

## PERCEPCIÓN DE SALUD Y BIENESTAR EN LA VEJEZ

### *PERCEPTION OF HEALTH AND WELL-BEING IN OLD AGE*

Ricardo Cortese<sup>1</sup>

#### **Resumen**

Tomando los aportes de la Psicología Positiva, este estudio buscó identificar la relación entre la valoración del bienestar y la percepción de salud en un grupo de adultos de entre 65 y 100 años de edad, a fin de brindar datos que generen una comprensión científica más completa y equilibrada y que promuevan una vida saludable, productiva y significativa dentro de este grupo etario. Los resultados obtenidos indicaron que existe una relación directa entre las tres dimensiones del bienestar y la percepción de salud valorada por los adultos mayores. A la vez, se reflejó que el aspecto emocional o subjetivo del bienestar fue el que presentó un mayor índice de correlación con la percepción de salud en los adultos mayores. Además, se observó que el 50% percibió su estado de salud actual como bueno, seguido de muy bueno, y que predominaron altos puntajes de bienestar psicológico y emocional, mientras que bajas puntuaciones del componente social.

**Palabras clave:** psicología positiva, vejez, percepción de salud, bienestar.

#### **Abstract**

Taking into consideration the contributions of Positive Psychology, this study seeks to identify the relationship between the assessment of well-being and the perception of health in a group of senior adults aged between 65 and 100 years old, in order to provide data to generate a more complete and balanced scientific understanding of what promotes a healthy, productive and meaningful life within this age group. The results obtained indicate that there is a direct relationship among the three dimensions of well-being and the perception of health, as valued by senior adults. Also evident was the fact that the emotional or subjective aspects of well-being are the ones that presented a higher correlation index with perception of health in senior adults. In addition, it was observed that 50% perceived their current state of health as good,

---

<sup>1</sup> Licenciado en Psicología. Profesor Titular de la “Cátedra de Psicopatología” de la Universidad Abierta Interamericana. Doctorando en UCES. E-mail: ricardocortese@yahoo.com.ar

followed by very good, and that high scores of psychological and emotional well-being predominated, but the scores for the social component were low.

**Keywords:** positive psychology, old age, perception of health, well-being.

## **I. Introducción**

Este trabajo se desprende del Proyecto de Doctorado (UCES) del autor: “*Salud Mental Positiva en la Vejez*”, que utiliza como sustento teórico a la Psicología Positiva. El interés de abordar desde una perspectiva positiva el estudio de la población mayor, surge de observar que durante mucho tiempo la literatura científica se ha centrado en el deterioro cognitivo y físico que esta etapa evolutiva conlleva, colaborando en vincularla con déficits y pérdidas.

Según la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2015), es cierto que este período vital se relaciona con la disminución gradual de las capacidades físicas y mentales, pero no todas las personas envejecen de la misma manera o linealmente de acuerdo con su edad cronológica.

En consecuencia, la Psicología Positiva ha demostrado que el pensamiento positivo se relaciona con una buena percepción de salud, altos niveles de bienestar, una vida más larga y favorece la resolución activa de problemas, ya que el efecto que un evento tiene en una persona se debe a cómo lo percibe e interpreta. De esta manera, el proceso de pensamiento implica un trabajo reflexivo, que pone en juego las experiencias, las características subjetivas y las actitudes que motivan a una persona a participar en una acción constructiva (Park, Peterson & Sun, 2013).

Por lo tanto, la percepción que tiene una persona de su estado de salud cobra un papel fundamental durante el envejecimiento, puesto que involucra la experiencia subjetiva que tiene acerca de su estado de salud actual, que va más allá de la mera exploración objetiva médica (Ocampo, 2010).

Además, se ha indagado en la relación entre la percepción de salud y la valoración que el mayor hace de su nivel bienestar, ya que se ha reportado que esta última variable cobra un gran significado en el mantenimiento y predicción de la salud general (Vázquez, Hervás, Rahona & Gómez, 2009).

Considerando lo expuesto, el objetivo principal de este estudio es identificar la relación entre la valoración de bienestar y la percepción de salud en un grupo de adultos mayores de Buenos Aires, con el fin de brindar datos que generen una comprensión científica más completa, equilibrada y que promuevan una vida saludable, productiva y significativa dentro de este grupo etario.

## II. Marco teórico

### *Psicología positiva: el pensamiento positivo*

La Psicología Positiva [PP] es una perspectiva teórica que nace en el año 1998 fundada por Martin Seligman, con el fin de estudiar los motivos que impulsan a las personas a vivir su vida desde una experiencia óptima, es decir, siendo y dando lo mejor de ellas (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

El enfoque de la PP, surge a partir de cuestionar los supuestos del modelo centrado en la enfermedad, que sostiene que las personas son solo seres vulnerables, insertos en contextos deficitarios o tienen un déficit genético. De este modo, la PP plantea hacer foco tanto en las fortalezas como en las debilidades y promover el desarrollo del potencial humano (Park & Peterson, 2006). Por lo tanto, la PP sostiene que “la excelencia y la bondad humana son tan auténticas como la enfermedad, el trastorno y el sufrimiento” (Park et al., 2013, p.12).

En consecuencia el marco de la PP facilita un esquema integral para comprender el significado de una buena vida y analiza cuatro áreas que se relacionan entre sí, siendo su combinación la que favorece al buen funcionamiento de la vida. Estas áreas son: las experiencias subjetivas positivas (emociones, pensamientos, *fluir*), los rasgos individuales positivos (virtudes y fortalezas del carácter, valores, intereses), las relaciones interpersonales positivas (matrimonio, compañerismo, amistad) y las instituciones positivas (familia, comunidad, sociedad) (Seligman, 2002; Park & Peterson, 2009; Castro Solano, 2010).

Centrando la atención en el proceso de pensamiento positivo, se observa que la psicología lo ha estudiado con distintas denominaciones, por ejemplo optimismo disposicional (Carver & Scheier, 1981), estilo explicativo (Peterson & Seligman, 1984) y esperanza defendida (Snyder, 2000), debido a los numerosos beneficios que genera tanto en la salud como en la vida cotidiana.

En consecuencia, la PP considera el pensamiento positivo -la expectativa global que posee una persona dirigida a que sucederán más cosas buenas que malas- como un proceso que conlleva un trabajo reflexivo que integra las características, actitudes y experiencias subjetivas, que impulsan a una persona a ser parte de una acción constructiva. De esta manera, la persona posee un lugar activo frente a la percepción e interpretación de los eventos que atraviesa a lo largo de su vida, ya que el desarrollo cognitivo repercute tanto en su estado de ánimo como en su conducta (Park et al., 2013).

En suma, el enfoque de la PP propuesto por Seligman (2002) profundiza en los aspectos positivos del ser humano, sin negar los negativos, a fin de establecer un escenario

completo en el campo de la salud mental, pues conocer el mundo subjetivo de una persona teniendo en cuenta tanto sus fortalezas como sus debilidades, es una manera efectiva de resolver problemas psicológicos que posibiliten una evaluación adecuada del bienestar y del estado de salud.

### *Envejecimiento positivo*

El estudio del envejecimiento desde una dimensión positiva ha despertado el interés científico en los últimos años, lo que impulsó una nueva línea de trabajo centrada en el envejecimiento satisfactorio o exitoso y no solo en las características del denominado envejecimiento patológico.

El envejecimiento con éxito es un concepto multidimensional que incluye, trasciende y supera la buena salud y está compuesto por un conjunto de factores biológicos, psicológicos y sociales, que reconocen la variabilidad en las diversas formas de envejecer (Blanco Molina & Salazar Villanea, 2017).

Los criterios que tienden a utilizarse para describir este modo de envejecer son: las buenas condiciones de salud, el óptimo funcionamiento físico y cognitivo, la presencia de afecto positivo y la participación social (Fernández Ballesteros, 2008).

En la actualidad, el término de envejecimiento con éxito se utiliza como sinónimo de envejecimiento activo, positivo, óptimo y/o saludable. Sin embargo, Fernández Ballesteros García y sus colaboradores (2010) mencionan que retoma las tres formas de envejecer que Rowe y Khan (1987, 1997) categorizaron en: envejecimiento normal o usual, con éxito o patológico.

De acuerdo con lo planteado por Rowe y Kahn (1987, 1997), la mayoría de los autores que han tratado este tema (Triadó Tur, Villar Posada, Solé Resano & Osuna Olivares, 2005; Gallardo Peralta, Conde Llanes & Córdova Jorquera, 2016; Gallardo Peralta, Cuadra Peralta, Cámara Rojo, Gaspar Delpino & Sánchez Lillo, 2017) señalan que el envejecimiento con éxito implica tres elementos, los cuales son:

- Baja probabilidad de padecer enfermedades y discapacidades;
- Alta capacidad funcional física y cognitiva, y
- Activa implicación con la vida, referida al mantenimiento de relaciones interpersonales satisfactorias (apoyo social instrumental y socioemocional) y de actividades productivas (contribución al crecimiento personal y a la sociedad).

Por último, cabe destacar que el Ministerio de Salud de la Nación Argentina (2017) considera que el envejecimiento activo o con éxito es un proceso que brinda la posi-

bilidad de obtener bienestar psíquico, físico y social. Además, con ello promueve la idea de que la edad no debe funcionar como una limitación para realizar actividades físicas, culturales y/o sociales que tengan un impacto positivo en la salud y el bienestar de los mayores.

En conclusión, este concepto dentro del campo de la psicogerontología ha colaborado en subrayar la importancia de que el proceso de envejecimiento no es exclusivamente una etapa de pérdida progresiva e irreversible de las capacidades, sino que, por contrario, destaca la posibilidad de envejecer con un óptimo funcionamiento cognitivo, físico y social (Gallardo Peralta et al., 2017).

#### *Visión de vejez: positiva vs. negativa*

En algunas definiciones de vejez se pueden encontrar de manera implícita elementos de juicio y valoración referentes a la experiencia de ser mayor. Por lo tanto, en función de la valoración que se realice sobre la vejez, se van a definir dos visiones contrapuestas (Fernández Ballesteros, 2000).

La visión positiva considera a la persona mayor como sabio, con muchas experiencias, de alto estatus social, digno de un gran respeto y muy influyente sobre los demás. Sin embargo, esta consideración de la vejez como la “edad dorada” encuentra hoy pocos apoyos. Así en la actualidad no se puede sostener el alto estatus de la vejez, relacionado con la existencia de una familia extensa y con un reducido número de mayores (Corraliza, 2000).

La visión negativa define la vejez como un estado deficitario, donde se producen pérdidas significativas e irreversibles (Corraliza, 2000). Desde esta perspectiva se describe al viejo de la siguiente forma: físicamente disminuido, mentalmente deficitario, económicamente dependiente, socialmente aislado y con una disminución del estatus social (Sánchez Salgado, 2000).

Para Corraliza (2000), estas dos visiones contrapuestas de la vejez encuentran una explicación en el proceso de modernización, según el cual en la sociedad moderna existe una tendencia a ignorar las tradiciones culturales del pasado y además, esta sociedad está orientada por la tecnología, la mecanización, la computadorización y la ciencia. Como resultado, los mayores pierden estatus y lo ganan grupos que se hallan en otras etapas del ciclo vital, y lo que es peor, el conocimiento ganado por la experiencia pierde su valor al ser sustituido por el conocimiento proporcionado por el método.

#### *Percepción de salud*

El concepto de percepción o autopercepción o autoreporte de salud es de por sí comple-

jo, ya que fue abordado desde diferentes áreas del saber, razón por la que se han realizado diversas interpretaciones y significados alrededor del mismo (García Puello, 2013). Por esta razón, para lograr una definición clara primero es necesario conceptualizar qué es la salud y qué es la autopercepción.

La Organización Mundial de Salud [OMS] (2006) define a la salud como un concepto multidimensional que abarca no solo la ausencia de enfermedad sino también el estado de bienestar mental, físico y social. Sumado a ello, hay un claro consenso en que los estilos de vida, las oportunidades y los sentimientos que hacen que las personas se encuentren integradas, puedan vivir y disfrutar en la vida también se consideran salud (Blázquez Abellán, López-Torres, Rabanales Sotos, López-Torres & Val Jiménez, 2016).

Por otra parte, la autopercepción puede definirse como el concepto que un individuo tiene de sí mismo a partir del cual procesa y organiza la información del entorno, dentro de una estructura que proporciona la base de los principios para actuar en el presente y en el futuro. De este modo, las personas mantienen y desarrollan un esquema básico de su propia percepción durante toda su vida (Meléndez Moral, 1996; Ocampo, 2010).

En consecuencia, la percepción de salud se define como una concepción individual y subjetiva producto de la intersección entre factores biológicos, sociales y psicológicos, que proporciona una evaluación única e inestimable del estado general de salud de una persona (Jylha, 2009).

La percepción puede revelar indicadores desconocidos como signos y síntomas de enfermedades que hayan sido diagnosticadas o no o el impacto que estas tienen sobre el bienestar de la persona, como así también informar de otros factores que influyen sobre la salud, tales como los recursos personales, las conductas y los comportamientos hacia la salud, los factores de riesgo familiar, entre otros, pues esto en su conjunto forma una manifestación holística del bienestar individual (Bustos-Vázquez, Fernández-Niño & Astudillo-García, 2017).

En conclusión, la percepción de salud hace referencia a la valoración subjetiva que posee una persona acerca de su estado de salud (Fernández-Merino, Rey-García, Tato, Beceiro, Barros-Dios & Gude, 2000). De esta manera, el indicador del estado de salud está compuesto no solo por el diagnóstico objetivo realizado por un médico a partir de la cantidad de síntomas, capacidad funcional, el deterioro cognitivo, entre otros indicadores específicos de la vejez, sino también por la valoración que una persona hace de su propio estado de salud de acuerdo con sus sensaciones, actitudes, comportamientos y vivencias (González & Ham-Chande, 2007).

### *Bienestar*

El estudio del bienestar posee una gran tradición filosófica, tanto en las sociedades

occidentales como en las sociedades orientales. Principalmente, se destacan los aportes de Epicuro, con la *hedoné* y de Aristóteles, con la *eudaimonía*. La tradición del bienestar hedónico se ha concentrado en el estudio de los afectos (positivos y negativos) y la satisfacción con la vida. En cambio, la tradición del bienestar eudaimónico se ha interesado en el modo de promover el crecimiento personal y el desarrollo de las capacidades humanas, a las que considera las principales vías del funcionamiento psicológico positivo que lleva a la auténtica felicidad (Keyes, 2002).

En el campo de la psicología, la distinción entre los componentes hedónicos y eudaimónicos del bienestar permanece siendo un gran debate. Pese a ello, gracias al avance en la investigación científica, se han planteado nuevas líneas de estudio desde la PP que permiten unir ambos aspectos y postulan un nuevo objeto de estudio denominado florecimiento humano –*human flourishing*– (Huta & Ryan, 2010; Seligman & Czikszentmihalyi, 2000).

Etimológicamente, el término florecimiento deviene de la palabra latina *flor* que se utiliza como sinónimo de crecimiento y desarrollo psicológico y biológico (Hefferon, 2013). En PP, se refiere al funcionamiento humano óptimo y se define como un estado en que la persona funciona bien psicológica y socialmente, en el que se experimentan emociones positivas y se tiene entusiasmo por la vida de manera activa y productiva contribuyendo al mundo (Keyes, 2007).

Un individuo con alto nivel de florecimiento se caracteriza por tener vitalidad emocional, funcionar de manera positiva, tanto en la vida privada como social, no presentar enfermedad mental (Michalec, Keyes & Nalkur, 2009 citado en Momtaz, Hamid, Haron & Bagat, 2016), estar dispuesto a desarrollar, mejorar y ampliar su potencial siendo capaz de llevar a cabo relaciones de confianza con los demás (Diener et al., 2010), ser propenso a disfrutar de mejores relaciones sociales, experimentar menos limitaciones en las actividades diarias y contribuir a su comunidad (Huppert, 2009; Keyes, 2005). A la vez, experimenta tanto emociones negativas (ej.: ira, miedo, irritación) como positivas (ej.: esperanza, optimismo) y posee estrategias de afrontamiento adaptativas (Faulk, Gloria & Steinhardt, 2013).

Considerando lo expuesto, este concepto puede ser abordado dentro de los dos enfoques teóricos antiguos incluyendo el hedónico y el eudaimónico. Desde el enfoque hedónico, el florecimiento se centra en la búsqueda de la felicidad y la satisfacción con la vida y desde el eudaimónico, se refiere a la búsqueda de la actualización de los potenciales humanos (Hone, Jarden, Schofield & Duncan, 2014).

Concluyendo, las teorías contemporáneas del bienestar sostienen que una combinación entre los aspectos hedónicos y eudaimónicos es necesaria para una existencia óp-

tima, una combinación que Keyes (2002) ha llamado "florecente" y Seligman (2002) "vida plena".

A continuación se describe el Modelo del Continuo de Salud Mental de Keyes, que es el que utiliza este estudio.

### *El Modelo del Continuo de Salud Mental*

El Modelo del Continuo de Salud Mental [MCSM] creado por Keyes (2002) sostiene que la salud mental positiva y la enfermedad mental están relacionadas, pero sus dimensiones son diferentes, ya que una serie continua indica la presencia o ausencia de salud, y otra, la presencia o ausencia de enfermedad; este ha sido estudiado en diferentes contextos y posee investigación que lo apoya (ej. Lupano Perugini, Iglesia, Castro Solano & Keyes, 2017; Echeverría, Torres, Pedrals, Padilla, Rigotti & Bitran, 2017; Keyes, 2005).

Este modelo –en consonancia con la definición de la OMS– considera que la salud mental positiva no es simplemente la ausencia de trastornos mentales, sino la presencia de cualidades positivas, es decir, altos niveles de bienestar emocional, psicológico y social (Keyes, Wissing, Potgieter, Temane, Kruger & van Rooy, 2008).

El bienestar emocional retoma los elementos hedónicos, por ende, implica la presencia de emociones positivas y la satisfacción con la vida. El bienestar psicológico y social retoma los aspectos eudaimónicos: el primero, comprende aspectos del funcionamiento psicológico de los individuos (ej.: autonomía), mientras que el segundo, indica cuán bien funciona un individuo en su vida social como integrante de una sociedad más amplia (ej.: contribución social) (Lupano Perugini et al., 2017).

Por otra parte, el MCSM permite distinguir entre sujetos con salud mental positiva y con enfermedad mental, por medio de la combinación de los niveles de las tres dimensiones del bienestar. A partir de ello postula tres estados, a saber:

- Floreciente: las personas exhiben altos niveles en al menos una medida de bienestar hedónico y altos niveles en al menos seis medidas de funcionamiento positivo o bienestar eudaimónico.
- Languideciente: las personas exhiben niveles bajos en al menos una medida de bienestar hedónico y niveles bajos en al menos seis medidas de funcionamiento positivo o bienestar eudaimónico.

Moderado: las personas que son sanas mentalmente y no se ajustan a los criterios para florecimiento o languidez en la vida (Westerhof & Keyes, 2010; Keyes et al., 2008).



De esta forma, Keyes (2002, 2005, 2007) explica que las personas florecientes están libres de enfermedad mental, poseen altos niveles de bienestar emocional, psicológico y social, se caracterizan por presentar emociones positivas y funcionar bien psicológica y socialmente. Por el contrario, las personas languidecientes presentan bajos niveles de bienestar emocional, psicológico y social, se caracterizan por ser sujetos que experimentan una vida vacía, estancada, desesperada, que carece de interés y de compromiso, pese a que no tienen una enfermedad mental que pueda ser evidenciada (Huppert, 2009; Keyes, 2007).

En síntesis, el MCMS unifica el estudio de las perspectivas hedónica y eudaimónica del bienestar y evalúa de manera integral el grado de salud mental positiva a través de las tres dimensiones del bienestar, es decir: emocional, social y psicológico (Castro Solano, 2014).

### III. Antecedentes

Los avances en las investigaciones de la PP demuestran que el pensamiento positivo se asocia con un mejor estado de ánimo, mayor satisfacción con la vida, altos niveles de bienestar, buena percepción del estado de salud, mayor longevidad y menor índice de accidentes traumáticos (Peterson, 2000; Park et al., 2013). A continuación, se plasman los hallazgos científicos del Modelo de dos continuos, el autoreporte de salud y posteriormente, los datos existentes acerca de la relación entre el bienestar y la percepción de salud en adultos mayores.

#### *Modelo de dos continuos de salud en la vejez*

La evidencia científica acerca del Modelo de dos continuos en adultos mayores señala que el estado de florecimiento se relacionó con: menor riesgo de enfermedad cardiovascular y de enfermedades físicas crónicas de la edad, menor cantidad de limitaciones de salud, menor uso de servicios sanitarios y un saludable funcionamiento psicosocial. Por el contrario, el estado de languidecimiento se ha relacionado con la prevalencia de trastornos mentales (ej.: depresión mayor), bajos niveles de funcionamiento social y riesgo de enfermedad cardiovascular, entre otros (Keyes, 2007).

Westerhof y Keyes (2010), pusieron a prueba el Modelo de dos continuos, con sujetos holandeses de entre 18 y 87 años de edad, evidenció que los adultos mayores, a excepción de los más viejos de edad (70 años en adelante), tenían menos probabilidades de tener enfermedad mental que los adultos más jóvenes. Pese a esto, hubo menos diferencias de edad para la salud mental, pues los adultos mayores experimentaron más bienestar emocional, similar bienestar social y ligeramente inferior bienestar psicológico. De este modo, los autores concluyeron que los adultos mayores tienen menos problemas de enfermedades mentales, pero no se encuentran en una mejor salud mental positiva que los adultos jóvenes.

En Estados Unidos, Snowden, Dhingra, Keyes y Anderson (2010) realizaron un estudio longitudinal para comparar los cambios en el bienestar mental de adultos mayores, divididos en tres cohortes de edad (45-54 años / 55-64 años / 65-74 años) y utilizaron el Mental Health Continuum–Long Form para medir el bienestar mental, mediante la suma de las puntuaciones de bienestar emocional, psicológico y social. Los resultados demostraron que la cohorte de adultos de mayor edad (65 a 74 años de edad) experimentó un ligero descenso en el bienestar mental que no se observó entre los adultos más jóvenes.

Considerando una investigación más reciente, Momtaz y sus colaboradores (2016) realizaron en Malasia, uno de los primeros estudios que conceptualiza y evalúa el florecimiento en adultos mayores, basándose en el modelo de Keyes (2002). Los resultados evidenciaron que el 50,1% de los encuestados estaban floreciendo en la vida y el 36,3% languideciendo.

Por último, se destaca el estudio realizado por Góngora y Castro Solano (2017), ya que fue el primer estudio de América Latina que aplicó el Modelo de dos continuos de Keyes (2005) en adultos argentinos de 18 a 85 años de edad. Los resultados reflejaron que la mayoría de la muestra se clasificó con salud mental moderada (54,9%), seguida de floreciente (39,7%) y solo una minoría se clasificó como languideciente (5,4%). A la vez, cuando los autores compararon la prevalencia de la salud mental en función de variables demográficas, encontraron que un nivel de salud mental más alto está presente en los adultos que reciben algún tipo de salario en comparación con aquellos que no lo reciben. En relación con otras variables demográficas, se halló nivel similar de la salud mental entre hombres y mujeres, grupos de edad, o el hecho de tener o no hijos.

#### *Autoreporte de salud en la vejez*

En la literatura científica se encuentra evidencia de que el autoreporte o autopercepción de salud se emplea como un indicador clave para analizar encuestas de salud en la edad avanzada, debido a que tiene gran capacidad predictiva sobre la morbilidad y la mortalidad, la calidad de vida, el estado de salud psíquica y física y el aumento de la esperanza de vida (Jylha, 2009; Cerquera Córdoba, Flórez Jaimes & Linares Restrepo, 2010; Ocampo, 2010; Cárdenas-Jiménez & López-Díaz, 2011; García Puello, 2013). En la mayoría de las publicaciones que prestaron atención ha mencionado indicador, se evaluó el estado de salud general y los factores asociados al mismo en la vejez.

En México, varios autores han indagado en esta temática. Tal es el caso de Gallegos Carrillo, García-Peña, Duran-Muñoz, Reyes y Durán-Arenas (2006), que hallaron que la mayoría de las personas (edad media 70 años) percibieron su estado de salud como malo o muy malo y que los factores que se asociaron a esa percepción fueron la edad, el sexo, el estado civil, dedicarse al hogar, estar incapacitado, consumo de tabaco, problemas de salud, accidentes y diagnóstico de enfermedades crónicas. Teniendo en cuenta la variable sexo, las mujeres percibieron su estado de salud peor que los hombres.

Desde el enfoque cualitativo, Garay Villegas y Avalos Pérez (2009) evidenciaron que la mayoría de los adultos mexicanos (42,2%) consideraron su estado de salud como regular, seguido por bueno (33%), malo (17,5%) y excelente o muy bueno (7,3%). A diferencia de Bustos Vázquez et al. (2017) que, desde el enfoque cuantitativo, encontraron que la percepción de salud era en mayor medida positiva (81,86%).

Por otra parte, Fernández-Mayoralas et al. (2007) hallaron que la mayor parte de sujetos que residían en Madrid, consideraban su estado de salud como bueno y muy bueno. A la vez, demostraron que los hombres tenían una valoración más positiva de salud que las mujeres. En concordancia con este estudio, Blázquez Abellán et al. (2016), en parte de su investigación con sujetos españoles de entre 50 y 74 años de edad, al indagar sobre la APS mediante el interrogante: ¿cómo considera que es su salud?, encontraron que el 73,8% la calificaron como muy buena o buena, el 22,8% como regular y el 3,4% como mala o muy mala.

Vivaldi y Barra (2012), en parte de su trabajo, compararon la percepción de salud entre hombres y mujeres de entre 60 y 87 años de Chile. A partir de esto, hallaron que los hombres informaron mejor percepción de salud que las mujeres.

Exclusivamente en Argentina, se destacan las publicaciones de Peláez y sus colaboradores realizadas en la provincia de Córdoba. Uno de ellas, fue realizado por Peláez, Torres y Carrizo (2010) en el que trabajaron con adultos de entre 44 años de edad y más de 85. Los autores encontraron que el 62% declaró una opinión positiva respecto de la percepción de salud y también, se evidenció que la percepción mala se asoció con enfermedades crónicas y/o discapacidad, con bajos ingresos y con no realizar actividades sociales. Por último, existió una mayor posibilidad de declarar mala percepción en mujeres que en hombres.

Posteriormente, Peláez, Acosta y Carrizo (2015) volvieron a evaluar el estado de salud de adultos (edad media 70) por medio del indicador autopercepción de salud [APS] y analizaron los factores que influían en esa percepción subjetiva. Nuevamente, los resultados apoyaron que el 60,1 % de los sujetos obtuvo una APS positiva (excelente, muy buena o buena) y que la APS negativa se relacionó con ser mujer, tener bajos ingresos, nivel educativo bajo o medio e insatisfacción con la vida.

Otro dato importante fue hallado en población cubana de entre 70 y 74 años de edad, en la que Rosales Rodríguez, García Díaz y Quiñones Macías (2014) hallaron que los adultos mayores poseían una APS mental insuficiente, la cual se relacionó con la presencia de conocimientos inadecuados acerca de las actividades que podían realizar a esa edad.

Adicionalmente, se ha indagado en la relación entre la valoración subjetiva de la salud

y otras variables psicológicas. Es el caso de Cappeliez, Sèvre-Rousseau, Landreville y Prévile (2004) que comprobaron en población de adultos canadienses, mayores de 65 años de edad, que la valoración de la salud negativa se asoció con la angustia psicológica, manifestada como síntomas depresivos y de ansiedad. Por lo tanto, concluyeron que la salud subjetiva predice mencionados síntomas por encima de la salud objetiva. Otro hallazgo relevante, es que la percepción de salud se relacionó con la autopercepción del envejecimiento, puesto que Levy, Slade y Kasl (2002) encontraron que las personas de Ohio que auto-percibieron más positivo este momento vital, informaron un mejor estado de salud que aquéllos que lo auto-percibieron negativamente.

#### *Relación entre la percepción de salud y el bienestar en adultos mayores*

En múltiples investigaciones se afirma que la percepción que tiene un sujeto de su estado de salud general es considerada una pieza fundamental para el nivel de bienestar a lo largo del ciclo vital; también, se destaca la relevancia que posee el bienestar como una variable predictora del estado de salud y viceversa (Lyubomirsky, King y Diener, 2005; Vecina Jiménez, 2006; Prieto Flores et al., 2008; Vázquez, et al., 2009; Stone, Schwartz, Broderick & Deaton, 2010).

A partir de un recorrido teórico acerca de los aportes de la Psicología Positiva en el ámbito de la salud, Vázquez y sus colaboradores (2009) relevaron que mayores niveles de bienestar se han asociado con índices mayores de recuperación y mantenimiento de la salud. A la vez, se encontró que el bienestar, tanto eudaimónico como el hedónico, fue en varios estudios predictor de la salud general.

Otra revisión teórica fue realizada por Diener y Chan (2011), quienes llegaron a la conclusión de que niveles altos de bienestar subjetivo causan mejor salud en la longevidad, debido a que los pensamientos y sentimientos positivos predicen la longevidad y la salud más que los pensamientos y sentimientos negativos.

Por otra parte, Prieto Flores et al. (2008) relacionaron el bienestar emocional con el estado de salud en sujetos de 65 y más años de edad que residían en Madrid. Los resultados evidenciaron que quienes valoraban su salud como muy buena, reflejaron una probabilidad mayor de tener un alto nivel de bienestar emocional que quienes percibieron su salud negativamente.

Desde otro enfoque metodológico, en Bogotá, Martínez Suárez, Prieto Villamil y Posada Lecompte (2009) exploraron la salud mental positiva en adultos mayores de entre 55 y 85 años de edad, a través de grupos de reflexión. Los resultados del análisis cualitativo, demostraron que la salud mental positiva es representada por el adulto mayor como un proceso natural más cercano a la salud que a la enfermedad y que se relaciona con el bienestar, el cual está constituido por la actitud positiva frente a la vida, por la capacidad de mantenerse activo físicamente, poseer relaciones significa-

tivas con la familia y adecuadas condiciones de calidad de vida; es decir, tener paz y tranquilidad, ser cuidado y protegido por la familia, en condiciones de dignidad, amor y respeto y poder participar como ser social, con libertad de expresión, decisión, comunicación e información. Además, existió una relación significativa entre la salud mental y la salud física, ya que el deterioro de una afecta a la otra, razón por la que los participantes se preocupaban por mantener una buena salud en las dos esferas. Finalmente, los adultos consideraron que las emociones positivas les posibilitaban controlar sus impulsos, contrastar y reconocer mejor sus sentimientos y aprender a tomar decisiones más adecuadas.

Por otra parte, Vivaldi et al. (2012) examinaron la relación entre el bienestar psicológico y la percepción de salud en adultos mayores (edad promedio de 70,8 años) de Chile. Los resultados demostraron que el bienestar psicológico presentó una correlación moderada con la percepción de salud.

Stephoe y Wardle (2012), en el Estudio Longitudinal Inglés del Envejecimiento, identificaron que el bienestar eudaemónico estaba asociado con el aumento de la esperanza de vida. A la vez, encontraron que las asociaciones fueron independientes de la edad, el sexo, los factores demográficos y la salud mental y física.

En un estudio longitudinal realizado en EE.UU., Ryff, Radler y Friedman (2015) analizaron la persistencia del bienestar psicológico como una variable predictora de una mejor percepción de salud durante 9-10 años, por medio de la evidencia de los perfiles de adultos de entre 32 y 84 años de edad (MIDUS). Los autores encontraron que el bienestar psicológico se relacionó con una mejor salud, principalmente en la sección transversal. Posteriormente, aquéllos ajustaron los factores sociodemográficos y hallaron que las personas que perciben mejor su salud tienen mayor persistencia en los niveles de bienestar reportado a través del tiempo, en comparación con los que tienen persistencia baja en mencionados niveles. Además, se encontró que la persistencia de altos niveles de bienestar era un protector en la recuperación de la salud.

Con respecto a la población Argentina de adultos mayores, Peláez et al. (2015) encontraron que la satisfacción vital –componente cognitivo del bienestar subjetivo– y el apoyo social fueron variables predictoras del estado de salud.

En síntesis, de acuerdo con el aporte de las investigaciones descriptas en este punto, se observa que los adultos mayores experimentan el envejecimiento como un proceso natural más cercano a la salud que a la enfermedad y que el estudio del bienestar ha sido tema de especial interés durante la última década, tanto desde la concepción hedónica como desde la eudaimónica.

Sin embargo, en la población argentina no se encuentra evidencia de que se haya

evaluado la relación entre el bienestar y la percepción de salud desde modelos que unifiquen las dos concepciones tradicionales del bienestar –hedónica y eudaimónica– y profundicen en el trabajo reflexivo que implica en la vejez integrar las características, actitudes y experiencias subjetivas a la hora de atravesar los eventos propios de esta etapa vital.

En consecuencia, este estudio indaga en la relación entre la evaluación global de los componentes del bienestar y la percepción de salud, considerando que los aspectos positivos poseen un papel fundamental para comprender y promover una vida activa, saludable, productiva y significativa en la población mayor.

#### **IV. Material y método**

##### *Muestra*

Se seleccionó una muestra no probabilística compuesta por N=634 sujetos de ambos sexos (mujeres 65% y hombres 35%), de entre 65 y 100 años de edad (M= 77,29 – DT= 7,93), que residían en Buenos Aires.

De acuerdo con la distribución del estado civil, la mayoría de los participantes eran viudos (42,6%) y casados (32,8%) y tenían hijos (92,4%), que actualmente vivían (82,3%), y nietos (86,1%).

Teniendo en cuenta los estudios realizados, la mayor parte de los sujetos tenían el nivel primario completo (25,6%) y el nivel secundario completo (19,1%) e incompleto (16,9%), solo una minoría informó haber realizado estudios terciarios y universitarios.

Según los datos relevados acerca de las Condiciones de vida, se reflejó que la mayoría de los adultos poseían vivienda propia (79,7%) y vivían solos (33,9%) o junto a sus esposos (31,1%); recibían jubilación ordinaria (82,5%) y en menor medida pensión por fallecimiento (24,1%) y consideraban su situación económica como satisfactoria (52,7%). Además, el 87,7% realizaba algún tipo de actividad recreativa; entre ellas se destacaron: asistencia a centro de jubilados, turismo, actividad física, internet y redes sociales, programas de tv, entre otras.

Por último, el 78,5% de los participantes no recibía asistencia psicológica y el 67,5% informó que consumía algún tipo de medicación, en su mayoría por hipertensión, problemas cardíacos y colesterol.

##### *Diseño*

Se realizó un estudio de enfoque cuantitativo con alcance correlacional, en corte de tiempo transversal dentro de un diseño no experimental (Hernández Sampieri,

Fernández Collado & Baptista Lucio, 2006).

### *Instrumentos*

a) *Cuestionario sociodemográfico*. Construido ad hoc para los fines de la investigación que incluye preguntas cerradas con opción de respuesta única y en algunos casos múltiples, con los siguientes indicadores:

- Datos filiatorios: sexo, edad, lugar de residencia, estado civil, cantidad de hijos, entre otros.
- Condiciones de vida: vivienda, tipo de jubilación, situación económica actual, actividades recreativas; etc.
- Asistencia psicológica y consumo de medicación.

b) *Percepción de la salud*. Autoinforme en que el sujeto debe valorar su estado de salud actual en: excelente / muy buena / buena / regular / mala. Las tres primeras categorías corresponderían a una percepción positiva y las dos últimas a una negativa (Peláez et al., 2015).

c) *Mental Health Continuum Short Form* (MHC-SF, Keyes, 2009). Es un cuestionario de autoreporte para la evaluación positiva de la salud mental, derivado de las escalas más extensas para medir los tres tipos de bienestar. Consta de 14 ítems que miden el bienestar emocional, psicológico y social en el que se pide al examinado que valore sus sentimientos del mes pasado en una escala Likert de 6 puntos (nunca, una vez o dos veces al mes, una vez a la semana, dos o tres veces a la semana, casi todos los días, todos los días). El estudio de validación de la adaptación argentina del MHC-SC, ha confirmado la estructura de tres factores de la escala y buena validez convergente (Lupano Perugini, De la Iglesia & Castro Solano, 2016). Además, en un estudio reciente (Góngora & Castro Solano, en *prensa*) la consistencia interna fue:  $\alpha = 0,86$  para el bienestar emocional,  $\alpha = 0,86$  para el bienestar psicológico y  $\alpha = 0,75$  para el bienestar social.

### *Procedimiento*

El relevamiento de datos se realizó contactando a los participantes a través de centros de jubilados, solicitando la autorización al presidente de cada establecimiento y se explicó el objetivo del trabajo a realizar para luego poder entrevistar a los socios en los momentos donde finalizaban las diferentes actividades. De esta manera, se entregó a cada sujeto un protocolo que incluía:

- Una reseña del presente estudio;

- La solicitud del consentimiento informado, en el que se informaba que la participación era voluntaria y anónima y que los datos recogidos eran de carácter confidencial.
- Los instrumentos, en los que brindaba una descripción introductoria que contenía y explicaba la consigna.

A su vez, con la intención de cumplir con el anonimato de las respuestas, se procedió a identificar a cada participante con un número de protocolo y la variable nombre se reemplazó por él.

Por último, para el análisis y procesamiento de los datos se utilizó el programa informático estadístico SPSS versión 20.0 en español.

## V. Resultados

En primer lugar, se llevó a cabo el análisis estadístico descriptivo de las variables de estudio, es decir, Percepción de Salud y niveles de Bienestar (psicológico, subjetivo o emocional y social).

Los resultados indicaron que la mitad (50,2%) de los adultos mayores que participaron en este estudio percibieron su estado de salud actual como buena, seguida de muy buena (25,6%) y regular (17,4%), mientras que una minoría informó que su percepción era excelente (4,3%) y mala (2,7%). Ver Tabla 1.

Por otra parte, se evidenció que en la muestra estudiada predominó un puntaje mayor de bienestar psicológico (M=3,68), seguido por bienestar emocional (M=3,57) y un bajo puntaje en bienestar social (M=2,16). Ver Tabla 2.

Además, según la categorización del modelo de Keyes el estado de salud mental que predominó en la muestra general fue el Floreciente (45,9%). Ver Tabla 3.

**Tabla 1. Evaluación de la autopercepción de salud en la muestra general**

	N	%
<i>APS actual</i>		
Malo	17	2,7
Regular	110	17,4
<b>Bueno</b>	<b>318</b>	<b>50,2</b>
Muy bueno	162	25,6
Excelente	27	4,3



**Tabla 2. Evaluación MHC y ERBIEN en la muestra general**

	<b>Mín.</b>	<b>Máx.</b>	<b>Media</b>	<b>DT</b>
<b>Bienestar Emocional</b>	0	5	3,57	1,12
<b>Bienestar Social</b>	0	5	2,16	1,22
<b>Bienestar Psicológico</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>3,68</b>	<b>1,02</b>

**Tabla 3. Categorías Salud Mental Positiva en la muestra general**

	<b>N</b>	<b>%</b>
Languideciente	17	5,8
Moderado	254	40,1
<b>Florecente</b>	<b>291</b>	<b>45,9</b>
Sistema	52	8,2

Posteriormente, se aplicó la *Prueba T de Student* para comparar las variables según Sexo. A partir de los resultados, no se presentaron diferencias estadísticamente significativas entre los niveles de bienestar y la percepción de salud entre los hombres y las mujeres. Ver Tabla 4.

**Tabla 4. Diferencia según sexo en variables de estudio sobre muestra general**

<b>Variables</b>	<b>Femenino</b>		<b>Masculino</b>		<b>t*</b>	<b>Sig.</b>
	<b>(n= 411)</b>		<b>(n= 223)</b>			
	<b>Media</b>	<b>DT</b>	<b>Media</b>	<b>DT</b>		
<b>Bienestar Emocional</b>	3,56	1,13	3,58	1,10	-,12	n.s.
<b>Bienestar Social</b>	2,12	1,17	2,24	1,29	-1,11	n.s.
<b>Bienestar Psicológico</b>	3,66	1,05	3,73	0,95	-,79	n.s.
<b>APS actual</b>	3,09	0,84	3,16	0,81	-1,06	n.s.

Ahora bien, a fin de cumplir con el objetivo propuesto, se realizó la el análisis correlacional mediante el coeficiente de Pearson entre las dimensiones del Bienestar y la Percepción de salud de los adultos mayores.

Los resultados evidenciaron que existe una relación proporcional y moderada entre los niveles de Bienestar y la Percepción de Salud de los adultos mayores, es decir, a mayor Percepción de Salud mayor nivel de Bienestar psicológico, emocional ( $r=,36$ ) y social y viceversa. A la vez, se halló que el componente hedónico del bienestar fue el que presentó mayor índice correlacional con la percepción de salud. Ver Tabla 5.

**Tabla 5. Correlación entre bienestar y APS**

Variables		Bienestar Emocional	Bienestar Social	Bienestar Psicológico
Percepción de Salud	<i>r</i>	<b>,36</b>	,32	,27
	Sig.	< ,001	< ,001	< ,001

\*Nota: Correlación Pearson

## VI. Discusión

El objetivo principal de este estudio fue identificar la relación entre la valoración del bienestar y la percepción de salud en un grupo de adultos mayores de Buenos Aires, para brindar datos que generen una comprensión científica más completa, equilibrada y que promuevan una vida activa, saludable, productiva y significativa dentro de este grupo etario.

A partir del análisis realizado, se evidenció que en los adultos mayores que participaron del estudio, existió una relación estadísticamente significativa entre la percepción de salud y la valoración de las tres dimensiones del bienestar: psicológica, emocional y social. Además, se observó que esta asociación fue proporcional y moderada con las tres dimensiones del bienestar y la más alta fue con el componente hedónico del bienestar.

Por lo tanto, estos resultados demuestran que mayores niveles de bienestar en la vejez se asocian con una mejor percepción de salud y viceversa, destacándose el vínculo existente con el componente subjetivo o emocional del bienestar.

Teniendo en cuenta los datos de esta investigación, se observa que coincidieron con los antecedentes descriptos, que si bien emplearon otras medidas de evaluación reflejaron la existencia de una relación directa entre la percepción de salud y el grado de bienestar, tanto hedónico como eudaemónico (Lyubomirsky et al., 2005; Vecina,

2006; Prieto Flores et al., 2008; Vázquez, et al., 2009; Stone et al., 2010; Vivaldi et al., 2012; Ryff et al., 2015). Además, en concordancia con varios autores (Diener & Chan, 2011; Prieto Flores et al., 2008) el componente subjetivo del bienestar se relacionó en mayor medida con una mejor percepción de salud en la longevidad.

Asimismo, es importante mencionar que los resultados de este estudio apoyan los datos hallados en el estudio cualitativo de Martínez Suárez y sus colaboradores (2009), quienes mediante grupos de reflexión resaltaron que los adultos mayores consideraban relevante la relación entre la percepción de salud y los tres tipos de bienestar, es decir, el psicológico, el social y el emocional.

Por otra parte, los datos descriptivos del presente estudio evidenciaron que en los participantes predominó en primer lugar un puntaje mayor en la valoración del bienestar psicológico y luego emocional, mientras que se registró una baja puntuación en el componente social. Con respecto al estado de salud mental propuesto en el Modelo de dos continuos (Keyes, 2009), se reflejó que la mayoría de los sujetos presentó un estado de salud floreciente. Además, no se presentaron diferencias significativas entre hombres y mujeres.

Los resultados obtenidos concuerdan con lo reportado por el equipo de Momtaz (2009) en la población mayor de Malasia, la cual presentó en mayor medida un estado de salud floreciente. No obstante, difieren del estudio realizado por Westerhof y Keyes (2010), quienes encontraron que los adultos mayores estadounidenses presentaban mayor nivel de bienestar emocional y un ligero descenso de bienestar psicológico; de lo investigado por Snowden et al. (2010) también en población de EE.UU., en la que hallaron una disminución en los niveles de bienestar a mayor edad y, por último, de la investigación de Góngora y Castro Solano (2017), quienes reportaron que en población argentina predominó el estado de salud moderado. De igual modo, estas diferencias podrían ser explicadas por la cultura, el alcance de los objetivos de los estudios y en el caso del estudio realizado en Argentina por el sesgo de la edad.

Finalmente, con respecto a la percepción de salud, se encontró que la mayor parte de la muestra percibió su salud como buena y muy buena, sin existir diferencias significativas por sexo, considerando la categorización realizada por Peláez et al. (2015) los participantes poseían una percepción positiva de salud.

Centrando la atención en los datos relevados en la población argentina, concuerdan y difieren con lo hallado en los estudios realizados en Córdoba por Peláez et al. (2010; 2015), dado que, si bien se presentaba en mayor medida una percepción de salud positiva, esta fue mejor en hombres que en mujeres.

## VII. Conclusión

La presente investigación fue motivada por el interés de profundizar en el estudio de los aspectos positivos en la vejez, desde el modelo que promueve la Psicología Positiva; como se expuso en el contenido teórico, este enfoque brinda una nueva comprensión y demuestra la diversidad que conlleva esta etapa vital, a través de los avances que se fueron haciendo sobre el envejecimiento exitoso.

Asimismo, los resultados obtenidos en este trabajo subrayan la relevancia de indagar en los pensamientos que existen acerca del bienestar y el estado de salud en la vejez, proponiendo un trabajo reflexivo que posiciona al adulto mayor en un rol activo y autónomo frente a las expectativas que tiene sobre esta etapa vital.

Por otra parte, los participantes de este estudio reportaron un estado de salud mental floreciente, que refleja un óptimo funcionamiento psicológico y social. Sin embargo, los sujetos informaron un bajo nivel de bienestar social, es decir, las creencias que tienen sobre las circunstancias en las que viven junto a su funcionamiento dentro del entorno social (Zubieta, Fernández & Sosa, 2012; Páez, 2007; Keyes & Shapiro, 2004). Es por ello, que resulta necesario desarrollar nuevas líneas de investigación que indaguen en el lugar que los adultos mayores creen ocupar en la sociedad actual.

En conclusión, este estudio es una aproximación al proyecto doctoral “Salud Mental Positiva en la Vejez” y ha demostrado que prestar atención al potencial que posee la vejez, colabora en seguir fomentando un nuevo significado e identidad en este grupo etario, pues precisamente al trabajar desde el proceso del pensamiento positivo que plantea la Psicología Positiva, considerando la relación entre la percepción de salud y la valoración del bienestar que experimentan los propios sujetos, estimula la expresión más auténtica de su subjetividad.

## VIII. Bibliografía

Blanco-Molina, M. y Salazar-Villanea, M. (2017). Predictores socioemocionales y cognitivos: su papel en la comprensión del envejecimiento con éxito en el contexto costarricense. *Universitas Psychologica*, 16(1), 247-262.

Blázquez Abellán, G.; López-Torres, J.D.; Rabanales Sotos, J.; López-Torres, J. y Val Jiménez, C.L. (2016). Alimentación saludable y autopercepción de salud. *Atención Primaria*, 48(8), 535-542.

Bustos-Vázquez, E.; Fernández-Niño, J.A. y Astudillo-García, C.I. (2017). Autopercepción de la salud, presencia de comorbilidades y depresión en adultos mayores mexicanos: propuesta y validación de un marco conceptual simple. *Biomédica*, 37(1),

92-103.

Cappeliez, P.; Sévre-Rousseau, S.; Landreville, P. & Préville, M. (2004). Physical health, subjective health, and psychological distress in older adults: Reciprocal relationships concurrently and over time. *Ageing International*, 29(3), 247-266.

Cárdenas Jiménez, A. & López Díaz, A. (2011). Resiliencia en la vejez. *Revista de Salud Pública*, 13(3), 528-540.

Carver, C.S. & Scheier, M. F. (1981). *Attention and self-regulation: A control theory approach to human behavior*. New York: Springer-Verlag.

Castro Solano, A. (2010). *Fundamentos de psicología positiva*. Buenos Aires: Paidós.

Castro Solano, A. (2014). Latin-American studies on well-being. En A. Castro Solano (Ed.), *Positive psychology in Latin America* (pp. 21-36). Netherlands: Springer.

Cerquera Córdoba, A.M.; Flórez Jaimes, L.O. y Linares Restrepo, M.M. (2010). Autopercepción de la salud en el adulto mayor. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 1(31), 407-428.

Corraliza, R.J.A. (2000). Vejez y sociedad. En R. Fernández-Ballesteros, *Gerontología Social* (pp. 229-239). Madrid: Pirámide.

Diener, E. & Chan, M.Y. (2011). Happy people live longer: Subjective well-being contributes to health and longevity. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 3(1), 1-43.

Diener, E.; Wirtz, D.; Tov, W.; Kim Prieto, Ch.; Choi, D.; Oishi, S. & Biswas-Diener, R. (2010). New well-being measures: short scales to assess flourishing and positive and negative feelings. *Social Indicators Research*, 97(2), 143-156.

Echeverría, G.; Torres, M.; Pedrals, N.; Padilla, O.; Rigotti, A. & Bitran, M. (2017).

Validation of a Spanish Version of the Mental Health Continuum-Short Form Questionnaire. *Psicothema*, 29(1), 96-102.

Faulk, K.E.; Gloria, C.T. & Steinhardt, M.A. (2013). Coping profiles characterize individual flourishing, languishing, and depression. *Anxiety, Stress & Coping*, 26(4), 378-390.

Fernández-Ballesteros, R. (2000). *Gerontología Social*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Fernández-Ballesteros, R. (2008). *Active Aging: The Contribution of Psychology*. Canadá: Hogrefe Publishing.

Fernández-Ballesteros García, R.; Zamarrón Casinello, M.D.; López Bravo, M.D.; Molina Martínez, M.A.; Díez Nicolás, J.; Montero López, P. & Schettini del Moral, R. (2010). Envejecimiento con éxito: criterios y predictores. *Psicothema*, 22(4), 641-647.

Fernández-Mayoralas, G. et al. (2007). El significado de la salud en la calidad de vida de los mayores. *Informes Portal Mayores*, 74. Madrid: Portal Mayores.

Fernández-Merino, M.C.; Rey-García, J.; Tato, A.; Beceiro, F.; Barros-Dios, J. y Gude, F. (2000). Autopercepción de la salud y mortalidad en ancianos de una comunidad rural. *Atención primaria*, 25(7), 459-463.

Gallardo Peralta, L.G.; Conde Llanes, D. y Córdova Jorquera, I. (2016). Asociación entre envejecimiento exitoso y participación social en personas mayores chilenas. *Gerokomos*, 27(3), 104-108.

Gallardo-Peralta, L.; Cuadra-Peralta, A.; Cámara-Rojo, X.; Gaspar-Delpino, B. y Sánchez-Lillo, R. (2017). Validación del inventario de envejecimiento exitoso en personas mayores chilenas. *Revista Médica de Chile*, 145(2), 172-180.

Gallegos-Carrillo, K.; García-Peña, C.; Durán-Muñoz, C.; Reyes, H. y Durán-Arenas, L. (2006). Autopercepción del estado de salud: una aproximación al los ancianos en México. *Revista de Saúde Pública*, 40(5), 792-801.

Garay Villegas, S. y Avalos Pérez, R. (2009). Autopercepción de los adultos mayores sobre su vejez. *Revista Kairós, São Paulo*, 12(1), 39-58.

García Puello, F. (2013). Autopercepción de salud y envejecimiento. *Ciencia e Innovación en Salud*, 1(1), 69-77.

Góngora, V. & Castro Solano, A. (2017). Assessment of the Mental Health Continuum in a Sample of Argentinean Adults. *Psychology*, 8, 303-318.

González, C.A. y Ham-Chande, R. (2007). Funcionalidad y salud: una tipología del envejecimiento en México. *Salud Pública de México*, 49(4), 448-458.

Hefferon, K. (2013). *Positive psychology and the body: the somatopsychic side to flourishing: the somatopsychic side to flourishing*. Maidenhead UK: McGraw-Hill Education.

Hernández Sampieri, R.; Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2006). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.

Hone, L.C.; Jarden, A.; Schofield, G.M. & Duncan, S. (2014). Measuring flourishing: The impact of operational definitions on the prevalence of high levels of wellbeing. *International Journal of Wellbeing*, 4(1), 62-90.

Huppert, F.A. (2009). Psychological well-being: evidence regarding its causes and consequences. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 1(2), 137-164.

Huta, V. & Ryan, R.M. (2010). Pursuing pleasure or virtue: The differential and overlapping well-being benefits of hedonic and eudaimonic motives. *Journal of Happiness Studies*, 11(6), 735-762.

Jylhä, M. (2009). What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Social Science & Medicine*, 69, 307-316.

Levy, B.R.; Slade, M.D.; Kunkel, S.R. & Kasl, S.V. (2002). Longevity increased by positive self-perceptions of aging. *Journal of personality and social psychology*, 83(2), 261-270.

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

Lupano Perugini, M.L.; De la Iglesia, G.; Castro Solano, A. & Keyes, C.L.M. (2016). The Mental Health Continuum–Short Form (MHC–SF) in the Argentinean Context: Confirmatory Factor Analysis and Measurement Invariance. *Europe's Journal of Psychology*, 13(1), 93-108.

Keyes, C.L.M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43, 207-222.

Keyes, C. L. M. (2005). Mental Illness and/or Mental Health? Investigating Axioms of the Complete State Model of Health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 539-548.

Keyes, C. L. M. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: A complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist*, 62(2), 95-108.

Keyes, C.L.M. & Shapiro, A.D. (2004). Social well-being in the United States: A descriptive epidemiology. *How healthy are we*, 15(3), 350-372.

Keyes, C.L.M.; Wissing, M.; Potgieter, J.P.; Temane, M.; Kruger, A. & van Rooy, S. (2008). Evaluation of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF) in Setswana-Speaking South Africans. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 15, 181-192.

Martínez Suárez, A.L.; Prieto Villamil, A. & Posada Lecompte, M. (2009). Una mirada a la salud mental positiva en adultos mayores: grupos focales. *Memorias*, 5(12), 80-90.

Meléndez Moral, J.C. (1996). La autopercepción negativa y su desarrollo con la edad. *Psicogerontología*, 12(8), 40-43.

Ministerio de Salud (2017). *Envejecimiento activo*. Recuperado de: HYPERLINK "<http://www.msal.gov.ar/index.php/component/content/article/48-temas-de-salud-de-la-a-a-la-z/389-envejecimiento-activo>" <http://www.msal.gov.ar/index.php/component/content/article/48-temas-de-salud-de-la-a-a-la-z/389-envejecimiento-activo>.

Momtaz, Y.A.; Hamid, T.A.; Haron, S.A. & Bagat, M.F. (2016). Flourishing in later life. *Archives of gerontology and geriatrics*, 63, 85-91.

Ocampo, J.M. (2010). Self-rated health: Importance of use in elderly adults. *Colombia Médica*, 41(3), 275-289.

Organización Mundial de la Salud (2015). *Envejecimiento y Salud*. Recuperado de: HYPERLINK "<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/es/>" <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/es/>

Organización Mundial de Salud (2006). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. *Documentos básicos*, suplemento de la 45ª edición.

Páez, D. (2007). Creencias, valores y bienestar. Documento técnico, San Sebastián: Universidad del País Vasco.

Park, N. & Peterson, C. (2006). Moral competence and character strengths among adolescents: The development and validation of the Values in Action Inventory of Strengths for Youth. *Journal of Adolescence*, 29, 891-910.

Park, N. & Peterson, C. (2009). Achieving and sustaining a good life. *Perspective son Psychological Science*, 4, 422-428.



- Park, N., Peterson, C. & Sun, J. K. (2013). Positive Psychology: Research and practice. *Terapia Psicológica*, 31(1), 11-19.
- Peláez, E.P.; Torres, E. & Carrizo, E.D. (2010). Condiciones sociodemográficas, hábitos y autopercepción de la salud de los adultos en una ciudad intermedia de Argentina. En *IV Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población*, La Habana, Cuba.
- Peláez, E.P.; Acosta, L.D. & Carrizo, E.D. (2015). Factores asociados a la autopercepción de salud en adultos mayores. *Revista Cubana de Salud Pública*, 41(4), 638-68.
- Peterson, C. (2000). The future of optimism. *American Psychologist*, 55, 44-55.
- Peterson, C. & Seligman, M.E.P. (1984). Causal explanations as a risk factor for depression: Theory and evidence. *Psychological Review*, 91, 347-374.
- Prieto Flores, M.E.; Fernández Mayoralas, G.; Rojo Pérez, F.; Lardiés Bosque, R.; Rodríguez Rodríguez, V.; Ahmed Mohamed, K. & Rojo Abuín, J.M. (2008). Factores sociodemográficos y de salud en el bienestar emocional como dominio de calidad de vida de las personas mayores en la Comunidad de Madrid: 2005. *Revista española de salud pública*, 82(3), 301-313.
- Rosales Rodríguez, R.D., García Díaz, R.D. & Quiñones Macías, E. (2014). Estilo de vida y autopercepción sobre salud mental en el adulto mayor. *Medisan*, 18(1), 61-67.
- Rowe, J.W. & Khan, R.L. (1987). Human aging: Usual and successful. *Science*, 237, 143-149.
- Rowe, J.W. & Khan, R.L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37, 433-440.
- Ryff, C.D., Radler, B.T. & Friedman, E.M. (2015). Persistent psychological well-being predicts improved self-rated health over 9-10 years: Longitudinal evidence from MIDUS. *Health Psychology Open*, 2(2), 1-11.
- Sánchez Salgado, C.D. (2000). *Gerontología social*. Buenos Aires: Editorial Espacio.
- Seligman, M.E.P. (2002). *Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment*. Nueva York: Free Press.
- Seligman, M.E.P. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.
- Snowden, M.; Dhingra, S.S.; Keyes, C.L.M. & Anderson, L.A. (2010). Changes in

mental well-being in the transition to late life findings from MIDUS I and II. *American Journal of Public Health*, 100(12), 2385-2388.

Snyder, C.R. (2000). *Handbook of hope: Theory, measures, and applications*. San Diego: Academic Press.

Steptoe, A. & Wardle, J. (2012). Enjoying life and living longer. *Archives of Internal Medicine*, 172(3), 273-275.

Stone, A.A.; Schwartz, J.E.; Broderick, J.E. & Deaton, A. (2010). A snapshot of the age distribution of psychological well-being in the United States. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 107(22), 9985-9990.

Triadó Tur, M.C.; Villar Posada, F.; Solé Resano, C.; Osuna Olivares, M.J. (2005). *Envejecer en entornos rurales*. Madrid: IMSERSO, Estudios I+D+I, n° 19.

Vázquez, C.; Hervás, G.; Rahona, J.J. & Gómez, D. (2009). Psychological well-being and health: Contributions of positive psychology. *Annuary of Clinical and Health Psychology*, 5, 15-27.

Vecina Jiménez, M.L. (2006). Emociones positivas. *Papeles del Psicólogo*, 27(1), 9-17.

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

Westerhof, G.J. & Keyes, C.L.M. (2010). Mental illness and mental health: The two continua model across the lifespan. *Journal of Adult Development*, 17(2), 110-119.

Zubieta, E.; Fernández, O. & Sosa, F. (2012). Bienestar, valores y variables asociadas. *Boletín de Psicología*, 106, 7-27.

*Fecha de recepción: 10/04/18*

*Fecha de aceptación: 15/05/18*