

# Salud mental en la vejez: bienestar y autopercepción de salud en adultos mayores de Buenos Aires.

**Cortese, Ricardo Horacio**

Universidad Abierta Interamericana.

**Fernández Canales María Mercedes**

Universidad Abierta Interamericana.

**Góngora, Vanesa**

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) y Universidad de Palermo.

Enviado: 07/11/21.

Aceptado: 03/06/22.

## Resumen

El objetivo de este estudio fue conocer el nivel de bienestar, la ruta de acceso a éste, el estado de salud mental y la autopercepción de salud que predominaba en adultos mayores de Buenos Aires. Adicionalmente, se examinaron las relaciones entre las variables de estudio y se indagó en el modelo que mejor predecía la autopercepción de salud en la vejez. La muestra estuvo conformada por 634 sujetos de ambos sexos de entre 65 y 100 años ( $M=77,29$ ,  $DE=7,93$ ), quienes completaron un cuestionario sociodemográfico ad-hoc; el Mental Health Continuum- Short Form; la Escala de tres rutas de acceso al bienestar y evaluaron su Autopercepción de salud. Los resultados evidenciaron que en los participantes predominó el bienestar psicológico, el estado de salud mental floreciente, la ruta de acceso al bienestar vida comprometida y la autopercepción de salud positiva. Además, se presentaron correlaciones entre todas las variables de estudio y se encontró que el Modelo de dos continuos de salud mental predijo mejor, por una mínima diferencia en comparación con la Teoría de la auténtica felicidad, la varianza de la autopercepción de salud en la vejez. Concluyendo, éste fue el primer estudio a nivel internacional que analizó y comparó dos modelos contemporáneos del bienestar, los cuales nunca habían sido abordados en conjunto. De esta manera, este estudio permite flexibilizar una nueva forma de repensar esta etapa del ciclo vital.

**PALABRAS CLAVES:** ENVEJECIMIENTO – VEJEZ – BIENESTAR – RUTAS DE ACCESO AL BIENESTAR

## —AUTOPERCEPCIÓN DE SALUD.

Mental health in old age: well-being and self-perception of health in older adults in Buenos Aires.

### Abstract

The objective of this study was to know the level of well-being, the route of access to well-being, the state of mental health and the self-perception of health that prevailed in older adults in Buenos Aires. Additionally, the relationships between the study variables were examined and the model that best predicted the self-perception of health in old age was investigated. The sample consisted of 634 subjects of both sexes between 65 and 100 years of age ( $M= 77,29$ ,  $SD= 7,93$ ), who completed an ad-hoc socio-demographic questionnaire; the Mental Health Continuum- Short Form; the Scale of three routes of access to well-being and evaluated their self-perception of health. The results showed that psychological well-being, the flourishing mental health status, the route of access to well-being compromised life and positive self-perception of health predominated in the participants. Moreover, correlations between all the study variables were presented and it was found that the Mental Health Continuum predicted better, by a minimal difference compared to the Theory of authentic happiness, the variance of the self-perception of health in old age. In conclusion, this was the first international scientific study that analyzed and compared two contemporary models of well-being, which had never been addressed together. Thus, this study allows to make more flexible a new way of rethinking this stage of the life cycle.

**KEYWORDS:** AGING - OLD AGE - WELL-BEING - ROUTES OF ACCESS TO WELL-BEING - SELF-PERCEPTION OF HEALTH.

### Introducción

En la actualidad el envejecimiento de la población mundial es un fenómeno demográfico relevante a causa del aumento de adultos mayores y de la extensión del ciclo vital, lo que supone nuevos desafíos para la planificación de políticas públicas en cuestiones de salud, de cuidado y de seguridad social (Peláez et al., 2017).

Dentro de mencionado contexto, el envejecimiento ha despertado el interés científico en los últimos años, lo que impulsó una nueva línea de trabajo centrada en el envejecimiento satisfactorio o exitoso. El envejecimiento con éxito es un concepto multidimensional compuesto por un conjunto de factores bio-psico-sociales que reconocen la variabilidad en las diversas formas de envejecer. Los autores que han tratado este tema (eg. Triadó Tur et al., 2003; Gallardo Peralta et al., 2016; Gallardo Peralta et al., 2017; Blanco Molina & Salazar Villanea, 2017) señalan que el envejecimiento con éxito implica tres elementos,

los cuales son: 1) baja probabilidad de padecer enfermedades y discapacidades; 2) alta capacidad funcional psico-física y 3) activa implicación con la vida.

En concordancia con la concepción positiva del envejecimiento, la Psicología en las últimas décadas empezó a considerar el estudio de los aspectos positivos durante la vejez (Arias & Iacub, 2013) y múltiples investigaciones evidenciaron que el bienestar juega un papel fundamental en la salud de los adultos mayores (Ortega et al., 2015).

El estudio del bienestar desde la perspectiva psicológica puede ubicarse en dos líneas teóricas. La primera es la que toma los aportes de la concepción hedónica y se enfoca en la evaluación de las emociones positivas y la percepción de la satisfacción general con la vida; esta línea es denominada bienestar subjetivo o emocional (Keyes & Magyar Moe, 2003 citado en Castro Solano, 2009). La segunda toma los aportes de la concepción eudaemónica y sostiene que el bienestar es multidimensional, por lo que es necesario tener en cuenta los aspectos sociales y del entorno en su evaluación; dentro de ella se incluyen aspectos del bienestar psicológicos y sociales (Sosa et al., 2014).

La mayoría de los estudios basados en la perspectiva hedónica coincide en que durante la vejez se presentan niveles elevados de bienestar emocional e, incluso, se experimenta un aumento de este tipo de bienestar con la edad (Arias & Soliveréz, 2012; Arraga Barrios & Sánchez Villarroel, 2010; Inga et al., 2006; Lacey et al., 2006; Meléndez Moral et al., 2008; Scheibe & Carstensen, 2010; entre otros). Por el contrario, las investigaciones que toman los aportes de la perspectiva eudaemónica evidencian que el bienestar psicológico muestra un decremento en la vejez, mientras que la minoría no avalan diferencias significativas al comparar diferentes franjas etarias (Arias & Soliveréz, 2009, 2012; Meléndez Moral et al., 2008; Meléndez et al., 2011).

No obstante, a partir del avance teórico en el constructo bienestar impulsado por la Psicología Positiva durante la última década, aparecen nuevas teorías que integran las perspectivas hedónica y eudaemónica del bienestar y denominan *flourishing* (florecimiento) al estado en el que están presentes altos niveles de ambos tipos de bienestar (Hone et al., 2014). Por lo tanto, el bienestar implica sentirse bien -hedónico- y funcionar bien -eudaimónico- (Diener et al., 2010; Keyes, 2002; Huppert & So, 2013; Seligman, 2011).

Una de las mencionadas concepciones teóricas es la Teoría de la auténtica felicidad [TAF], que propone un abordaje integrado del bienestar y toma como objeto de estudio la satisfacción con la vida (Seligman, 2002). En esta teoría, Seligman (2014) expone que el bienestar se puede alcanzar por medio de tres vías o rutas que una persona elige por sí misma, a saber: la emoción positiva (*pleasant life* o *vida placentera*), el compromiso (*engaged life* o *vida comprometida*) y el sentido (*meaningful life* o *vida con significado*).

La Vida placentera consiste en tener la mayor cantidad de momentos felices durante la vida, los cuales se desprenden de la visión hedonista y son alcanzados mediante el *savoring*, el *mindfulness* y cultivando emociones positivas en el pasado o en el futuro. La Vida comprometida tiene que ver con el bienestar que se deriva del compromiso con la tarea efectiva y con la capacidad de experimentar *flow*. El estado *flow* se enfoca en la visión eudaimónica y se alcanza cuando una persona pone en juego sus habilidades personales y su esfuerzo para lograr una tarea. Por último, la Vida con significado consiste en la búsqueda de sentido para aplicar las fortalezas ayudando a las demás personas a que

desarrollen sus potencialidades o a alguna institución positiva para expresar el sentido que se le quiere dar a la vida (Castro Solano, 2011; Góngora & Castro Solano, 2015; Lupano Perugini & Castro Solano, 2010; Seligman, 2003).

En las investigaciones que prestan atención a las rutas de acceso al bienestar no se aprecian estudios específicos en la vejez. La mayoría evidencia que otros grupos etarios han priorizado la vida comprometida y la placentera para el logro del bienestar. Además, se halló que algunas variables sociodemográficas (edad, estado civil y nivel de educación alcanzado) tendrían un efecto sobre el acceso al bienestar y se encontró que las tres rutas han presentado relaciones estadísticamente significativas entre ellas (Castro Solano, 2011; Peterson et al., 2005; San Martín et al., 2010).

Otra de las perspectivas teóricas que unifica las tradiciones hedonista y eudaimónica del bienestar es el Modelo del Continuo de Salud Mental [MCSM], el cual 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 modelo ha sido estudiado en diferentes contextos y posee investigación que lo apoya (eg. Echeverría et al., 2017; Keyes, 2002, 2005; Keyes et al., 2008; Lupano Perugini et al., 2017; Petrillo et al., 2015). A la vez, dicho modelo permite distinguir entre sujetos con salud mental positiva y con enfermedad mental, por medio de la combinación de los niveles de las dimensiones del bienestar (emocional, psicológico y social) y postula tres estados: 1) *florecente*, en el que las personas exhiben altos niveles de bienestar emocional, psicológico y social; 2) *languideciente*, en el que las personas exhiben niveles bajos de bienestar emocional, psicológico y social y 3) *moderado*, en el que las personas son sanas mentalmente, pero no se ajustan a los criterios para florecimiento o languidez en la vida (Keyes et al., 2008; Westerhof & Keyes, 2010).

Si bien no hay estudios específicos del MCSM en adultos mayores argentinos ni latinoamericanos, la evidencia científica de otros países y grupos etarios demuestra que el estado de florecimiento se relacionó con menor riesgo de enfermedad cardiovascular y física crónica, menor cantidad de limitaciones de salud, menor uso de servicios sanitarios y un saludable funcionamiento psicosocial, mientras que el estado de languidecimiento se asoció con la prevalencia de trastornos mentales, bajos niveles de funcionamiento social y riesgo de enfermedad cardiovascular, entre otros (Keyes, 2007). Considerando un estudio realizado en Malasia, se ha evidenciado por medio de la clasificación de Keyes (2002) que la mitad de los adultos mayores (edad media 69,05) se encontraban floreciendo en la vida. Además, un estudio realizado en Argentina por Góngora y Castro Solano (2017), en el que se evaluó por primera vez la prevalencia del continuo de salud mental en población adulta (edad media 40.62), evidenció que la mayoría de los participantes poseían salud mental moderada seguida de floreciente. Por último, los pocos estudios que aplicaron el modelo de Keyes a nivel internacional demuestran que la sección de adultos mayores tiende a reportar niveles más elevados de bienestar emocional que los jóvenes y que la edad tendría un efecto indirecto con el nivel global de bienestar, ya que los adultos de mayor edad presentan una disminución en mencionados niveles al compararlos con los jóvenes (eg. Snowden et al., 2010; Westerhof & Keyes, 2010).

Independientemente de la evaluación objetiva de la salud mental, se considera relevante un indicador que sirve para examinar y predecir el estado de salud general denominado Autopercepción de salud [APS] (Peláez et al., 2015), ya que la salud auto-percibida ha sido empleada en una amplia variedad de escenarios con diferentes grupos de población, entre los que se destacan los adultos mayores (Ocampo, 2010) y ha sido utilizada como una medida determinada por múltiples factores que repercuten en el estado de bienestar de las personas (Blázquez Abellán et al., 2016).

Los antecedentes referidos a la APS demuestran que no existe un patrón unánime en los resultados de estudios en población de adultos mayores (eg. Blázquez Avellán et al., 2016; Fernández-Mayorales et al., 2007; Gallegos Carrillo et al., 2006; Garay Villegas & Avalos Pérez, 2009). En el caso específico de la población Argentina, se halló una valoración positiva, pese a que ésta sólo se redujo a la población cordobesa (Peláez et al., 2010, 2015). Por otra parte, múltiples estudios evidenciaron que existen relaciones estadísticamente significativas entre la APS y el nivel de bienestar, tanto hedónico como eudaemónico, es decir que cuanto mayor es la valoración de la APS, mayor es el nivel de bienestar y viceversa. Además, se reflejó que el bienestar ha demostrado ser un predictor del estado de salud y que es un factor clave en el mantenimiento y recuperación de la salud durante las edades avanzadas (Jiménez Vecina, 2006; Lyubomirsky et al., 2005; Peláez et al., 2010, 2015; Prieto Flores et al., 2008; Ryff et al., 2015; Stone et al., 2010; Vázquez et al., 2009, entre otros). Sin embargo, no se encuentran estudios en Argentina que se hayan propuesto indagar la relación entre la APS y el bienestar en adultos mayores.

Considerando lo expuesto, es relevante que desde el Área de Salud Mental se entienda la dinámica de los cambios poblacionales junto a sus consecuencias, a fin de revisar nuevos conceptos, estrategias e intervenciones que respondan a las necesidades cambiantes y ayuden a identificar el potencial en la vejez para favorecer el estado de bienestar de los adultos mayores. Por lo tanto, el objetivo de este estudio es conocer el nivel de bienestar, la ruta de acceso a éste, el estado de salud mental y la autopercepción de salud que predomina en adultos mayores de Buenos Aires. Adicionalmente, se examinan las relaciones entre las variables de estudio y se indaga en el modelo -TAF o MCSM- que mejor predice la APS en la vejez. A partir de los antecedentes descriptos, se plantea como primera hipótesis que en los adultos mayores predomina el bienestar emocional, la vida comprometida, la autopercepción de salud positiva y prevalece el estado de salud mental floreciente; como segunda hipótesis se postula que los participantes que presentan una mejor valoración de APS, poseen altos niveles de los elementos eudaemónicos y hedónicos del bienestar.

## Método

**Tipo de estudio.** Se realizó un trabajo de enfoque cuantitativo con alcance exploratorio, descriptivo y correlacional, dentro de un diseño no experimental en secuencia de tiempo transversal (Hernández Sampieri et al., 2010; Vieytes, 2004).

**Participantes.** Se seleccionó una muestra intencional, no probabilística, conformada por N= 634 sujetos de ambos sexos de entre 65 y 100 años de edad (media 77,29 con un

desvío típico de 7,93) que no presentaban deterioro cognitivo ni algún trastorno mental y eran autónomos en su vida diaria. En la Tabla 1 se describe la distribución de la muestra según los datos sociodemográficos.

**Tabla 1.** Datos sociodemográficos.

		N	%
Sexo	Femenino	411	64,8
	Masculino	223	35,2
Lugar de residencia	GBA	491	77,4
	CABA	143	22,6
Nivel educativo	Primario Completo	162	25,6
	Secundario Completo	121	19,1
	Secundario Incompleto	107	16,9
	Primario Incompleto	91	14,4
	Terciario Completo	57	9
	Universitario Completo	45	7,1
	Terciario Incompleto	30	4,7
	Universitario Incompleto	21	3,3
Estado civil	Viudo/a	270	42,6
	Casado/a	208	32,8
	Divorciado/a	67	10,6
	En pareja	41	6,5
	Soletero/a	24	3,8
	Separado/a	24	3,8
Hijos	Si	586	92,4
	No	48	7,6
Viven	Si	522	82,3
	Si/No	57	9
	No	36	5,7
Nietos	Si	546	86,1
	No	88	13,9
Vivienda	Casa/Dpto propio	505	79,7
	Casa/Dpto de familiares	63	9,9
	Casa/Dpto alquilado	61	9,6
	Otro	5	0,8
Convive con	Solo/a	215	33,9
	Esposo/a	197	31,1
	Hijos/as	110	17,4
	Otros familiares	49	7,7
	Esposo/a e hijos/as	39	6,2
	Otros	17	2,7
	Amigo/a	7	1,1
Situación económica actual	Satisfactoria	334	52,7
	Debajo de lo satisfactorio	202	31,9
	Muy por debajo de lo satisfactorio	77	12,1
	Por encima de lo satisfactorio	19	3,0
	Muy por encima de lo satisfactorio	2	0,3
Actividades Recreativas	Si	556	87,7
	No	78	12,3
Asistencia Psicológica	No	498	78,5
	Si	45	7,1
Consumo medicación	Si	428	67,5
	No	114	18

### *Instrumentos.*

**a.** Cuestionario socio-demográfico. Construido *ad-hoc* para los fines de la investigación, en el que se relevaron datos filiatorios (sexo, edad, lugar de residencia, estado civil, presencia de hijos y nietos, nivel de estudios alcanzados, etc.); información acerca de las condiciones de vida (vivienda, tipo de jubilación, situación económica actual, etc.) y, por último, antecedentes de asistencia psicológica, consumo de medicación y realización de actividades recreativas.

**b.** Evaluación de la Autopercepción de la salud [APS].

- Percepción del estado de salud actual: con opción de respuesta única, categorizada en: Excelente – Muy buena – Buena – Regular – Mala. Según la categorización de Peláez et al. (2015), las tres primeras categorías corresponderían a una APS positiva y las dos últimas a una APS negativa.

- Escala de intensidad (Ander Egg, 1995) en la que se pide al sujeto que valore su propio estado de salud actual en una escala tipo Likert (1= Muy desfavorable a 5= Muy Favorable) en relación con: *a*) la de otras personas de su misma edad y *b*) su estado de salud anterior (Vassallo & Sellanes, 2000).

**c.** Escala Mental Health Continuum- Short Form [MHC-SF] (Keyes, 2006, adaptación Argentina de Lupano et al., 2017).

Cuestionario de auto-reporte que consta de 14 ítems que miden el grado de bienestar emocional (3 ítems), psicológico (6 ítems) y social (5 ítems) en el que se pide al examinado que valore sus sentimientos del mes pasado en una escala de 5 puntos (0 = nunca – 5 = todos los días). En la adaptación realizada en la población argentina la consistencia interna fue  $\alpha = ,89$  para el MHC-SF y se ha confirmado la estructura de tres factores de la escala y buena validez convergente:  $\alpha = ,86$  para el bienestar emocional,  $\alpha = ,86$  para el bienestar psicológico y  $\alpha = ,75$  para el bienestar social. En este estudio, la fiabilidad para el MHC-SF fue  $\alpha = ,88$ , para el bienestar emocional,  $\alpha = ,76$  para el bienestar psicológico  $\alpha = ,76$  y para el bienestar social  $\alpha = ,82$ .

**d.** Escala de tres rutas de acceso al bienestar [ERBIEN] (Castro Solano, 2011).

Es un cuestionario de auto-reporte compuesto por 19 ítems que evalúan las tres rutas de acceso al bienestar propuestas por Seligman (2002). Éstas son: vida placentera, que toma en cuenta las emociones positivas (6 ítems); vida comprometida, que consiste en la realización de actividades empleando las fortalezas personales con el propósito de derivar el flow (ítems 7) y vida con significado, referida al empleo de las fortalezas para el beneficio del entorno social más allá de sí mismo (ítems 6). Se responde en una escala Likert de 5 puntos donde el sujeto debe indicar que tan parecido (5) o que tan diferente (1) es a la descripción de cada enunciado. Los estudios locales han demostrado buenas propiedades psicométricas para la población adulta, la fiabilidad para vida placentera fue de  $\alpha = ,81$ ; vida comprometida de  $\alpha = ,82$  y vida con significado de  $\alpha = ,71$  (Castro Solano, 2011). En este estudio, la fiabilidad para vida placentera fue de  $\alpha = ,84$ ; vida comprometida  $\alpha = ,87$  y vida con significado  $\alpha = ,82$ .

**e.** Mini Mental State Examination [MMSE] (Folstein et al., 1975 adaptación al español por Lobo, Saz y Marcos, 2002), se empleó como medida de control previa para excluir los casos que presentasen algún grado de Deterioro Cognitivo.

**Procedimiento.** Se relevaron los datos en Centros de Jubilados y de Turismo de la zona metropolitana de Buenos Aires y se capacitaron estudiantes universitarios avanzados en la Licenciatura de Psicología para participar en la recolección de datos. Una vez que los establecimientos autorizaron las visitas se invitó a participar a los adultos mayores de manera voluntaria, anónima e individual a la selección previa mediante MMSE (Puntaje de inclusión: 27-30). Realizada la selección se entregaron a los adultos mayores la reseña del estudio, la solicitud del consentimiento informado y los instrumentos que brindaban una descripción que contenía y explicaba la consigna. Luego, los instrumentos fueron completados por los participantes de manera individual y autónoma, brindándose la posibilidad de que ante alguna duda podían dirigirse al investigador que se encontraba en una sala aparte.

Para cumplir con el anonimato de las respuestas se identificó a cada participante con un número de protocolo y la variable nombre se reemplazó por él. La duración de la administración fue de 45 minutos y para juntar todos los casos se tardó aproximadamente 6 meses. Posteriormente, los datos fueron cargados y procesados mediante el paquete estadístico SPSS 22.

## Resultados

El análisis descriptivo reflejó que el 50% de los adultos mayores valoró su estado de salud actual como buena; según la categorización realizada por Peláez et al. (2015) la Autopercepción de salud fue en mayor medida positiva (80%). A la vez, en mayor medida fue favorable y muy favorable en relación con otras personas de su misma edad (71%) y su estado de salud anterior (58%) – Ver Tabla 2.

**Tabla 2.** 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>
<b>Muy bueno</b>	<b>162</b>	<b>25,6</b>
Excelente	27	4,3
<i>Categorización APS</i>		
Negativa	127	20
<b>Positiva</b>	<b>507</b>	<b>80</b>
<i>APS e n relación a misma edad</i>		
Muy desfavorable	5	,8
Desfavorable	52	8,2
Ni favorable ni desfavorable	128	20,2
<b>Favorable</b>	<b>307</b>	<b>48,4</b>
<b>Muy favorable</b>	<b>142</b>	<b>22,4</b>
<i>APS en relación a salud anterior</i>		
Muy desfavorable	29	4,6
Desfavorable	87	13,7
Ni favorable ni desfavorable	150	23,7
<b>Favorable</b>	<b>214</b>	<b>33,8</b>
<b>Muy favorable</b>	<b>154</b>	<b>24,3</b>

Asimismo, en los participantes predominó un puntaje mayor de bienestar psicológico ( $M=3,68$ ), seguido por bienestar emocional ( $M=3,57$ ) y bajo puntaje en bienestar social ( $M=2,16$ ) y se halló que la mayor parte de los sujetos privilegió la ruta de acceso al bienestar vida comprometida ( $M=3,95$ ), seguida por vida placentera ( $M=3,83$ ) y en último lugar vida con significado ( $M=3,56$ ) – Ver Tabla 3.

Finalmente, el estado de salud mental que prevaleció fue el Floreciente (45,9%), seguido del Moderado (40,1%) y, por último, Languideciente (5,8%) – Ver Tabla 4.

**Tabla 3.** Evaluación MHC y ERBIEN en la muestra general.

	Mín.	Máx.	Media	DT
Bienestar Emocional	0	5	3,57	1,12
Bienestar Social	0	5	2,16	1,22
<b>Bienestar Psicológico</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>3,68</b>	<b>1,02</b>
Bienestar Total	0	5	3,14	,95
Vida Placentera	1	5	3,83	,87
<b>Vida Comprometida</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>3,95</b>	<b>,84</b>
Vida Significado	1	5	3,56	,91

**Tabla 4.** Categorías Salud Mental Positiva en la muestra general.

	N	%
Languideciente	37	5,8
Moderado	254	40,1
<b>Florecente</b>	<b>291</b>	<b>45,9</b>
Sistema	52	8,2

El análisis correlacional llevado a cabo entre las dimensiones del bienestar (emocional, psicológico y social), las tres rutas de acceso al bienestar (vida placentera, vida comprometida y vida con significado) y la evaluación de la APS, mostró en mayor medida correlaciones fuertes (especialmente, entre el MCSM y la TAF) y moderadas entre todas las variables de estudio (Cohen, 1988). Por lo tanto, a mayor bienestar (emocional, social, psicológico y total) mayor vida placentera, comprometida y con significado y evaluación de APS; y viceversa – Ver Tabla 5. Lo mismo sucedió entre las tres rutas de acceso al bienestar, es decir que a mayor puntaje en éstas mayor es la evaluación de la APS; y viceversa – Ver Tabla 5 y Tabla 6.

**Tabla 5.** Correlación entre Bienestar, Rutas de acceso al bienestar y APS.

VARIABLES		Bienestar Emocional	Bienestar Social	Bienestar Psicológico	Bienestar Total
Vida placentera	R	,54**	,41**	,58**	,59**
Vida comprometida	R	,59**	,39**	,64**	,62**
Vida con significado	R	,41**	,45**	,43**	,50**
APS actual	R	,36**	,32**	,27**	,38**
APS (1)	R	,41**	,26**	,35**	,39**
APS (2)	R	,33**	,32**	,31**	,38**
APS +/-	R	,34**	,31**	,26**	,36**

Nota: Correlación Pearson. \*\*  $p \leq .001$ .

(1) En relación con personas de su misma edad.

(2) En relación con su estado de salud anterior.

**Tabla 6.** Correlación entre Rutas de acceso al bienestar y APS.

Variables		Vida Placentera	Vida Comprometida	Vida con Significado
APS actual	r	,31**	,32**	,28**
APS (1)	r	,32**	,36**	,19**
APS (2)	r	,29**	,29**	,29**
APS +/-	r	,28**	,29**	,22**

Nota: Correlación Pearson. \*\*  $p \leq .001$ .

(1) En relación con personas de su misma edad.

(2) En relación con su estado de salud anterior.

Posteriormente, a fin de determinar cuál de los dos modelos de bienestar: Salud Mental Positiva de Keyes o Rutas de acceso al bienestar de Seligman permitían predecir mejor el nivel de APS, se realizó una regresión lineal utilizando el método Enter. El nivel de APS se utilizó como criterio en tanto que el Bienestar Emocional, el Bienestar Social, el Bienestar Psicológico, la Vida Placentera, la Vida Comprometida y la Vida con Significado se usaron como predictores. A partir de los resultados obtenidos, se evidenció que, por una mínima diferencia, el modelo de Keyes explicó el 15,2% de la varianza de la APS, mientras que el de Seligman un 13,2%.

Además, se halló que en el MCSM el Bienestar Emocional ( $\beta = ,26$ ) y el Bienestar Social ( $\beta = ,17$ ), resultaron los únicos predictores significativos de la APS, siendo el componente emocional el que obtuvo mayor peso predictivo. Teniendo en cuenta la TAF, las tres rutas de acceso al bienestar resultaron predictores significativos de la APS, siendo la Vida Placentera y la Comprometida las más relevantes – Ver Tabla 8.

**Tabla 8.** Análisis de regresión lineal en muestra general MHC.

Criterio	Predictores	R <sup>2</sup> ajust.	F	$\beta$	t	Sig.
APS actual		,152	38,80			< ,001
	Bienestar Emocional			,26	5,12	< ,001
	Bienestar Social			,17	3,84	< ,001
	Bienestar Psicológico			,00	,04	,96
	Vida Placentera	,132	33,12	,15	3,18	,002
	Vida Comprometida			,15	3,01	,003
	Vida con Significado			,12	2,71	,007

## Discusión

El objetivo de este estudio fue conocer el nivel de bienestar, la ruta de acceso a éste, el estado de salud mental y la autopercepción de salud que predominaba en adultos mayores de entre 65 y 100 años de edad de Buenos Aires, planteándose como primera hipótesis (H1) que en los mayores predominaban el bienestar emocional, la ruta vida comprometida, prevalecía el estado de salud mental floreciente y la autopercepción de salud positiva. A partir de los resultados obtenidos, se demostró que la H1 ha sido parcialmente confirmada, ya que, por un lado, predominó el bienestar psicológico y prevaleció el estado de salud mental floreciente y, por el otro, los adultos prefirieron en mayor media la ruta de acceso al bienestar vida comprometida y presentaron una autopercepción de salud positiva. La

diferencia en el predominio del bienestar planteado en la H1 podría explicarse porque se tuvo en cuenta el hallazgo de la investigación realizada por Westerhof y Keyes (2010) con una muestra que presentaba características socio-demográficas distintas a las presentadas en este estudio, referidas al rango de edad, el lugar de residencia y el sesgo cultural; específicamente, los autores trabajaron con participantes holandeses de entre 18 y 87 años de edad que fueron encuestados por internet.

Al analizar en profundidad los puntajes obtenidos en los niveles de bienestar, en la clasificación del estado de salud mental, las rutas de acceso al bienestar y la autopercepción de salud que predominaban en la muestra, en primer lugar, se encontró una puntuación media mayor de bienestar psicológico seguida por la del bienestar emocional y una baja puntuación de bienestar social. Estos resultados indicarían que durante la vejez la persona tiende a interesarse más en seguir promoviendo su crecimiento personal y el desarrollo de sus capacidades individuales (Keyes et al., 2002). Luego, el componente psicológico del bienestar fue seguido por el emocional -también referido a los aspectos individuales de la persona- que consiste en el balance entre las emociones positivas y negativas junto al nivel de satisfacción con la vida (Cassaretto Bardales & Martínez Uribe, 2017; Diener & Lucas, 2000; Soliveréz, 2015; Veenhoven, 1994), mientras que el componente social del bienestar presentó un puntaje medio muy bajo, siendo el que destaca los elementos sociales y culturales junto a la valoración que hace el individuo sobre las circunstancias como integrante de su comunidad (Keyes & Shapiro, 2004; Lupano Perugini et al., 2017; Páez, 2007; Sosa et al., 2014; Zubieta & Delfino, 2010; Zubieta et al., 2012). Por lo tanto, este hallazgo demostraría que los adultos mayores que participaron en este estudio priorizan los aspectos individuales del bienestar por sobre los sociales.

En segundo lugar, teniendo en cuenta la clasificación del estado de salud mental propuesto en el MCSM (Keyes, 2002), se evidenció que en los participantes prevaleció el florecimiento, es decir, el estado de salud mental óptimo, que indicaría que los mayores poseen altos niveles de bienestar hedónico y eudaemónico, mientras que sólo una mínima cantidad de sujetos se encontró languideciendo, es decir, teniendo un bajo funcionamiento positivo caracterizado por la experimentación de vacío, estancamiento, desesperación, falta de interés y compromiso en la vida (Huppert, 2009; Keyes, 2007; Momtaz, Hamid et al., 2016).

En tercer lugar, se halló que los participantes privilegiaron el acceso al bienestar por medio del compromiso, seguido por el placer y, en último lugar, el sentido. Este hallazgo demostraría que, en gran medida, los mayores alcanzan el bienestar al poner en juego sus habilidades y al esforzarse en lograr sus objetivos. Al mismo tiempo, en el alcance del bienestar intervendría el savoring y el mindfulness, estados que se relacionan con la capacidad de cultivar emociones positivas en el pasado y en el futuro, mientras que, en menor medida, el logro del bienestar se guiaría por la participación, pertenencia y servicio en instituciones positivas (ej.: colaborando como voluntario social) (Castro Solano, 2011; Góngora & Castro Solano, 2015; Lupano Perugini et al., 2010; Park et al., 2013; Seligman, 2003, 2011). Nuevamente, este resultado muestra que los adultos mayores tienden a privilegiar lo individual por sobre lo social (Castro Solano, 2010; Seligman, 2003).

Finalmente, la evaluación de la APS demostró que la mitad de los adultos mayores percibió su estado general de salud como bueno seguido por muy bueno y también valoró su estado de salud en relación con personas de la misma edad y con su estado anterior como favorable y muy favorable. De esta manera, los datos de la evaluación de la APS indicarían que gran parte de los mayores posee una valoración subjetiva positiva acerca de su estado de salud actual (Fernández Merino et al., 2000; Peláez et al., 2015).

Tomando los aportes de Levy et al. (2002), podría pensarse que los participantes de la muestra autoperciben su envejecimiento como un momento vital positivo al informar un favorable estado de salud en relación a su estado anterior y de sus coetáneos. Este resultado respondería a los criterios de inclusión que se utilizaron para la selección de la muestra, es decir, los participantes no presentaban deterioro cognitivo, no estaban institucionalizados, ni declararon alguna patología o enfermedad que los limitase en su vida diaria y les generase la pérdida de su autonomía.

Adicionalmente, se examinó la relación entre los tres tipos de bienestar, las tres rutas de acceso y la APS en los adultos mayores. Los resultados demostraron que existían relaciones estadísticamente significativas entre todas las variables.

En cuanto a la evaluación de la APS, se encontró una relación, la cual fue moderada a leve con las tres dimensiones del bienestar y con las tres rutas de acceso al bienestar. De acuerdo con estos resultados se corroboró la segunda hipótesis, en la que se había expresado que el grupo de adultos mayores que presentaba una mejor valoración de la APS poseía altos niveles de los elementos eudaemónicos y hedónicos del bienestar. En consecuencia, podría pensarse que mayores niveles en ambos componentes del bienestar incrementan la valoración del estado de salud actual en la vejez, hecho que reafirmaría lo que postula el MCSM acerca de que la salud mental positiva no es sólo la ausencia de trastornos mentales, sino que también es la presencia de cualidades positivas evaluadas mediante los niveles de bienestar psicológico, emocional y social (Keyes et al., 2008). A la vez, estos resultados reflejaron que tanto los componentes hedónicos y eudaimónicos del bienestar como los tres caminos hacia el bienestar son complementarios y no excluyentes entre sí (Castro Solano, 2011; Keyes, 2002; Peterson, et al., 2005; Seligman, 2003, 2014).

Posteriormente, se indagó cuál de los dos modelos de bienestar -si el de Keyes o el de Seligman- predecían mejor el nivel de APS y se encontró que en la muestra general el MCSM (Keyes, 2002) explicaba mejor, por una mínima diferencia, la percepción de salud que reportaron los adultos mayores y se evidenció que las dimensiones del bienestar emocional y social resultaron los únicos predictores significativos de la APS, siendo el componente emocional el que obtuvo mayor peso predictivo. En cuanto al acceso al bienestar, las tres rutas predijeron la APS, siendo la vida placentera y la comprometida las más relevantes.

Por lo tanto, estos resultados demuestran que la integración de las corrientes teóricas clásicas del bienestar propuesta en el MCSM de Keyes (2002) para evaluar el estado de salud mental, serviría como una medida confiable para predecir la valoración subjetiva del estado de salud actual en la vejez por medio del bienestar. Además, tal como lo han planteado varios autores (eg. Lyubomirsky et al., 2005; Peláez et al., 2015; Prieto Flores et al., 2008; Stone et al., 2010; Vázquez et al., 2009; Vecina Jiménez, 2006), este hallazgo

destaca la importancia que posee generar intervenciones basadas en Psicología Positiva que promuevan el bienestar desde el campo de la salud mental, debido a que altos niveles de bienestar protegen, mantienen y ayudan a la recuperación de la salud en la vejez (Diener & Chan, 2011; Ryff et al., 2015), la cual es una etapa en la que la calidad de los años que quedan por vivir y su promoción se considera fundamental (Villar et al., 2003).

Entre las limitaciones que presentó este estudio, se considera que los participantes de la muestra no presentaban deterioro cognitivo, se manejaban en su vida diaria de manera independiente y autónoma, en su mayoría, poseían condiciones de vida favorables y tenían apoyo social. Por esta razón, pese a que el número de la muestra fue grande, los hallazgos no pueden generalizarse a toda la población. Se empleó un diseño no experimental, por lo que no pudieron controlarse factores situacionales o ambientales durante la administración de los instrumentos; la frecuencia de tiempo fue transversal, por lo que no se puede afirmar la estabilidad de los niveles de bienestar, el estado de salud mental, la preferencia del acceso al bienestar ni la evaluación de la autopercepción de salud a largo plazo. La recolección de datos fue por medio de medidas de auto-informe sin tener en cuenta otras fuentes de información y no se evaluó la presencia de síntomas y signos de alguna enfermedad o trastorno mental mediante alguna medida específica de evaluación psicométrica.

En conclusión, los hallazgos descriptos denotan la relevancia de este estudio, puesto que dejan atrás la concepción de vejez homogeneizada en un simple grupo etario y flexibilizan una nueva forma de repensar esta etapa del ciclo vital, donde existe la heterogeneidad y la oportunidad de seguir expandiendo el crecimiento personal (Camino Sánchez & Bustamante Edquen, 2012; Klein, 2013; 2016; 2018). Asimismo, este trabajo constituye el primer estudio científico a nivel internacional que utilizó dos modelos teóricos, es decir, el Modelo de dos continuos de salud (Keyes, 2002) y la Teoría de la auténtica felicidad (Seligman, 2002), los cuales nunca habían sido estudiados en conjunto en ninguna parte del mundo.

## Referencias

- Ander Egg, E. (1995). *Técnicas de investigación social*. Buenos Aires: Lumen.
- Arias, C. J. (2009). ¿Por qué investigar aspectos positivos en la vejez? Contribuciones para un cambio de paradigma. En *I Congreso de la Cátedra de Psicología de la Tercera Edad y Vejez "Envejecimiento y Vida cotidiana"*. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.
- Arias, C. J. & Iacub, R. (2013). ¿Por qué investigar aspectos positivos en la vejez? Contribuciones para un cambio de paradigma. *Publicatio UEPG: Ciências Humanas, Linguística, Letras e Artes*, 21(2), 271 – 281. <https://doi.org/10.5212/publ.humanas.v21i2.6123>
- Arias, C. J. & Soliveres, C. (2009). El bienestar psicológico en la vejez. ¿Existen diferencias por grupo de edad? En *II Congreso Internacional de Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de La Plata. Psicología y construcción de conocimiento en la época*. La Plata.

- Arias, C. J. & Soliverez, V. C. (2012). Hallazgos acerca del bienestar psicológico en las personas mayores. Un recorrido por diversos estudios. En *IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.
- Arraga Barrios, M. V. & Sánchez Villarroel, M. (2010). Bienestar subjetivo en adultos mayores venezolanos. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 44(1), 18-18.
- Blanco Molina, M. & Salazar Villanea, M. (2017). Predictores socio-emocionales y cognitivos: su papel en la comprensión del envejecimiento con éxito en el contexto costarricense. *Universitas Psychologica*, 16(1), 1-16. <https://doi.org/10.11144/javeriana.upsy16-1.psc>
- Blázquez Abellán, G., López Torres Hidalgo, J. D., Rabanales Sotos, J., López-Torres López, J. & Val Jiménez, C. L. (2016). Alimentación saludable y autopercepción de salud. *Atención Primaria*, 48(8), 535-542. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2015.12.001>
- Camino Sánchez, M. N. & Bustamante Edquén, S. B. (2012). Re-aprendiendo el amor a la vida: Estudio fenomenológico en beneficiarios del Centro del Adulto Mayor. In *Crescendo*, 3(1), 87-97. <https://doi.org/10.21895/incre.2012.v3n1.07>
- Cassaretto Bardales, M. & Martínez Uribe, P. (2017). Validación de las escalas de bienestar, de florecimiento y afectividad. *Pensamiento Psicológico*, 15(1), 19-31. <https://doi.org/10.11144/Javerianacali.PPSI15-1.VEFA>.
- Castro Solano, A. (2009). El bienestar psicológico: cuatro décadas de progreso. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 23(3), 43-72.
- Castro Solano, A. (2010). *Fundamentos de psicología positiva*. Buenos Aires: Paidós.
- Castro Solano, A. (2011). Las rutas de acceso al bienestar. Relaciones entre bienestar hedónico y eudaemónico. Un estudio en población argentina. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 31(1), 37-57.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences (2. Auflage)*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- 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. doi:10.1111/j.1758-0854.2010.01045.x
- Diener, E. & Lucas, R. E. (2000). Subjective emotional well-being. In M. Lewis y J. M. Haviland (Eds), *Handbook of emotions* (pp. 325-337). Nueva York: Guilford.
- Diener, E., Wirtz, D., Tov, W., Kim Prieto, C., Choi, D. & Oishi, S. (2010). New well-being measures: short scales to assess flourishing and positive and negative feelings. *Social Indicators Research*, 97(2), 143-156. <https://doi.org/10.1007/s11205-009-9493-y>
- 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. <https://doi.org/10.7334/psicothema2016.3>
- Fernández Mayoralas Fernández et al. (2007). "El significado de la salud en la calidad de vida de los mayores". Madrid, Portal Mayores, *Informes Portal Mayores*, n° 74. [Fecha de publicación: 08/08/2007].

- Fernández Merino, M. C., Rey-García, J., Tato, A., Beceiro, F., Barros-Dios, J., & Gude, F. (2000). Autopercepción de la salud y mortalidad en ancianos de una comunidad rural. *Atención primaria*, 25(7), 459-463. [https://doi.org/10.1016/s0212-6567\(00\)78544-1](https://doi.org/10.1016/s0212-6567(00)78544-1)
- Folstein, M.F., Folstein, S.E., McHugh, P. R. & Fanjiang, G. (1975). Mini-Mental State a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Researches*, 12, 189-198. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)
- Gallardo Peralta, L. G., Conde Llanes, D. & 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. & 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., Duran Muñoz, C., Reyes, H. & Durán Arenas, L. (2006). Autopercepción del estado de salud: una aproximación a los ancianos en México. *Revista Saúde Pública*, 40(5), 792-801. <https://doi.org/10.1590/s0034-89102006000600008>
- Garay Villegas, S. & Avalos Pérez, R. (2009). Autopercepción de los adultos mayores sobre su vejez. *Revista Kairós, São Paulo*, 12(1), pp. 39-58. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2009v12i1p%25p>
- Gloria, C. T., Faulk, K. E. & Steinhardt, M. A. (2013). Positive affectivity predicts successful and unsuccessful adaptation to stress. *Motivation and Emotion*, 37(1), 185-193. <https://doi.org/10.1007/s11031-012-9291-8>
- Góngora, V. & Castro Solano, A. (2015). La validación de un índice de bienestar para población adolescente y adulta de la ciudad de Buenos Aires. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 7, 329-338. <https://doi.org/10.5872/psiencia/7.2.21>
- Góngora, V. & Castro Solano, A. (2017). Assessment of the Mental Health Continuum in a Sample of Argentinean Adults. *Psychology*, 8, 303-318. <https://doi.org/10.4236/psych.2017.83018>
- 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. <https://doi.org/10.5502/ijw.v4i1.4>
- Huppert, F. A. (2009). Psychological well-being: Evidence regarding its causes and consequences. *Applied Psychology: Health and Well-being*, 1(2), 137-164. <https://doi.org/10.1111/j.1758-0854.2009.01008.x>
- Huppert, F. A. & So, T. C. (2013). Flourishing across Europe: Application of a new conceptual framework for defining well-being. *Social Indicators Research*, 110(3), 837-861. <https://doi.org/10.1007/s11205-011-9966-7>
- Inga Aranda, J. & Vara Horna, A. (2006). Factores asociados a la satisfacción de vida de adultos mayores de 60 años en Lima-Perú. *Univ. Psychol. Bogotá Colombia*, 5(3), 475-485.
- Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43, 207-222. <https://doi.org/10.2307/3090197>
- 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. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.73.3.539>

- Keyes, C. L. M. (2006). Mental Health in Adolescence: Is America's Youth Flourishing? *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(3), 395-402. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.76.3.395>
- 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. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.62.2.95>
- Keyes, C. L. M., Ryff, C.D. & Shmotkin, D. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(6), 1007-1022. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.82.6.1007>
- Keyes, C. L. M. & Shapiro, A. (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 and Psychotherapy*, 15(3), 181-192. <https://doi.org/10.1002/cpp.572>
- Klein, A. (2013). Promesa extinguida o promesa en estado de fluido: Continuidades y discontinuidades de los adultos Mayores hoy. *Psicología y Sociedad*, 25(1), 213-219. <https://doi.org/10.1590/s0102-71822013000100023>
- Klein, A. (2016). De la ancianidad al adulto posmayor. *Desacatos. Revista de Ciencias Sociales*, (50), 156-169. <https://doi.org/10.29340/50.1547>
- Klein, A. (2018). Tercera edad empoderada y cultura urbana expulsiva en Latino América. *Società Mutamento Política*, 9, (17), 271-286.
- Lacey, H., Smith, D. & Ubel, P. (2006). Hope I die before I get old: Mispredicting happiness across the adult lifespan. *Journal of Happiness Studies*, 7(2), 167-182. <https://doi.org/10.1007/s10902-005-2748-7>
- 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. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.83.2.261>
- Lobo, A., Saz, P. & Marcos, G. (2002). *MMSE: examen cognoscitivo mini-mental*. Madrid: TEA Ediciones.
- Lupano Perugini, M. L. & Castro Solano, A. (2010). Psicología positiva: análisis desde su surgimiento. *Ciencias psicológicas*, 4(1), 43-56. <https://doi.org/10.22235/cp.v4i1.110>
- Lupano Perugini, M. L., De la Iglesia, G., Castro Solano, A. & Keyes, C. (2017). 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. <https://doi.org/10.5964/ejop.v13i1.1163>
- Lyubomirsky, S., King, L. & Diener, E. (2005). The Benefits of Frequent Positive Affect: Does Happiness Lead to Success? *Psychological Bulletin*, 131(6), 803-855. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.131.6.803>
- Martínez Suárez, A. L., Prieto Villamil, A. & Posada Lecompte, M. (2009). Una mirada a la salud mental positiva en adultos mayores: grupos focales. *Revista Nacional de Investigaciones - Memorias*, 5(12), 80-90.

- Meléndez Moral, J. C., Tomás Miguel, J. M. & Navarro Pardo, E. (2008). Análisis del bienestar en la vejez según la edad. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 43(2), 90-5. [https://doi.org/10.1016/s0211-139x\(08\)71161-2](https://doi.org/10.1016/s0211-139x(08)71161-2)
- Meléndez, J. C., Tomás, J. M. & Navarro, E. (2011). Actividades de la vida diaria y bienestar y su relación con la edad y el género en la vejez. *Anales de psicología*, 27(1), 164-169.
- Michalec, B., Keyes, C. L. M. & Nalkur, S. (2009). Flourishing. In S. J. López (Ed.), *The Encyclopedia of Positive Psychology*, (pp. 391-394). West Sussex: Wiley- Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781444306002.ch6>
- Momtaz, Y., Hamid, T., Haron, S. & Bagat, M. (2016). Flourishing in later life. *Archives of gerontology and geriatrics*, 63, 85-91. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2015.11.001>
- Ocampo, J. M. (2010). Self-rated health: Importance of use in elderly adults. *Colombia Médica*, 41(3), 275-289. <https://doi.org/10.25100/cm.v41i3.715>
- Ortega, A. Ramírez, E. & Chamorro, A. (2015). Una intervención para aumentar el bienestar de los mayores. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 5(1), 23-33. <https://doi.org/10.30552/ejihpe.v5i1.100>
- Páez, D. (2007). Creencias, valores y bienestar. (*Documento técnico*). San Sebastián: Universidad del País Vasco.
- Park, N., Peterson, C. & Sun, J. K. (2013). Positive Psychology: Research and practice. *Terapia psicológica*, 31(1), 11-19. <https://doi.org/10.4067/s0718-48082013000100002>
- Peláez, E., Torres, E. & Carrizo, E. (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.
- Peláez, E., Monteverde, M. y Acosta, L. (2017). Celebrar el envejecimiento poblacional en argentina. Desafíos para la formulación de políticas. *Saberes*, 9(1), 1-28. <https://doi.org/10.35305/s.v9i1.153>
- Peterson, C., Park, N. & Seligman, M. E. P. (2005). Orientations to happiness and life satisfaction: the full life versus the empty life. *Journal of Happiness Studies*, 6(1), 25-41. <https://doi.org/10.1007/s10902-004-1278-z>
- Petrillo, G., Capone, V., Caso, D. & Keyes, C. L. M. (2015). The Mental Health Continuum–Short Form (MHC–SF) as a measure of well-being in the Italian context. *Social Indicators Research*, 121(1), 291-312. <https://doi.org/10.1007/s11205-014-0629-3>
- 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. <https://doi.org/10.1590/s1135-57272008000300006>
- Regazzoni, C. J. (2011). *La Argentina y el envejecimiento poblacional*. Buenos Aires: Centro Argentino de Estudios Internacionales.

- Ryff, C. D. (2014). Psychological well-being revisited: Advances in the science and practice of eudaimonia. *Psychotherapy and psychosomatics*, 83, 10-28. <https://doi.org/10.1159/000353263>
- 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. <https://doi.org/10.1177/2055102915601582>
- San Martín, J., Perles, F. & Canto, J. M. (2010). Life satisfaction and perception of happiness among university students *The Spanish Journal of Psychology*, 13(2), 617-628. <https://doi.org/10.1017/s1138741600002298>
- Scheibe, S. & Carstensen, L. L. (2010). Emotional aging: Recent findings and future trends. *The Journals of Gerontology: Series B*, 65(2), 135-144. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbp132>
- Seligman, M. E. P. (2002). *Authentic Happiness*. New York: Free Press.
- Seligman, M. E. P. (2003). *La auténtica felicidad*. Barcelona, España: Vergara.
- Seligman, M. E. P. (2011). *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being*. *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being*. Nueva York: Free Press; US.
- Seligman, M. E. P. (2014). *Floreecer. La nueva psicología positiva y la búsqueda del bienestar*. México: Océano.
- Snowden, M., Dhingra, S., Keyes, C. & Anderson, L. (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. <https://doi.org/10.2105/ajph.2010.193391>
- Soliverez, C. (2015). Bienestar: un recorrido teórico y empírico hacia resultados positivos mayores. *Revista Kairós Gerontología*, 18(20), 15-34.
- Sosa, F. M., Fernández, O. D. & Zubieta, E. M. (2014). Bienestar social y aculturación psicológica en estudiantes universitarios migrantes. *Liberabit*, 20(1), 151-163.
- Steptoe, A. & Wardle, J. (2012). Enjoying life and living longer. *Archives of Internal Medicine*, 172(3), 273-275. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2011.1028>
- 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. <https://doi.org/10.1073/pnas.1003744107>
- Triadó Tur, M. C.; Villar Posada, F., Solé Resano, C. & Osuna Olivares, M. J. (2003). "Envejecer en entornos rurales". Madrid, IMSERSO, *Estudios I+D+I*, n° 19. [Fecha de publicación: 13/06/2005].
- Vassallo, C. & Sellanes, M. (2000) Salud y tercera edad. En: Secretaria de la Tercera Edad (ed.) *Informe sobre tercera edad en la Argentina* (pp. 153-278). Buenos Aires: Secretaria de la Tercera Edad.
- 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.
- Veenhoven, R. (1994). El estudio de la satisfacción con la vida. *Intervención Psicosocial*, 3, 87-116. <http://hdl.handle.net/1765/16195>

- Villar, F., Triadó, M. C.; Resano, C. S. & Osuna, M. J. (2003). Bienestar, adaptación y envejecimiento: cuando la estabilidad significa cambio. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 13(3), 152-162.
- Vivaldi, F. & Barra, E. (2012). Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores. *Terapia psicológica*, 30(2), 23-29. <https://doi.org/10.4067/s0718-48082012000200002>
- Westerhof, G. & Keyes, C. (2010). Mental illness and mental health: The two continua model across the lifespan. *Journal of adult development*, 17(2), 110-119. <https://doi.org/10.1007/s10804-009-9082-y>
- Zubieta, E. & Delfino, G. I. (2010). Satisfacción con la vida, bienestar psicológico y bienestar social en estudiantes universitarios de Buenos Aires. *Anuario de Investigaciones*, 17, 277-283.
- Zubieta, E., Fernández, O. & Sosa, F. (2012). Bienestar, valores y variables asociadas. *Boletín de Psicología*, 106, 7-27.