples de las dimensiones del Bienestar psicológico y las distintas formas de percibir la jubilación.

Variable dependiente	(I) JUBILACIÓN	(J) JUBILACIÓN	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig
Autoaceptación	De forma positiva	De forma negativa	7,6800(*)	1,62221	,000
	De forma negativa	De forma positiva	-7,6800(*)	1,62221	,000
		No me ha influido	-6,7750(*)	1,66317	,001
		De forma negativa	6,7750(*)	1,66317	,001
Relaciones Positivas	De forma positiva	De forma negativa	6,5306(*)	1,53143	,000
	De forma negativa	De forma positiva	-6,5306(*)	1,53143	,000
Autonomía	De forma positiva	De forma negativa	5,9510(*)	1,59669	,002
	De forma negativa	De forma positiva	-5,9510(*)	1,59669	,002
		No me ha influido	-5,4937(*)	1,63549	,005
		De forma negativa	5,4937(*)	1,63549	,005
Crecimiento Personal	De forma positiva	De forma negativa	3,7800(*)	1,41071	,032
		No me ha influido	2,0675(*)	,68088	,013
	De forma negativa	De forma positiva	-3,7800(*)	1,41071	,032
		De forma positiva	-2,0675(*)	,68088	,013
Propósito en la Vida	De forma positiva	De forma negativa	8,0653(*)	1,62760	,000
		No me ha influido	2,6091(*)	,78796	,006
	De forma negativa	De forma positiva	-8,0653(*)	1,62760	,000
		No me ha influido	-5,4563(*)	1,66715	,006
	No me ha influido	De forma positiva	-2,6091(*)	,78796	,006
		De forma negativa	5,4563(*)	1,66715	,006

* La diferencia entre las medias es significativa al nivel .05.

En relación a la Autoaceptación, existen diferencias entre los que han percibido la jubilación de forma positiva ($\bar{x}=24,28$) y los que la han percibido de forma negativa ($\bar{x}=16,6$), puntuando más alto los primeros. Estos resultados se justifican entendiendo que los que viven la jubilación como un cambio positivo, asumen este hecho desde la propia aceptación de ellos mismos a todos los niveles, físico, psicológico y social, en comparación con los que la perciben de forma negativa, para quienes probablemente supone una amenaza a sus diferentes funciones físicas y sociales.

También hay diferencias significativas entre aquellos que han percibido la jubilación de forma negativa ($\bar{x}=16,6$), y aquellos a quienes no les ha influido ($\bar{x}=23,37$), obteniendo estos últimos niveles más altos de Autoaceptación en comparación con los primeros. En definitiva, las personas que perciben la jubilación como un hecho negativo tienen menores niveles de Autoaceptación, de los cuales se derivarán mayores sentimientos de malestar psicológico, por sus dificultades para aceptar los cambios que la propia vida conlleva.

En cuanto a las Relaciones positivas también existen diferencias entre los que la perciben de forma positiva ($\bar{x}=22,53$), y los que la perciben de forma negativa ($\bar{x}=16,00$), puntuando más alto los primeros. Probablemente, la diferencia se encuentra en que para unos significa un momento de oportunidades y para otros de pérdidas. En este sentido, la jubilación puede afectar principalmente a la esfera social del sujeto. Quienes la perciben de forma positiva establecerán nuevas formas de relación que ampliarán incluso su vida de relación, por el contrario quienes la perciban de manera negativa, se centrarán en la pérdida de su rol social dentro del ámbito laboral sin explorar otros posibles roles dentro de su esfera social. Sería interesante en posteriores estudios, analizar los diferentes recursos personales y sociales que movilizan las personas para mantener el bienestar en sus relaciones interpersonales, así como, valorar si ello se ha visto favorecido por los diferentes planes estratégicos de Envejecimiento activo que desde diferentes organismos se han tratado de promover e implementar en nuestra sociedad.

De la misma manera, aparecen diferencias significativas en la Autonomía, entre las personas que perciben la jubilación como un hecho positivo y aquellos que la perciben de manera negativa, y estos últimos, en comparación con aquellos que se muestran indiferentes ante este hecho. Como en anteriores dimensiones, puntúan más altos en Autonomía aquellos que viven la jubilación

como algo positivo ($\bar{x}=28,55$), que aquellos que la viven negativamente ($\bar{x}=22,60$).

La jubilación se reconoce como un momento importante del ciclo vital, pudiendo ser interpretada de manera diferente dependiendo de cada individuo. Para quienes la asumen desde una perspectiva positiva, supone un momento de mayor libertad, al disponer de más tiempo para gestionar su vida, logrando una mayor independencia, dejan de existir los compromisos laborales, para dar paso a nuevas formas de proyección personal, que fortalecerán su sentimiento de autonomía y competencia. A diferencia de los que la consideran como un hecho negativo, cuya pérdida de trabajo, es interpretada, como una puerta de entrada hacia la dependencia, y por consiguiente, a la pérdida de autonomía.

De la misma manera, también puntúan más bajo los que la perciben negativamente en comparación con los que mantienen una postura de neutralidad hacia la misma ($\bar{x}=28,09$).

Respecto a la dimensión Dominio del Entorno, aunque aparece significativo en un primer análisis, al hacer posteriormente la prueba de Scheffé no dan resultados concluyentes.

En cuanto al Crecimiento personal, surgen diferencias entre las personas que perciben la jubilación de forma positiva y los otros dos grupos. Los primeros tienen puntuaciones más elevadas ($\bar{x}=22,38$), pudiéndose considerar, que estos poseen mayor capacidad para generar contextos donde desarrollar sus potencialidades y seguir creciendo como persona, en comparación con los que la perciben de forma negativa ($\bar{x}=18,6$) y los que se muestran indiferentes ante este hecho ($\bar{x}=20,31$).

Finalmente, en cuanto a la dimensión Propósito ante la vida, existen diferencias significativas entre los sujetos que entienden la jubilación de forma positiva y los que la viven de manera negativa, teniendo puntuaciones más altas los primeros ($\bar{x}=26,26$), lo cual significa que este grupo de sujetos tienen más claridad en cuanto a los objetivos y metas vitales, sabiendo qué es lo que realmente quieren, mientras que si los comparamos con el otro grupo estos presentan una menor puntuación respecto a esta dimensión ($\bar{x}=18,20$).

No se han encontrado estudios que hayan analizado las dimensiones del Bienestar Psicológico según Ryff en relación a las diferentes formas de percibir la jubilación, aunque se hayan analizado estos aspectos desde una perspectiva individual, por lo que consideramos que es un aspecto sobre el que seguir analizando debido al nivel de repercusión que puede tener sobre el Bienestar Psicológico de la población mayor.

Conclusiones

En definitiva, tras los diferentes análisis y resultados obtenidos, se puede afirmar que nos encontramos ante un grupo de sujetos que muestran un nivel muy satisfactorio en relación a su Autopercepción de salud y calidad de vida. Estos datos nos hacen intuir un nuevo estereotipo de vejez que se aleja del declive y la inactividad, para dar paso a una visión más positiva y activa de esta etapa. Se puede entrever no sólo el esfuerzo personal de dichos sujetos sino también la implicación y el trabajo que están desarrollando las instituciones sociales y sanitarias por promover un Envejecimiento activo, capaz de prolongar la autonomía e independencia durante más tiempo. Por otro lado, aunque existe presencia de dolor físico, no parece suponer un hecho limitante para continuar con su actividad diaria, y lo mismo ocurre con su vivencia emocional, identifican situaciones de tensión pero muestran también un alto control de las mismas.

El lugar de residencia es una variable que parece condicionar dos dimensiones del Bienestar psicológico: la Autonomía y las Relaciones positivas. El hábitat urbano favorece que el sujeto se sienta más independiente a la hora de desarrollar su actividad diaria además de beneficiar su mundo de relaciones interpersonales. De forma contraria sucede con la valoración general que hacen los sujetos de su estado de salud, los que viven en zonas rurales alcanzan niveles más altos en este sentido que los que se encuentran en la ciudad.

En cuanto al Sexo, los varones se desmarcan con puntuaciones más elevadas en dos dimensiones del Bienestar Psicológico respecto a las mujeres: Dominio del Entorno y Propósito en la vida. Éstos muestran un mayor control y satisfacción del contexto donde se mueven y además metas más claras y definidas. En lo que se refiere, a la Autopercepción de salud y Calidad de vida, no se observan diferencias.

Por último, aparecen diferencias significativas en 4 de las dimensiones que constituyen el Bienestar Psicológico, al comparar los sujetos de acuerdo con la forma de percibir el hecho de la jubilación. Principalmente, se encuentran esas diferencias, entre los sujetos que la entienden como un hecho positivo y aquellos que la entienden de forma negativa. Podríamos decir, por tanto, que aquellas personas que viven esta realidad de manera positiva poseen niveles más altos de Autoaceptación, Relaciones positivas, Autonomía, Propósito en la vida y Crecimiento personal, en comparación con aquellos que la sienten como un hecho amenazante. Este sería un aspecto para seguir investigando, tratando de analizar de forma más exhaustiva la relación entre estas variables.

En definitiva, este estudio nos lleva a proyectar una imagen más positiva de esta etapa de la vida, en la que los propios mayores comunican un estereotipo de vejez, donde la salud es entendida no tanto por el número de patologías que presentan sino por la autopercepción que tengan de las mismas, la limitación impuesta por la edad es reconvertida en adaptación y control fuente de bienestar psicológico. Estas aportaciones pretenden contribuir a todo el trabajo que se está llevando desde la comunidad científica para favorecer la vida de los mayores creando nuevos programas de intervención (Jiménez, Izal y Montorio, 2016).

Referencias bibliográfica

Arostegui, I., y Nuñez-Antón, V. (2008). Aspectos estadísticos del cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud short form-36 (SF36). *Estadística Española*, 50(167), 147-192.

Abellán, A., Ayala, A., y Pujol, R. (2017). *Un perfil de las personas mayores en España, 2017. Indicadores estadísticos básicos*. Madrid, Informes Envejecimiento en red nº 15. Fecha de consulta 16 de junio de 2017. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos17>.

Deep, C.A., y Jeste, D.V. (2006). Definitions and predictors of successful ageing: A comprehensive review of larger quantitative studies. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 6-20.

Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C., y Van Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18(3), 572-577.

Fernández-Ballesteros, R. (2008). *Psicología de la vejez: Una Psicogerontología Aplicada*. Madrid: Pirámide.

Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Envejecimiento Activo: Contribuciones de la Psicología*. Madrid: Pirámide.

García Alonso, M.I., y Lara Ortega, F (2013). Las personas mayores, salud, dependencia y actividades. *International of Developmental and Educational Psychology*, 2, 1, 259-270.

García, M., Lozano, M. R., y Marcos, J. (2011). Desigualdades de género en el deterioro de la salud como consecuencia del cuidado informal en España. *Gaceta Sanitaria*, 25, 100-107.

- Heckhausen, J., y Schulz, R. (1993). Optimization by selection and compensation: Balancing primary and secondary control in life span development. *International J. Behavioral Development*, 16, 115-124.
- Jiménez, M.G., Izal, M., y Montorio, I. (2016). Programa para la mejora del bienestar de las personas mayores. Estudio piloto basado en la psicología positiva. *Suma psicológica*, 23, 51-59.
- Levy, B.R. (2003). Mind Matters: Cognitive and Physical Effects of Aging Stereotypes. *J. Personality and Social Psychology*, 75, 1333-1349
- Limón, M.R., y Ortega, M.C. (2011). Envejecimiento activo y mejora de la calidad de vida en adultos mayores. *Revista de Psicología y Educación*, 6, 225-238.
- Lorenzo Otero, T., Millán-Calentí, J.C., Lorenzo-López, L., Sánchez, A., y Maseda, A. (2013). Predictores de mala salud autopercebida en una población de personas mayores. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 48, 6, 272-275.
- Meléndez Moral, J.C., Tomás Miguel, J. M., y Navarro, E (2011). Actividades de la vida diaria y bienestar y su relación con la edad y el género en la vejez. *Anales de Psicología*, 27(1) 164-169
- Mroczek, DK., y Kolarz, C.M. (1998). The effect of age on positive and negative affect. *J. Personality and Social Psychology*, 15, 1333-1349.
- Naciones Unidas (2002). *Plan Internacional de Acción sobre el envejecimiento*. Nueva York: UN.
- Navarro Prados, A.B., Bueno Martínez, B., y Buz Delgado, J. (2013). Bienestar emocional en la vejez avanzada: estudio comparativo por edad y género. *Psychology, Society & Education*, 5(1), 41-57.
- OMS (2015). *Informe mundial sobre el Envejecimiento y la salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud
- OMS (2016). *Las actitudes negativas acerca del envejecimiento y la discriminación contra las personas mayores pueden afectar a su salud*. Recuperado en <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/discrimination-ageing-youth/es/>
- OMS. (2002). *Envejecimiento activo*. Ginebra: Organización Mundial de la salud.
- Rodríguez Sepúlveda, S.E. (2017). Percepción de la calidad de vida en ancianos con dolor crónico secundario a patología osteoarticular y musculoesquelética. *Gerokomos*, 28(4), 168-172.
- Ryff, C. (1989). Happiness in everythin, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-81.
- Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer-Miraldà, G., Quintana, J.M., Santed, R., Valderas, J.M., Ribera, A., Domingo-Salvany, A., y Alonso, J. (2005). El cuestionario de salud SF-36 español: Una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta Sanitaria*, 19(2), 135-150.
- Zamarrón, M.D. (2013). Envejecimiento Activo: Un reto individual y social. *Sociedad y Utopía*, 41, 449-463.