

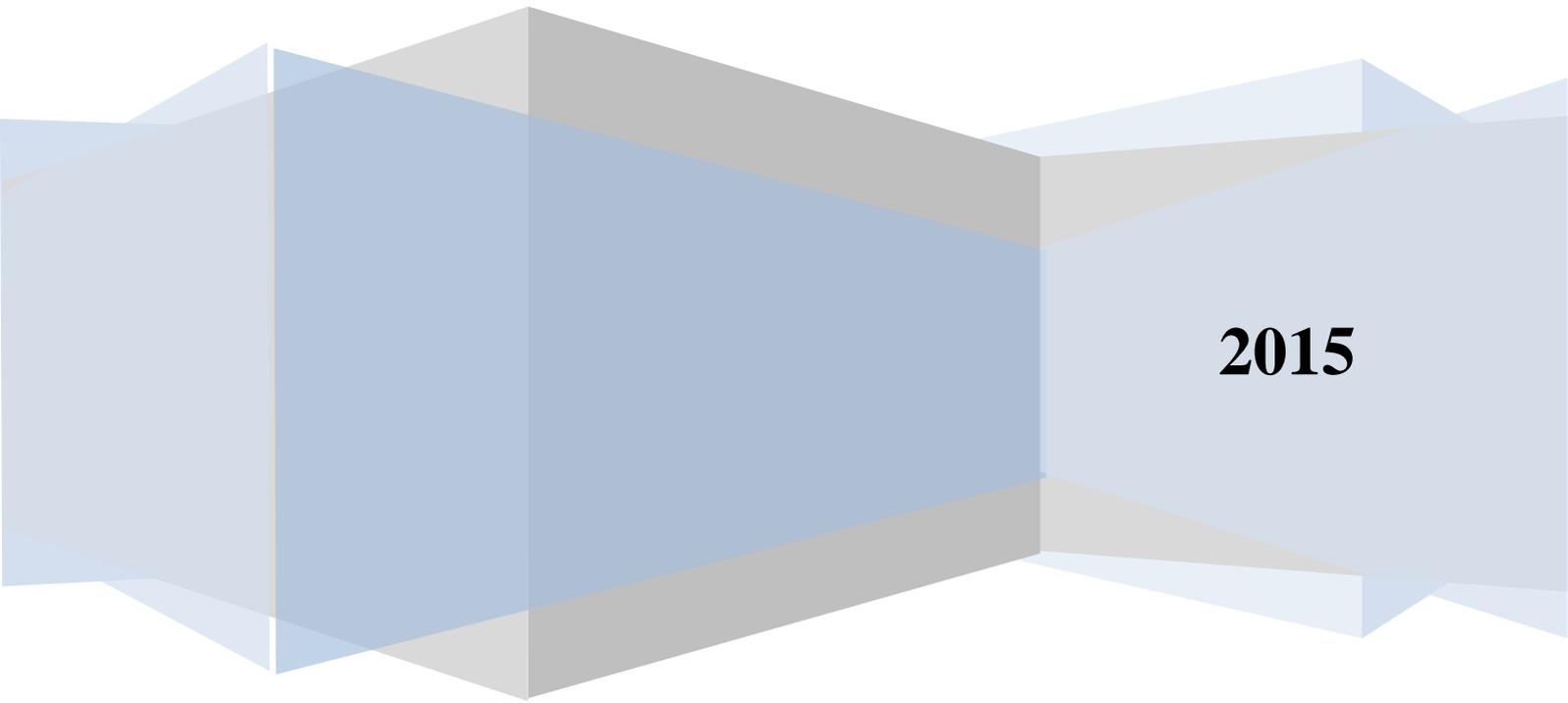
Facultad de Ciencias Políticas, Sociales y de la Comunicación  
Universidad de La Laguna

# **Estudio sobre el bienestar psicológico y subjetivo en personas mayores y personas jóvenes y su relación con la salud**

**TRABAJO DE FIN DE GRADO**

**CATHAYSA CONCEPCIÓN MESA**

**TUTOR: MANUEL HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ**



**2015**

# Índice

1. Introducción .....	1
2. Justificación o fundamentación .....	2
4. Marco teórico .....	4
4.1 Bienestar hedónico y bienestar eudaimónico .....	4
4.2 Salud .....	7
5. Objetivos e hipótesis .....	9
5.1 Objetivos .....	9
5.2 Hipótesis .....	9
6. Método .....	10
7. Presentación de resultados .....	12
7.1 Características de la muestra .....	13
7.2 Análisis de fiabilidad .....	15
7.3 Bienestar Psicológico .....	16
7.3.1 Escala de bienestar psicológico de Ryff .....	16
7.4 Bienestar subjetivo .....	19
7.4.1 Escala de satisfacción con la vida (SWSL) .....	19
7.4.2 Escala PANAS de afecto positivo y afecto negativo .....	22
8. Análisis de datos y discusión .....	25
9. Conclusiones y propuestas .....	27
10. Referencias bibliográficas .....	30
11. Anexos .....	35
11.1 Cuestionario .....	35

## 1. Introducción

De alguna manera, la mayoría de las intervenciones tanto desde el Trabajo Social como de otras especialidades tienen como objetivo la búsqueda de la mejora de la calidad de vida de la sociedad. Sin embargo, históricamente los estudios se han centrado en la reducción del dolor, el sufrimiento, las patologías, etcétera.

Por suerte, desde hace algunos años se comienza a poner en evidencia que “estados positivos a nivel psicológico no sólo forman parte integral de la salud, sino que pueden tener influencia en la aparición de enfermedades y problemas físicos así como en los procesos de recuperación” (Vázquez, Hervás, Rahona, y Gómez, 2009, p. 16).

En este estudio demostramos cómo la búsqueda del bienestar de los sujetos de la muestra se asocia con la salud de los mismos. Para ello, Llevamos a cabo un estudio comparativo del nivel de bienestar psicológico y bienestar subjetivo en una muestra de 50 personas mayores (entre 60 y 70 años) y de 50 personas jóvenes (entre 18 y 25) del norte de la isla de Tenerife.

Identificamos cuáles son las dimensiones más influyentes en ambos colectivos además de comprobar si las variables género y edad influyen en ambos tipos de bienestar. También se comprobará la influencia tanto del bienestar subjetivo como del bienestar psicológico en la salud percibida de los encuestados.

Por último, se harán propuestas para futuras investigaciones y para posibles actuaciones desde el Trabajo Social.

## 2. Justificación o fundamentación

Durante toda la historia, la felicidad ha sido un tema de preocupación universal. Todos pensamos en nuestro bienestar seamos felices o no. Este hecho nos permite detectar si estamos satisfechos, cómodos o contentos y actuar en base a lo que nos resulta. Siendo esto así, ¿por qué no buscar desde el Trabajo Social el bienestar de las personas con las que trabajamos?

El bienestar debe ser un objetivo tan importante como la búsqueda de la salud en la población, de hecho, como se verá en todo el documento, existen estudios que confirman la influencia del bienestar en la salud (Meléndez, Tomás, y Navarro, 2008; Molina, Meléndez, y Navarro, 2008; Ostir, Markides, Black, y Goodwin, 2000; Valdés y Rodríguez, 2003; Vázquez, Hervás, Rahona, y Gómez, 2009).

Ambos tipos de bienestar tienen relación directa con la salud concretamente en medidas como el sistema inmunológico, el afrontamiento de problemas de salud o la capacidad de amortiguar el estrés (Vázquez, Hervás, Rahona, y Gómez, 2009).

Además, tal y como nos indican DeVol y Bedroussian (2007) podemos deducir que la promoción del bienestar puede ser, no sólo útil desde un punto de vista social y humano, sino probablemente también desde un plano económico. Así se convierte en un plano de interés social y político.

Una investigación realizada por Gamero Burón (2010) indica que el coste por la pérdida de jornadas de trabajo asociadas con el estrés alcanza una cuantía sustancial en España. En concreto, la estimación realizada en dicho estudio sitúa el gasto en 940,7 millones de euros en el año 2004, un 0,11% del PIB español.

El Ministerio de Sanidad y Consumo (2008) indica que los costes directos (hospitalización, tratamiento farmacológico y estancia en hospitales) y los costes indirectos (absentismo laboral, suicidio y descenso de la productividad) del tratamiento tanto de trastornos depresivos como de ansiedad son significativos. Según esta misma fuente, sólo en EEUU y sólo en el tratamiento de la depresión el gasto asciende hasta 43,7 millones de dólares. En España, el coste de esta patología “podría llegar a alcanzar, según los expertos unos 23.000 millones de euros de forma global” (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008, p. 21). Es importante destacar que según la Comisión de las

Comunidades Europeas (2005) se espera que en 2020 la depresión sea la causa de enfermedad número uno en el mundo desarrollado.

La influencia del bienestar en la vida de una persona es tal que una investigación a 2282 personas de más de 65 años ultimó que la experiencia de emociones positivas protegía a las personas mayores de los efectos más negativos del envejecimiento y de la incapacidad y, además, podía predecir con éxito quiénes vivirían y quiénes morirían (Ostir, Markides, Black, y Goodwin, 2000).

¿Cuáles son los factores que influyen en el bienestar? Es importante tratar de identificarlos para conocer cuáles deben ser los puntos en los que debemos intervenir para lograr no sólo el bienestar de las personas, sino la mejora de la salud de las mismas y en consecuencia el ahorro que esto puede llegar a suponer.

## 4. Marco teórico

### 4.1 Bienestar hedónico y bienestar eudaimónico

En la tradición filosófica la pregunta sobre qué es lo que hace que la vida merezca la pena ha sido una constante (Vázquez, 2009).

Esto nos lleva a dos tradiciones filosóficas que se han visto reproducidas por el debate académico de los últimos años: el hedonismo y la eudaimonía.

La perspectiva hedónica se origina en los filósofos griegos, posiblemente en Epicuro y tuvo continuidad posteriormente con Hobbes, Sade o los utilitaristas (Vázquez, 2009). Para los hedonistas el placer es “el fin último de la vida” (Real Academia Española, 2012) por lo que consideran el bienestar como la maximización de experiencias positivas y la minimización de experiencias negativas (Ryan y Deci, 2001).

En la actualidad, los psicólogos considerados hedonistas utilizan el concepto *bienestar subjetivo* que comprende el análisis científico de cómo las personas evaluamos nuestras vidas tanto en el momento como por períodos más largos. Además incluye cómo reaccionamos emocionalmente, nuestros estados de ánimo y los juicios que realizamos sobre nuestra satisfacción con la vida o con esferas como el matrimonio o el trabajo (Diener, Oishi, y Lucas, 2002). Esta definición incluye los dos componentes principales del bienestar subjetivo (Vázquez, Hervás, Rahona, y Gómez, 2009):

- **El balance afectivo** que lo obtenemos mediante la diferencia entre la frecuencia de afectos positivos (punto en el que una persona se siente entusiasmada, activa y con energía (Sandín, et al, 1999) y la de afectos negativos (sentimiento general de diestrés, disgusto, ira, culpa, etc. (Sandín, et al, 1999).
- **La satisfacción vital percibida.**

Por otro lado, la perspectiva eudaimónica, originada por Aristóteles en *Ética a Nicómaco* y cuya continuidad vino de mano de autores como Carol Ryff y Edward Deci, entiende que la felicidad hace referencia a vivir de forma plena o dar realización a los potenciales humanos más valiosos (Ryan, Huta, y Deci, 2008), comprenden la felicidad como “un estado de plenitud y armonía psicológica que supone el desarrollo

de las virtudes y en particular de la razón” (Rodríguez, Díaz, Moreno, Blanco, y van Dierendonck, 2010, p. 63).

Es Carol Ryff la que propone el término *bienestar psicológico* para diferenciar la eudaimonía del hedonismo considerando el bienestar como el desarrollo del verdadero potencial de cada uno, siendo la felicidad el resultado de una vida bien vivida (Ryff y Keyes, 1995).

Ryff (1989) propone un modelo integrado y multidimensional del bienestar, compuesto por los siguiente factores:

- a) Autoaceptación: Sentirse bien consigo mismas incluso siendo conscientes de sus propias limitaciones.
- b) Relaciones positivas con los otros: Desarrollar y mantener relaciones cálidas con los demás.
- c) Control ambiental: Dar forma a su medio para satisfacer sus necesidades y deseos.
- d) Autonomía: Desarrollar un marcado sentido de individualidad y de libertad personal.
- e) Propósito en la vida: Encontrar un propósito que unifica sus esfuerzos y retos.
- f) Crecimiento personal: Mantener una dinámica de aprendizaje y de desarrollo continuo de sus capacidades.

Tanto el bienestar subjetivo como el bienestar psicológico suponen un camino hacia la felicidad: el bienestar psicológico se centra en el contenido de la propia vida y en los aspectos implicados en ella mientras que el bienestar subjetivo se centra en conseguir la presencia de afecto positivo y la ausencia de afecto negativo, además de una sensación global de satisfacción con la propia vida (Seligman, 2002).

En cuanto a los determinantes generales del bienestar subjetivo, se acepta comúnmente que los factores sociodemográficos tienen escasa influencia (Lykken y Tellegen, 1996). Se considera que las experiencias vitales singulares son las variables más influyentes (Gatz y Smyer, 1992 y McGue y Christensen, 1997). En las personas mayores, autores como Willits y Crider (1988) destacan que el estado de salud, la personalidad o el status socioeconómico son las variables más potentes del bienestar.

Molina, Meléndez y Navarro (2008) recopilando la idea de Triadó (2003) indican que “el bienestar subjetivo como medida global parece no experimentar cambios significativos asociados a la edad [...]en cambio, las dimensiones propias del bienestar psicológico muestran un decremento a lo largo de los diferentes momentos vitales” (p. 218). Sin embargo, en el estudio realizado por Molina, Meléndez y Navarro (2008) las personas mayores institucionalizadas presentan una disminución de factores del bienestar subjetivo que deberían de ser estables con la edad, no siendo así en personas no institucionalizadas.

Los resultados obtenidos en el análisis del bienestar en personas mayores según la edad de Meléndez, Tomás y Navarro (2008) indican que hay una tendencia leve al descenso de la satisfacción vital y del bienestar, sobre todo en las medidas del bienestar psicológico, en consonancia con las palabras citadas en el párrafo anterior. En este mismo análisis se observa una disminución clara en las dimensiones de crecimiento personal y propósito en la vida conforme aumenta la edad.

En un estudio realizado a jóvenes de entre 15 y 29 años (Ahn, Mochón, y de Juan, 2012) se concluyó que las variables género, edad y religión parece que no influyen en la felicidad. La renta se presenta como una variable claramente asociada con el bienestar, a mejor situación económica, mayor es el bienestar declarado. Además, los jóvenes casados declaran mayor nivel de bienestar que los solteros o los que viven con su pareja. Aquellos que tienen un contrato permanente presentan mayor puntuación en bienestar que aquellos que tienen un contrato eventual y los jóvenes estudiantes presentan mayor bienestar que los que trabajan. Por otro lado, las expectativas consideradas favorables correlacionan positivamente con la satisfacción. Por último, aquellas personas jóvenes que viven de forma independiente presentan un mayor grado de satisfacción, algo que, según los autores, se ha ratificado al analizar cómo incide la situación económica en el bienestar.

## 4.2 Salud

Según la OMS (1948) “la salud es un estado completo de bienestar físico, psíquico y social y no la mera ausencia de afecciones o enfermedades”. Sin embargo, normalmente el foco de los estudios científicos, se sitúa en el síntoma y la enfermedad, en la patología, y no ha tratado en la misma medida de ir más allá de la ausencia de enfermedad, de buscar el funcionamiento óptimo de las personas (Vázquez et al., 2009)

Por suerte, en los últimos años, comienza a ser notorio que las emociones positivas además de ser parte integral de la salud pueden tener influencia en la aparición de enfermedades y problemas físicos así como en los procesos de recuperación. Los observadores de la condición humana han sostenido durante largo tiempo que los estados positivos de la mente pueden conducir no solamente a una vida más plena de sentido, sino también a una existencia más saludable (Vázquez et al., 2009).

En cuanto al bienestar subjetivo, la relación entre afecto negativo y salud ha sido ampliamente estudiada. En general, se demuestra que los afectos negativos influyen negativamente en la salud favoreciendo la presencia de enfermedades vinculadas al envejecimiento como enfermedades cardiovasculares, diabetes tipo II, artritis, osteoporosis, Alzheimer o algunos tipos de cáncer (Kiecolt-Glaser, McGuire, Robles, y Glaser, 2002). Además las personas con más emocionalidad negativa son más vulnerables al contagio de enfermedades infecciosas y a que se le reactiven virus latentes en el organismo (Glaser y Kiecolt-Glaser, 2005).

¿Y la relación entre las emociones positivas y la salud? ¿Pueden las emociones positivas potenciar el sistema inmunológico? Cohen, Alper, Doyle, Treanor y Turner (2006) llevaron a cabo un estudio en el que encontraron que el afecto positivo mostraba una mayor asociación con las tasas de enfermedad de la que mostraba el afecto negativo, y, cuando se empleaban las dos variables a la vez, el afecto negativo dejaba de ser un predictor significativo de la enfermedad. El afecto positivo parece proteger a los individuos del deterioro físico producido por la edad, afectando positivamente a su independencia funcional y a su esperanza de vida (Ostir, et al., 2000). Además, según Ostir, et al., (2002) las personas con mayores emociones positivas tienen hasta casi tres veces más posibilidades de recuperación en un año después de problemas de salud.

También es creciente el interés por la relación entre el bienestar psicológico y la salud. Según Vázquez y Castilla (2007), este tipo de bienestar suele tener una relación

más consistente con la salud física que las medidas del bienestar subjetivo. Las razones nos son claras pero puede estar relacionado con que el bienestar eudaimónico busca la regulación a medio y largo plazo a través de la búsqueda de conductas de supervivencia y de ajuste a las demandas del medio mientras que el bienestar hedónico está más relacionado con el disfrute y la satisfacción de las circunstancias inmediatas.

El grupo de Carol Ryff ha hallado que en muestras de mujeres mayores aquellas con mayores niveles de propósito en la vida, más sensación de crecimiento personal y mejores relaciones interpersonales presentaban un menor riesgo cardiovascular (Vázquez et al., 2009).

Según Vázquez y et al. (2009) citando las palabras de Fredrickson (2009) el bienestar eudaimónico parece servir como “un elemento amortiguador (buffer) o protector frente a los efectos adversos de experiencias negativas” (p. 22).

## 5. Objetivos e hipótesis

### 5.1 Objetivos

- Revelar si es predominante el bienestar subjetivo o el bienestar psicológico en las personas jóvenes y en las personas mayores.
- Descubrir cuál de los dos colectivos declara mayores niveles de bienestar.
- Conocer qué dimensiones del bienestar subjetivo y del bienestar psicológico son más influyentes en las personas jóvenes y cuáles en las personas mayores.
- Saber si se produce una asociación significativa en la muestra entre ambos tipos de bienestar y la salud.

### 5.2 Hipótesis

1. Las personas mayores tienen más bienestar psicológico que las personas jóvenes.
2. Las personas jóvenes tienen más bienestar subjetivo que las personas mayores.
3. Hay una asociación significativa entre bienestar subjetivo y salud.
4. Hay una asociación significativa entre bienestar psicológico y salud.

## 6. Método

Se ha elegido como instrumento el cuestionario, ya que parece el más efectivo para conocer de un modo simple, eficiente y anónimo los datos de la muestra seleccionada, facilitando la veracidad de la información.

Para que la realización de los mismos sea efectiva, se ha usado la técnica del muestreo por cuotas o el muestreo por conveniencia, de modo que la obtención de la muestra sea lo más rápida y eficaz posible. Con los datos que se han obtenido, se ha procedido a su vaciado en Excel y al análisis estadístico, empleando para ello el SPSS que se ha usado para el análisis eficaz de los resultados de los cuestionarios.

Para la realización de este proyecto se ha utilizado una muestra de 50 personas mayores (entre 60 y 70 años) y 50 personas jóvenes (entre 15 y 25 años), seleccionados de mi entorno residencial y miembros de mi red social.

El instrumento que se ha utilizado está compuesto por los cuatro cuestionarios reconocidos:

- Para medir el bienestar psicológico:
  - Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff (Díaz, et al., 2006).
- Para medir el bienestar subjetivo:
  - Escalas PANAS de afecto positivo y afecto negativo (Sandín, et al., 1999)
  - Escala de satisfacción con la vida (SWLS) (Diener, Emmons, Larsen, y Griffin, 1985).
- Para medir la salud:
  - Versión española del *SF-36 Health Survey* (Cuestionario de Salud SF-36) (Alonso, Prieto, y Anto, 1995).

Todos son escalas validadas y fiables (Díaz, et al., 2006; Sandín, et al., 1999; Diener, Emmons, Larsen, y Griffin, 1985; Alonso, Prieto, y Anto, 1995).

En primer lugar, la escala de bienestar psicológico de Ryff (*Psychological Well Being Scale*) es una búsqueda de la unión entre formulaciones anteriores sobre el bienestar psicológico (Maslow, 1968; Allport, 1961; y Rogers, 1961 en Díaz, et al.,

2006). Como nombramos en el apartado de marco teórico es un modelo compuesto por 6 dimensiones y 29 ítems (Ryff, 1989): Autoaceptación, relaciones positivas, autonomía, dominio del entorno, crecimiento personal y propósito en la vida. La escala Likert utilizada ha sido de 1 a 10 siendo 1 totalmente en desacuerdo y 10 totalmente de acuerdo.

En cuanto a las escalas PANAS (*Positive and Negative Affect Schedule*) de afecto positivo y afecto negativo, están compuestas por 20 ítems (10 de afecto negativo y 10 de afecto positivo) y se cuestiona por la frecuencia con la que se ha sentido cada afecto en la última semana y de forma general (Sandín, et al., 1999). En lo que a la escala Likert se refiere ha sido de 1 a 5 siendo 1 muy poco o nada, 2 algo, 3 moderadamente, 4 bastante y 5 muy a menudo.

Por otro lado, la escala de Satisfacción con la Vida o SWLS (*Satisfaction With Life Scale*) consta de 5 preguntas, proporcionando cada una de ellas una puntuación entre 1 y 7 (siendo 1 completamente en desacuerdo y 7 completamente de acuerdo). La puntuación máxima posible es por tanto 35. Según la puntuación obtenida se interpretará si el sujeto que responde la pregunta está extremadamente insatisfecho, insatisfecho, ligeramente por debajo de la media, con una puntuación media, con una puntuación alta o altamente satisfecho (Diener, 2006).

Por último, el cuestionario de salud SF-36 (*SF-36 Health Survey*) consta de 36 ítems, que exploran 8 dimensiones del estado de salud: función física; función social; limitaciones del rol: de problemas físicos; limitaciones del rol: problemas emocionales; salud mental; vitalidad; dolor y percepción de la salud general. En este cuestionario los temas y las dimensiones proporcionan distintas puntuaciones directamente proporcionales al estado de salud; a mayor puntuación, mejor estado de salud. El rango de las mismas oscila entre 0 y 100.

En cuanto al proceso de obtención de información la herramienta más utilizada ha sido internet. Se han obtenido la mayoría de los artículos usando google académico y el punto Q de la biblioteca de la ULL. Además se ha consultado algunos libros de dicha biblioteca.

## 7. Presentación de resultados

Tras el trabajo de campo, se ha procedido a la creación de la base de datos introduciendo en el SPSS las respuestas recogidas en los cuestionarios. Posteriormente, se ha hecho la depuración de la matriz de datos y a la realización de los análisis en el SPSS.

En primer lugar, se ha realizado la recodificación de algunos ítems de la escala de bienestar psicológico (Ryff) para después crear las variables relativas a los diferentes aspectos que recoge dicha escala. Así, se han invertido las puntuaciones de los ítems 2, 8, 22, 4, 9, 13, 23, 5, 19 y 26 pues estaban de forma inversa al resto de los ítems. A continuación, se ha creado cada una de las variables que incluye el instrumento a través de crear la media de los ítems que forman cada uno de las dimensiones de la escala Ryff, quedando dentro de cada dimensión los siguientes ítems:

- Autoaceptación: 1, 7, 17, 24.
- Relaciones positivas: 2, 8, 12, 22, 25.
- Autonomía: 3, 4, 9, 13, 18, 23.
- Dominio del Entorno: 5, 10, 14, 19, 29.
- Crecimiento personal: 21, 26, 27, 28.
- Propósito en la vida: 6, 11, 15, 16, 20.

En segundo lugar, se han creado las variables *Escala de satisfacción con la vida (SWLS)*, *el grado de salud del encuestado* y la escala PANAS. Respecto a la escala SWLS, se ha creado una variable que resulta de las puntuaciones dadas en cada uno de los ítems para después agruparlas en los siguientes intervalos:

- Extremadamente insatisfechos: 5-9 puntos.
- Insatisfechos: 10-14 puntos.
- Ligeramente por debajo de la media: 15-19 puntos.
- Puntuación media: 20-24 puntos.
- Puntuación alta: 25-29 puntos.
- Puntuación muy alta, personas altamente satisfechas: 30-35 puntos.

A continuación se han creado las variables de la escala PANAS. Se ha hallado la media de las emociones positivas y de las negativas tanto de la última semana como a

nivel general, por lo que se han obtenido cuatro variables: emociones positivas en la última semana, emociones negativas en la última semana, emociones positivas en general y emociones negativas en general. Los ítems que correspondían a cada variable son los siguientes:

- Emociones positivas: Motivado, emocionado, firme, entusiasmado, estar orgulloso, alerta, inspirado, decidido, estar atento, activo.
- Emociones negativas: Molesto, de malas, culpable, temeroso, agresivo, irritable, avergonzado, nervioso, inquieto, inseguro.

Por último, se ha transformado todos los ítems relativos a la salud del encuestado en una escala de 0 a 100, siendo 0 nada saludable y 100 totalmente saludable. Además de lo anterior, se ha hallado la media de todos los ítems de la salud para cada individuo de la muestra, con lo cual se ha obtenido el grado de salud para cada encuestado.

Respecto al análisis, primero se ha expuesto las características de la muestra para después realizar los análisis de fiabilidad de las escalas. Por último, se ha analizado la escala Ryff, la escala de satisfacción con la vida (SWLS) y la escala PANAS según el género, la edad y el grado de salud (utilizando Tablas de Contingencias, el procedimiento ANOVA, el procedimiento Prueba T para muestras independientes).

## 7.1 Características de la muestra

**Tabla 1.**

*Características de la muestra*

		Recuento	%
Género	Masculino	44	44,0%
	Femenino	56	56,0%
	Total	100	100,0%
Edad del encuestado	Personas jóvenes	50	50,0%
	Personas mayores	50	50,0%
	Total	100	100,0%
% de Vida saludable que tiene (0, nada saludable; 100 muy saludable)			
Media= 71,22%			
Desv. Tip=12,06%			
N=100			

Tal y como se observa, existen más mujeres que hombres en la muestra, si bien

hay el mismo porcentaje tanto de personas jóvenes como de personas mayores. Respecto a la salud, los encuestados declaran que, en una escala de 0 a 100, se sitúan en una media de salud del 71%, por lo que se declaran bastante más saludables que no saludables.

**Tabla 2.**

*Distribución por edades en el grupo de personas mayores.*

Edad	Recuento	%
60	5	10%
61	7	14%
62	4	8%
63	5	10%
64	2	4%
65	6	12%
66	7	14%
67	5	10%
68	3	6%
69	1	2%
70	5	10%
Total	50	100%
Media	64,56	
Desviación Típica	3,10	

Como se puede observar en la tabla, la edad con más representación en la muestra es la de 66 años seguida por 65 años y 67. Por el contrario, la menos representada es la de 69 años con sólo un participante, seguida de 64 con dos.

**Tabla 3.***Distribución por edades en el grupo de personas jóvenes.*

Edad	Recuento	%
15	2	4%
16	2	4%
17	3	6%
18	1	2%
19	5	10%
20	2	4%
21	7	14%
22	13	26%
23	4	8%
24	6	12%
25	5	10%
Total	50	100%
Media	21,2	
Desviación Típica	2,69	

En esta tabla se observa que existe una desigualdad clara en la representatividad de las edades. Con un 26% la más representada es la edad de 22 años seguida por los 21 años con casi la mitad de participantes. La edad menos representada es la de 18 años con tan sólo 1 participante seguida por las edades 15, 16 y 20 con 2 participantes. Teniendo en cuenta que la diferencia entre la máxima edad representada y la mínima es de un 24% cabe esperar que este hecho influya en los resultados.

## 7.2 Análisis de fiabilidad

**Tabla 4.***Fiabilidad de los diferentes instrumentos utilizados*

Escala	Alfa de Cronbach	Número de ítems
Bienestar Psicológico (Escala Ryff)	,830	29
Bienestar Subjetivo (Escala SWLS)	,895	5
PANAS Positivo última semana	,819	10
PANAS Negativo última semana	,804	10
PANAS Positivo general	,809	10
PANAS Positivo general	,850	10
Escala de Percepción de salud	,851	36

Se observa que todos los instrumentos utilizados tienen un Alfa de Cronbach

superior a 0,8, por lo que se puede decir que las escalas son fiables. La escala que posee una mayor fiabilidad es la de satisfacción con la vida, siendo la de menor fiabilidad la medida de emociones negativas de la última semana.

## 7.3 Bienestar Psicológico

### 7.3.1 Escala de bienestar psicológico de Ryff

**Tabla 5.**

*Escala de bienestar psicológico de Ryff (escala 1-10)*

	Media	Desviación estándar	N total
Autoaceptación	7,87	1,41	100
Relaciones Positivas	7,18	1,67	100
Autonomía	7,12	1,52	100
Dominio del entorno	7,03	1,41	100
Crecimiento personal	8,06	1,39	100
Propósito en la vida	7,67	1,54	100

Dentro de la escala de Bienestar Psicológico de Ryff, el crecimiento personal es la dimensión que posee una media más elevada, seguida de la autoaceptación y el propósito en la vida. El resto de las dimensiones tienen medias más bajas, si bien ninguna es inferior a 7.

**Tabla 6.**

*Aspectos de la escala de bienestar psicológico de Ryff según el género del encuestado*

	Género	N	Media	Desviación estándar
Autoaceptación	Masculino	44	7,79	1,24
	Femenino	56	7,93	1,54
Relaciones Positivas	Masculino	44	7,14	1,64
	Femenino	56	7,22	1,71
Autonomía	Masculino	44	6,85	1,53
	Femenino	56	7,34	1,50
Dominio del entorno	Masculino	44	6,88	1,42
	Femenino	56	7,15	1,41
Crecimiento personal	Masculino	44	7,77	1,50
	Femenino	56	8,29	1,26
Propósito en la vida	Masculino*	44	7,32	1,46
	Femenino*	56	7,94	1,56

\*: Diferencias significativas con un 95% de confianza según prueba T para muestras independientes asumiendo varianzas iguales.

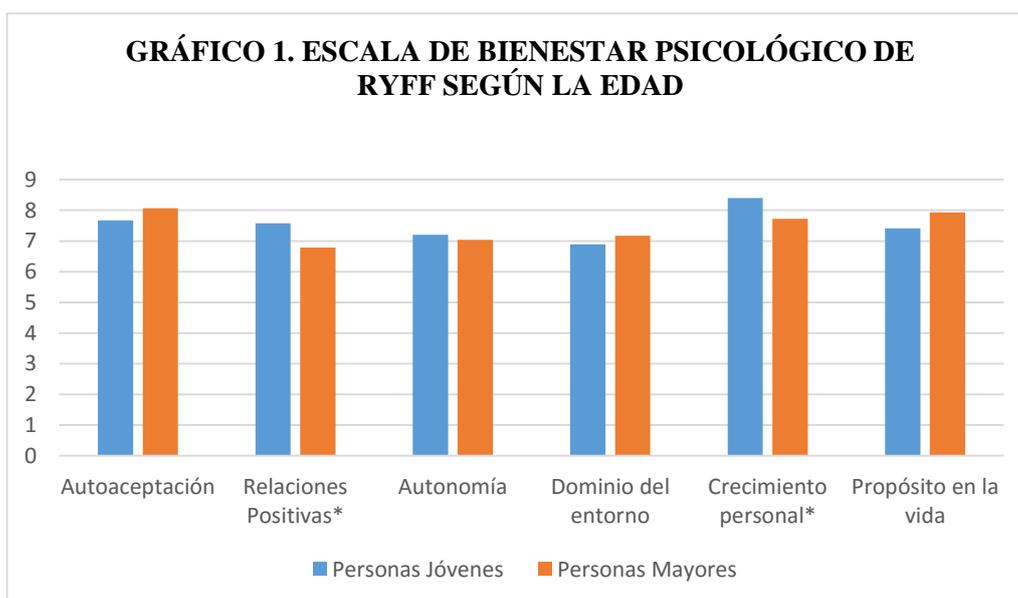
Comparando la escala de bienestar psicológico de Ryff según el género, se observa que en todas las dimensiones de la escala el género femenino tiene medias más elevadas que el masculino, lo cual indica que existe una cierta tendencia de las mujeres a puntuar por encima de los hombres en esta escala. Además, respecto al propósito en la vida, además de observar diferencias a nivel descriptivo, existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos géneros en cuanto a la puntuación en esta dimensión de la escala. Como se puede comprobar, los factores con más peso en el género masculino son la autoaceptación y el crecimiento personal siendo los de más peso en el femenino el crecimiento personal, el propósito en la vida y la autoaceptación.

**Tabla 7.**

*Aspectos de la escala de bienestar psicológico de Ryff según la edad del encuestado*

	Edad del encuestado	N	Media	Desviación estándar
Autoaceptación	Personas jóvenes	50	7,6700	1,60073
	Personas mayores	50	8,0650	1,17131
Relaciones Positivas	Personas jóvenes*	50	7,5800	1,72863
	Personas mayores*	50	6,7880	1,52605
Autonomía	Personas jóvenes	50	7,2033	1,47630
	Personas mayores	50	7,0400	1,57990
Dominio del entorno	Personas jóvenes	50	6,8960	1,41377
	Personas mayores	50	7,1680	1,40864
Crecimiento personal	Personas jóvenes*	50	8,3950	1,32585
	Personas mayores*	50	7,7250	1,37604
Propósito en la vida	Personas jóvenes	50	7,4120	1,70110
	Personas mayores	50	7,9280	1,33448

\*: Diferencias significativas con un 95% de confianza según prueba T para muestras independientes asumiendo varianzas iguales.



**Tabla 7/Gráfico 1.** Respecto a la edad y la escala de bienestar psicológico de Ryff, las personas mayores tienen medias de puntuaciones mayores en la autoaceptación, el dominio del entorno y el propósito en la vida. Sin embargo, las personas jóvenes puntúan por encima en la autonomía, las relaciones positivas y el crecimiento personal. Además de lo anterior, en estos dos últimos aspectos (relaciones positivas y crecimiento personal) existen diferencias estadísticamente significativas entre las personas jóvenes y las personas mayores, por lo que podemos afirmar que las diferencias entre personas jóvenes y personas mayores son muy fuertes en estos dos aspectos de la escala de bienestar psicológico de Ryff.

**Tabla 8.**

*Aspectos de la escala de bienestar psicológico de Ryff según el grado de salud de los encuestados*

	% de Salud (0 nada saludable, 100 muy saludable)
	Coefficiente de Correlación de Pearson
Autoaceptación	,200*
Relaciones Positivas	,322*
Autonomía	,213*
Dominio del entorno	,156
Crecimiento personal	,345*
Propósito en la vida	,176

\*: Coeficiente de Correlación de Pearson significativo con un 95% de confianza

Respecto a la relación entre la escala de bienestar psicológico de Ryff y el grado de salud de los encuestados, existen diferencias significativas en la autoaceptación, las relaciones positivas, la autonomía y el crecimiento personal, siendo esta última la dimensión de la escala de bienestar psicológico de Ryff que tiene el coeficiente de correlación más alto, y, por lo tanto, la que más relación tiene con el grado de salud de los encuestados. Aun así, en todos los aspectos de la escala de bienestar psicológico de Ryff donde hay diferencias significativas la relación es directa, es decir, que cuanto más se puntúe en la escala de bienestar psicológico de Ryff mayor grado de salud declarará la persona, y viceversa.

## 7.4 Bienestar subjetivo

### 7.4.1 Escala de satisfacción con la vida (SWSL)

**Tabla 9.**

*Tabla de frecuencias de la escala de satisfacción con la vida (SWSL)*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Extremadamente Insatisfechos	4	4,0	4,0
Insatisfechos	2	2,0	6,0
Ligeramente por debajo de la media	7	7,0	13,0
Puntuación media	8	8,0	21,0
Puntuación alta	39	39,0	60,0
Puntuación muy alta, personas altamente satisfechas	40	40,0	100,0
Total	100	100,0	

Ya en la escala de satisfacción con la vida (SWSL), un 79% puntúa en muy alta o alta, por lo que la mayor parte de los encuestados se declaran satisfechos en este ámbito. Sólo un 6% se declara insatisfechos o extremadamente insatisfechos.

**Tabla 10.**

*Escala de satisfacción con la vida según género*

		Género		Total	
		Masculino	Femenino		
Escala de satisfacción con la vida (SWSL)	Extremadamente Insatisfechos	Recuento	1	3	4
		% dentro de Género	2,3%	5,4%	4,0%
	Insatisfechos	Recuento	1	1	2
		% dentro de Género	2,3%	1,8%	2,0%
	Ligeramente por debajo de la media	Recuento	2	5	7
		% dentro de Género	4,5%	8,9%	7,0%
	Puntuación media	Recuento	2	6	8
		% dentro de Género	4,5%	10,7%	8,0%
	Puntuación alta	Recuento	21	18	39
		% dentro de Género	47,7%	32,1%	39,0%
	Puntuación muy alta, personas altamente satisfechas	Recuento	17	23	40
		% dentro de Género	38,6%	41,1%	40,0%
Total		Recuento	44	56	100
		% dentro de Género	100,0%	100,0%	100,0%

\*: Diferencias significativas con un 95% de confianza según prueba Chicuadrado.

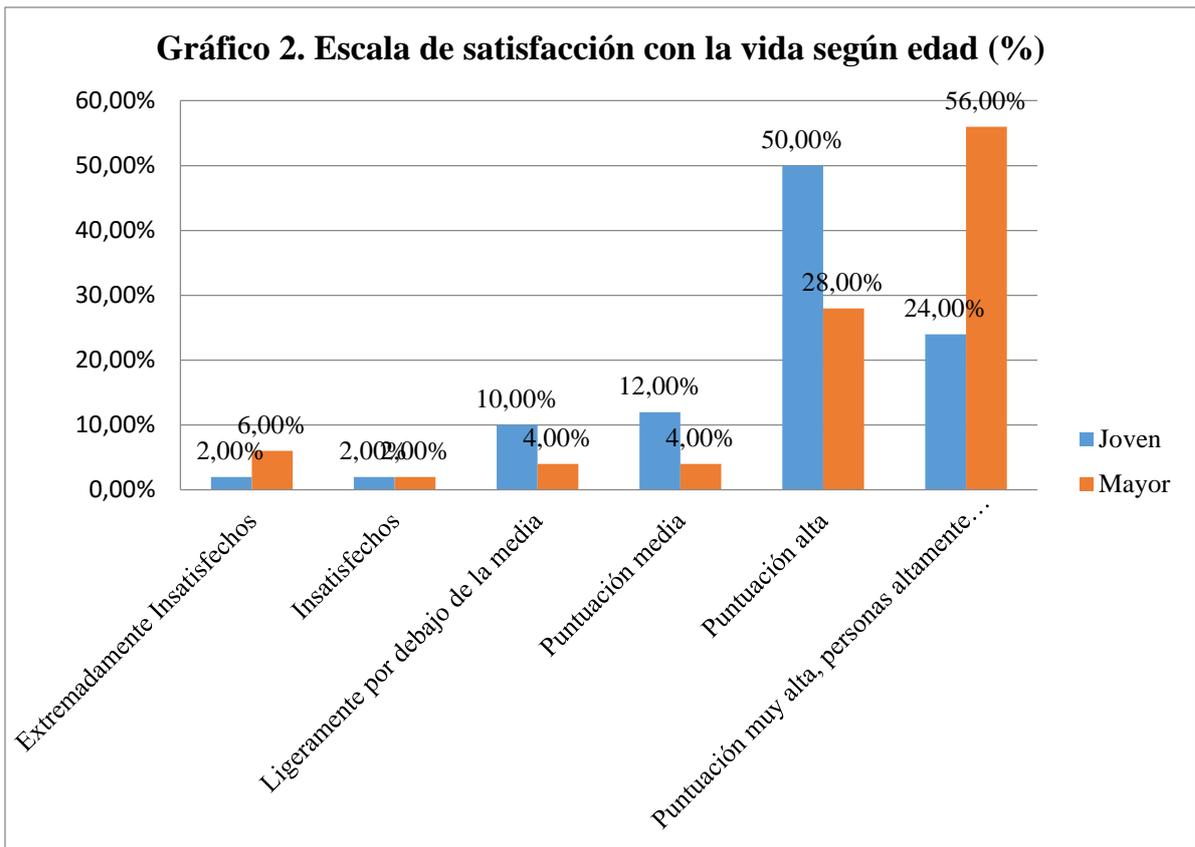
Respecto a la relación entre la escala de satisfacción con la vida según el género, el femenino en general se sitúa en mayor proporción que el masculino en sectores más insatisfechos. Sin embargo, los hombres puntúan en mayor proporción que las mujeres en las categorías de puntuación alta o muy alta, con lo cual se puede afirmar a nivel descriptivo que el género masculino está más satisfecho que el femenino, si bien esto no ocurre a nivel estadístico.

**Tabla 11.**

*Escala de satisfacción con la vida según edad*

			Edad		Total
			Personas jóvenes	Personas mayores	
Bienestar subjetivo (Escala SWLS)*	Extremadamente Insatisfechos	Recuento	1	3	4
		% dentro de Edad	2,0%	6,0%	4,0%
	Insatisfechos	Recuento	1	1	2
		% dentro de Edad	2,0%	2,0%	2,0%
	Ligeramente por debajo de la media	Recuento	5	2	7
		% dentro de Edad	10,0%	4,0%	7,0%
	Puntuación media	Recuento	6	2	8
		% dentro de Edad	12,0%	4,0%	8,0%
	Puntuación alta	Recuento	25	14	39
		% dentro de Edad	50,0%	28,0%	39,0%
	Puntuación muy alta, personas altamente satisfechas	Recuento	12	28	40
		% dentro de Edad	24,0%	56,0%	40,0%
Total		Recuento	50	50	100
		% dentro de Edad	100,0%	100,0%	100,0%

\*: Diferencias significativas con un 95% de confianza según prueba Chicuadrado.



**Tabla 11/Gráfico 2.** Respecto a la comparación entre la escala de satisfacción con la vida y la edad, las personas mayores son mayoría en el sector de los más insatisfechos, pero también son mayoría dentro de los que están altamente satisfechos. Sin embargo, las personas jóvenes puntúan en mayor proporción en la categoría de puntuación media y alta, siendo menos extremas sus puntuaciones que en el caso de las personas mayores.

Por otro lado, a nivel estadístico existen diferencias estadísticamente significativas entre la escala de satisfacción con la vida y la edad, puntuando de forma más extrema las personas mayores que las personas jóvenes, tal y como se describió en el párrafo anterior.

**Tabla 12.***Escala de satisfacción con la vida según grado de salud*

% de Salud (0 nada saludable, 100 muy saludable)			
	N	Media	Desviación estándar
Extremadamente Insatisfechos	4	68,92	9,83
Insatisfechos	2	61,04	6,97
Ligeramente por debajo de la media	7	69,11	13,99
Puntuación media	8	73,72	8,79
Puntuación alta	39	72,78	12,71
Puntuación muy alta, personas altamente satisfechas	40	70,31	12,15
Total	100	71,22	12,06

\*: Diferencias significativas con un 95% de confianza según ANOVA.

Respecto a la escala de satisfacción con la vida según el grado de salud, no existen diferencias a nivel estadístico, si bien a nivel descriptivo podemos observar que los que puntúan por encima de la media o tienen puntuaciones más altas declaran un estado de salud mejor que los que se declaran más insatisfechos.

#### 7.4.2 Escala PANAS de afecto positivo y afecto negativo

**Tabla 13.**

*Emociones positivas y negativas (semanal y general), escala de 1 a 5 (1 poco o nada, 5 muy a menudo)*

	Media	Desviación estándar	N total
Emociones positivas última semana	3,44	,75	100
Emociones negativas última semana	2,15	,73	100
Emociones positivas en general	3,50	,69	100
Emociones negativas en general	2,07	,74	100

Respecto a la escala PANAS, tanto a nivel general como semanal los sujetos de la muestra han tenido mayor frecuencia de emociones positivas.

**Tabla 14.***Escala PANAS según género del encuestado*

	Género	N	Media	Desviación estándar
Emociones positivas última semana	Masculino	44	3,4159	,78856
	Femenino	56	3,4661	,73219
Emociones negativas última semana	Masculino	44	2,0341	,77097
	Femenino	56	2,2464	,68410
Emociones positivas en general	Masculino	44	3,4705	,70102
	Femenino	56	3,5304	,68753
Emociones negativas en general	Masculino	44	2,0455	,78250
	Femenino	56	2,0964	,71858

\*: Diferencias significativas con un 95% de confianza según prueba T para muestras independientes asumiendo varianzas iguales.

En lo que concierne a la escala PANAS según el género del encuestado, las medias del género femenino son siempre superiores al masculino, tanto en los aspectos positivos como negativos. Por tanto, las mujeres son más positivas que los hombres y también más negativas que ellos.

**Tabla 15.***Escala PANAS según la edad del encuestado.*

	Edad del encuestado	N	Media	Desviación estándar
Emociones positivas última semana	Personas jóvenes	50	3,42	,730
	Personas mayores	50	3,46	,784
Emociones negativas última semana	Personas jóvenes	50	2,28	,812
	Personas mayores	50	2,02	,613
Emociones positivas en general	Personas jóvenes	50	3,50	,690
	Personas mayores	50	3,50	,697
Emociones negativas en general	Personas jóvenes	50	2,05	,845
	Personas mayores	50	2,09	,633

\*: Diferencias significativas con un 95% de confianza según prueba T para muestras independientes asumiendo varianzas iguales.

En relación a la escala PANAS según la edad del encuestado, en las emociones positivas de la última semana tienen medias más elevadas las personas mayores, mientras que en las emociones negativas tienen medias más elevadas las personas jóvenes. Sin embargo, en las emociones positivas y negativas en general apenas hay diferencias por edad.

**Tabla 16.***Coefficientes de correlación entre la escala PANAS y el grado de salud*

		% de Vida saludable que tiene (A más porcentaje, más saludable). Coeficiente de Correlación
PANAS Positivo última semana	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	,169 ,094 100
PANAS Negativo última semana	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	-,184 ,066 100
PANAS Positivo en general	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	,230* ,021 100
PANAS Negativo en general	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	-,242* ,015 100

\*: Coeficiente de Correlación de Pearson significativo con un 95% de confianza

Respecto a la relación entre el grado de salud y la escala PANAS, sólo existe relación significativa entre las emociones negativas en general y las positivas en general con respecto al grado de salud. En las emociones positivas en general, observamos que cuanto más se amplían dichas emociones positivas más aumenta el grado de salud. En cuanto a las emociones negativas en general, cuanto mayor es la puntuación en ellas menor es la salud, como era previsible.

## 8. Análisis de datos y discusión

Una vez presentados los resultados se procederá al análisis de los mismos y a su comparación con otros estudios similares.

En primer lugar, analizaremos la variable género. Para el bienestar subjetivo, tanto en la satisfacción con la vida como en la escala PANAS no se encuentran diferencias relevantes entre hombres y mujeres en la muestra estudiada. Este hecho va en consonancia con las afirmaciones de autores como Ahn, Mochón, y de Juan (2012) o Garaigordobil, Aliri, y Fontaneda (2009) que afirman que no habían detectado diferencias de género en lo que respecta a la satisfacción con la vida. Sin embargo, en la muestra de esta investigación se observa que en el bienestar psicológico las mujeres puntúan por encima de los hombres y que además, en particular, se pueden encontrar diferencias estadísticamente significativas en la dimensión propósito en la vida, al contrario de lo que afirman Vivaldi y Barra (2012) o Garaigordobil, Aliri, y Fontaneda (2009). Este hecho podría poner en cuestión lo que afirman estos autores o deberse a que la muestra utilizada no sea representativa con respecto a la población o que se vea influido por la distribución desigual en las edades.

A continuación se analizará la variable edad. En cuanto al bienestar subjetivo no se observan diferencias importantes entre las personas mayores y las personas jóvenes por lo que se puede afirmar que la variable edad no es influyente en este tipo de bienestar tal y como indican Molina, Meléndez y Navarro (2008) pues, como ya se ha indicado en el marco teórico, según estos autores el bienestar subjetivo no aparenta sufrir cambios de interés que puedan estar influidos por la edad.

Esta afirmación se extiende tanto para los afectos positivos y negativos como para la satisfacción con la vida, al contrario de lo que expresan Meléndez, Tomás, y Navarro (2008) exponiendo que la satisfacción con la vida sufre un leve descenso con la edad o de lo que indican Mella, González, D'Appolonio, Maldonado, Fuenzalida y Díaz (2004) que llegan a afirmar que el afecto negativo es menor en las personas mayores que en las personas jóvenes.

En relación al bienestar psicológico y la edad, Cuadra y Florenzano (2003) afirman que el dominio del entorno y la autonomía crecen con el tiempo, sin embargo en la muestra de este estudio se puede apreciar que, aunque las personas mayores han

puntuado con mayor puntuación que las personas jóvenes en dominio del entorno, en la dimensión de autonomía ha sido al contrario aunque con muy poca diferencia.

Cuadra y Florenzano (2003) y Meléndez, Tomás, y Navarro (2008) han observado claras disminuciones en las dimensiones crecimiento personal y propósitos en la vida con el paso del tiempo. En este estudio se observa que, en consonancia con esta afirmación, las personas jóvenes tienen mayor puntuación –y con diferencias estadísticamente significativas- que las personas mayores en la dimensión crecimiento personal. A pesar de esto, y de forma contraria a lo que afirman dichos autores, en la dimensión propósito en la vida las personas mayores han tenido una media mayor.

Por último, vamos a proceder al análisis de la relación entre los dos tipos de bienestar y la salud. Los datos resultantes de esta investigación ponen –si cabe- aún más en evidencia la relación entre el bienestar y la salud. Los datos son claros: en ambos tipos de bienestar cuanto mayor es la puntuación mejor es la declaración de salud del encuestado y al revés, cuanto menor es la puntuación en bienestar, peor es la declaración en salud.

En el caso del bienestar subjetivo, autores como Marín (2009) han encontrado correlaciones positivas entre salud y este tipo de bienestar en los resultados de su investigación. Vázquez et al. (2009) también afirmaron que las emociones positivas previenen enfermedades y favorecen la recuperación y en el mismo artículo podemos leer que Kiecolt-Glaser, et al., (2002) exponen que los afectos negativos influyen negativamente en la salud. Así se ve en nuestros resultados: aquellos sujetos que declararon una tasa mayor de afecto negativo también expresaron un peor estado de salud. La correlación también ha sido positiva entre la satisfacción con la vida y el estado de salud.

Por otro lado, en el bienestar psicológico también encontramos correlaciones positivas con la salud, siendo la dimensión de crecimiento personal la que más influye en la misma (con una correlación de 0,345). Vázquez et al. (2009) encontraron resultados similares pues afirman que las dimensiones propósito en la vida, crecimiento personal y relaciones positivas pueden llegar a prevenir enfermedades cardiovasculares. Burns y Machin (2009) y Fredickson (2009) también ponen de manifiesto la relación entre el bienestar psicológico y la salud.

Vivaldi y Barra (2012) indican que la relación es mutua, que la salud influye en el bienestar y que éste tiene un efecto protector en la salud.

## 9. Conclusiones y propuestas

Llegados a este punto, se procederá a exponer las conclusiones y valorar el logro de los objetivos que se habían propuesto, además de comentar las limitaciones de este estudio y presentar una serie de propuestas de investigación de cara al futuro.

En general se puede concluir, al menos en nuestra muestra, que ni género ni edad son variables que influyan significativamente en el bienestar de las personas, ni en el psicológico ni en el subjetivo. Además, ninguno de los dos colectivos puntúa de forma predominante en ninguno de los dos tipos de bienestar, aunque en ciertas dimensiones haya diferencias entre ambos. Al mismo tiempo se comprueba que la salud y el bienestar (tanto psicológico como subjetivo) están relacionados positivamente, por lo que se comprueba lo que la mayoría de los autores confirman.

El primer objetivo planteado fue conocer qué tipo de bienestar era predominante en cada colectivo. A priori se podía creer que las personas mayores iban a obtener una mayor puntuación en el bienestar psicológico y las personas jóvenes en el bienestar subjetivo. Sin embargo, se puede comprobar que no es posible hacer una afirmación de ese tipo pues las diferencias son poco relevantes en esta cuestión. De modo que nuestras hipótesis uno y dos no se confirman.

El siguiente objetivo planteado fue descubrir qué colectivo declara mayores niveles de bienestar. Como ya se ha explicado en el apartado anterior los resultados demuestran que el bienestar no entiende de edad y que no existen diferencias significativas en lo respecta a esta variable. Lo mismo para las dos primeras hipótesis, tal y como se afirma en el párrafo anterior ambas se refutan.

El tercer objetivo se planteaba qué variables del bienestar psicológico y cuáles del bienestar subjetivo influyen en mayor medida en cada colectivo. Si se hace referencia a las personas jóvenes se ve como en la escala de bienestar psicológico de Ryff destacan las puntuaciones en autonomía, relaciones positivas y crecimiento personal. En la escala de satisfacción con la vida las personas jóvenes se sitúan repartidas entre puntuaciones altas (50%), muy altas (24%) y medias (12%) y en la

escala PANAS son predominantes los afectos positivos tanto generales como de la última semana.

Las variables del bienestar psicológico que más influyen en las personas mayores son la autoaceptación, el dominio del entorno y el propósito en la vida. Por otro lado, en la escala de satisfacción con la vida, las personas mayores tienden a dar respuestas más extremas (altamente satisfechos o extremadamente insatisfechos), sin embargo, la mayoría se encuentra entre altamente satisfechos (56%) y puntuación alta (28%). Al igual que las personas jóvenes, en las escalas PANAS los afectos positivos predominan frente a los negativos.

El último objetivo planteado era conocer si altos niveles de bienestar influyen positivamente en la salud. Como ya se ha señalado anteriormente la respuesta es rotunda: sí. La correlación es clara en las tres escalas y se demuestra que ambos tipos de bienestar están asociados positivamente con la salud. Incluso se observa como los afectos negativos tienen una correlación negativa con el grado de salud declarado por los encuestados. Para futuras investigaciones sería interesante investigar la influencia de cada una de las dimensiones del bienestar en la salud para de esta manera determinar en qué aspectos concretos debe centrarse la intervención.

Por lo tanto, se confirman las hipótesis 3 y 4 pues, tal y como se indica en el párrafo anterior, como claramente indican la mayoría de los autores y como se ha visto representado en los resultados de esta investigación tanto el bienestar subjetivo como el psicológico tienen una asociación positiva con la salud.

Al analizar el estudio, es necesario tener en cuenta las limitaciones del mismo. En primer lugar, la muestra no es representativa. Se ha querido comprobar la teoría en una pequeña muestra poblacional pero para sacar conclusiones importantes es necesario una muestra más representativa de la población objeto.

No se puede olvidar la distribución desigual de las edades (sobre todo en el grupo de personas jóvenes), hecho que, muy probablemente haya influido en los resultados de las encuestas.

Otro factor que es posible que haya limitado este estudio es el sesgo de deseabilidad social dada la cercanía de parte las personas encuestadas a la realizadora de

las encuestas, pues tal vez por miedo a la pérdida de anonimato pueden haber modificado sus respuestas.

Por último añadir que podría haber sido un estudio más completo si se hubiera agregado la variable autoestima al estudio como se había planteado en un principio.

Una vez analizados los resultados y dado respuesta a los objetivos planteados, se propone para investigaciones futuras el estudio del bienestar en otros colectivos como las personas con discapacidad, o con drogodependencia, así como en niños y niñas, personas privadas de libertad, etcétera. También sería recomendable estudiar otras variables que influyan en el bienestar o en las que este influya como las relaciones interpersonales, autoestima, apoyos sociales, la empatía, entre otros.

La búsqueda del bienestar en la sociedad es una tarea prioritaria que, desde el Trabajo Social se debe llevar a cabo. Es manifiesto que el bienestar favorece la mejora, en este caso, de la salud y si desde esta profesión, con el concurso de otras, se trabaja para que la búsqueda del bienestar esté presente en todas sus actuaciones se estará contribuyendo a mejorar la calidad de vida de las personas a las que se dirige.

De este y otros estudios se deducen ciertas implicaciones de cara a la intervención social, también. Es conveniente potenciar en las personas jóvenes la autoaceptación, el mayor dominio del entorno o favorecer la búsqueda de un propósito en la vida. Parece, además, oportuno enseñarles herramientas para fomentar sus afectos positivos y disminuir los negativos o ayudar a definir qué es lo que más les satisface en la vida.

Por otro lado, otra línea de trabajo que se anticipa fructífera es la del fomento de las relaciones positivas en las personas mayores así como la autonomía o el crecimiento personal. No hay que olvidar que la tendencia de la población española es a envejecer pues se prevé que en 2029 este colectivo sea el 24% de la población española (INE, 2014) por lo que la actuación con las personas mayores va ser creciente en los próximos años.

Para finalizar queremos recalcar que la promoción del bienestar es un objetivo deseable tanto a nivel político y social como económico (como ya se indicó en la fundamentación). Pero sobre todo en estos colectivos, las personas jóvenes son las que

han de tomar las riendas del futuro y, como ya hemos citado, las personas mayores serán el colectivo mayoritario en los próximos años y la promoción del bienestar es vital para que se sientan bien consigo mismos y con las actividades que realicen.

## 10. Referencias bibliográficas

- Ahn, N., Mochón, F., & de Juan, R. (2012). La felicidad de los jóvenes. *Papers*, 407-430.
- Alonso, J., Prieto, L., & Anto, J. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (cuestionario de salud SF-36): Un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina clínica*, 104, 771-776.
- Burns, R., & Machin, M. (2009). Investigating the structural Validity of Ryff's Psychological Well-Being Scales Across Two Samples. *Social Indicators Research*, 359-375.
- Cohen, S., Alper, C., Doyle, W., Treanor, J., & Turner, R. (2006). Positive emotional style predicts resistance to illness after experimental exposure to rhinovirus or Influenza A virus. *Psychosomatic*, 809-815.
- Comisión de las Comunidades Europeas. (2005). *Libro verde. Mejorar la salud mental de la población*.
- Cuadra, H., & Florenzano, R. (2003). El bienestar subjetivo: Hacia una psicología positiva. *Revista de psicología de la universidad de Chile*, 83-96.
- DeVol, R., & Bedroussian, A. (2007). *Sophe*. Recuperado el 11 de Diciembre de 2014, de [http://www.sophe.org/Sophe/PDF/chronic\\_disease\\_report.pdf](http://www.sophe.org/Sophe/PDF/chronic_disease_report.pdf)
- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C., & van Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicotherma*, XVIII(3), 572-577.
- Diener, E. (2006). *Understanding Scores on the Satisfaction with Life Scale Ed Diener*. Recuperado el Enero de 2015, de Psychology University of Illinois: <http://internal.psychology.illinois.edu/~ediener/Documents/Understanding%20WLS%20Scores.pdf>
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 71-75.
- Diener, E., Oishi, S., & Lucas, R. E. (2002). Personality, culture and subjective well-being: Emotional and Cognitive Evaluations of Life. *Annual Review of Psychology*, 403-425.
- Fredrickson, B. L. (2009). *Positivity*. New York: Crown.

- Gamero Burón, C. (2010). Evaluación del coste por pérdida de jornadas laborales asociado al estrés laboral: propuesta para España. *Estudios de Economía Aplicada*, 1-20.
- Garaigordobil, M., Aliri, J., & Fontaneda, I. (2009). Bienestar psicológico subjetivo: Diferencias de sexo, relaciones con las dimensiones de personalidad y variables predictoras. *Psicología Conductual*, 543-559.
- Gatz, M., & Smyer, M. A. (1992). The Mental Health System and Older Adults in the 1990s. *American Psychologist*, 741-751.
- Glaser, R., & Kiecolt-Glaser, J. (2005). Stress-induced immune dysfunction: Implications for health. *Nature Reviews Immunology*, 243-251.
- INE. (2014). *Proyección de la Población de España 2014-2064*. Recuperado el 15 de Junio de 2015, de Instituto Nacional de Estadística: <http://www.ine.es/prensa/np870.pdf>
- Kiecolt-Glaser, J., McGuire, L., Robles, T., & Glaser, R. (2002). Emotions, morbidity, and mortality: New perspectives from psychoneuroimmunology. *Annual Review of Psychology*, 83-107.
- Lykken, D., & Tellegen, A. (1996). Happiness is a Stochastic Phenomenon. *Psychological Science*, 186-189.
- Marín, R. (2009). Indicadores subjetivos de bienestar versus indicadores objetivos del bienestar, una aplicación para el caso de las nacionalidades y pueblos del Ecuador. *Tesis para obtener el título de master en ciencias sociales con mención en economía del desarrollo*. Ecuador: Facultad latinoamericana de ciencias sociales.
- McGue, M., & Christensen, K. (1997). Genetic and Environmental Contributions to Depression Symptomatology: Evidence from Danish Twins 75 Years of Age and Older. *Journal of Abnormal Psychology*, 439-448.
- Meléndez Moral, J. C., Tomás Miguel, J. M., & Navarro Pardo, E. (2008). Análisis del bienestar en la vejez según la edad. *Revista española de geriatría y gerontología*, 90-95.
- Mella, R., González, L., D'Appolonia, J., Maldonado, I., Fuenzalida, A., & Díaz, A. (2004). Factores asociados al bienestar subjetivo en el adulto mayor. *PSYKHE*, 79-89.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2008). Guía de buena práctica clínica en depresión y ansiedad. Madrid: IM&C SA.

- Molina Sena, C., Meléndez Moral, J. C., & Navarro Pardo, E. (2008). Bienestar y calidad de vida en ancianos institucionalizados y no institucionalizados. *Anales de psicología*, 312-319.
- Organización Mundial de la Salud. (1948). *Preguntas frecuentes*. Recuperado el 13 de Diciembre de 2014, de Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
- Ostir, G. V., Markides, K. S., Black, S. A., & Goodwin, J. S. (2000). Emotional well-being predicts subsequent functional independence and survival. *Journal of the American Geriatrics Society*, 473-478.
- Ostir, G., Goodwin, J., K.S., M., Ottenbacher, K., Balfour, J., & Guralnik, J. (2002). Differential effects of pre-morbid physical and emotional health on recovery from acute illness. *Journal of the American Geriatric Society*, 713-718.
- Real Academia Española. (2012). *Hedonismo*. Obtenido de Diccionario de la Real Academia Española (22ª ed.): <http://lema.rae.es/drae/?val=hedonismo>
- Rodríguez, R., Díaz, D., Moreno, B., Blanco, A., & van Dierendonck, D. (2010). Vitalidad y recursos internos como componentes del constructo de bienestar psicológico. *Psicotherma*, 63-70.
- Ryan, R., & Deci, E. (2001). On Happiness and Human Potentials: A Review on Hedonic and Eudaimonic Well-Being. *Annual Review of Psychology*, 141-166.
- Ryan, R., Huta, V., & Deci, E. (2008). Living well: a self-determination theory perspective on eudaimonia. *Journal of Happiness Studies*, 139-170.
- Ryff, C. (1989). Happiness Is Everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081.
- Ryff, C., & Keyes, C. L. (1995). The Structure of Psychological Well-Being Revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 719-727.
- Sandín, B., Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T. E., Santed, M. A., & Valiente, R. M. (1999). Escalas PANAS de afecto positivo y negativo: Validación factorial y convergencia transcultural. *Psicotherma*, 37-51.
- Seligman, M. (2002). *The authentic happiness*. New York: Free Press/Simon and Schuster.
- Valdés, M., & Rodríguez, J. F. (2003). *Bienestar subjetivo en ancianos: análisis por medio de series temporales breves*. Sevilla: Universidad de Sevilla.

- Vázquez, C. (2009). La ciencia del bienestar psicológico. En C. Vázquez, & G. Hervás, *La ciencia del bienestar. Fundamentos de una psicología positiva*. (págs. 13-43). Madrid: Alianza Editorial.
- Vázquez, C., & Castilla, C. (2007). Emociones positivas y crecimiento postraumático en el cáncer de mama. *Psicooncología*, 385-404.
- Vázquez, C., Hervás, G., Rahona, J. J., & Gómez, D. (2009). Bienestar psicológico y salud: Aportaciones de la Psicología Positiva. *Anuario de Psicología Crónica y de la Salud*, 15-28.
- Vivaldi, F., & Barra, E. (2012). Bienestar psicológico, apoyo social percibido y percepción de salud en adultos mayores. *Terapia psicológica*, 23-29.
- Willits, F. K., & Crider, D. M. (1988). Health Rating and Life Satisfaction in the Later Middle Years. *Journal of Gerontology*, 172-176.

## 11. Anexos

### 11.1 Cuestionario



Grado en Trabajo Social

Facultad de  
Ciencias Políticas y  
Sociales

Desde el Grado de Trabajo Social y para la realización del Trabajo de Fin de Grado, estamos investigando sobre percepciones del sobre la vida cotidiana y su relación con la salud.

Para ello se ha elaborado este cuestionario que esperamos complete con la mayor sinceridad posible.

Recuerde que no hay respuestas correctas ni incorrectas y que la información que nos facilita es totalmente anónima y confidencial.

**Muchas gracias por su colaboración.**

Edad:

Género: Masculino  Femenino

A CONTINUACIÓN ENCONTRARÁ UNA LISTA DE AFIRMACIONES SOBRE SU BIENESTAR EN LA VIDA. POR FAVOR, INDIQUE EN QUÉ MEDIDA ESTÁ DE ACUERDO O EN DESACUERDO CON ELLAS. SEÑALE TENIENDO EN CUENTA QUE 1 REPRESENTA SU **TOTAL DESACUERDO** Y 10 SU **TOTAL ACUERDO**.

		TD										TA
1	Cuando repaso la historia de mi vida estoy contento con cómo han resultado las cosas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
2	A menudo me siento solo porque tengo pocos amigos íntimos con quienes compartir mis preocupaciones	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
3	No tengo miedo de expresar mis opiniones, incluso cuando son opuestas a las opiniones de la mayoría de la gente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
4	Me preocupa cómo otra gente evalúa las elecciones que he hecho en mi vida	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
5	Me resulta difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
6	Disfruto haciendo planes para el futuro y trabajar para hacerlos realidad	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
7	En general, me siento seguro y positivo conmigo mismo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
8	No tengo muchas personas que quieran escucharme cuando necesito hablar	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
9	Tiendo a preocuparme sobre lo que otra gente piensa de mí	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
10	He sido capaz de construir un hogar y un modo de vida a mi gusto	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
11	Soy una persona activa al realizar los proyectos que propuse para mí mismo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
12	Siento que mis amistades me aportan muchas cosas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
13	Tiendo a estar influenciado por la gente con fuertes convicciones	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
14	En general, siento que soy responsable de la situación en la que vivo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
15	Me siento bien cuando pienso en lo que he hecho en el pasado y lo que espero hacer en el futuro	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
16	Mis objetivos en la vida han sido más una fuente de satisfacción que de frustración para mí	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
17	Me gusta la mayor parte de los aspectos de mi personalidad	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
18	Tengo confianza en mis opiniones incluso si son contrarias al consenso general	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
19	Las demandas de la vida diaria a menudo me deprimen	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
20	Tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
21	En general, con el tiempo siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
22	No he experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
23	Es difícil para mí expresar mis propias opiniones en asuntos polémicos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
24	En su mayor parte, me siento orgulloso de quién soy y la vida que llevo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
25	Sé que puedo confiar en mis amigos, y ellos saben que pueden confiar en mí	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
26	Cuando pienso en ello, realmente con los años no he mejorado mucho como persona	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
27	Tengo la sensación de que con el tiempo me he desarrollado mucho como persona	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
28	Para mí, la vida ha sido un proceso continuo de estudio, cambio y crecimiento	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
29	Si me sintiera infeliz con mi situación de vida daría los pasos más eficaces para cambiarla	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

**POR FAVOR CONTINÚE CON LA SIGUIENTE PÁGINA, GRACIAS.**

SEGUIDAMENTE, VERÁ UNA SERIE DE PALABRAS QUE DESCRIBEN DIFERENTES SENTIMIENTOS Y EMOCIONES. LEA CADA PALABRA Y MARQUE EN EL ESPACIO CORRESPONDIENTE LA RESPUESTA APROPIADA PARA USTED. INDIQUE CÓMO SE HA SENTIDO DURANTE **LA ÚLTIMA SEMANA**. TENIENDO EN CUENTA LA SIGUIENTE ESCALA:

1: MUY POCO O NADA    2: ALGO    3: MODERADAMENTE    4: BASTANTE    5: MUY A MENUDO

POR EJEMPLO, SI SE PRESENTA LA PALABRA *TRISTE*, Y EN **LA ÚLTIMA SEMANA** USTED MUY A MENUDO SE HA SENTIDO TRISTE, SEÑALARÁ SU RESPUESTA CON UN 5.

1.Motivado/a	.....	11.Irritable	.....
2.Molesto/a (a disgusto)	.....	12.Alerta	.....
3.Emocionado/a	.....	13.Avergonzado/a	.....
4.De malas	.....	14.Inspirado/a	.....
5.Firme	.....	15.Nervioso/a	.....
6.Culpable	.....	16.Decidido/a	.....
7.Temeroso/a	.....	17.Estar atento/a	.....
8.Agresivo/a	.....	18.Inquieto/a	.....
9.Entusiasmado/a	.....	19.Activo/a	.....
10.Estar orgulloso/a	.....	20.Inseguro/a	.....

LEA CADA PALABRA Y MARQUE EN EL ESPACIO CORRESPONDIENTE LA RESPUESTA APROPIADA PARA USTED. INDIQUE CÓMO SE SIENTE **GENERALMENTE**, ES DECIR, CÓMO SE SIENTE REGULARMENTE. TENIENDO EN CUENTA LA SIGUIENTE ESCALA:

1: MUY POCO O NADA    2: ALGO    3: MODERADAMENTE    4: BASTANTE    5: MUY A MENUDO

POR EJEMPLO, SI SE PRESENTA LA PALABRA *TRISTE*, Y **GENERAL O REGULARMENTE** USTED SE SIENTE MUY POCO O NADA TRISTE, SEÑALARÁ SU RESPUESTA CON UN 1.

1.Motivado/a	.....	11.Irritable	.....
2.Molesto/a (a disgusto)	.....	12.Alerta	.....
3.Emocionado/a	.....	13.Avergonzado/a	.....
4.De malas	.....	14.Inspirado/a	.....
5.Firme	.....	15.Nervioso/a	.....
6.Culpable	.....	16.Decidido/a	.....
7.Temeroso/a	.....	17.Estar atento/a	.....
8.Agresivo/a	.....	18.Inquieto/a	.....
9.Entusiasmado/a	.....	19.Activo/a	.....
10.Estar orgulloso/a	.....	20.Inseguro/a	.....

**POR FAVOR, CONTINÚE CON LA SIGUIENTE PÁGINA. GRACIAS.**

SEGUIDAMENTE, SE PRESENTAN UNA SERIE DE AFIRMACIONES SOBRE LA SATISFACCIÓN CON LA VIDA. SEÑALE EN QUÉ MEDIDA ESTÁ EN ACUERDO O DESACUERDO TENIENDO EN CUENTA QUE 1 REPRESENTA EL TOTAL DESACUERDO Y 7 EL TOTAL ACUERDO.

		TD							TA						
1	En la mayoría de cosas, mi vida está cerca de mi ideal.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
2	Las condiciones de mi vida son excelentes.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
3	Estoy satisfecho con mi vida.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
4	Hasta ahora, he conseguido las cosas que para mí son importantes en la vida.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
5	Si volviese a nacer, no cambiaría casi nada de mi vida.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7

EN EL CUESTIONARIO DE A CONTINUACIÓN SE PRESENTAN UNAS AFIRMACIONES SOBRE SU PERCEPCIÓN DE SU SALUD. **MARQUE UNA SOLA RESPUESTA** SEGÚN LO QUE CORRESPONDA.

1. En general, usted diría que su salud es:

**Excelente**       **Muy buena**       **Buena**       **Regular**       **Mala**

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

**Mucho mejor**      **Algo mejor**      **Más o menos igual**      **Algo peor ahora**      **Mucho peor**  
**ahora que hace**      **ahora que hace**      **que hace un año**       **que hace un año**       **ahora que hace**  
**un año**       **un año**                 **un año**

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

**Sí, me limita mucho**       **Sí, me limita un poco**       **No, no me limita nada**

4. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

**Sí, me limita mucho**       **Sí, me limita un poco**       **No, no me limita nada**

5. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?

**Sí, me limita mucho**       **Sí, me limita un poco**       **No, no me limita nada**

6. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?

**Sí, me limita mucho**       **Sí, me limita un poco**       **No, no me limita nada**

7. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?

**Sí, me limita mucho**       **Sí, me limita un poco**       **No, no me limita nada**

8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?

**Sí, me limita mucho**       **Sí, me limita un poco**       **No, no me limita nada**

9. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?

**Sí, me limita mucho**       **Sí, me limita un poco**       **No, no me limita nada**

10. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?

**Sí, me limita mucho**       **Sí, me limita un poco**       **No, no me limita nada**

11. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?

**Sí, me limita mucho**       **Sí, me limita un poco**       **No, no me limita nada**

12. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?

**Sí, me limita mucho**       **Sí, me limita un poco**       **No, no me limita nada**

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

Sí  No

14. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

Sí  No

15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

Sí  No

16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

Sí  No

17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

Sí  No

18. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

Sí  No

19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

Sí  No

20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

Nada  Un poco  Regular  Bastante  Mucho

21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

Ninguno  Muy poco  Un poco  Moderado  Mucho  Muchísimo

22. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

Nada  Un poco  Regular  Bastante  Mucho

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS.

EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

Siempre  Casi siempre  Muchas veces  Algunas veces  Sólo alguna vez  Nunca

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

Siempre  Casi siempre  Muchas veces  Algunas veces  Sólo alguna vez  Nunca

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

Siempre  Casi siempre  Muchas veces  Algunas veces  Sólo alguna vez  Nunca

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

Siempre  Casi siempre  Muchas veces  Algunas veces  Sólo alguna vez  Nunca

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

Siempre  Casi siempre  Muchas veces  Algunas veces  Sólo alguna vez  Nunca

28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

Siempre  Casi siempre  Muchas veces  Algunas veces  Sólo alguna vez  Nunca

29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

Siempre  Casi siempre  Muchas veces  Algunas veces  Sólo alguna vez  Nunca

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

**Siempre**  **Casi siempre**  **Muchas veces**  **Algunas veces**  **Sólo alguna vez**  **Nunca**

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?

**Siempre**  **Casi siempre**  **Muchas veces**  **Algunas veces**  **Sólo alguna vez**  **Nunca**

32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

**Siempre**  **Casi siempre**  **Muchas veces**  **Algunas veces**  **Sólo alguna vez**  **Nunca**

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

**Totalmente cierta**  **Bastante cierta**  **No lo sé**  **Bastante falsa**  **Totalmente falsa**

34. Estoy tan sano como cualquiera.

**Totalmente cierta**  **Bastante cierta**  **No lo sé**  **Bastante falsa**  **Totalmente falsa**

35. Creo que mi salud va a empeorar.

**Totalmente cierta**  **Bastante cierta**  **No lo sé**  **Bastante falsa**  **Totalmente falsa**

36. Mi salud es excelente.

**Totalmente cierta**  **Bastante cierta**  **No lo sé**  **Bastante falsa**  **Totalmente falsa**

**Aquí acaban los cuestionarios, muchísimas gracias por su colaboración.**