



DIFERENCIAS PSICOSOCIALES ENTRE PERSONAS MAYORES
INSTITUCIONALIZADAS CON Y SIN TRASTORNO MENTAL GRAVE: ESTUDIO
COMPARATIVO DE FACTORES PSICOLÓGICOS Y SOCIALES

Autora: Jara Paredes Gris

Tutora: Macarena Sánchez-Izquierdo Alonso

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales

Madrid

Mayo de 2025

Resumen

El envejecimiento constituye una etapa del ciclo vital marcada por importantes transformaciones físicas, cognitivas y psicosociales que impactan en la percepción subjetiva de bienestar en el adulto mayor. Este estudio adopta un enfoque biopsicosocial para comprender el envejecimiento en personas mayores institucionalizadas con y sin diagnóstico de trastorno mental grave (TMG), analizando holísticamente sus necesidades psicológicas desde una perspectiva integral. La investigación se llevó a cabo en el Centro San Juan de Dios (Ciempozuelos) a través de la aplicación de cuestionarios adaptados tanto a personas mayores institucionalizadas como a los profesionales que trabajan con ellas. Los resultados mostraron una ausencia de diferencias significativas entre ambos grupos con y sin TMG en variables como la sintomatología depresiva, el afecto, el bienestar global o el apoyo social. No obstante, se observaron diferencias en la percepción de la edad subjetiva, siendo más rejuvenecida en el grupo sin TMG. En el caso de los profesionales de la salud, se observó un perfil caracterizado por la coexistencia tanto de factores de malestar - relacionados con la satisfacción laboral, el propósito vital o el apoyo social percibido - como de recursos personales y organizacionales como la cohesión grupal y la autocompasión que se conforman como factores de protección. También se evidenció una tendencia al cuidado de tipo paternalista, con escasa promoción de la autonomía de las personas mayores. En conjunto, los hallazgos subrayan la necesidad de implementar intervenciones que no solo promuevan el bienestar emocional y relacional de los usuarios y del personal asistencial, sino que también favorezcan entornos institucionales más autonomistas orientados a la dignificación del mayor y al fomento de su autonomía y participación activa.

Palabras clave: envejecimiento, trastorno mental grave, institucionalización, autonomía, enfoque biopsicosocial

Abstract

Aging is a stage of the life cycle characterized by significant physical, cognitive, and psychosocial transformations that directly impact quality of life. This study adopts a biopsychosocial approach to understand aging in older adults with and without a diagnosis of severe mental disorder (SMD), analyzing their psychological needs from a holistic perspective. The research was conducted at the San Juan de Dios Center (Ciempozuelos) through the application of questionnaires adapted to both institutionalized older adults and the professionals working with them. The results showed an absence of significant differences between both groups in variables such as depressive symptoms, affection, overall well-being,

or social support. Nonetheless, differences were observed in the perception of subjective age, with the group without SMD perceiving themselves as more youthful. In the case of healthcare professionals, a complex profile was observed, characterized by the coexistence of distress factors - related to job satisfaction, sense of purpose, or perceived social support - alongside personal and organizational resources such as team cohesion and self-compassion. A paternalistic care approach was also evident, with little promotion of the autonomy of older adults. Overall, the findings highlight the need to implement interventions that not only promote the emotional and relational well-being of users and care staff but that also foster more autonomist institutional environments, aimed at dignifying older adults and promoting their autonomy and active participation.

Keywords: aging, severe mental disorder, institutionalization, autonomy, biopsychosocial approach

Índice General

1. Introducción.....	5
Bienestar en el adulto mayor y el adulto mayor con TMG	6
El aislamiento y apoyo social en personas mayores con TMG	7
Edadismo y autopercepción del envejecimiento	7
Intervenciones en personas mayores con TMG	9
Cuidadores y profesionales de la salud	11
2. Método.....	12
Diseño del estudio	12
Participantes	12
Criterios de inclusión y exclusión	13
Aspectos éticos.....	13
Procedimiento.....	13
Instrumentos	14
Cuestionario para usuarios (personas mayores)	14
Cuestionario para profesionales.....	16
Análisis de datos.....	19
3. Resultados.....	20
Personas mayores con y sin TMG.....	20
Síntomatología y estado emocional.....	21
Aspectos positivos: apoyo social, bienestar y propósito vital	22
Percepción subjetiva del envejecimiento y envejecimiento exitoso.....	23
Cuidadores profesionales que atienden a las personas mayores	24
Aspectos relativos al entorno laboral.....	26
Bienestar en los profesionales de la salud	27
Percepción del mayor por parte de los profesionales de la salud	30
4. Discusión.....	31
Referencias.....	37
Anexo 1. Hoja de información y consentimiento informado y confidencialidad usuarios.....	52
Anexo 2. Hoja de información y consentimiento informado y confidencialidad para profesionales de la salud	54
Anexo 3. Cuestionario para los usuarios.....	55
Anexo 4. Cuestionario para los profesionales de la salud	69

1. Introducción

El envejecimiento es una fase del ciclo vital que conlleva no únicamente cambios biológicos, sino también a nivel físico, cognitivo y psicosocial, los cuales repercuten significativamente en el bienestar percibido del adulto mayor (Fajardo et al., 2021).

Hablar de esta etapa cobra especial importancia puesto que la expectativa de vida se ha incrementado a nivel mundial (Permanyer y Bramajo, 2022) y las tendencias demográficas sitúan a la población mayor como una población en aumento. Específicamente en España, las personas mayores de 65 años constituían el 20,4% de la población en 2024, porcentaje que podría llegar al 30,5% a lo largo de este año 2025 (Instituto Nacional de Estadística, 2024).

Desde la perspectiva de la psicología de la salud, el modelo biopsicosocial ofrece un marco integral para comprender el envejecimiento como un proceso que no solo involucra aspectos biológicos, sino también factores psicológicos y sociales (Kinderman et al., 2013; Smith et al., 2019; Soyly y Ozekes, 2023). En este contexto, el bienestar en la tercera edad requiere atender no únicamente a la dimensión física, sino a aspectos biográficos y psicológicos fundamentales como la autonomía o la dignidad personal (Randers y Mattiasson, 2004; Ryff y Keyes, 1995; Welford et al., 2012).

Asimismo, del mismo modo que envejece la población general, lo hacen las personas con trastorno mental grave (TMG), considerando el TMG como una serie de trastornos psiquiátricos definidos tanto por el grado de discapacidad e interferencia en la vida cotidiana - incluyendo el funcionamiento laboral y personal de las personas – como por el diagnóstico y la duración (más de dos años con presencia de síntomas) (Ruggeri et al., 2000). De esta forma, el TMG se define no solo por criterios clínicos, sino también por su persistencia y el grado de discapacidad que conlleva (Espinosa y Valiente, 2019).

No obstante, esta tendencia positiva en la esperanza de vida se ve ensombrecida por una reducción de 12-15 años en la expectativa de vida en personas con TMG debido a diversos aspectos, tales como son las enfermedades cardiovasculares o una mayor tasa de suicidio, entre otros (Chan et al., 2023; Montross et al., 2008). A pesar de esto, se espera que el número de personas mayores de 55 años con TMG se duplique durante los próximos 20 años (Sorrell y Collier, 2011; Van Citters et al., 2005; Jagsch y Hofer, 2018). Este fenómeno plantea retos significativos para los sistemas de salud y bienestar social, que deben adaptarse a las nuevas demandas de una población con TMG en proceso de envejecimiento.

Asimismo, las personas con trastorno mental grave presentan una vulnerabilidad significativa debido a que sus necesidades médicas y psicosociales tienden a ser más complejas que en la población mayor sin TMG. Patologías como la esquizofrenia, el trastorno bipolar o el trastorno de personalidad, entre otras, tienden a exacerbar su impacto en la vida de la persona con la edad, afectando su bienestar general, funcionalidad y apoyo social, siendo además la propia edad un factor de riesgo para la mayoría de los efectos secundarios de los antipsicóticos, destacando problemas como el síndrome metabólico (Aguilar et al., 2012; Abou Kassm et al., 2019) o los trastornos extrapiramidales (Jeste y Maglione, 2013; García-Anaya, 2001).

Otras desafíos que enfrentan este grupo son la comorbilidad física (Jeste y Maglione, 2013), la institucionalización, la soledad, la exclusión social, la depresión o el estigma (Berry y Barrowclough, 2009). Estas características se suman a las dificultades asociadas al propio hecho de envejecer a nivel social (pérdidas y duelos), cognitivo (deterioro de funciones cognitivas básicas), motor (dolores, enfermedades biológicas) y psicológico (autopercepción de un envejecimiento exitoso o no, así como pérdida de roles y funciones sociales).

Bienestar en el adulto mayor y el adulto mayor con TMG

El bienestar se conceptualiza como un constructo complejo y multidimensional que abarca aspectos hedónicos, como la satisfacción vital y la presencia de afecto positivo, y eudaimónicos, como el propósito en la vida y la satisfacción con las redes de apoyo (Caballero et al., 2022). En el caso de las personas con TMG, estos valores suelen ser más bajos en comparación con la población general, correlacionándose con una percepción más pobre de su salud física y mental, así como con menores niveles de afrontamiento positivo (Caballero et al., 2022; Palmer et al., 2014).

Asimismo, la calidad de vida también resulta menor en adultos mayores con TMG, encontrando valores más bajos de satisfacción en dimensiones que conforman esta variable, como el funcionamiento psicológico, espiritual y socioeconómico en comparación con la población general (Patterson et al., 2006) y relacionándose con la presencia de acontecimientos vitales estresantes, sentimientos de soledad y una baja confiabilidad de los contactos sociales.

En particular, la baja percepción de autoeficacia percibida se constituye como un factor de riesgo para la depresión en la tercera edad (Patrão et al., 2019). De esta manera, la autoevaluación de las propias capacidades y habilidades actuará como predictor de su percepción de bienestar subjetivo (Cudris-Torres et al., 2023; León-Navarrete et al., 2017; Levasseur et al., 2009).

Por ende, variables como la autonomía y la percepción de funcionamiento independiente del adulto mayor se señalan como factores importantes a la hora de evaluar el propio bienestar, encontrando carencias relevantes (Loewenstein et al., 2012; Meesters et al., 2013) y asociándose con mayores síntomas depresivos, ansiosos y de desencanto y desesperanza tanto como con la búsqueda de anhelos y propósitos vitales (Cohen et al., 2017; Tan et al., 2019). Adicionalmente, en personas mayores con TMG aparece una dificultad: la interferencia de los síntomas negativos propios de la enfermedad (Hoertel et al., 2020; Cohen et al., 2013) que repercute negativamente en la autopercepción global de bienestar (Auslander y Jeste, 2002).

El aislamiento y apoyo social en personas mayores con TMG

Las personas con TMG suelen presentar deficiencias en sus habilidades sociales (Graham et al., 2002; Diwan et al., 2007), lo que, junto con el estigma social y el autoestigma, contribuye significativamente a su aislamiento social (Penn et al., 2004). Este aislamiento, combinado con la cronicidad del diagnóstico y, en muchos casos, la institucionalización, se encuentra estrechamente vinculado a la aparición de emociones negativas, especialmente a niveles elevados de pesimismo y desesperanza (Palmer et al., 1999).

Igualmente, las principales fuentes de apoyo de las personas con TMG se reducen un 27% con la edad (Cohen y Kochanowicz, 1989), lo que evidencia una disminución del apoyo social percibido (Arias, 2009). Además, los familiares y los profesionales de la salud (médicos/as, auxiliares, enfermeros/as, psicólogos/as, etc.) conforman su red de apoyo principal, transformando relaciones inicialmente instrumentales en apoyos emocionales sólidos. Este fenómeno pone de manifiesto la necesidad de garantizar apoyo psicosocial a esta población durante el proceso de institucionalización (Jeste y Maglione, 2013).

Edadismo y autopercepción del envejecimiento

Además de las dificultades inherentes al diagnóstico de un TMG, la tercera edad se enfrenta a un desafío adicional: el edadismo. Este fenómeno, definido como la presencia de actitudes negativas hacia los adultos mayores, incluye conductas discriminatorias, estereotipos y prejuicios (Nelson, 2005; Levy y Macdonald, 2016) entre los que se encuentran la tendencia a percibir a los adultos mayores como personas dependientes, solitarias, deterioradas tanto física como mentalmente, sin propósito vital y sin necesidad de establecer nuevos proyectos y metas (Velasco et al., 2020; Torres et al., 2023). Esta perspectiva no solo ignora la diversidad

dentro de este grupo etario, sino que contribuye a la marginación y desvalorización de las capacidades del adulto mayor.

De esta forma, el edadismo se manifiesta en diversos ámbitos de la vida cotidiana, afectando no solo a la percepción social del envejecimiento, sino también al acceso a servicios y recursos esenciales para el bienestar de este grupo poblacional (Kydd y Fleming, 2015). En este contexto, las personas mayores con TMG enfrentan una doble vulnerabilidad: por un lado, los estigmas asociados a su diagnóstico y, por otro, el rechazo social derivado de su edad, lo que aumenta la conducta de aislamiento y dificulta el acceso a una atención sanitaria adecuada.

En el contexto del TMG, el edadismo puede manifestarse en barreras para acceder a servicios de salud adecuados, en diagnósticos tardíos o erróneos, y en un trato condescendiente y paternalista por parte de entornos médicos. En el último año, el 74% de las personas mayores con problemas de salud mental han reportado haber sufrido discriminación por edad, incluyendo brechas en la atención sanitaria y social, con barreras como la falta de continuidad en los servicios para quienes superan los 65 años (Celdrán y Mitats, 2025).

De igual modo, la actitud de los profesionales de la salud y del entorno puede estar influida por prejuicios edadistas, lo que afecta a la calidad de la atención recibida (Mitford et al., 2010). En este sentido, síntomas como la percepción de soledad, el retraimiento, la sintomatología depresiva o la falta de sentido vital pueden ser pasados por alto o considerados como parte natural del envejecimiento, en lugar de ser abordados como señales de alerta. En algunos casos, esta normalización del malestar psicológico se acompaña de actitudes paternalistas e infantilización de la persona mayor (Seco-Lozano, 2022).

Por ende, la construcción de un contexto social que subestima las capacidades de las personas mayores puede tener efectos ser significativos y perjudiciales en el adulto mayor (Burnes et al., 2019; Chang et al., 2020; Vale et al., 2020). Diversos estudios han evidenciado que esta exclusión se asocia con el aumento de los sentimientos de ineficacia personal, cuya prevalencia en la población mayor general se sitúa entre el 10 y el 15 %, pero que puede alcanzar hasta un 46,5 % en personas institucionalizadas (Sales et al., 2015). Estos datos ponen de manifiesto la importancia de promover redes de apoyo sólidas y reforzar factores clave para el bienestar y el sentimiento de autoeficacia en la vejez, como la autonomía y la preservación de la dignidad (Márquez-González et al., 2004).

En cuanto a la autopercepción de envejecimiento entendida como aquella valoración que la persona mayor hace sobre su propio proceso de envejecimiento (Cuesta et al., 2019),

adultos mayores con TMG logran un envejecimiento exitoso en muchas menos ocasiones que las personas mayores sin TMG (Walker y Harrison, 2024). En concreto, se reflejó que 1 de cada 50 personas mayores con esquizofrenia lograba un envejecimiento exitoso, mientras que los adultos mayores sanos aumentaban esta proporción por 10 (Ibrahim et al., 2010).

Uno de los factores explicativos de esta diferencia es la autopercepción de la salud física como variable fundamental para que la persona perciba que su proceso de envejecimiento está siendo exitoso (Cerquera et al., 2010), refiriéndonos con “exitoso” a la adaptación de la persona mayor a aquellos cambios tanto fisiológicos como ambientales que se producen con el paso del tiempo (Kantún et al., 2017). Otro factor relacionado con la autopercepción del envejecimiento es la función del rol en cuanto a la integración y función social del adulto mayor (Durán et al., 2008). Igualmente, se tienen en cuenta los habituales estereotipos y prejuicios que sufren las personas mayores y que atentan contra el sentimiento de libertad, dignidad y envejecimiento exitoso (Viejo García, 2020).

Intervenciones en personas mayores con TMG

En la actualidad, se observan limitaciones importantes en los recursos especializados orientados a promover un envejecimiento saludable en personas con TMG, lo que repercute negativamente en su capacidad para desarrollar habilidades de autonomía y tomar decisiones durante esta etapa vital (Del Cura y Sandín, 2022). En esta línea, Sanz et al. (2024) destacan la importancia de diseñar intervenciones individualizadas que fomenten la integración social, la autonomía, la autoeficacia y el bienestar emocional en esta población. De forma complementaria, la Organización Mundial de la Salud (OMS) subraya la necesidad de integrar tratamientos psicológicos con cuidados médicos y apoyo psicosocial, a fin de responder de manera integral a las necesidades físicas y psicológicas de las personas mayores con TMG.

Una de las mayores limitaciones encontradas en la literatura existente sobre intervenciones en personas mayores con TMG es la predominancia de tratamientos psicofarmacológicos, relegando el uso de psicoterapia, la recuperación personal y otros modelos integradores que aborden el autocuidado y el bienestar emocional (Chiang et al., 2023; Hamm y Lysaker, 2018; Pratt et al., 2017; Whiteman et al., 2016), así como aquellas dimensiones relacionadas con el sentido de la vida, las relaciones personales, la identidad y el control sobre la propia vida (Macías, 2011). Además, la recuperación personal contribuye de forma positiva la recuperación clínica. En concreto, el uso de estrategias adaptativas de afrontamiento, así como un bajo estigma internalizado y una alta autoestima pudieron predecir

un 55% de la variable “recuperación subjetiva”, interfiriendo positivamente en la recuperación clínica (Díaz-Mandado et al., 2015; Cohen et al., 2000).

No obstante, en los últimos años ha emergido una nueva tendencia que ha provocado el surgimiento de nuevos modelos de intervención entre los que destacan el entrenamiento en habilidades sociales, la terapia basada en psicología positiva, la terapia personal, la terapia de apoyo, la terapia cognitiva y la terapia cognitivo-conductual (Díaz-Mandado et al., 2015).

Entre las intervenciones psicosociales exitosas que se han llevado a cabo con personas mayores con TMG destaca el entrenamiento en habilidades sociales, con mejoras en variables como el funcionamiento psicosocial, la calidad de vida y la frecuencia de actividades sociales del adulto mayor (Smart et al., 2020; Vahia et al., 2007; Granholm et al., 2005). Asimismo, el entrenamiento en habilidades de adaptación funcional impactó positivamente en conductas de manejo de medicamentos, así como en habilidades de comunicación, transporte y administración financiera (Jeste y Maglione, 2013), promoviendo de esta forma sentimientos de autoeficacia y autonomía.

Por otro lado, el uso de intervenciones de psicología positiva para abordar el bienestar en personas mayores con diagnósticos de TMG se centró en los déficits comunes asociados a la esquizofrenia. En concreto, la efectividad de esta terapia se basa en la búsqueda y el trabajo de los usuarios hacia algo significativo en sus vidas (Meyer y Mueser, 2011; Mueser et al., 2002), incluyendo la autoaceptación, las relaciones positivas con otros, las metas vitales y la búsqueda de sentido (Valiente et al., 2022). La psicología positiva mostró alta eficacia, así como satisfacción, adherencia y asistencia en los usuarios.

En cuanto a las terapias cognitivo-conductuales, estas han mostrado su eficacia para la mejora de los síntomas y la reducción de síntomas de ansiedad (Jauhar et al., 2014), ayudando también a los pacientes a deconstruir sus propios mitos y catastrofismos relacionados con su diagnóstico y su futuro (Berry y Barrowclough, 2009), así como a desestigmatizar el diagnóstico psicoeducando, detectando y sustituyendo creencias disfuncionales por otras más funcionales y adaptadas a la realidad.

Por otro lado, la terapia psicológica integrada que combina la rehabilitación neurocognitiva y social junto con el entrenamiento en habilidades sociales y la resolución de problemas interpersonales, encontró efectos positivos significativos sobre la cognición global y el funcionamiento social (Mueller et al., 2013). Otras terapias, como la terapia cognitiva y correctiva tuvieron impacto positivo en pacientes más jóvenes pero no en pacientes mayores

con esquizofrenia (Kontis et al., 2013), poniendo nuevamente de manifiesto la edad como un factor de riesgo no únicamente para los efectos secundarios de la medicación, sino para el provecho de algunas terapias psicológicas (McGurk y Mueser, 2008).

En conclusión, las personas mayores con TMG se benefician más de aquellas terapias psicosociales dirigidas al aumento del sentimiento de autoeficacia, propósito vital y autonomía en el día a día y en gestiones cotidianas como la organización, la interacción social, la comunicación con pares y equipo médico, la gestión financiera o la planificación del día (entrenamiento de habilidades sociales y de adaptación funcional; Murante y Cohen, 2017). Asimismo, las terapias cognitivo-conductuales parecen mostrarse altamente eficaces para la reducción de síntomas de ansiedad y creencias catastrofistas, así como la psicología positiva muestra resultados positivos en la recuperación personal del usuario, así como en su bienestar subjetivo y su calidad de vida.

Cuidadores y profesionales de la salud

Los cuidadores de personas con TMG suelen experimentar sobrecarga emocional, sentimientos de culpa, miedo y una actitud sobreprotectora (Delgado-Bordas y Carbonell, 2024). De igual manera, los profesionales de la salud que atienden a esta población parecen mostrar necesidades psicológicas y sociales desatendidas (Meesters et al., 2013).

En concreto, se subraya una alta exposición a elevados niveles de estrés y sobrecarga (Koutra et al., 2022; Yang et al., 2015), presentando indicadores de burnout, en concreto, cansancio emocional y baja realización personal que se relacionan directamente con el número de horas trabajadas (Casari et al., 2015). Los efectos del burnout implican problemas tanto físicos como psíquicos, teniendo consecuencias directas tanto en la atención emitida al paciente como en la disminución del bienestar global y la satisfacción laboral del trabajador (García et al., 2000). Por otro lado, la psicosis es el trastorno más castigado por el estigma por parte de los profesionales de la salud mental (Gómez y Ramos, 2019), apareciendo en esta población creencias y prejuicios edadistas que repercuten no únicamente en la atención al usuario, sino en sus propias experiencias subjetivas (Valery y Prouteau, 2020; Jauch et al., 2023).

En conclusión, se pone de relieve que las personas mayores con TMG se enfrentan a retos adicionales a los propios de la edad. En particular, experimentan más déficits en funcionamiento social, afrontamiento del estrés, manejo emocional y cuentan con una red social más reducida, así como poco confiable (Berry y Barrowclough, 2009; Leutwyler et al., 2010). De este modo, las necesidades no cubiertas más representativas son aquellas

relacionadas con los otros (se observa una baja interacción social y una alta percepción de soledad) y con el sentimiento de competencia en el día a día, pues se observa una pobre percepción de autoeficacia en las actividades cotidianas acompañada de un bajo sentimiento de utilidad, desesperanza con el futuro, pérdida de anhelos vitales y sintomatología tanto ansiosa como depresiva (Cummings y Cassie, 2008). Por su parte, es habitual que profesionales de la salud encargados del cuidado de personas mayores con TMG muestren altos niveles de estrés, sobrecarga y posibles prejuicios relacionados con la tercera edad.

El presente estudio tiene como propósito ampliar la comprensión del TMG en la población adulta mayor, incorporando también el análisis de la situación psicológica de los cuidadores profesionales de la salud mental. Concretamente, se plantea comparar las necesidades psicológicas y sociales de personas mayores con y sin TMG, en el contexto del Centro San Juan de Dios de Ciempozuelos, un entorno que permite establecer comparaciones en un marco controlado y representativo de otras instituciones similares. El objetivo final es identificar tanto necesidades comunes como específicas en cada grupo, con el fin de proporcionar datos que permitan diseñar programas de intervención orientados a satisfacer sus demandas individuales y promover un envejecimiento inclusivo y digno.

2. Método

Diseño del estudio

El presente estudio emplea un diseño observacional, descriptivo y de corte transversal, con el objetivo de examinar y comparar las necesidades psicológicas y sociales de los adultos mayores con Trastorno Mental Grave (TMG) frente a aquellos sin dicho diagnóstico. Asimismo, se pretende evaluar las percepciones y vivencias de los profesionales que los acompañan y cuidan, proporcionando así una perspectiva integral sobre los factores que influyen tanto en su bienestar como en el de los usuarios.

Participantes

La muestra está compuesta por tres grupos de participantes:

Personas mayores con TMG: 58 personas mayores de 55 años con los siguientes diagnósticos: esquizofrenia, trastorno bipolar, trastornos esquizoafectivos, de la personalidad u otros trastornos de carácter crónico y grave.

Personas mayores sin TMG: 32 personas mayores de 55 años.

Profesionales de la salud: 22 profesionales de la salud que prestan servicios de atención y cuidados a personas mayores en el centro San Juan de Dios de Ciempozuelos, incluyendo médicos/as, enfermeros/as, gerocultores/as, psicólogos/as y otros roles implicados directamente en el cuidado de los adultos mayores.

Criterios de inclusión y exclusión

Se incluyeron en el estudio adultos mayores institucionalizados de 55 años o más que manifestaron su voluntad de participar y que tuvieran la capacidad de comprender y completar el cuestionario (puntuación en el Mini-Examen Cognoscitivo > 19). En el caso de los profesionales de la salud, el criterio de inclusión fue contar con un contrato de trabajo en el centro y aceptar participar en el estudio.

Aspectos éticos

Los datos fueron recopilados de manera anónima, garantizando en todo momento la confidencialidad de la información obtenida. Todos los participantes firmaron un consentimiento informado, en el que manifestaron su voluntad de participar, siendo también informados del propósito del estudio y proporcionándoles la oportunidad de resolver cualquier duda.

El presente estudio fue aprobado por el Comité de ética de la Universidad Pontificia de Comillas con número de registro 028/24-25.

Procedimiento

Los cuestionarios a los usuarios fueron cumplimentados de forma presencial en un despacho habilitado en el Centro San Juan de Dios de Ciempozuelos, con una duración aproximada de 45 minutos por persona, pausando en algún momento si la persona así lo pedía o aparecían síntomas de cansancio (distracción, bostezos frecuentes, preguntar repetidamente cuánto faltaba, etc.). Los participantes fueron seleccionados conjuntamente con el personal del centro atendiendo a razones de accesibilidad (horario compatible con sesiones de fisioterapia, terapia ocupacional y otras actividades del centro) y estado anímico del día (por ejemplo, si un usuario había dormido mal ese día, se atendía a otro). Los cuestionarios fueron guardados y transportados en un lugar seguro.

Por su parte, a los profesionales de la salud se les hizo llegar vía correo electrónico un enlace con un Google Forms con los ítems a responder, incluyendo información sobre el

estudio, consentimiento informado, garantía de confidencialidad y vías de contacto para la resolución de dudas. También se ofrecieron cuestionarios en papel.

Instrumentos

Para la recogida de datos, se emplearon dos cuestionarios específicos adaptados a cada grupo participante.

Cuestionario para usuarios (personas mayores)

Incluye las siguientes variables con sus respectivas escalas (véase Anexo 3):

Síntomas generales: la escala Symptom Assessment-45 (SA-45) (Sandín et al., 2008) es una versión abreviada del Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R) y evalúa la presencia y severidad de síntomas psicopatológicos a través de 45 ítems en los que los participantes deben indicar la frecuencia con la que han experimentado determinados síntomas en las últimas dos semanas, en una escala formato Likert con cinco opciones de respuesta (de “nada” a “mucho”). En esta escala se recogen nueve dimensiones: 1) depresión (mostrando un Alpha de Cronbach de 0,798), 2) hostilidad ($\alpha = 0,886$), 3) sensibilidad interpersonal ($\alpha = 0,697$; esta dimensión hace referencia a cómo la persona se coloca con los demás y cómo se siente en la interacción social, p.e: incomprendido, rechazado, inferior, etc.), 4) somatización ($\alpha = 0,765$), 5) ansiedad (0,841), 6) psicoticismo ($\alpha = 0,613$), 7) obsesión-compulsión ($\alpha = 0,670$), 8) ansiedad fóbica ($\alpha = 0,837$) y 10) ideación paranoide ($\alpha = 0,653$). Mayores puntuaciones indican mayor presencia de síntomas.

Balance afectivo positivo-negativo: en la escala Positive and Negative Affect Schedule (PANAS) (Sandín et al., 1999; Watson et al., 1988), los participantes evalúan la intensidad con la que experimentan distintas emociones positivas y negativas mediante 20 ítems con formato Likert con cinco opciones de respuesta (de “nada” a “mucho”). El instrumento está compuesto por dos subescalas independientes que miden el afecto positivo (con una fiabilidad de $\alpha = 0,84$) y el afecto negativo ($\alpha = 0,89$). La subescala de afecto positivo incluye emociones como *entusiasmo*, *inspiración* e *interés*, mientras que la de afecto negativo recoge emociones como *culpabilidad*, *angustia* o *hostilidad*. Mayores puntuaciones indican mayor afecto positivo/negativo.

Apoyo social percibido: la Escala de Soledad UCLA Revisada (RULS) (Russell et al., 1980) evalúa la percepción subjetiva de soledad y aislamiento social mediante una versión abreviada de cuatro ítems en formato Likert con cuatro opciones de respuesta (de “nunca” a “a

menudo”). Esta escala explora la frecuencia con la que los participantes experimentan conexión, apoyo emocional o sintonía con los demás. En el presente estudio, mostró una fiabilidad de $\alpha = 0,783$, y mayores puntuaciones indican menor apoyo social percibido.

Soporte social: The Social Support Questionnaire (SSQ-6) (Martínez-López et al., 2014; Sarason et al., 1983) es un cuestionario autoinformado de seis ítems que evalúa dos dimensiones del apoyo social percibido: 1) cantidad de apoyo (número de personas disponibles en cada situación; con una fiabilidad de $\alpha = 0,893$) y 2) satisfacción con el apoyo percibido (grado de satisfacción con esas personas; $\alpha = 0,927$). Cada ítem se plantea en dos partes. La parte 1: “¿cuántas personas tendría a su disposición si...?” (respuesta numérica) y la parte 2: “¿qué grado de satisfacción tiene con ese apoyo?” (escala tipo Likert de 1 “muy insatisfecho a 6 “muy satisfecho”). Puntuaciones más altas indican mayor cantidad de apoyo y satisfacción con el mismo.

Bienestar global: la escala Warwick Edingburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS) (Castellví et al., 2014) consta de siete ítems en formato Likert con cinco opciones de respuesta (“nunca”, “muy pocas veces”, “algunas veces”, “muchas veces”, “siempre o casi siempre”) y evalúa el bienestar en términos de emociones positivas, satisfacción con la vida y relaciones interpersonales en las últimas dos semanas, de forma que mayores puntuaciones indican mayor bienestar global subjetivo. La fiabilidad de la escala en este estudio fue de $\alpha = 0,848$.

Propósito vital: la escala Purpose In Life Test-10 (PIL-10) (Crumbaugh y Maholick, 1964) es una versión abreviada del Purpose in Life Test y consta de 10 ítems formato Likert con siete opciones de respuesta. Se compone de dos subescalas: 1) satisfacción y sentido vital (en el estudio presentó una fiabilidad de $\alpha = 0,840$; incluye ítems relacionados con la percepción de la vida y de la existencia) y 2) metas y propósitos vitales ($\alpha = 0,837$; incluye ítems sobre la capacidad de la persona para encontrar un propósito en la vida), de forma que a mayor puntuación, mayor propósito vital.

Autopercepción del propio envejecimiento: la escala The Self-Perception of Aging SPA) (Fernández-Ballesteros et al., 2017) se compone de cinco ítems de carácter dicotómico sí/no que miden la percepción subjetiva del proceso de envejecimiento, evaluando creencias y actitudes hacia la vejez, de forma que mayores puntuaciones indican una autopercepción más negativa del envejecimiento. La fiabilidad de la escala en este estudio fue de $\alpha = 0,719$ y mayores puntuaciones indican una autopercepción más negativa del envejecimiento.

Depresión geriátrica: la Escala de depresión geriátrica de Yesavage (GDS-15) (Yesavage et al., 1983) consta de 15 ítems dicotómicos de sí/no y mide síntomas depresivos en personas mayores, de forma que a mayor puntuación, mayor presencia de sintomatología depresiva. La fiabilidad de la escala en este estudio fue de $\alpha = 0,839$.

Envejecimiento con éxito: basada en las escalas de edad física y cognitiva (Ihira et al., 2015) y en la escala de autoevaluación del envejecimiento exitoso (Gwee et al., 2014), el cuestionario de envejecimiento con éxito mide la percepción del participante sobre su propio proceso de envejecimiento a través de dos subescalas: una escala numérica del 1 al 10 en la que el participante califica su propio grado de envejecimiento exitoso, donde 1 significa "menos exitoso" y 10 significa "más exitoso" y otra subescala en la que el participante debe indicar su grado de acuerdo con la siguiente afirmación: "estoy envejeciendo bien" junto a dos preguntas relativas a qué edad sienten que tienen tanto física (con un coeficiente de Spearman-Brown de 0,629) como mentalmente (con un coeficiente de Spearman-Brown de 0,518).

Cuestionario para profesionales

Incluye las siguientes variables con sus respectivas escalas (véase Anexo 4):

Distrés emocional: la escala de distrés emocional (PHQ-4) (Diez-Quevedo et al., 2001; Kroenke et al., 2009) consta de dos ítems formato Likert con cuatro opciones de respuesta ("de ningún modo", "varios días", "más de la mitad de los días" y "casi todos los días") que evalúan sintomatología ansiosa (basados en el GAD-2; la fiabilidad de la dimensión se estimó mediante el coeficiente de Spearman-Brown, obteniéndose un valor de 0,746) y dos ítems formato Likert con las mismas opciones de respuesta que evalúan sintomatología depresiva (basados en el PHQ-2; la fiabilidad de la dimensión se estimó mediante el coeficiente de Spearman-Brown, obteniéndose un valor de 0,206). Puntuaciones más altas indican mayor presencia de síntomas ansiosos o depresivos.

Sobrecarga laboral: la subescala del Cuestionario RED (Recursos, Emociones y Demandas) (Salanova et al., 2006) mide la percepción de sobrecarga en el ámbito laboral mediante nueve ítems con formato Likert siendo 0 "nunca" y 6 "siempre/todos los días". Esta subescala recoge tres facetas principales de demanda de tarea: 1) sobrecarga cuantitativa (volumen excesivo de trabajo; la fiabilidad de la dimensión en este estudio fue de $\alpha = 0,964$), 2) sobrecarga mental (complejidad cognitiva y necesidad de concentración sostenida; $\alpha = 0,702$) y 3) sobrecarga emocional (demandas afectivas intensas y gestión de emociones propias

y de otros; $\alpha = 0,728$). Puntuaciones más altas indican mayor nivel de demanda o sobrecarga percibida.

Soporte social: The Social Support Questionnaire (SSQ-6) (Martínez-López et al., 2014; Sarason et al., 1983) es un cuestionario autoinformado de seis ítems que evalúa dos dimensiones del apoyo social percibido: 1) cantidad de apoyo (número de personas disponibles en cada situación; con una fiabilidad de $\alpha = 0,927$) y 2) satisfacción con el apoyo percibido (grado de satisfacción con esas personas; $\alpha = 0,947$). Cada ítem se plantea en dos partes. La parte 1: “¿cuántas personas tendría a su disposición si...?” (respuesta numérica) y la parte 2: “¿qué grado de satisfacción tiene con ese apoyo?” (escala tipo Likert de 1 “muy insatisfecho” a 6 “muy satisfecho”). Puntuaciones más altas indican mayor cantidad de apoyo y satisfacción con el mismo.

Bienestar global: la escala Warwick Edingburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS) (Castellví et al., 2014) consta de siete ítems en formato Likert con cinco opciones de respuesta (“nunca”, “muy pocas veces”, “algunas veces”, “muchas veces”, “siempre o casi siempre”) y evalúa el bienestar en términos de emociones positivas, satisfacción con la vida y relaciones interpersonales en las últimas dos semanas, de forma que mayores puntuaciones indican mayor bienestar global subjetivo. La fiabilidad de la escala en este estudio fue de $\alpha = 0,769$.

Propósito vital: la escala Purpose In Life Test-10 (PIL-10) (Crumbaugh y Maholick, 1964) es una versión abreviada del Purpose in Life Test y consta de 10 ítems formato Likert con siete opciones de respuesta. Se compone de dos subescalas: 1) satisfacción y sentido vital (en el estudio presentó una fiabilidad de $\alpha = 0,913$; incluye ítems relacionados con la percepción de la vida y de la existencia) y 2) metas y propósitos vitales ($\alpha = 0,816$; incluye ítems sobre la capacidad de la persona para encontrar un propósito en la vida), de forma que a mayor puntuación, mayor propósito vital.

Equipo cohesionado: el cuestionario Organizational climate questionnaire (OC) (Muñoz-Seco et al., 2006) consta de seis ítems con formato Likert y cinco opciones de respuesta siendo 1 “totalmente en desacuerdo” y 5 “totalmente de acuerdo”. El cuestionario mide la percepción de los participantes acerca de aspectos como el clima organizacional y la cohesión del equipo evaluando factores como la confianza, la comunicación, el apoyo o la colaboración. La fiabilidad de la escala en este estudio fue de $\alpha = 0,697$. Es una escala unidimensional y una puntuación más alta refleja un clima más cohesionado y colaborativo.

Satisfacción laboral: la Escala General de Satisfacción (Overall Job Satisfaction) (Warr et al., 1979) (Traducida por Pérez-Bilbao y Fidalgo, 2010) consta de 15 ítems formato Likert con siete opciones de respuesta siendo 1 “muy insatisfecho” y siendo 7 “muy satisfecho”. Se compone de dos subescalas: 1) factores intrínsecos (aborda aspectos como el reconocimiento y las oportunidades de desarrollo personal; la fiabilidad de la dimensión en este estudio fue de $\alpha = 0,872$) y 2) factores extrínsecos (aborda aspectos como el horario, salario o las condiciones físicas; la fiabilidad de la dimensión en este estudio fue de $\alpha = 0,866$), de forma que mayores puntuaciones indican mayor satisfacción.

Autopercepción del propio envejecimiento: la escala The Self-Perception of Aging SPA) (Fernández-Ballesteros et al., 2017) se compone de cinco ítems de carácter dicotómico sí/no que miden la percepción subjetiva del proceso de envejecimiento, evaluando creencias y actitudes hacia la vejez, de forma que mayores puntuaciones indican una autopercepción más negativa del envejecimiento. La fiabilidad de la escala en este estudio fue de $\alpha = 0,624$.

Autocompasión: la escala Self-Compassion Scale (SCS) (Neff, K. 2003) consta de 12 ítems formato Likert con cinco opciones de respuesta siendo 1 “casi nunca” y 5 “casi siempre”. La escala evalúa la forma en que la persona se trata a sí misma en distintos momentos de sufrimiento o dificultad a partir de seis subescalas: 1) amabilidad hacia uno mismo (la fiabilidad de la dimensión en este estudio fue de $r_{s\beta} = 0,671$; aborda aspectos como la paciencia y comprensión con uno mismo), 2) humanidad compartida (la fiabilidad de la dimensión en este estudio fue de $r_{s\beta} = 0,134$; aborda aspectos como la percepción de los errores como parte de la condición humana), 3) mindfulness (la fiabilidad de la dimensión en este estudio fue de $r_{s\beta} = 0,674$; aborda aspectos como la gestión de emociones en momentos de tensión), 4) autojuicio (la fiabilidad de la dimensión en este estudio fue de $r_{s\beta} = 0,750$; aborda aspectos como la desaprobación de los propios defectos), 5) aislamiento (la fiabilidad de la dimensión en este estudio fue de $r_{s\beta} = 0,885$; aborda aspectos como el sentimiento de soledad ante el fracaso) y 6) sobreidentificación (la fiabilidad de la dimensión en este estudio fue de $r_{s\beta} = 0,842$; aborda aspectos como la obsesión o fijación por las emociones negativas). Mayores puntuaciones indican mayor tendencia a la autocompasión

Perdón: la Escala del Perdón HFS-8 (Heartland Forgiveness Scale) (Thompson et al., 2005) es una versión abreviada de la HFS-18 y se compone de ocho ítems con siete opciones de respuesta siendo 1 “casi siempre falso para mí” y 7 “casi siempre cierto para mí”. La escala está diseñada para evaluar la disposición de una persona hacia el perdón en tres dimensiones

clave: 1) perdón hacia uno mismo (la fiabilidad de la dimensión en este estudio fue de $\alpha = 0,958$), 2) perdón hacia los demás (la fiabilidad de la dimensión en este estudio fue de $\alpha = 0,684$) y 3) perdón hacia las situaciones (la fiabilidad de la dimensión en este estudio fue de $\alpha = 0,787$), de forma que mayores puntuaciones indican mayor predisposición al perdón.

Paternalismo: la escala de paternalismo PACA (Fernández-Ballesteros et al., 2019) se compone de 30 ítems que forman dos subescalas: 1) grado de acuerdo con actitudes paternalistas ($\alpha = 0,883$) y actitudes que promueven la autonomía del adulto mayor ($\alpha = 0,477$) a través de un formato Likert con cuatro opciones de respuesta siendo 1 “nada de acuerdo” y 4 “completamente de acuerdo” y 2) ocurrencia de esas actitudes en el centro de salud, tanto paternalistas ($\alpha = 0,622$), como promotoras de la autonomía ($\alpha = 0,566$). De esta forma, mayores puntuaciones señalan la presencia de actitudes y ocurrencias paternalistas/ promotoras de la autonomía del mayor.

Estereotipo cultural: la escala SCM-Q (Fiske, 2018) evalúa a través de nueve ítems formato Likert con siete opciones de respuesta siendo 1 “nada” y 7 “mucho”, las percepciones estereotipadas del participante hacia el adulto mayor a partir de dos dimensiones: 1) percepción de calidez (la fiabilidad de la dimensión en este estudio fue de $\alpha = 0,874$; aborda percepciones de personas mayores como sociables o con buenas intenciones) y 2) percepción de competencia (la fiabilidad de la dimensión en este estudio fue de $\alpha = 0,874$; aborda percepciones de personas mayores como personas independientes o inteligentes).

Análisis de datos

En primer lugar, se llevó a cabo un análisis descriptivo de las variables recogidas, calculando medidas de tendencia central (media) y dispersión (desviación típica) para cada uno de los grupos. En el caso de los registros incompletos, se eliminaron con el fin de asegurar la calidad y fiabilidad del análisis.

A continuación, se realizaron análisis comparativos entre los dos grupos de personas mayores (con y sin TMG), mediante pruebas t de Student para muestras independientes, con el fin de identificar diferencias estadísticamente significativas en las distintas dimensiones evaluadas. Estas pruebas se aplicaron siempre que se cumplieran los supuestos de normalidad y homogeneidad de varianzas.

El procesamiento de los datos se llevó a cabo utilizando el software estadístico SPSS (versión 21), estableciendo un nivel de significación estadística de $p < 0,05$. Además, se realizó

un análisis descriptivo específico para el grupo de profesionales de la salud , con el objetivo de contextualizar su estado emocional y percepción del trabajo con personas mayores con TMG, utilizando también medidas de tendencia central y dispersión y comparándolas con poblaciones de referencia.

3. Resultados

Personas mayores con y sin TMG

La muestra del estudio estuvo conformada por un total de 90 personas mayores (Tabla 1), divididas en dos grupos: un primer grupo compuesto por 32 personas mayores y un segundo grupo formado por 58 personas mayores con TMG. La edad media fue similar en ambos grupos, situándose en torno a los 71 años, con rangos de edad comparables. En cuanto al sexo, se observó un predominio de hombres en ambas condiciones, siendo más elevado en el grupo con TMG. En relación con el estado civil, en ambos grupos predominó la soltería, seguida de situaciones de divorcio, viudez o separación. Ningún participante refirió encontrarse en una relación de pareja en el momento de la evaluación.

Respecto a la situación laboral, la mayoría de los participantes de ambos grupos estaban jubilados. No obstante, en el grupo con TMG fue más frecuente encontrar personas en situación de desempleo o con incapacidad laboral reconocida, lo cual podría estar vinculado a las propias limitaciones asociadas a los diagnósticos. En lo relativo al nivel educativo alcanzado, en ambos grupos predominaban los niveles formativos básicos, destacando principalmente el graduado escolar. Se observó también presencia de participantes con estudios universitarios, máster o doctorado, aunque en proporciones reducidas.

Tabla 1

Características sociodemográficas de la muestra de usuarios

Variable	Grupo 1: Personas mayores (n=32)	Grupo 2: Personas mayores con TMG (n=58)
Edad (Media $\pm$ DT)	71,34 $\pm$ 8,40	71,69 $\pm$ 6,45
Rango de edad (mínimo y máximo)	58 – 91	59-84
Sexo		
Hombres	68,8% (n = 22)	75,9% (n = 44)
Mujeres	31,2% (n = 10)	24,1% (n = 14)
Estado civil		

Soltero/a	59,4% (n = 19)	59,4% (n = 19)
Casado/a	6,3% (n = 2)	12,1% (n = 7)
Divorciado/a	15,6% (n = 5)	15,6% (n = 5)
Viudo/a	9,4% (n = 3)	8,6% (n = 5)
Separado/a	9,4% (n = 3)	8,6% (n = 5)
Situación laboral		
Jubilado/a	53,1% (n = 17)	51,7% (n = 30)
En desempleo	0% (n = 0)	25,9% (n = 15)
Nunca ha trabajado	9,4% (n=3)	6,9% (n=4)
Con incapacidad laboral	37,5% (n=12)	15,5% (n=9)
Nivel de estudios terminados		
Sabe leer y escribir	28,1% (n=9)	24,1% (n=14)
Graduado escolar	50% (n = 16)	43,1% (n = 25)
Formación profesional	6,3% (n=2)	13,8% (n=8)
Licenciatura o grado	15,6% (n=5)	13,8% (n=8)
Máster	0% (n = 0)	3,4% (n = 2)
Doctorado	0% (n = 0)	1,7% (n = 1)

Sintomatología y estado emocional

El análisis de la sintomatología (Tabla 2) no reveló diferencias estadísticamente significativas en la puntuación total entre los grupos. Sin embargo, al examinar las subescalas específicas del instrumento, se identificaron diferencias significativas en ocho dimensiones. En concreto, estas diferencias se observaron en las siguientes dimensiones relativas a la sintomatología y cabe destacar que en todas ellas, las puntuaciones más altas las presentaba el grupo de personas mayores sin TMG: hostilidad ($p = 0,001$), sensibilidad interpersonal ($p = 0,001$), somatización ($p = 0,009$), ansiedad ($p = 0,001$), psicoticismo ($p = 0,001$), obsesión-compulsión ($p = 0,002$), ansiedad fóbica ($p = 0,007$) e ideación paranoide ($p = 0,001$).

En cuanto a los síntomas depresivos evaluados mediante la Escala de Depresión Geriátrica GDS-15, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos. De la misma forma y respecto al afecto positivo y negativo evaluado mediante la escala PANAS, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

Tabla 2*Sintomatología del adulto mayor, con y sin TMG*

Variable y escala utilizada	Personas mayores M (DT) (N=32)	Personas mayores con TMG M (DT) (N=58)	Diferencia de medias (p)
Síntomas psicopatológicos Symptom Assessment-45 (SA-45)	62,26 (33,11)	52,72 (28,13)	p = 0,153
Depresión	11,13 (5,11)	9,64 (5,77)	p = 0,227
Hostilidad	3,42 (4,02)	0,82 (1,75)	p = 0,001 *
Sensibilidad interpersonal	3,94 (3,44)	1,71 (1,68)	p = 0,001 *
Somatización	3,64 (3,77)	1,67 (2,03)	p = 0,009 *
Ansiedad	7,08 (7,07)	2,30 (3,34)	p = 0,001 *
Psicoticismo	5,94 (6,86)	1,47 (3,55)	p = 0,001 *
Obsesión-compulsión	5,88 (6,10)	2,17 (2,68)	p = 0,002 *
Ansiedad fóbica	5,31 (6,19)	1,97 (3,17)	p = 0,007 *
Ideación paranoide	8,81 (8,83)	3,04 (3,81)	p = 0,001 *
Balance de afecto positivo-negativo Positive and Negative Affect Schedule (PANAS)			
Afecto positivo (PA)	21,91 (10,71)	21,43 (11,41)	p = 0,847
Afecto negativo (NA)	18,31 (7,14)	16,09 (7,94)	p = 0,191
Síntomas depresivos en personas mayores (GDS-15)	7,47 (4,31)	7,70 (3,77)	p = 0.801

Nota. M = media; DT = desviación estándar. $p < .05$. * Indica la presencia de una diferencia estadísticamente significativa.

Aspectos positivos: apoyo social, bienestar y propósito vital

En relación con las variables de carácter positivo (Tabla 3) - apoyo social percibido, soporte social, bienestar psicológico global y propósito vital -, no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de personas mayores con y sin TMG. En ambas dimensiones de apoyo social - tanto en la satisfacción como en la cantidad de apoyo percibido

- así como en soporte social, las puntuaciones fueron similares entre ambos grupos. Del mismo modo, las medidas de bienestar psicológico global y de propósito vital mostraron resultados comparables, sin diferencias significativas.

Tabla 3

Aspectos positivos: Apoyo social, bienestar y propósito vital del adulto mayor

Variable y escala utilizada	Personas mayores M (DT) (N=32)	Personas mayores con TMG M (DT) (N=58)	Diferencia de medias (p)
Apoyo social percibido RULS Escala de Soledad UCLA Revisada Soporte social The Social Support Questionnaire (SSQ-6)	10,84 (3,15)	10,52 (3,40)	p = 0,655
Satisfacción con el apoyo percibido (SSQS)	3,80 (1,65)	3,99 (1,38)	p = 0,562
Cantidad de apoyo percibido (SSQN)	2,04 (1,97)	1,90 (1,42)	p = 0,738
Bienestar global Warwick Edingburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS) (	19,66 (5,56)	20,26 (5,82)	p = 0,634
Propósito vital Purpose In Life Test-10 (PIL-10)	36,50 (10,29)	37,53 (12,98)	p = 0,699
Satisfacción y sentido de la vida (SSV)	20,91 (6,90)	21, 67 (7,66)	p = 0,639
Metas y propósitos vitales (MPV)	15,59 (5,89)	15,86 (6,13)	p = 0,841

Nota. M = media; DT = desviación estándar.

Percepción subjetiva del envejecimiento y envejecimiento exitoso

La tabla 4 recoge la autopercepción del propio envejecimiento, no mostrando diferencias significativas entre los grupos. En cuanto al envejecimiento con éxito, se encontraron diferencias significativas en la edad percibida ($p = 0,026$), de forma que el grupo

sin TMG se percibe un 11% más joven de lo que biológicamente es, frente a un grupo con TMG que se percibe un 2% más joven de lo que biológicamente es.

Tabla 4

Autopercepción del propio envejecimiento y percepción del envejecimiento exitoso en el adulto mayor

Variable y escala utilizada	Personas mayores M (DT) (N=32)	Personas mayores con TMG M (DT) (N=58)	Diferencia de medias (p)
Autopercepción del propio envejecimiento The Self-Perception of Aging (SPA)	3,47 (1,50)	3,45 (1,59)	p = 0,953
Envejecimiento con éxito Escala de edad física y cognitiva subjetiva			
Edad sentida	-0,21 (0,24)	-0,12 (0,24)	p = 0,089
Edad percibida	-0,11 (0,21)	-0,02 (0,16)	p = 0,026*

Nota. M = media; DT = desviación estándar. $p < .05$. * Indica la presencia de una diferencia estadísticamente significativa. Envejecimiento con éxito: Edad percibida = (edad que se siente físicamente – edad cronológica) / edad cronológica. Edad sentida = (edad que se siente mentalmente – edad cronológica) / edad cronológica. Una puntuación positiva indica una edad subjetiva mayor en relación con la edad cronológica; por ejemplo, una puntuación de 0,09 significa que el participante se siente un 9% más mayor de lo que biológicamente es. Por el contrario, una puntuación negativa expresa una edad subjetiva menor que la edad cronológica; por ejemplo, una puntuación de -0,18 significa que el participante se siente un 18% más joven de lo que biológicamente es.

Cuidadores profesionales que atienden a las personas mayores

La muestra del presente estudio estuvo compuesta por 22 profesionales del ámbito sanitario (Tabla 5), con predominio del sexo femenino frente al masculino. La edad de los participantes osciló entre los 20 y los 59 años y en cuanto a la nacionalidad, la gran mayoría eran personas españolas, con un único caso de nacionalidad colombiana. Respecto al estado civil, la categoría más representada fue la de personas en relación de pareja, seguida por casados/as y solteros/as. No se registraron casos de personas viudas ni separadas. El número

medio de personas a cargo fue de aproximadamente una, con un rango de entre cero y cuatro. En el ámbito laboral, los participantes contaban con una media de más de 11 años de experiencia profesional, y trabajaban alrededor de cinco días a la semana. El turno de trabajo más frecuente fue el rotatorio, siendo menos común el turno fijo de mañana. En cuanto al rol profesional, la mayoría de los participantes desempeñaban funciones como auxiliares de geriatría, seguidos por enfermeros/as, terapeutas ocupacionales y psicólogos/as.

Tabla 5

Características demográficas de la muestra de profesionales de la salud

Variable	Distribución % (N)
Sexo	
Hombres	22,7% (n = 5)
Mujeres	77,3% (n = 17)
Edad (Media $\pm$ DT)	40,5 (11,90)
Rango de edad (mínimo y máximo)	20-59
Nacionalidad	
Española	95,5% (n = 21)
Colombiana	4,5% (n = 1)
Estado civil	
Soltero/a	18,2% (n = 4)
Casado/a	27,3% (n = 6)
En relación de pareja	36,4% (n = 8)
Divorciado/a	18,2% (n = 4)
	Media (DT)
	Min - Máx
Personas a cargo	1,05 (1,27)
	0 - 4
Años de experiencia profesional	11, 18 (10,44)
	0,5 - 38
Días trabajados por semana	5,23 (0,81)
	4 - 7
Turno de trabajo habitual	
Mañana	9,09% (n = 2)
Rotatorio	90,91% (n = 20)
Rol profesional	
Enfermero/a	27,3% (n = 6)
Auxiliar de geriatría	63,6% (n = 14)
Terapeuta ocupacional	4,5% (n = 1)
Psicólogo/a	4,5% (n = 1)

Aspectos relativos al entorno laboral

En la Tabla 6 se exponen los resultados relativos a las variables que configuran el ambiente laboral.

Atendiendo a los resultados obtenidos en las variables relacionadas con la satisfacción laboral y el clima organizacional, los participantes de la muestra presentaron niveles inferiores de satisfacción laboral global en comparación con la población de referencia (muestras de trabajadores del Centro Nacional de Condiciones de Trabajo). Esta tendencia también se mantuvo al analizar las dimensiones específicas - tanto la satisfacción con los factores intrínsecos (relacionados con el contenido del trabajo) como con los factores extrínsecos (vinculados a las condiciones externas del empleo) -, siendo en ambos casos promedios inferiores a los reportados en su contexto de referencia.

En relación con la cohesión del equipo, los participantes presentaron puntuaciones superiores respecto a la población de referencia (trabajadores sanitarios del Área de Salud de Menorca), lo que sugiere una percepción más positiva del clima de colaboración y cohesión dentro de sus equipos de trabajo. En lo que respecta a la sobrecarga laboral, se registran en la tabla los valores obtenidos.

Tabla 6

Ambiente laboral percibido por los profesionales de la salud

Variable y escala utilizada	Media (DT) en la muestra (N=22)	Media (DT) en población de referencia
Sobrecarga laboral		
Sobrecarga laboral: subescala del Cuestionario RED (Recursos, Emociones y Demandas)		
Sobrecarga cuantitativa (HSC)	4,42 (1,31)	
Sobrecarga mental (HSM)	4,67 (1,08)	
Sobrecarga emocional (HSE)	4,86 (0,94)	
Satisfacción laboral	62,59 (16,67)	70,53 (15,42) Bilbao y Vega (2010)

La Escala General de Satisfacción (Overall Job Satisfaction)		
Satisfacción con factores intrínsecos	29,18 (8,21)	32,74 (7,69)
Satisfacción con factores extrínsecos	33,41 (8,79)	38,22 (7,81)
Equipo cohesionado	3,41 (0,47)	2,92 (0,89)
Organizational climate questionnaire (OC)		Muñoz-Seco et al., (2006)

Bienestar en los profesionales de la salud

En la Tabla 7 se observan los resultados obtenidos en diversas variables relacionadas con el bienestar y los recursos personales.

En relación con la satisfacción con el apoyo percibido, los profesionales mostraron niveles inferiores a los observados en la población de referencia (mujeres peruanas embarazadas), tendencia que también se replicó en la cantidad de apoyo percibido y en el propósito vital en comparación con su grupo de referencia (graduados universitarios españoles). De esta forma, los profesionales de la salud presentaron puntuaciones más bajas, tanto en la dimensión de satisfacción y sentido de la vida, como en la relativa a las metas y propósitos personales.

Asimismo, en relación con la autopercepción del envejecimiento, los participantes manifestaron una visión más favorable respecto a su propio proceso de envejecimiento, reflejando una valoración notablemente más positiva que la observada en el contexto poblacional de referencia (personas de 50 años o más participantes del Estudio Longitudinal de Envejecimiento y Jubilación de Ohio - OLSAR).

Igualmente, respecto al bienestar global, los resultados mostraron una percepción superior en comparación con la muestra de referencia (muestra representativa de la Encuesta de Salud de Inglaterra 2010-2013) y los niveles de distrés emocional fueron inferiores respecto a los datos proporcionados por los pacientes de 15 centros de atención primaria en Estados Unidos, sin que se evidenciaran indicadores de alteraciones depresivas o ansiosas.

Por otra parte, en cuanto a la autocompasión, las puntuaciones se encuadran dentro de una tendencia moderada a la autocompasión. En lo que concierne a las dimensiones positivas

de la autocompasión, la tendencia a la amabilidad hacia uno mismo y la humanidad compartida fueron superiores en la muestra analizada (médicos y estudiantes de medicina en Chile), mientras que la dimensión de mindfulness presentó una media ligeramente inferior respecto a la población de referencia. En cuanto a los componentes negativos de la autocompasión, el autojuicio mostró valores ligeramente más bajos que los del contexto de referencia y las dimensiones de aislamiento y sobreidentificación resultaron superiores.

Finalmente, los participantes presentaron niveles de perdón superiores en todas las dimensiones evaluadas respecto a los observados en la población de referencia (estudiantes de enfermería en China). Se evidenció, en particular, una mayor disposición al auto-perdón y al perdón hacia los demás, mientras que las puntuaciones relativas al perdón hacia las situaciones fueron similares entre ambos grupos. Asimismo, se observó una mayor dispersión en las respuestas de la muestra, lo que sugiere una mayor heterogeneidad en los niveles de perdón de los participantes.

Tabla 7

Variables afectivas y emocionales de los profesionales de la salud

Variable y escala utilizada	Media (DT) en la muestra (N=22)	Media (DT) en población de referencia	Puntos de corte
Soporte Social The Social Support Questionnaire (SSQ-6)		Friedman et al., (2018)	
Satisfacción con el apoyo percibido (SSQS)	4,52 (1,34)	4,96 (1,78)	
Cantidad de apoyo percibido (SSQN)	3,13 (1,70)	5,24 (0,87)	
Distrés emocional Distrés emocional (PHQ-4)	2,91 (2,17)	3,04 (3,49) Kroenke et al., (2009).	
Depresión	1,00 (1,17)	1,64 (1,54)	≥ 3 Alteración depresiva
Ansiedad	1,91 (1,31)	1,99 (1,56)	≥ 3 Alteración ansiosa
Bienestar global Warwick Edingburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS)	26,41 (3,30)	23,61 (3,90) Ng Fat et al., (2017).	
Propósito vital Purpose In Life Test-10 (PIL-10)	51,95 (11,09)	57,58 (7,55) García - Alandete (2014).	

Satisfacción y sentido de la vida (SSV)	29,23 (7,11)	33,12 (5,68)	
Metas y propósitos vitales (MPV)	22,73 (4,62)	24,46 (2,87)	
Autopercepción del propio envejecimiento The Self-Perception of Aging	1,77 (1,48)	3,67 (0,81) Levy et al., (2002).	
Autocompasión Escala de autocompasión (Self-Compassion Scale - SCS)		Villalón et al., (2023).	
Amabilidad hacia uno mismo	3,27 (0,94)	3,01 (0,97)	Baja tendencia a la autocompasión (1,0 – 2,49) Moderada tendencia a la autocompasión (2,5 – 3,5) Alta tendencia a la autocompasión (3,51-5)
Humanidad compartida	3,27 (0,60)	3,01 (0,93)	Baja (1,0 – 2,49) Moderada (2,5 – 3,5) Alta (3,51-5)
Mindfulness	3,34 (0,80)	3,61 (0,9)	Baja (1,0 – 2,49) Moderada (2,5 – 3,5) Alta (3,51-5)
Autojuicio	2,94 (1,01)	3,06 (1,14)	Baja (1,0 – 2,49) Moderada (2,5 – 3,5) Alta (3,51-5)
Aislamiento	3,32 (1,20)	2,77 (1,13)	Baja (1,0 – 2,49) Moderada (2,5 – 3,5) Alta (3,51-5)
Sobreidentificación	3,27 (1,17)	2,59 (1,16)	Baja (1,0 – 2,49) Moderada (2,5 – 3,5) Alta (3,51-5)
Perdón Escala del Perdón HFS-8 (Heartland Forgiveness Scale – HFS)		Li et al., (2020).	
Perdón a uno mismo	4,79 (1,53)	4,38 (0,55)	
Perdón a los demás	5,16 (1,17)	4,77 (0,58)	

Perdón a las situaciones	4,62 (1,40)	4,58 (0,66)
--------------------------	-------------	-------------

Percepción del mayor por parte de los profesionales de la salud

En la Tabla 8 se presentan los resultados relativos a cómo perciben los profesionales de la salud a los adultos mayores. En la dimensión de paternalismo y sobreprotección al mayor, la muestra obtuvo una media superior a la de la población de referencia (cuidadores voluntarios profesionales que trabajan en centros de día y residencias de ancianos españolas). Por su parte, en la dimensión de promoción de la autonomía del mayor, la media en la muestra fue inferior a la registrada.

Asimismo, se analizó la ocurrencia de estas actitudes y conductas en el centro de trabajo. La muestra presentó una puntuación superior a la de la población de referencia en la ocurrencia de actitudes paternalistas y de sobreprotección, mientras que la ocurrencia de actitudes y conductas orientadas a la promoción de la autonomía del mayor obtuvo una media inferior. Esto señala que en la muestra del estudio hay mayor presencia de tanto actitudes como conductas paternalistas, así como menor presencia de actitudes y conductas promotoras de la autonomía en el mayor. Sin embargo, la muestra presenta mayor percepción de calidez y competencia en el adulto mayor en comparación con la muestra de referencia (voluntarios y profesionales españoles de residencias y centros de día y muestra aleatoria representativa).

Tabla 8

Percepción del adulto mayor por parte de los profesionales de la salud

Variable y escala utilizada	Media (DT) en la muestra (N=22)	Media (DT) en población de referencia
Tipo de cuidado hacia el mayor		Sánchez-Izquierdo et al., (2019)
Escala de paternalismo. Escala PACA		
Sobreprotección al mayor (paternalismo)		
Opinión	2,94 (0,41)	2,79 (1,01)
Ocurrencia	0,79 (0,14)	0,68 (0,06)
Promoción de la autonomía del mayor		
Opinión	2,97 (0,37)	3,38 (0,90)
Ocurrencia	0,67 (0,21)	0,73 (0,03)
Estereotipo cultural SCM-Q		Fernández-Ballesteros et al., (2018)

Percepción de calidez en el mayor	4,26 (1,12)	3,97 (0,73)
Percepción de competencia en el mayor	4,5 (0,91)	3,70 (0,75)

4. Discusión

El presente estudio tuvo como objetivo comparar las necesidades psicológicas desde un enfoque biopsicosocial entre personas mayores con diagnóstico de trastorno mental grave (TMG) y personas mayores sin dicho diagnóstico. Los resultados no mostraron diferencias significativas entre ambos grupos en variables como el apoyo social percibido, el bienestar global, el soporte social, el propósito vital, el afecto positivo y negativo, la autopercepción del envejecimiento o la sintomatología depresiva, conformándose como necesidades comunes del envejecimiento. No obstante, el grupo sin TMG obtuvo puntuaciones significativamente más elevadas en diversas dimensiones relativas a la sintomatología, tales como ansiedad, sensibilidad interpersonal, hostilidad, somatización, ansiedad fóbica, psicoticismo, ideación paranoide y obsesión-compulsión, así como una percepción más juvenil de su edad, en comparación con el grupo con TMG.

En primer lugar, la ausencia de diferencias significativas en los niveles globales de sintomatología psicopática entre personas mayores con y sin TMG resulta especialmente llamativa y contrasta con la literatura previa, que tiende a señalar una mayor presencia de sintomatología psicopatológica en personas con TMG. Una posible explicación de estos hallazgos podría estar relacionada con el grado de medicalización y estabilización del grupo con TMG. En muchos casos, estas personas se encuentran bajo un tratamiento psicofarmacológico prolongado (Chiang et al., 2023) y un seguimiento clínico que contribuye a la reducción de la sintomatología positiva. De esta forma, esta estabilización podría explicar que las puntuaciones del grupo con TMG no reflejen niveles de sintomatología psicopática por encima del grupo sin TMG.

Por tanto, desde el enfoque biopsicosocial (Kinderman et al., 2013; Smith et al., 2019; Soyly y Ozekes, 2023), estos resultados subrayan que el envejecimiento no es un proceso homogéneo, lineal y universal, destacando la necesidad de no sobredimensionar el diagnóstico como único predictor del bienestar en la vejez. En esta línea, conviene señalar que el presente estudio no contempló variables como duelos recientes, enfermedades crónicas no psiquiátricas

o dificultades de adaptación al entorno institucional, las cuales podrían haber influido en los resultados obtenidos.

Por otro lado, un hallazgo relevante se refiere a las diferencias en edad subjetiva: las personas mayores sin TMG se percibieron, en promedio, un 11% más jóvenes respecto a su edad biológica, frente al 2% observado en el grupo con TMG. Esta discrepancia cobra especial importancia si se considera que la edad subjetiva se ha vinculado con el envejecimiento exitoso, entendido como la adaptación a los cambios fisiológicos y ambientales asociados al paso del tiempo (Kantún et al., 2017). Asimismo, esta menor diferencia entre la edad real y la percibida en el grupo con TMG podría estar relacionada con una percepción más negativa de su salud física - una variable fundamental en la autopercepción del envejecimiento exitoso (Cerquera et al., 2010) -, así como con la pérdida o ausencia de roles significativos que dificultan la integración y funcionalidad social del adulto mayor (Durán et al., 2008). Estos factores inciden directamente en la propia percepción del envejecimiento y en la construcción de una identidad positiva en esta etapa, lo que podría explicar por qué las personas mayores con TMG alcanzan el envejecimiento exitoso en mucha menor proporción que aquellas sin TMG (Walker y Harrison, 2024; Ibrahim et al., 2010).

Por su parte, los profesionales de la salud presentaron puntuaciones inferiores a las de sus contextos de referencia en variables como la satisfacción laboral, la cantidad y satisfacción con el apoyo percibido, el propósito vital y mindfulness (dimensión positiva de la autocompasión), así como puntuaciones más elevadas en aislamiento y sobreidentificación (dimensiones negativas de la autocompasión). Asimismo, se observó una mayor presencia de actitudes y conductas paternalistas, en detrimento de la promoción de la autonomía de las personas mayores. Sin embargo, también emergieron factores de protección, como niveles superiores al promedio de referencia en variables como bienestar global, la autopercepción positiva del envejecimiento, la cohesión de equipo, la amabilidad hacia uno mismo, la humanidad compartida (ambas dimensiones positivas de la autocompasión), la tendencia al perdón (hacia uno mismo, los demás y las situaciones) y la presencia de niveles más bajos de distrés emocional.

De esta forma, la menor satisfacción laboral, tanto en los factores intrínsecos como extrínsecos del trabajo - en comparación con la población de referencia (Bilbao y Vega, 2010) - es consistente con investigaciones previas que señalan una alta exposición a estrés laboral y desgaste profesional en contextos de salud mental geriátrica (Koutra et al., 2022; Yang et al.,

2015). En estos contextos se observa como la sobrecarga - tanto cuantitativa como mental y emocional -, la naturaleza exigente del entorno laboral, la limitada proyección profesional dentro del ámbito geriátrico y el escaso reconocimiento del trabajo pueden afectar negativamente a variables como la realización y motivación personal, manifestadas a través de niveles inferiores de propósito vital respecto a su grupo de referencia (García-Alandete, 2014), tanto en cuanto al sentido de vida como a la presencia de metas (Casari et al., 2015; García et al., 2000). Asimismo, se detectó una percepción deficitaria de apoyo social - tanto en calidad como en cantidad - en comparación con su grupo de referencia (Friedman et al., 2018), lo que puede contribuir a la sensación de aislamiento y falta de recursos psicosociales ya señalada en estudios anteriores (Meesters et al., 2013; Berry y Barrowclough, 2009).

Asimismo, las puntuaciones elevadas en aislamiento y sobreidentificación en comparación con su grupo de referencia (Villalón et al., 2023) - ambas dimensiones negativas de la autocompasión -, junto con un nivel más bajo de mindfulness - dimensión positiva de la autocompasión -, pueden indicar una dificultad en la regulación emocional y una tendencia a implicarse de forma excesiva con las emociones negativas. Este patrón es consistente con los datos de la literatura que destacan una alta exposición al estrés, cansancio emocional y desgaste psicológico en profesionales del ámbito de la salud mental geriátrica, especialmente en contextos de elevada demanda asistencial (Koutra et al., 2022; Yang et al., 2015). Según Meesters et al. (2013), este tipo de perfiles suelen ir acompañados de necesidades psicológicas desatendidas, que se traducen en un mayor riesgo de burnout y una disminución del bienestar global (García et al., 2000).

No obstante, los resultados también revelaron factores de protección. Una mayor percepción de cohesión de equipo respecto a la población de referencia (Muñoz-Seco et al., 2006) puede interpretarse como un recurso organizacional clave que amortigua los efectos del estrés y refuerza el sentido de pertenencia, lo cual es fundamental para sostener el compromiso profesional y prevenir el agotamiento emocional, conformándose como un factor de protección social (Meesters et al., 2013). Además, los niveles de distrés emocional, ansiedad y depresión fueron más bajos que los observados en su grupo de referencia (Kroenke et al., 2009) y la autopercepción del envejecimiento también fue más positiva en comparación con su contexto de referencia (Levy et al., 2002). Asimismo, los niveles de bienestar subjetivo global y la tendencia al perdón resultaron superiores a los de la población de referencia (Ng Fat et al., 2017; Li et al., 2020; respectivamente), así como las dimensiones autocompasivas de

autojuicio, amabilidad hacia uno mismo y humanidad compartida reflejaron resultados más positivos respecto a su grupo de referencia (Villalón et al., 2023). En conjunto, estos resultados podrían estar señalando la presencia de mecanismos de adaptación y resiliencia que actúan como contrapeso frente a las demandas inherentes a la atención de una población especialmente vulnerable.

En conjunto, estos resultados subrayan la situación psicológica del ejercicio profesional en contextos de salud mental geriátrica. Por un lado, la presencia de indicadores de malestar emocional que coinciden con los riesgos descritos en la literatura (Delgado-Bordas y Carbonell, 2024), y por otro lado, la existencia de fortalezas individuales y grupales que podrían estar funcionando como factores de protección frente al desgaste profesional.

Por último, en lo que respecta al tipo de cuidado y a la percepción del adulto mayor, se observó una mayor inclinación hacia actitudes paternalistas y de sobreprotección por parte de los profesionales, así como una menor promoción de la autonomía en comparación con la población de referencia (Sánchez-Izquierdo et al., 2019). Asimismo, se identificó una elevada percepción de calidez, compatible con una orientación protectora, pero también una alta valoración de la competencia de la persona mayor en comparación con el contexto de referencia (Fernández-Ballesteros et al., 2018), lo que sugiere una representación ambivalente, en la que coexisten tanto elementos paternalistas como aspectos que reconocen y fomentan la autonomía y capacidad del mayor.

Por tanto, se hace necesario diseñar estrategias de intervención dirigidas no solo a reducir el malestar, sino también a reforzar los recursos y capacidades individuales y a cubrir las necesidades emocionales y motivacionales de los profesionales, teniendo en consideración la elevada exposición al estrés, la sobrecarga emocional y las necesidades psicológicas desatendidas que caracterizan su labor (Meesters et al., 2013; Koutra et al., 2022; Delgado-Bordas y Carbonell, 2024) y que se constituyen como factores que afectan directamente tanto a su bienestar como a la calidad de la atención prestada (García et al., 2000).

Finalmente, este estudio presenta ciertas limitaciones que deben ser tenidas en cuenta a la hora de interpretar los resultados. En primer lugar, algunas de las escalas utilizadas mostraron valores de fiabilidad interna cuestionables en esta muestra. Concretamente, aquellas dimensiones que mostraron una fiabilidad cuestionable fueron: dimensiones de sensibilidad interpersonal, psicoticismo, obsesión-compulsión e ideación paranoide de la escala de

sintomatología general SA-45, la escala de equipo cohesionado para profesionales de la salud, la escala de autopercepción del envejecimiento en la muestra de los profesionales de la salud, las dimensiones de amabilidad hacia uno mismo y mindfulness pertenecientes a la escala de Autocompasión (SCS), la dimensión de “perdón hacia los demás” de la escala de Perdón HFS-8, las subescalas de edad sentida y percibida de la escala de Envejecimiento con Éxito y las subescalas de ocurrencias de conductas y actitudes tanto paternalistas como promotoras de la autonomía de la escala de paternalismo PACA. Por otro lado, las siguientes subescalas mostraron una fiabilidad insuficiente: la dimensión PHQ-2 de depresión de la escala de distrés emocional, la dimensión de humanidad compartida perteneciente a la escala de Autocompasión (SCS) y la subescala de actitudes promotoras de la autonomía del mayor de la escala de paternalismo PACA. Esto podría limitar la consistencia y precisión de los resultados obtenidos, por lo que se recomienda interpretar sus resultados con cautela y considerar otras herramientas de evaluación más robustas en futuras investigaciones.

En segundo lugar, para la evaluación del perdón se empleó la versión abreviada de la Heartland Forgiveness Scale (HFS). Si bien esta adaptación presenta ventajas en términos de brevedad y aplicabilidad, cabe señalar como limitación relevante la ausencia de baremos normativos específicos para contextos clínicos o institucionalizados. Ante esta carencia, se recurrió a una conversión estimada a partir de los resultados de la versión extendida del instrumento. Esta estrategia metodológica introduce restricciones en la comparabilidad con otras muestras y reduce la validez externa de los hallazgos, dificultando la generalización de los resultados obtenidos.

En tercer lugar, otra de las limitaciones del presente estudio es la ausencia de análisis estadísticos que determinen si existen diferencias significativas en las variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, etc.) entre los dos grupos de usuarios, así como en el grupo de profesionales. La falta de esta información impide valorar en qué medida estas variables podrían influir en los resultados obtenidos.

Asimismo, otra limitación del estudio radica en la ausencia de baremos o puntuaciones de referencia para la escala de sobrecarga laboral: la subescala del Cuestionario RED (Recursos, Emociones y Demandas; Salanova et al., 2006), lo que impide comparar los resultados obtenidos con valores normativos o con otras poblaciones similares. No obstante, los datos generados en este estudio pretenden servir como punto de referencia para futuras investigaciones que empleen la misma escala en contextos similares. Por otro lado, el contexto

de referencia para la escala de soporte social SSQ-6 basado en una muestra de mujeres embarazadas supone una limitación ya que las características psicosociales de dicho grupo difieren significativamente de las de los profesionales de la salud mental.

También se considera que, aunque se compararon dos grupos claramente diferenciados de personas mayores institucionalizadas (con y sin diagnóstico de trastorno mental grave), no se consideraron variables contextuales relacionadas con las características específicas del entorno residencial ni con el funcionamiento organizativo de los centros. Factores como la organización del centro o el tipo de actividades ofrecidas pueden influir notablemente en el bienestar psicosocial de los residentes y, por tanto, en los resultados obtenidos. Asimismo, no se contemplaron variables individuales que podrían actuar como moduladoras, tales como la presencia de eventos vitales estresantes, duelos recientes, experiencias traumáticas o dificultades de adaptación al entorno institucional. La omisión de estos factores limita la comprensión holística de las diferencias (o similitudes) observadas entre los grupos y puede haber introducido una variabilidad no controlada en las respuestas.

En este sentido, los hallazgos del presente estudio abren nuevas líneas de trabajo tanto en el ámbito de la investigación como en la práctica profesional. Se propone, para futuras investigaciones, la adopción de diseños más ecológicos que contemplen un mayor abanico de variables individuales, así como factores contextuales asociados al entorno institucional, como la estructura organizativa o el clima institucional. Del mismo modo, se recomienda que futuras investigaciones incorporen análisis de variables demográficas con el fin de explorar si las posibles diferencias sociodemográficas entre ellos podrían tener algún efecto sobre sus percepciones y experiencias. Igualmente, sería pertinente incluir variables personales relevantes no abordadas en el presente estudio, como la historia de eventos vitales estresantes, los procesos de duelo o las dificultades de adaptación al entorno residencial, dado su posible impacto sobre el bienestar psicosocial.

Igualmente, la ampliación de la muestra a otros entornos —como personas mayores que viven en la comunidad—, así como la utilización de metodologías mixtas (no únicamente cuantitativas), permitirían capturar una visión más rica y contextualizada de la experiencia del envejecimiento, y del afrontamiento del trastorno mental grave. La implementación de estudios longitudinales también facilitaría la comprensión de la evolución de estas variables a lo largo del tiempo. Asimismo, se destaca la necesidad de seguir explorando el papel de factores como el apoyo psicosocial profesional, el edadismo percibido, la autoeficacia y el sentido de

propósito vital, por su potencial influencia en la percepción subjetiva de bienestar en el adulto mayor.

Desde una perspectiva aplicada, se espera que los resultados contribuyan al diseño de intervenciones centradas en promover el bienestar, la autonomía y la dignidad de las personas mayores. Esto también implica la mejora del entorno institucional mediante la promoción de la cohesión, la comunicación efectiva y el abordaje biopsicosocial del envejecimiento y la salud mental, así como el desarrollo de programas dirigidos a combatir el edadismo en contextos familiares y profesionales, reemplazando enfoques paternalistas por actitudes y prácticas que promuevan la autonomía, la participación activa y el respeto por la capacidad de decisión de las personas mayores. En última instancia, dignificar a las personas mayores es reconocer su derecho a vivir con plena autonomía, respeto y dignidad, pues solo así podremos garantizar que el envejecimiento no sea una etapa de olvido, sino una fase más de crecimiento, sabiduría y contribución a la sociedad.

Referencias

- Abou Kassm, S., Hoertel, N., Naja, W., McMahon, K., Barrière, S., Blumenstock, Y., Portefaix, C., Raucher-Chéné, D., Béra-Potelle, C., Cuervo-Lombard, C., Guerin-Langlois, C., Lemogne, C., Peyre, H., Kaladjian, A., Limosin, F., & CSA Study group (2019). Metabolic syndrome among older adults with schizophrenia spectrum disorder: Prevalence and associated factors in a multicenter study. *Psychiatry research*, 275, 238–246. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.03.036>
- Aguilar, E., Coronas, R., & Caixàs, A. (2012). Síndrome metabólico en pacientes esquizofrénicos con tratamiento antipsicótico. *Medicina clínica*, 139(12), 542-546. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2012.05.028>
- Arias, C. J. (2009). La red de apoyo social en la vejez. Aportes para su evaluación. *Revista de Psicología da IMED*, 1(1), 147-158. <https://doi.org/10.18256/2175-5027/psico-imed.v1n1p147-158>
- Auslander, L. A., & Jeste, D. V. (2002). Perceptions of problems and needs for service among middle-aged and elderly outpatients with schizophrenia and related psychotic disorders. *Community mental health journal*, 38, 391-402.
DOI: [10.1023/a:1019808412017](https://doi.org/10.1023/a:1019808412017)

- Berry, K., & Barrowclough, C. (2009). The needs of older adults with schizophrenia: Implications for psychological interventions. *Clinical Psychology Review*, 29(1), 68-76. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.09.010>
- Bilbao, J., & Vega, M. (2010). NTP 394: Satisfacción laboral: escala general de satisfacción. *España: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene Personal*. <https://www.insst.es/documentacion/colecciones-tecnicas/ntp-notas-tecnicas-de-prevencion/11-serie-ntp-numeros-366-a-400-ano-1996/ntp-394-satisfaccion-laboral-escala-general-de-satisfaccion>
- Burnes, D., Sheppard, C., Henderson, C. R., Wassel, M., Cope, R., Barber, C., & Pillemer, K. (2019). Interventions to Reduce Ageism Against Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *American Journal of Public Health*, 109(8), e1–e9. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2019.305123>
- Caballero, R., Valiente, C., & Espinosa, R. (2022). The perception of well-being: Do people with severe psychiatric conditions and their therapists put themselves in each other's shoes? *The Journal of Positive Psychology*, 17(4), 486–494. <https://doi.org/10.1080/17439760.2021.1871943>
- Casari, L. M., Boetto, F., & Daher, C. (2015). Síndrome de Burnout en profesionales residentes de salud mental. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 61(2), 114–123. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/11336/40433>
- Castellví, P., Forero, C. G., Codony, M., Vilagut, G., Brugulat, P., Medina, A., Gabilondo, A., Mompart, A., Colom, J., Tresserras, R., Ferrer, M., Stewart-Brown, S., & Alonso, J. (2014). The Spanish version of the Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS) is valid for use in the general population. *Quality of Life Research*, 23, 857-868. <https://doi.org/10.1007/s11136-013-0513-7>
- Celdrán, M. & Mitats, B. (2025). *Salut mental amb perspectiva d'edat Estudi sobre envelliment i benestar emocional*. Salut Mental Catalunya. <https://www.salutmental.org/publicuem-lestudi-salut-mental-amb-perspectiva-dedat-sobre-envelliment-i-benestar-emocional/>
- Cerquera, A. M., Flórez, L. O., & Linares, M. M. (2010). Autopercepción de la salud en el adulto mayor. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 1 (31), 407-428.

Recuperado a partir de

<https://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/51>

- Chan, J. K. N., Correll, C. U., Wong, C. S. M., Chu, R. S. T., Fung, V. S. C., Wong, G. H. S., Lei, J. H. C., & Chang, W. C. (2023). Life expectancy and years of potential life lost in people with mental disorders: A systematic review and meta-analysis. *eClinicalMedicine*, 65 (2), e102294. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2023.102294>
- Chang, E.-S., Kanno, S., Levy, S., Wang, S.-Y., Lee, J. E., & Levy, B. R. (2020). Global reach of ageism on older persons' health: A systematic review. *PLOS ONE*, 15(1), e0220857. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220857>
- Chiang, S.-K., Jhong, J.-R., & Wang, C.-Y. (2023). Effects of cognitive stimulus therapy on middle-aged and elderly institutionalized patients with chronic schizophrenia with declined cognition. *Journal of the Formosan Medical Association*, 122(9), 853–861. <https://doi.org/10.1016/j.jfma.2023.03.008>
- Chulián, A., Valdivia-Salas, S., & Páez, M. (2024). Una Mirada Contextual al Edadismo. *Análisis y modificación de conducta*, 50(182), 69-88. DOI: <https://doi.org/10.33776/amc.v50i182.8064>
- Cohen, C. I., & Kochanowicz, N. (1989). Schizophrenia and social network patterns: A survey of Black inner-city outpatients. *Community Mental Health Journal*, 25(3), 197–207. <https://doi.org/10.1007/BF00754437>
- Cohen, C. I., Cohen, G. D., Blank, K., Gaitz, C., Katz, I. R., Leuchter, A., Maletta, G., Meyers, B., Sakauye, K., & Shamoian, C. (2000). Schizophrenia and older adults: An overview: Directions for research and policy. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 8(1), 19–27. <https://doi.org/10.1097/00019442-200002000-00003>
- Cohen, C. I., Natarajan, N., Araujo, M., & Solanki, D. (2013). Prevalence of negative symptoms and associated factors in older adults with schizophrenia spectrum disorder. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(2), 100-107. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2012.10.009>
- Cohen, C. I., Vengassery, A., & Aracena, E. F. G. (2017). A longitudinal analysis of quality of life and associated factors in older adults with schizophrenia spectrum disorder. *The*

American Journal of Geriatric Psychiatry, 25(7), 755-765.

<https://doi.org/10.1016/j.jagp.2017.01.013>

- Crumbaugh, J. C., & Maholick, L. T. (1964). An experimental study in existentialism: The psychometric approach to Frankl's concept of noogenic neurosis. *Journal of Clinical Psychology*, 20(2), 200–207. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(196404\)20:2<200::AID-JCLP2270200203>3.0.CO;2-U](https://doi.org/10.1002/1097-4679(196404)20:2<200::AID-JCLP2270200203>3.0.CO;2-U)
- Cudris-Torres, L., Vinaccia, S., Barrios-Núñez, Á., Gaviria Arrieta, N., Gutiérrez, J., Barranco, L., Rios-Carlys, G., Cuenca-Calderón, S., Bermúdez, V., Hernández-Lalinde, J., Riveira Zuleta, C., Bahamón, M., & Herrera, J. (2023). Quality of life in older adults: The protective role of self-efficacy in adequate coping in patients with chronic diseases. *Frontiers in Psychology*, 14, Article 1106563. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1106563>
- Cuesta, M. H. B., & Aguado, M. P. Q. (2019). Autopercepción de Salud, Calidad de vida y Bienestar Psicológico en una muestra de mayores. *Revista española de comunicación en salud*, 10(1), 21-29. <https://doi.org/10.20318/recs.2019.3993>
- Cummings, S. M., & Cassie, K. M. (2008). Perceptions of biopsychosocial services needs among older adults with severe mental illness: Met and unmet needs. *Health & social work*, 33(2), 133-143. <https://doi.org/10.1093/hsw/33.2.133>
- Delgado-Bordas, L., y Carbonell, Á. (2024). Detrás del estigma. Un análisis cualitativo del impacto en las familias de personas con trastorno mental grave. *Itinerarios De Trabajo Social*, (4), 7–15. <https://doi.org/10.1344/its.i4.43388>
- Del Cura, A., & Sandín, M. (2022). Activos para la salud y calidad de vida en personas diagnosticadas de enfermedad mental grave. *Gaceta Sanitaria*, 35, 473-479. DOI: 10.1016/j.gaceta.2020.03.004
- Díaz-Mandado, O., Nieto-Moreno, M., Montorio, I., & Periañez, J. A. (2015). Predictores de recuperación subjetiva en la esquizofrenia. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 20(2), 101–114. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.20.num.2.2015.15165>
- Diez-Quevedo, C., Rangil, T., Sánchez-Planell, L., Kroenke, K., & Spitzer, R. L. (2001). Validation and utility of the Patient Health Questionnaire in diagnosing mental

- disorders in 1003 general hospital Spanish inpatients. *Psychosomatic Medicine*, 63(4), 679–686. <https://doi.org/10.1097/00006842-200107000-00021>
- Diwan, S., Cohen, C. I., Bankole, A. O., Vahia, I., Kehn, M., & Ramirez, P. M. (2007). Depression in older adults with schizophrenia spectrum disorders: prevalence and associated factors. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 15(12), 991-998. <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e31815ae34b>
- Durán, D., Orbegoz, L. J., Uribe-Rodríguez, A. F. y Uribe, J. M. (2008). Integración social y habilidades funcionales en adultos mayores. *Universitas Psychologica Panamerican Journal of Psychology*, 7(1), 263-270. <http://hdl.handle.net/10481/32958>. ISSN: 1657-9267
- Espinosa R., y Valiente, C. (2019). ¿Qué es el Trastorno Mental Grave y Duradero?. *Edupsykhé. Revista De Psicología Y Educación*, 16(1), 4-14. <https://doi.org/10.57087/edupsykhe.v16i1.4079>
- Fajardo, E., Leiton, Z. E., & Alonso, L. M. (2021). Envejecimiento activo y saludable: desafío y oportunidad del siglo XXI. *Revista Salud Uninorte*, 37(2), 243-246. <https://doi.org/10.14482/sun.37.2.155.67>
- Fernández-Ballesteros, R., Olmos, R., Santacreu, M., Bustillos, A., Schettin, R., Huici, C., & Rivera, J. M. (2017). Assessing aging stereotypes: Personal stereotypes, self-stereotypes and self-perception of aging. *Psicothema*, 29(4), 482-489. DOI: [10.7334/psicothema2016.314](https://doi.org/10.7334/psicothema2016.314)
- Fernández-Ballesteros, R., Sanchez-Izquierdo, M., Olmos, R., Huici, C., Santacreu, M., Schettini, R., & Molina, M. Á. (2018). Cultural stereotypes in care contexts. *Clinical Interventions in Aging*, 13, 1613–1619. <https://doi.org/10.2147/CIA.S173342>
- Fiske, S. T. (2018). Stereotype content: Warmth and competence endure. *Current Directions in Psychological Science*, 27(2), 67–73. <https://doi.org/10.1177/0963721417738825>
- Friedman, L. E., Manriquez, A. K., Santos, G. F., Vélez, J. C., Gillibrand, R. W., Sanchez, S. E., & Williams, M. A. (2018). Construct validity and factor structure of a Spanish-language Social Support Questionnaire during early pregnancy. *International Journal of Women's Health*, 10, 379–385. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S160619>

- García, M., Navarro, M.C., & Illor, B. (2000). Burnout, satisfacción laboral y bienestar en personal sanitario de salud mental. *Journal of Work and Organizational Psychology*, 16(2), 215-228. Recuperado de <https://journals.copmadrid.org/jwop/files/63241.pdf>
- García-Alandete, J. (2014). Análisis factorial de una versión española del *Purpose-In-Life Test*, en función del género y edad [Factor analysis of the Spanish Version of the Purpose-in-Life Test according to age and gender]. *Pensamiento Psicológico*, 12(1), 83–98. <https://doi.org/10.11144/Javerianacali.PPSI12-1.afve>
- García-Anaya, M., Apiquian, R., & Fresán, A. (2001). Los antipsicóticos atípicos: Una revisión. *Salud Mental*, 24(5), 37-43. Recuperado de <https://psycnet.apa.org/record/2001-05678-005>
- Gómez, N., & Ramos, R. (2019). Estigma en los profesionales de la Salud Mental: una revisión sistemática. *Psychology, Society & Education*, 11(2), 253-266. <https://doi.org/10.25115/psyse.v11i2.2268>
- Graham, C., Arthur, A., & Howard, R. (2002). The social functioning of older adults with schizophrenia. *Aging & Mental Health*, 6(2), 149-152. <https://doi.org/10.1080/13607860220126772>
- Granholm, E., McQuaid, J. R., McClure, F. S., Auslander, L. A., Perivoliotis, D., Pedrelli, Patterson, T & Jeste, D. V. (2005). A randomized, controlled trial of cognitive behavioral social skills training for middle-aged and older outpatients with chronic schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 162(3), 520-529. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.3.520>
- Gwee, X., Nyunt, M. S., Kua, E. H., Jeste, D. V., Kumar, R., & Ng, T. P. (2014). Reliability and validity of a self-rated analogue scale for global measure of successful aging. *The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 22(8), 829–837. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2013.09.002>
- Hamm, J. A., & Lysaker, P. H. (2018). Application of Integrative Metacognitive Psychotherapy for Serious Mental Illness. *American Journal of Psychotherapy*, 71(4), 122–127. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.20180033>

- Hoertel, N., Rotenberg, L., Blanco, C., Pascal de Raykeer, R., Hanon, C., Kaladjian, A., & Limosin, F. (2020). Psychiatric symptoms and quality of life in older adults with schizophrenia spectrum disorder: results from a multicenter study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 270, 673-688.
<https://doi.org/10.1007/s00406-019-01026-9>
- Ibrahim, F., Cohen, C. I., & Ramirez, P. M. (2010). Successful aging in older adults with schizophrenia: Prevalence and associated factors. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(10), 879-886. <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e3181d57441>
- Ihira, H., Furuna, T., Mizumoto, A., Makino, K., Saitoh, S., Ohnishi, H., Shimada, H., & Makizako, H. (2015). Subjective physical and cognitive age among community-dwelling older people aged 75 years and older: differences with chronological age and its associated factors. *Aging & mental health*, 19(8), 756–761.
DOI: [10.1080/13607863.2014.967169](https://doi.org/10.1080/13607863.2014.967169)
- Instituto Nacional de Estadística. (2024, 24 de junio). *Proyecciones de Población Años 2024-2074* [Comunicado de prensa]. <https://www.ine.es/dyngs/Prensa/PROP20242074.htm>
- Jagsch, C., & Hofer, A. (2018). Erkrankungen des schizophrenen Formenkreises im Alter: Diagnostische und therapeutische Herausforderungen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 51(7), 744–750. <https://doi.org/10.1007/s00391-018-1436-2>
- Jauch, M., Occhipinti, S., & O'Donovan, A. (2023). The stigmatization of mental illness by mental health professionals: Scoping review and bibliometric analysis. *PLoS One*, 18(1), e0280739. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0280739>
- Jauhar, S., McKenna, P. J., Radua, J., Fung, E., Salvador, R., & Laws, K. R. (2014). Cognitive-behavioural therapy for the symptoms of schizophrenia: Systematic review and meta-analysis with examination of potential bias. *British Journal of Psychiatry*, 204(1), 20–29. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.116285>
- Jeste, D. V., & Maglione, J. E. (2013). Treating older adults with schizophrenia: challenges and opportunities. *Schizophrenia bulletin*, 39(5), 966-968.
<https://doi.org/10.1093/schbul/sbt043>
- Kantún, M. A., Moral, J., Salazar, B. C., & Rosas, O. (2017). Contraste de un modelo de envejecimiento exitoso derivado del modelo de Roy. *CIENCIA ergo-sum, Revista*

- Científica Multidisciplinaria de Prospectiva*, 24(2), 126-136. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/journal/104/10450491004/10450491004.pdf>
- Kinderman, P., Schwannauer, M., Pontin, E., & Tai, S. (2013). Psychological Processes Mediate the Impact of Familial Risk, Social Circumstances and Life Events on Mental Health. *PLoS ONE*, 8(10), e76564. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0076564>
- Kontis, D., Huddy, V., Reeder, C., et al. (2013). Effects of age and cognitive reserve on cognitive remediation therapy outcome in patients with schizophrenia. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(3), 218–230. DOI: [10.1016/j.jagp.2012.12.013](https://doi.org/10.1016/j.jagp.2012.12.013)
- Koutra, K., Mavroeides, G., & Triliva, S. (2022). Mental Health Professionals' Attitudes Towards People with Severe Mental Illness: Are they Related to Professional Quality of Life? *Community Mental Health Journal*, 58(4), 701–712. <https://doi.org/10.1007/s10597-021-00874-x>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B., & Löwe, B. (2009). An ultra-brief screening scale for anxiety and depression: the PHQ–4. *Psychosomatics*, 50(6), 613-621. [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(09\)70864-3](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(09)70864-3)
- Kydd, A., & Fleming, A. (2015). Ageism and age discrimination in health care: Fact or fiction? A narrative review of the literature. *Maturitas*, 81(4), 432-438. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2015.05.002>
- León-Navarrete, M. M., Flores-Villavicencio, M. E., Mendoza-Ruvalcaba, N., Colunga-Rodríguez, C., Salazar-Garza, M. L., Sarabia-López, L. E., & Albán-Pérez, G. G. (2017). Coping Strategies and Quality of Life in Elderly Population. *Open Journal of Social Sciences*, 05(10), 207–216. <https://doi.org/10.4236/jss.2017.510017>
- Leutwyler, H. C., Chafetz, L., & Wallhagen, M. (2010). Older adults with schizophrenia finding a place to belong. *Issues in Mental Health Nursing*, 31(8), 507-513. <https://doi.org/10.3109/01612841003647005>
- Levasseur, M., St-Cyr Tribble, D., & Desrosiers, J. (2009). Meaning of quality of life for older adults: Importance of human functioning components. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 49(2), 91–100. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2008.08.013>
- Levy, S. R., & Macdonald, J. L. (2016). Progress on understanding ageism. *Journal of Social Issues*, 72(1), 5-25. <https://doi.org/10.1111/josi.12153>

- 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>
- Li, L., Yao, C., Zhang, Y., & Chen, G. (2020). Trait forgiveness moderated the relationship between work stress and psychological distress among final-year nursing students: A pilot study. *Frontiers in Psychology*, 11, Article 1674. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01674>
- Loewenstein, D. A., Czaja, S. J., Bowie, C. R., & Harvey, P. D. (2012). Age-associated differences in cognitive performance in older patients with schizophrenia: a comparison with healthy older adults. *The American journal of geriatric psychiatry*, 20(1), 29-40. <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e31823bc08c>
- Macías, F. J. S. (2011). Cómo encontrar un lugar en el mundo: explorando experiencias de recuperación de personas con trastornos mentales graves. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 18, 121-139. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702011000100008>
- Márquez-González, M., Izal, M., Montorio, I., & Pérez-Rojo, G. (2004). Emotion in old age: Review of the influence of emotional factors on quality of life in the elderly. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 39(1), 46–53.
- Martínez-López, Z., Páramo, M. F., Guisande, M. A., Tinajero, C., Almeida, L. S., & Rodríguez, M. S. (2014). Apoyo social en universitarios españoles de primer año: Propiedades psicométricas del Social Support Questionnaire-Short Form (SSQ6) y el Social Provisions Scale (SPS). *Revista Latinoamericana de Psicología*, 46(2), 102–110. [https://doi.org/10.1016/S0120-0534\(14\)70013-5](https://doi.org/10.1016/S0120-0534(14)70013-5)
- McGurk, S. R., & Mueser, K. T. (2008). Response to cognitive rehabilitation in older versus younger persons with severe mental illness. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 11(1), 90-105. <https://doi.org/10.1080/15487760701853136>
- Meesters, P., Hannie, C., Dröes, R.M., Hann, L.D., Smit, H., Eikelenboom, P., Beekman, A. T. F., & Stek, M. L. (2013). The care needs of elderly patients with schizophrenia spectrum disorders. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(2), 129-137. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2012.10.008>

- Meyer, P. S., & Mueser, K. T. (2011). Resiliency in individuals with serious mental illness. *Resilience and mental health: Challenges across the lifespan*, 276-288. DOI: [10.1017/CBO9780511994791.021](https://doi.org/10.1017/CBO9780511994791.021)
- Mitford, E., Reay, R., McCabe, K., Paxton, R., & Turkington, D. (2010). Ageism in first episode psychosis. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25(11), 1112-1118. <https://doi.org/10.1002/gps.2437>
- Montross, L. P., Kasckow, J., Golshan, S., Solorzano, E., Lehman, D., & Zisook, S. (2008). Suicidal ideation and suicide attempts among middle-aged and older patients with schizophrenia spectrum disorders and concurrent subsyndromal depression. *The Journal of nervous and mental disease*, 196(12), 884–890. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31818ec823>
- Mueller, D. R., Schmidt, S. J., & Roder, V. (2013). Integrated psychological therapy: Effectiveness in schizophrenia inpatient settings related to patients' age. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(3), 231–24. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2012.12.011>
- Mueser, K. T., Corrigan, P. W., Hilton, D. W., Tanzman, B., Schaub, A., Gingerich, S., Essock, S. M., Tarrier, N., Morey, B., Vogel-Scibilia, S., & Herz, M. I. (2002). Illness management and recovery: a review of the research. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 53(10), 1272–1284. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.53.10.1272>
- Muñoz-Seco, E., Coll-Benejam, J. M., Torrent-Quetglas, M., & Linares-Pou, L. (2006). Influencia del clima laboral en la satisfacción de los profesionales sanitarios. *Atención Primaria*, 37(4), 209–214. <https://doi.org/10.1157/13086082>
- Murante, T., & Cohen, C. I. (2017). Cognitive Functioning in Older Adults With Schizophrenia. *Focus*, 15(1), 26–34. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.20160032>
- Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2(3), 223–250. <https://doi.org/10.1080/15298860309027>
- Nelson, T. D. (2005). Ageism: Prejudice against our feared future self. *Journal of social issues*, 61(2), 207-221. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.2005.00402.x>
- Ng Fat, L., Scholes, S., Boniface, S., Mindell, J., & Stewart-Brown, S. (2017). Evaluating and establishing national norms for mental wellbeing using the short Warwick–

- Edinburgh Mental Well-being Scale (SWEMWBS): findings from the Health Survey for England. *Quality of Life Research*, 26, 1129-1144. <https://doi.org/10.1007/s11136-016-1454-8>
- Palmer, B. W., Heaton, S. C., & Jeste, D. V. (1999). Older patients with schizophrenia: challenges in the coming decades. *Psychiatric Services*, 50(9), 1178-1183. DOI: [10.1176/ps.50.9.1178](https://doi.org/10.1176/ps.50.9.1178)
- Palmer, B. W., Martin, A. S., Depp, C. A., Glorioso, D. K., & Jeste, D. V. (2014). Wellness within illness: Happiness in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 159(1), 151–156. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2014.07.027>
- Patrão, A. L., Alves, V. P., & Neiva, T. S. (2019). The influence of self-perceived health status, social support and depression on self-efficacy among Brazilian elderly people. *Interdisciplinaria: Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 36(1), 23-32. <https://doi.org/10.16888/interd.36.1.2>
- Patterson, T. L., Mausbach, B. T., McKibbin, C., Goldman, S., Bucardo, J., & Jeste, D. V. (2006). Functional adaptation skills training (FAST): a randomized trial of a psychosocial intervention for middle-aged and older patients with chronic psychotic disorders. *Schizophrenia research*, 86(1-3), 291-299. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2006.05.017>
- Penn, D. L., Mueser, K. T., Tarrier, N., Gloege, A., Cather, C., Serrano, D., & Otto, M. W. (2004). Supportive therapy for schizophrenia: possible mechanisms and implications for adjunctive psychosocial treatments. *Schizophrenia Bulletin*, 30(1), 101-112. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007055>
- Pérez-Bilbao, J., & Fidalgo, M. (Eds.). (2010). *Escala General de Satisfacción Laboral: Adaptación española de la Warr, Cook y Wall (1979)*. Ediciones Pirámide.
- Permanyer, I., Bramajo, O.(2022). El aumento de la longevidad en Europa: ¿Añadiendo años a la vida o vida a los años?. *Perspectives Demogràfiques*, 28, 1-4 (ISSN: 2696-4228). DOI: 10.46710/ced. pd.esp.28
- Pratt, S. I., Mueser, K. T., Wolfe, R., Santos, M. M., & Bartels, S. J. (2017). One size doesn't fit all: A trial of individually tailored skills training. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 40(4), 380–386. <https://doi.org/10.1037/prj0000261>

- Randers, I., & Mattiasson, A. (2004). Autonomy and integrity: Upholding older adult patients' dignity. *Journal of Advanced Nursing*, 45(1), 63–71.
<https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02861.x>
- Ruggeri, M., Leese, M., Thornicroft, G., Bisoffi, G., & Tansella, M. (2000). Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. *The British Journal of Psychiatry*, 177(2), 149–155. <https://doi.org/10.1192/bjp.177.2.149>
- Russell, D., Peplau, L. A., & Cutrona, C. E. (1980). The revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39(3), 472–480. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.39.3.472>
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719–727.
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.69.4.719>
- Salanova, M., Schaufeli, W. B., Martínez, I. M., & Bresó, E. (2006). El Cuestionario RED: Un instrumento para la evaluación de los recursos, emociones y demandas en el trabajo. *Revista de Psicología Social*, 21(1), 1–22.
<https://doi.org/10.1174/021347406775383107>
- Sales, A., Pardo, A., Mayordomo, T., Satorres-Pons, E., y Meléndez, J. C. (2015). Efectos de la terapia cognitivo-conductual sobre la depresión en personas mayores institucionalizadas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 20(2), 165-172.
<https://doi.org/10.5944/rppc.vol.20.num.2.2015.15170>
- Sánchez-Izquierdo, M., Santacreu, M., Olmos, R., & Fernández-Ballesteros, R. (2019). A training intervention to reduce paternalistic care and promote autonomy: a preliminary study. *Clinical interventions in aging*, 14, 1515–1525.
<https://doi.org/10.2147/CIA.S213644>
- Sandín, B., Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T. E., Santed, M. A., & Valiente, R. M. (1999). Escalas PANAS de afecto positivo y negativo: Validación factorial y convergencia transcultural. *Psicothema*, 11(1), 37–51. Recuperado de
<https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/7556>

- Sandín, B., Valiente, R. M., Chorot, P., Santed, M. A., & Lostao, L. (2008). SA-45: forma abreviada del SCL-90. *Psicothema*, 20(2), 290-296. Recuperado a partir de <https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/8657>
- Sanz, L. R., de Juanas Oliva, Á., & Antón, M. Á. P. (2024). Envejecimiento activo y enfermedad mental grave: desafíos y oportunidades socioeducativas. *Comunitania: Revista internacional de trabajo social y ciencias sociales*, (27), 93-117. DOI: <https://doi.org/10.5944/comunitania.27.5>
- Sarason, I. G., Sarason, B. R., Shearin, E. N., & Pierce, G. R. (1987). A brief measure of social support: Practical and theoretical implications. *Journal of Social and Personal Relationships*, 4(4), 497–510. <https://doi.org/10.1177/0265407587044007>
- Smart, E. L., Brown, L., Palmier-Claus, J., Raphael, J., & Berry, K. (2020). A systematic review of the effects of psychosocial interventions on social functioning for middle-aged and older-aged adults with severe mental illness. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 35(5), 449-462. <https://doi.org/10.1002/gps.5264>
- Smith, R., Weihs, K. L., Alkozei, A., Killgore, W. D. S., & Lane, R. D. (2019). An Embodied Neurocomputational Framework for Organically Integrating Biopsychosocial Processes: An Application to the Role of Social Support in Health and Disease. *Psychosomatic Medicine*, 81(2), 125–145. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000661>
- Seco-Lozano, L. (2022). Edadismo: la barrera invisible. *Enfermería Nefrológica*, 25(1), 7-9. <https://dx.doi.org/10.37551/s2254-28842022001>
- Sorrell, J. M., & Collier, E. (2011). Schizophrenia in older adults. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 49(11), 17-21. <https://doi.org/10.3928/02793695-20111004-04>
- Soylu, C., & Ozekes, B. C. (2023). Testing a model of biopsychosocial successful aging based on socioemotional selectivity theory in the second half of life. *International Psychogeriatrics*, 35(10), 549–559. <https://doi.org/10.1017/S1041610222001090>
- Tan, X. W., Seow, E., Abidin, E., Verma, S., Sim, K., Chong, S. A., & Subramaniam, M. (2019). Subjective quality of life among patients with schizophrenia spectrum

- disorder and patients with major depressive disorder. *BMC psychiatry*, 19, 1-10.
<https://doi.org/10.1186/s12888-019-2248-7>
- Thompson, L. Y., Snyder, C. R., Hoffman, L., Michael, S. T., Rasmussen, H. N., Billings, L. S., Heinze, L., Neufeld, J. E., Shorey, H. S., Roberts, J. C., & Roberts, D. E. (2005). Dispositional forgiveness of self, others, and situations. *Journal of Personality*, 73(2), 313–359. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2005.00311.x>
- Torres, P., Espinosa, M., Fuentealba, A., Riquelme, S., Molina, C. (2023). Revisión sistemática sobre creencias predominantes hacia las personas mayores (2018-2022). *Familia. Revista de Ciencia y Orientación familiar*, (61), 109-121.
<https://doi.org/10.36576/2660-9525.61.109>
- Vahia, I. V., & Cohen, C. I. (2007). Psychosocial interventions and successful aging: new paradigms for improving outcome for older schizophrenia patients?. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 15(12), 987-990.
<https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e31815ae35c>
- Vale, M. T., Stanley, J. T., Houston, M. L., Villalba, A. A., & Turner, J. R. (2020). Ageism and behavior change during a health pandemic: A preregistered study. *Frontiers in Psychology*, 11, Article 587911. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.587911>
- Valery, K. M., & Prouteau, A. (2020). Schizophrenia stigma in mental health professionals and associated factors: A systematic review. *Psychiatry research*, 290, 113068.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113068>
- Valiente, C., Espinosa, R., Contreras, A., Trucharte, A., Caballero, R., Peinado, V., Calderón, L., & Perdigón, A. (2022). A multicomponent positive psychology group intervention for people with severe psychiatric conditions; a randomized clinical trial. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 45(2), 103–113. <https://doi.org/10.1037/prj0000509>
- Van Citters, A. D., Pratt, S. I., Bartels, S. J., & Jeste, D. V. (2005). Evidence-based review of pharmacologic and nonpharmacologic treatments for older adults with schizophrenia. *Psychiatric Clinics*, 28(4), 913-939.
<https://doi.org/10.1016/j.psc.2005.08.001>

- Velasco, V., Suárez, G., Limones, M., Reyes, H. y Delgado, V. (2020). Creencias, estereotipos y prejuicios del adulto mayor hacia el envejecimiento. *European Journal of Health Research*, 6(1), 85-96. <https://doi.org/10.30552/ejhr.v6i1.20>
- Viejo García, R. (2020). ¿Qué convierte en «exitoso» al envejecimiento de éxito? : Reflexiones desde la bioética. *Revista Iberoamericana De Bioética*, (12), 01–15. <https://doi.org/10.14422/rib.i12.y2020.005>
- Villalón, F., Escaffi-Schwarz, M., & Correa, M. (2023). Validación del instrumento *Self-Compassion Scale* para valoración de la autocompasión en estudiantes y médicos en Chile. *Revista médica de Chile*, 151(2), 160–169. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872023000200160>
- Walker, V. G., & Harrison, T. C. (2024). Life course perspectives of aging with schizophrenia spectrum disorders in psychiatric and long-term care facilities. *The Gerontologist*, 64(5), gnad149. <https://doi.org/10.1093/geront/gnad149>
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). *Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063–1070. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.54.6.1063>
- Welford, C., Murphy, K., Rodgers, V., & Frauenlob, T. (2012). Autonomy for older people in residential care: A selective literature review. *International Journal of Older People Nursing*, 7(1), 65–69. <https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2012.00311.x>
- Whiteman, K. L., Naslund, J. A., DiNapoli, E. A., Bruce, M. L., & Bartels, S. J. (2016). Systematic Review of Integrated General Medical and Psychiatric Self-Management Interventions for Adults With Serious Mental Illness. *Psychiatric Services*, 67(11), 1213–1225. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201500521>
- Yang, S., Meredith, P., & Khan, A. (2015). Stress and burnout among healthcare professionals working in a mental health setting in Singapore. *Asian Journal of Psychiatry*, 15, 15–20. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2015.04.005>
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1982). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a

preliminary report. *Journal of psychiatric research*, 17(1), 37-49.

[https://doi.org/10.1016/0022-3956\(82\)90033-4](https://doi.org/10.1016/0022-3956(82)90033-4)

Anexos

Anexo 1. Hoja de información y consentimiento informado y confidencialidad para usuarios

ESTUDIO ANÁLISIS DE NECESIDADES Y BIENESTAR DE LAS PERSONAS MAYORES EN EL CENTRO SAN JUAN DE DIOS DE CIEMPOZUELOS

ANTECEDENTES DEL ESTUDIO. El envejecimiento de la población está aumentando la demanda de cuidados formales para personas mayores, particularmente aquellas con enfermedades físicas o mentales. En el Centro San Juan de Dios de Ciempozuelos, nos preocupamos por conocer el bienestar y las necesidades de las personas mayores residentes. Este estudio tiene como objetivo evaluar el bienestar general de las personas mayores en el centro, con el fin de entender sus necesidades y diseñar intervenciones futuras que mejoren su bienestar. Es fundamental contar con su opinión y experiencias para poder desarrollar programas de apoyo que respondan a sus verdaderas necesidades.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA. Su participación es completamente voluntaria. Puede decidir no participar o retirarse en cualquier momento, sin necesidad de justificar su decisión ni que esto le cause ninguna repercusión negativa.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO. El propósito de este estudio es conocer su nivel de bienestar y sus necesidades. Para ello, le pediremos que complete algunos cuestionarios. Estos cuestionarios recopilarán información sobre su estado emocional, su salud física, y otros aspectos que puedan influir en su bienestar general. La información recogida se utilizará para diseñar programas que puedan mejorar su bienestar.

BENEFICIOS Y RIESGOS DERIVADOS DE SU PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO. Con su participación, contribuirá a la mejora del bienestar de las personas mayores en el Centro San Juan de Dios. No se espera ningún riesgo derivado de su participación, ya que solo se trata de responder a los cuestionarios.

CONFIDENCIALIDAD Y RESPONSABILIDADES. El estudio se realizará bajo las indicaciones de la Declaración de Helsinki y según la legislación española vigente. Todos los datos recogidos para el estudio estarán identificados mediante un código y en ningún caso podrán relacionarse con usted. Las personas legitimadas podrán ejercer el derecho de acceso, rectificación, cancelación, oposición, olvido, limitación del tratamiento. El acceso a su información personal quedará restringido al equipo investigador del estudio cuando lo precisen para comprobar los datos y procedimientos del estudio, pero siempre manteniendo la confidencialidad de estos de acuerdo con la legislación vigente.

COMPENSACIÓN ECONÓMICA. No se le pedirá que incurra en ningún gasto por participar en este estudio, ni recibirá compensación económica por su participación.

OTRA INFORMACIÓN RELEVANTE. Si usted decide retirar el consentimiento para participar en este estudio, ningún dato nuevo será añadido.

CONTACTO. Si tiene alguna pregunta, puede preguntarlas ahora o más tarde, incluso después que el estudio haya comenzado. Si tiene alguna pregunta más adelante, puede contactar a la Dra. Macarena Sánchez-Izquierdo: msizquierdo@comillas.edu o a Jara Paredes: 202307436@alu.comillas.edu

Consentimiento Informado

Declaro que he leído y comprendido la información proporcionada en esta hoja informativa, y que he tenido la oportunidad de hacer preguntas, las cuales han sido respondidas satisfactoriamente. Entiendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme en cualquier momento sin necesidad de justificar mi decisión.

Nombre del participante: _____

Fecha: _____

Firma: _____

Anexo 2. Hoja de información y consentimiento informado y confidencialidad para profesionales de la salud

INSTRUCCIONES

El Departamento de Psicología de la Universidad Pontificia Comillas, en colaboración con el Centro San Juan de Dios de Ciempozuelos, ha iniciado este estudio para entender mejor las necesidades específicas de los profesionales que trabajan en el Centro San Juan de Dios de Ciempozuelos.

Su participación en este estudio es completamente voluntaria. Usted decide si quiere participar o no. Su participación consiste en rellenar una serie de cuestionarios. Puede rechazar participar o abandonar el estudio en cualquier momento que lo desee y no hay ningún tipo de consecuencia derivada de ello. Participar en este estudio no conlleva riesgos ni beneficios.

La información que se recoja en este proyecto de investigación se hará de manera confidencial, y nadie excepto las investigadoras tendrán acceso a ella. Todo el proceso de la investigación se realizará garantizando el anonimato de los participantes, y la voluntariedad de la participación. Los datos serán tratados de acuerdo con el Real Decreto-ley 5/2018, de 27 de julio, de medidas urgentes para la adaptación del Derecho español a la normativa de la Unión Europea en materia de protección de datos. Los datos recogidos solo estarán accesibles para las investigadoras del estudio.

Si tiene alguna pregunta, puede preguntarlas ahora o más tarde, incluso después que el estudio haya comenzado. Si tiene alguna pregunta más adelante, puede contactar a la Dra. Macarena Sánchez - Izquierdo: msizquierdo@comillas.edu o a Jara Paredes: 202307436@alu.comillas.edu

Declaro que he leído y comprendido la información proporcionada en esta hoja informativa, y que he tenido la oportunidad de hacer preguntas, las cuales han sido respondidas satisfactoriamente. Entiendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme en cualquier momento sin necesidad de justificar mi decisión.

Nombre del participante: _____

Fecha: _____

Firma: _____

Anexo 3. Cuestionario para los usuarios



CUESTIONARIO PARA PERSONAS MAYORES

Instrucciones

El Departamento de Psicología de la Universidad Pontificia Comillas, en colaboración con el Centro San Juan de Dios de Ciempozuelos, ha iniciado este estudio conocer el bienestar y las necesidades de las personas mayores residentes en el Centro de Ciempozuelos. Este estudio tiene como objetivo evaluar el bienestar general de las personas mayores en el centro, con el fin de entender sus necesidades y diseñar intervenciones futuras que mejoren su bienestar. Es fundamental contar con su opinión y experiencias para poder desarrollar programas de apoyo que respondan a sus verdaderas necesidades. Nos gustaría contar con su colaboración para cumplimentar algunas escalas. Por favor, intente contestar a todas las preguntas con **sinceridad** para garantizar que los resultados obtenidos reflejen lo mejor posible su realidad.

Resulta de gran importancia cumplimentar el cuestionario en su totalidad. Por favor, no deje preguntas sin contestar. Su participación es absolutamente voluntaria y **anónima** y se le garantiza la confidencialidad de las respuestas. Puede decidir no participar o

A continuación, se presentan algunas cuestiones generales. En las preguntas donde se presentan varias opciones de respuesta, **ponga una cruz en solo una respuesta**

1. Fecha de cumplimentación del cuestionario _____

2. Edad: _____ años

3. Sexo asignado al nacer:

- ☐ Hombre
- ☐ Mujer

4. ¿Cuál es su estado civil actual?

- ☐ Soltero/a
- ☐ Casado/a
- ☐ En una relación de pareja
- ☐ Divorciado/a
- ☐ Viudo/a
- ☐ Separado/a

5. ¿Cuál es su situación laboral actual?

- ☐ Trabajando
- ☐ Jubilado
- ☐ Desempleado
- ☐ Nunca he trabajado
- ☐ Con incapacidad laboral

6. ¿Cuál es su nivel de estudios terminados?

- ☐ Sé leer y escribir
- ☐ Graduado escolar
- ☐ Formación profesional
- ☐ Licenciatura/Grado
- ☐ Máster
- ☐ Doctorado

A continuación, le presentamos una lista de problemas que tiene la gente. Lea cada uno de ellos y marque su respuesta con una cruz en la casilla correspondiente, pensando en cómo se sintió, en qué medida ese problema le ha preocupado o molestado **durante la última semana** (7 días).

	Nada					Mucho				
La idea de que otra persona pueda controlar sus pensamientos	0	1	2	3	4					
Creer que la mayoría de sus problemas son culpa de los demás	0	1	2	3	4					
Sentir miedo con los espacios abiertos o en la calle.	0	1	2	3	4					
Oír voces que otras personas no oyen.	0	1	2	3	4					
La idea de que uno no se puede fiar de la mayoría de las personas	0	1	2	3	4					
Tener miedo de repente y sin razón	0	1	2	3	4					
Arrebatos de cólera o ataques de furia que no logra controlar.	0	1	2	3	4					
Miedo a salir del centro o unidad solo/a	0	1	2	3	4					
Sentirse solo/a	0	1	2	3	4					
Sentirse triste.	0	1	2	3	4					
No sentir interés por las cosas.	0	1	2	3	4					
Sentirse nervioso o con mucha ansiedad.	0	1	2	3	4					
Creer que los demás se dan cuenta de sus pensamientos.	0	1	2	3	4					
La sensación de que los demás no le comprenden o no le hacen caso.	0	1	2	3	4					
La impresión de que otras personas son poco amistosas o que usted no les gusta.	0	1	2	3	4					

Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro de que las hace bien.	0	1	2	3	4
Sentirse inferior a los demás.	0	1	2	3	4
Dolores musculares.	0	1	2	3	4
Sensación de que las otras personas le miran o hablan de usted	0	1	2	3	4
Tener que comprobar una y otra vez todo lo que hace	0	1	2	3	4
Tener dificultades para tomar decisiones.	0	1	2	3	4
Sentir miedo a viajar en autobús, metro o tren.	0	1	2	3	4
Sentir calor o frío de repente	0	1	2	3	4
Tener que evitar ciertos lugares o situaciones porque le dan miedo	0	1	2	3	4
Que se le quede la mente en blanco	0	1	2	3	4
Entumecimiento y hormigueo en alguna parte del cuerpo	0	1	2	3	4
Sentirse desesperanzado con respecto al futuro	0	1	2	3	4
Tener dificultades para concentrarse	0	1	2	3	4
Sentirse débil en alguna parte del cuerpo	0	1	2	3	4
Sentirse preocupado/a, tenso/a o agitado/a	0	1	2	3	4
Pesadez en los brazos o en las piernas	0	1	2	3	4
Sentirse incómodo cuando la gente le mira o habla acerca de usted	0	1	2	3	4
Tener pensamientos que no son suyos	0	1	2	3	4
Sentir el impulso de golpear, herir o hacer daño a alguien	0	1	2	3	4
Tener ganas de romper algo	0	1	2	3	4

Sentirse muy cohibido/a entre otras personas	0	1	2	3	4
Sentir miedo o ansiedad entre mucha gente (en una sala comunitaria, cuando se junta mucha gente en una celebración, etc.)	0	1	2	3	4
Ataques de terror o pánico	0	1	2	3	4
Tener discusiones frecuentes.	0	1	2	3	4
El que otros no le reconozcan adecuadamente sus logros	0	1	2	3	4
Sentirse inquieto/a o intranquilo/a	0	1	2	3	4
La sensación de ser un/a inútil o no valer nada.	0	1	2	3	4
Gritar o tirar cosas	0	1	2	3	4
La impresión de que la gente intentaría aprovecharse de usted si los dejara	0	1	2	3	4
La idea de que debería ser castigado/a por sus pecados	0	1	2	3	4

A continuación, se presentan palabras que describen diferentes sentimientos y/o emociones. Indique en qué medida usted generalmente, se siente así utilizando la siguiente escala

1: Nada; 2: Muy poco; 3: Algo; 4: Bastante; 5: Mucho

	Nada	Muy poco	Algo	Bastante	Mucho
Interesado/a por las cosas	1	2	3	4	5
Angustiado/a	1	2	3	4	5
Ilusionado/a o emocionado/a	1	2	3	4	5

Afectado/a	1	2	3	4	5
Fuerte	1	2	3	4	5
Culpable	1	2	3	4	5
Asustado/a	1	2	3	4	5
Agresivo/a	1	2	3	4	5
Entusiasmado/a	1	2	3	4	5
Satisfecho/a consigo mismo/a	1	2	3	4	5
Irritable	1	2	3	4	5
Despierto/a	1	2	3	4	5
Avergonzado/a	1	2	3	4	5
Inspirado/a	1	2	3	4	5
Nervioso/a	1	2	3	4	5
Decidido/a	1	2	3	4	5
Concentrado/a	1	2	3	4	5
Agitado/a	1	2	3	4	5
Activo/a	1	2	3	4	5
Miedoso/a	1	2	3	4	5

Indique en qué grado **le describen a usted** cada una de las afirmaciones siguientes

Nunca Raramente En A menudo
ocasionales

Sintonizo (me llevo bien) con la gente que me rodea

1 2 3 4

Pienso que realmente nadie me conoce bien	1	2	3	4
Puedo encontrar compañía cuando lo necesito	1	2	3	4
La gente está a mi alrededor, pero no siento que esté conmigo	1	2	3	4

Las siguientes preguntas se refieren a personas de su entorno que le proporcionan ayuda o apoyo. En cada cuestión indique, en primer lugar, **con cuantas personas puede contar** para ayudarle (no más de 9 en cada caso). En segundo lugar, marque **el grado de satisfacción** general que tiene con el apoyo recibido en cada cuestión, según los siguientes criterios:

B: Bastante satisfecho

C: Poco satisfecho

A: Muy satisfecho

D: Un poco satisfecho

E: Bastante insatisfecho

F: Muy insatisfecho

1 Contar con alguien para distraerse de sus preocupaciones cuando se siente agobiado.....

A	B	C	D	E	F
---	---	---	---	---	---

Número de personas:

2 Contar para ayudarle a sentirse más relajado cuando está bajo tensión o presión

A	B	C	D	E	F
---	---	---	---	---	---

Número de personas:

3 Alguien que le acepte totalmente, con sus peores y mejores cualidades.....	A	B	C	D	E	F
Número de personas:						
4 Contar con alguien para cuidarle, a pesar de todo lo que le está sucediendo.....	A	B	C	D	E	F
Número de personas:						
5 Alguien que le ayude a encontrarse mejor cuando se siente realmente deprimido.....	A	B	C	D	E	F
Número de personas:						
6 Alguien que le consuele cuando está muy disgustado.....	A	B	C	D	E	F
Número de personas:						

A continuación, aparecen algunas afirmaciones sobre sentimientos y pensamientos. Por favor, señale la casilla que mejor describa cómo se ha sentido durante **las últimas 2 semanas**

	Nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Siempre o casi siempre
Me he sentido optimista respecto al futuro	1	2	3	4	5
Me he sentido útil	1	2	3	4	5

Me he sentido relajado/a	1	2	3	4	5
He afrontado bien los problemas	1	2	3	4	5
He podido pensar con claridad	1	2	3	4	5
Me he sentido cercano/a los demás	1	2	3	4	5
He sido capaz de tomar mis propias decisiones	1	2	3	4	5

Por favor, marque con una X el número (1 al 7) que corresponda y que **refleje mejor la verdad sobre usted mismo/a**. Observe que los números representan desde un sentimiento extremo hasta su contrario y al centro se encuentra la posición neutra, que significa que no se inclina hacia ninguno de los dos lados (4 es neutro)

1- Generalmente me encuentro:

1 Completamente aburrido	2	3	4	5	6	7 Exhuberante, entusiasmado
--------------------------------	---	---	---	---	---	--------------------------------

2- La vida me parece:

1 Completamente rutinaria	2	3	4	5	6	7 Siempre emocionante
---------------------------------	---	---	---	---	---	-----------------------------

3- En la vida tengo:

1 Ninguna meta o anhelo	2	3	4	5	6	7 Muchas metas y anhelos definidos
----------------------------------	---	---	---	---	---	---

4- Cada día es:

1 Exactamente igual	2	3	4	5	6	7 Siempre nuevo y diferente
---------------------------	---	---	---	---	---	--------------------------------------

5- Si pudiera elegir:

1 Nunca habría nacido	2	3	4	5	6	7 Tendría otras nueve vidas iguales a esta
--------------------------------	---	---	---	---	---	---

6- Después de retirarme:

1 Holgazanearía el resto de mi vida	2	3	4	5	6	7 Haría las cosas emocionantes que siempre deseé realizar
--	---	---	---	---	---	---

7- Mi vida es:

1 Vacía y llena de desesperación	2	3	4	5	6	7 Un conjunto de cosas buenas y emocionantes
---	---	---	---	---	---	---

8-Al pensar en mi propia vida:

1 Me pregunto	2	3	4	5	6	7 Siempre encuentro
---------------------	---	---	---	---	---	---------------------------

a menudo la razón por la que existo						razones para vivir
--	--	--	--	--	--	-----------------------

9- Considero que mi capacidad para encontrar un significado, un propósito en la vida es:

1 Prácticamente nula	2	3	4	5	6	7 Muy grande
--------------------------------	---	---	---	---	---	---------------------

10- He descubierto:

1 Ninguna misión o propósito en mi vida	2	3	4	5	6	7 Metas claras y un propósito satisfactorio para mi vida
---	---	---	---	---	---	--

Por favor, ahora responda a las siguientes afirmaciones referentes a **la percepción que tiene de su vida y de su propio envejecimiento**

A medida que envejezco las cosas me parecen peor	SI	NO
--	----	----

Tengo tanta energía como el año pasado	SI	NO
--	----	----

Siento que según me voy haciendo mayor soy menos útil	SI	NO
---	----	----

Ahora soy tan feliz como cuando era joven	SI	NO
---	----	----

Las cosas están mejorando a medida que cumpla años	SI	NO
--	----	----

Lea cada frase y marque la respuesta que más se ajusta a cómo se siente **en este momento**

	SI	NO
¿Está básicamente satisfecho con su vida?	0	1
¿Ha renunciado a muchas de sus actividades y pasatiempos?	1	0
¿Siente que su vida está vacía?	1	0
¿Se encuentra a menudo aburrido?	1	0
¿Se encuentra alegre y optimista, con buen ánimo casi todo el tiempo?	0	1
¿Teme que le vaya a pasar algo malo?	1	0
¿Se siente feliz, contento la mayor parte del tiempo?	0	1
¿Se siente a menudo desamparado, desvalido, indeciso?	1	0
¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?	1	0
¿Le da la impresión de que tiene más fallos de memoria que los demás?	1	0
¿Cree que es agradable estar vivo?	0	1
¿Se le hace duro empezar nuevos proyectos?	1	0
¿Se siente lleno de energía?	0	1
¿Siente que su situación es angustiosa, desesperada?	1	0
¿Cree que la mayoría de la gente vive económicamente mejor que usted?	1	0

1. En una escala del 1 al 10, califique su **propio grado de envejecimiento exitoso**, donde 1 significa "menos exitoso" y 10 significa "más exitoso":

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada exitoso									Muy exitoso

2. Indique su nivel de acuerdo con la siguiente afirmación: **“Estoy envejeciendo bien”**, utilizando la siguiente escala:

1	2	3	4	5
Definitivamente falso	Mayormente falso	Ni verdadero ni falso	Mayormente verdadero	Definitivamente verdadero

3. ¿Cuántos **años** sientes que tienes **físicamente**? _____

4. ¿Cuántos **años** sientes que tienes **mentalmente**? _____

HA FINALIZADO EL CUESTIONARIO

Anexo 4. Cuestionario para los profesionales de la salud



CUESTIONARIO PARA PROFESIONALES

Instrucciones

El Departamento de Psicología de la Universidad Pontificia Comillas, en colaboración con el Centro San Juan de Dios de Ciempozuelos, ha iniciado este estudio para entender mejor las necesidades específicas de los profesionales que trabajan en el Centro San Juan de Dios de Ciempozuelos. Su participación en este estudio es completamente voluntaria. Usted decide si quiere participar o no. Su participación consiste en rellenar una serie de cuestionarios. Puede rechazar participar o abandonar el estudio en cualquier momento que lo desee y no hay ningún tipo de consecuencia derivada de ello. Participar en este estudio no conlleva riesgos ni beneficios. La Información que se recoja en este proyecto de investigación se hará de manera confidencial, y nadie excepto las investigadoras tendrán acceso a ella. Todo el proceso de la investigación se realizará garantizando el anonimato de los participantes, y la voluntariedad de la participación. Los datos serán tratados de acuerdo con el Real Decreto-ley 5/2018, de 27 de julio, de medidas urgentes para la adaptación del Derecho español a la normativa de la Unión Europea en materia de protección de datos. Los datos recogidos solo estarán accesibles para las investigadoras del estudio. Si tiene alguna pregunta, puede preguntarlas ahora o más tarde, incluso después que el estudio haya comenzado. Si tiene alguna pregunta más adelante, puede contactar a la Dra. Macarena Sánchez-Izquierdo: msizquierdo@comillas.edu o a Jara Paredes: 202307436@alu.comillas.edu Declaro que he leído y comprendido la información proporcionada en esta hoja informativa, y que he tenido la oportunidad de hacer preguntas, las cuales han sido respondidas satisfactoriamente. Entiendo que mi participación es

² voluntaria y que puedo retirarme en cualquier momento sin necesidad de justificar mi decisión.

Nombre del participante: _____

Fecha: _____ Firma: _____

A continuación, se presentan algunas cuestiones generales. En las preguntas donde se presentan varias opciones de respuesta, **ponga una cruz en solo una respuesta**

Fecha de cumplimentación del cuestionario

Edad: _____ años

Sexo asignado al nacer:

- ☐ Hombre
☐ Mujer

Nacionalidad

- ☐ Española
☐ Española y otra
☐ Otra nacionalidad

Si tiene nacionalidad extranjera, ya sea doble o única. ¿Cuál? _____

¿Cuál es su estado civil actual?

- ☐ Soltero/a
☐ Casado/a
☐ En una relación de pareja
☐ Divorciado/a
☐ Viudo/a
☐ Separado/a

¿Cuántos hijos menores de 16 años o personas dependientes tiene actualmente a su cuidado?

- ☐ Ninguno
☐ Tengo a mi cargo _____ personas

¿Cuántos años de experiencia profesional tiene en el campo de la atención a personas mayores con TMG o con adultos con TMG? _____

¿Cuántos días a la semana trabaja en el centro? _____

¿Qué turno de trabajo tiene habitualmente?

- ☐ Mañana
☐ Tarde
☐ Noche
☐ Rotatorio

Cuál es su rol profesional en el centro?

- ☐ Director/ a
☐ Médico
☐ Enfermera
☐ Auxiliar de geriatría
☐ Gerocultor/ a
☐ Gobernanta
☐ Recepcionista
☐ Limpiador/ a
☐ Fisioterapeuta
☐ Terapeuta Ocupacional
☐ Psicólogo

7. En qué unidad trabaja? _____

En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia le han supuesto una molestia los siguientes problemas? Marque con una X para indicar su respuesta

	De ningún modo	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1 Sentirse nervioso o ansioso				
2 No poder parar o controlar las preocupaciones				
3 El poco interés o placer en hacer las cosas				

4	Sentirte deprimido o desesperado				
---	-------------------------------------	--	--	--	--

Señale con qué frecuencia su trabajo actual le plantea las siguientes demandas profesionales.

Nunca	Casi nunca	Raramente	Algunas veces	Bastante	Con frecuencia	Siempre
0	1	2	3	4	5	6
Nunca	Un par de veces al año	Una vez al mes	Un par de veces al mes	Una vez a la semana	Un par de veces a la semana	Todos los días

Trabajemos 'contra reloj'	0	1	2	3	4	5	6
Tengamos más trabajo del que podemos hacer	0	1	2	3	4	5	6
Hagamos el trabajo de cada día, pero siempre sin 'tiempo'	0	1	2	3	4	5	6
Prestemos mucha atención y concentración en nuestras tareas	0	1	2	3	4	5	6
Estemos pendientes y tengamos que recordar muchas cosas a la vez	0	1	2	3	4	5	6
Trabajemos con mucha información escrita y muchos datos	0	1	2	3	4	5	6
Afrontemos problemas con la gente con la que trabajamos, de forma objetiva y directa	0	1	2	3	4	5	6
Tratemos con personas de carácter difícil o especial	0	1	2	3	4	5	6
Tengamos que persuadir o convencer a otros/as	0	1	2	3	4	5	6

Las siguientes preguntas se refieren a personas de su entorno que le proporcionan ayuda o apoyo. En cada cuestión indique, en primer lugar, con cuantas personas puede contar para ayudarle (no más de 9 en cada caso). En segundo lugar, marque el grado de satisfacción general que tiene con el apoyo recibido en cada cuestión, según los siguientes criterios

	A	B	C	D	E	F
1 Contar con alguien para distraerse de sus preocupaciones cuando se siente agobiado.....	6	5	4	3	2	1
Número de personas:						
2 Contar para ayudarlo a sentirse más relajado cuando está bajo tensión o presión	6	5	4	3	2	1
Número de personas:						
3 Alguien que le acepte totalmente, con sus peores y mejores cualidades.....	6	5	4	3	2	1
Número de personas:						
4 Contar con alguien para cuidarlo, a pesar de todo lo que le está sucediendo.....	6	5	4	3	2	1
Número de personas:						

5 Alguien que le ayude a encontrarse mejor cuando se siente

realmente

6 5 4 3 2 1

deprimido.....

Número de personas:

6 Alguien que le consuele cuando está muy

disgustado.....

6 5 4 3 2 1

Número de personas:

A continuación, aparecen algunas afirmaciones sobre sentimientos y pensamientos. Por favor, señale la casilla que mejor describa cómo se ha sentido durante las últimas 2 semanas

	Nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Siempre o casi siempre
Me he sentido optimista respecto al futuro	1	2	3	4	5
Me he sentido útil	1	2	3	4	5
Me he sentido relajado/a	1	2	3	4	5
He afrontado bien los problemas	1	2	3	4	5
He podido pensar con claridad	1	2	3	4	5
Me he sentido cercano/a los demás	1	2	3	4	5

He sido capaz de tomar mis 1 2 3 4 5
propias decisiones

Por favor, marque con una X el número (1 al 7) que corresponda y que **refleje mejor la verdad sobre usted mismo/a**. Observe que los números representan desde un sentimiento extremo hasta su contrario y al centro se encuentra la posición neutra,

1- Generalmente me encuentro:

1	2	3	4	5	6	7
Completamente aburrido						Exhuberante, entusiasmado

2- La vida me parece:

1	2	3	4	5	6	7
Completamente rutinaria						Siempre emocionante

3- En la vida tengo:

1	2	3	4	5	6	7
Ninguna meta o anhelo						Muchas metas y anhelos definidos

4- Cada día es:

1	2	3	4	5	6	7
Exactamente igual						Siempre nuevo y diferente

5- Si pudiera elegir:

1	2	3	4	5	6	7
Nunca habría nacido						Tendría otras nueve vidas iguales a esta

6- Después de retirarme:

1	2	3	4	5	6	7
Holgazanearía el resto de mi vida						Haría las cosas emocionantes que siempre deseé realizar

7- Mi vida es:

1	2	3	4	5	6	7
Vacía y llena de desesperación						Un conjunto de cosas buenas y emocionantes

8-Al pensar en mi propia vida:

1	2	3	4	5	6	7
Me pregunto a menudo la razón por la que existo						Siempre encuentro razones para vivir

9- Considero que mi capacidad para encontrar un significado, un propósito en la vida es:

1	2	3	4	5	6	7
Prácticamente nula						Muy grande

10- He descubierto:

1	2	3	4	5	6	7
Ninguna misión o propósito en mi vida						Metas claras y un propósito satisfactorio para mi vida

Para contestar las preguntas lea cuidadosamente el enunciado y escoja solo una respuesta marcando con una "X" sobre la opción con la cual esté de acuerdo o pertenezca. Agradecemos su colaboración y honestidad en el desarrollo de la prueba. A lo largo de la encuesta, le haremos una serie de preguntas sobre distintos aspectos de la organización. La escala de respuestas es la siguiente:

1-Totalmente en desacuerdo

2-En desacuerdo

3-Algunas veces

4-De acuerdo

5-Totalmente de acuerdo

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Algunas veces	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1 Si alguien tiene un rato libre y hay un compañero	1	2	3	4	5

trabajando, le suele echar
una mano

2 Se siente un ambiente tenso

entre los distintos roles 1 2 3 4 5
profesionales

3 La gente de mi centro está
muy unida

1 2 3 4 5

4 En el centro se respira un
ambiente amistoso

1 2 3 4 5

5 En general, nos sentimos
orgullosos de formar parte del
equipo

1 2 3 4 5

6 Si existe un conflicto, nos
sentamos a resolverlo

1 2 3 4 5

7 La gente de mi centro se
suele ayudar en el trabajo

1 2 3 4 5

Atendiendo a cómo usted se siente respecto a distintos aspectos en el ámbito de su trabajo, se presentan varias opciones (Muy satisfecho, satisfecho, moderadamente satisfecho, ni satisfecho ni insatisfecho, moderadamente insatisfecho, insatisfecho y muy insatisfecho) entre las que usted se posicionará, marcando con una X aquella casilla que mejor represente su parecer

	insatisfecho		insatisfecho	satisfecho ni insatisfecho	satisfecho		satisfecho
1 Condiciones físicas del trabajo	1	2	3	4	5	6	7
2 Libertad para elegir su propio método de trabajo	1	2	3	4	5	6	7

3 Sus compañeros de trabajo	1	2	3	4	5	6	7
4 Reconocimiento que obtiene por el trabajo bien hecho	1	2	3	4	5	6	7
5 Su superior inmediato	1	2	3	4	5	6	7
6 Responsabilidad que se le ha asignado	1	2	3	4	5	6	7
7 Su salario	1	2	3	4	5	6	7
8 La posibilidad de utilizar sus capacidades	1	2	3	4	5	6	7
9 Relaciones entre dirección y trabajadores en su empresa	1	2	3	4	5	6	7
10 Sus posibilidades de promocionar	1	2	3	4	5	6	7
11 El modo en que su empresa está gestionada	1	2	3	4	5	6	7
12 La atención que se presta a las sugerencias que hace	1	2	3	4	5	6	7
13 Su horario de trabajo	1	2	3	4	5	6	7

14 La variedad de tareas que realiza en su trabajo	1	2	3	4	5	6	7
15 Su estabilidad en el empleo	1	2	3	4	5	6	7

Por favor, ahora responda a las siguientes afirmaciones referentes a **la percepción que tiene de su vida y de su propio envejecimiento**

A medida que envejezco las cosas me parecen peor	SI	NO
Tengo tanta energía como el año pasado	SI	NO
Siento que según me voy haciendo mayor soy menos útil	SI	NO
Ahora soy tan feliz como cuando era joven	SI	NO
Las cosas están mejorando a medida que cumplo años	SI	NO

Por favor, antes de responder, lea atentamente las siguientes afirmaciones. Rodee la puntuación de cada ítem, indicando con qué frecuencia actúa en la forma señalada, empleando la siguiente escala

	1 Casi Nunca	2	3	4	5 Casi Siempre
Cuando fallo en algo importante para mí, me consumen los sentimientos de ineficacia.					
Trato de ser comprensivo y paciente con aquellos aspectos de mi personalidad que no me gustan.					
Cuando me sucede algo doloroso trato de mantener una visión equilibrada de la situación.					
Cuando estoy bajo/a de ánimo, tiendo a pensar que la mayoría de la gente es probablemente más feliz que yo.					
Trato de ver mis defectos como parte de la condición humana.					
Cuando lo estoy pasando verdaderamente mal, me doy el cuidado y el cariño que necesito.					
Cuando algo me disgusta, trato de mantener mis emociones en equilibrio.					
Cuando fallo en algo que es importante para mí, tiendo a sentirme solo en mi fracaso.					
Cuando me siento bajo/a de ánimo, tiendo a obsesionarme y fijarme en todo lo que va mal.					
Cuando me siento incapaz de alguna manera, trato de recordarme que casi todas las personas comparten sentimientos de incapacidad.					

Desapruebo mis propios defectos e incapacidades y soy crítico/a respecto a ellos.					
Soy intolerante e impaciente con aquellos aspectos de mi personalidad que no me gustan.					

En el curso de nuestra vida pueden surgir eventos negativos como resultado de nuestra propia acción, las acciones de otro/s, o por Circunstancias fuera de nuestro control.

Durante algún tiempo después del evento, puede que aún guardemos sentimientos o pensamientos negativos sobre nosotros mismos, las otras personas o la situación. Piense sobre cómo típicamente usted reacciona a tales eventos negativos.

En el espacio que sigue a cada frase, marque (según la escala de 7 puntos abajo), el

Por favor, sea lo más sincero/a posible con sus respuestas.

1	2	3	4	5	6	7
Casi siempre falso para mi		Más bien falso para mi		Más bien cierto para mi		Casi siempre cierto para mi

	1	2	3	4	5	6	7
Me guardo rencor a mí mismo/a por las cosas negativas que he hecho.							

Me resulta realmente difícil aceptarme cuando he cometido un error							
No dejo de criticarme por las cosas negativas que he sentido, pensado, dicho o hecho							
No dejo de castigar a alguien que ha hecho algo que creo que es incorrecto							
Sigo haciéndole la vida difícil a las personas que me hayan herido							
Me quedo pensando mal de quien me haya maltratado							
Cuando suceden cosas malas por razones que no se pueden controlar, me quedo estancado/a en pensamientos negativos sobre el evento							
Si me siento decepcionado/a por circunstancias incontrolables en mi vida, no puedo dejar de pensar negativamente en ellas							

Mediante estas frases se pretende conocer su opinión sobre algunas cuestiones relativas al trato con las personas mayores. Por favor, **puntúe en qué medida está de acuerdo con las siguientes afirmaciones** en una escala de 1 (nada de acuerdo) a 4 (totalmente de acuerdo).

Si el ítem **responde al funcionamiento de su centro**, responda SI, en caso contrario responda NO

Cuestionario de Opinión sobre Cuidados y su Ocurrencia (COCO)		Grado de acuerdo				¿Ocurre así en su centro?	
		1	2	3	4	SI	NO
1	Al hablar con personas mayores debe elevarse el tono de voz.						
2	Aunque la persona mayor se oponga, quien le cuida debe hacer lo que piensa que es mejor para su salud.						
3	Cuando la medicación está decidida por el médico puede dársele a través de la comida a la persona mayor.						
4	Cuando se observa que la persona mayor tarda o le cuesta terminar una frase debe tomarse la palabra por él/ella.						
5	Cuando se observa que ciertas visitas perturban al mayor deben impedirse.						
6	Debería permitirse a una persona mayor elegir el tratamiento que piensa que es mejor.						
7	Hay que medicar a la persona mayor cuando se encuentre nerviosa.						
8	La persona mayor debe ser quien decida someterse o no a una intervención quirúrgica.						
9	Si una persona mayor descuida su salud, la persona que la cuida debe tomar las decisiones sobre su tratamiento.						
10	En caso de demencia, debe hacerse lo que se cree que es mejor para la salud de la persona mayor.						

Cuestionario de Opinión sobre Cuidados y su Ocurrencia (COCO)		Grado de acuerdo				¿Ocurre así en su centro?	
		1	2	3	4	SI	NO
11	Cuando sea necesario, hay que insistir a la persona mayor a seguir el tratamiento propuesto por el médico y si se resiste, hacerlo sin que se dé cuenta.						
12	En ocasiones es necesario utilizar sujeciones.						
13	Si hubiera que cambiar la rutina diaria de una persona mayor, tendría que explicársele detenidamente por qué.						

Cuestionario de Opinión sobre Cuidados y su Ocurrencia (COCO)		Grado de acuerdo				¿Ocurre así en su centro?	
		1	2	3	4	SI	NO
14	Es importante explicar a la persona mayor la necesidad de seguir un tratamiento propuesto por el médico.						
15	Cuando una persona mayor descuida los elementos esenciales de su vida diaria hay que decidir qué es lo mejor para ella.						
16	Cuando una persona mayor no puede cuidarse a sí misma, tampoco puede tomar decisiones sobre cómo tiene que ser cuidada.						
17	Las personas mayores deben tener la oportunidad de elegir las actividades a realizar cada día.						
18	Se debe insistir en que la persona mayor se coma todo antes de levantarse de la mesa.						
19	La persona mayor debe poder elegir lo que desea para comer.						
20	Para evitar accidentes la persona mayor debe estar supervisada.						
21	Si la persona mayor presenta deterioro cognitivo se deben tomar decisiones sobre ella, independientemente de lo que prefiera.						
22	Para que el mayor acceda a distintos servicios, los trámites administrativos los debe realizar el familiar.						
23	Las pautas de cuidado (protocolos) deben ser cumplidas a rajatabla.						
24	Si se percibe algo peligroso en la vivienda o apartamento de la persona mayor, deben hacerse los cambios pertinentes.						
25	Se deben tomar todas las decisiones sobre la vida diaria de las personas mayores que se consideren mejor para ellas.						

Cuestionario de Opinión sobre Cuidados y su Ocurrencia (COCO)		Grado de acuerdo				¿Ocurre así en su centro?	
		1	2	3	4	SI	NO
26	Si la persona mayor no se preocupa por comer de forma saludable debe decidirse lo qué debe comer.						
27	Se debe impedir cualquier actividad peligrosa que la persona mayor decida hacer.						
28	En cuestiones económicas la persona mayor debe ser supervisada.						
29	Es mejor explicar al familiar que acompaña a la persona mayor lo que debe hacer sobre su salud o sobre su cuidado.						
30	Se debe hacer por la persona mayor todo aquello que el mayor realice con dificultad						

A continuación, encontrará una serie de características que definen a las personas.

No estamos interesados en su opinión personal sino **en qué medida cree que estas características se usan para describir al grupo de jóvenes y mayores en ESPAÑA**. Por favor, responda marcando desde 1 (nada característico) a 7 (muy característico)

	MAYORES						
	Nada			Mucho			
Competentes	1	2	3	4	5	6	7
Seguros/as de sí mismos/as	1	2	3	4	5	6	7
Independientes	1	2	3	4	5	6	7
Competitivos/as	1	2	3	4	5	6	7
Inteligentes	1	2	3	4	5	6	7
Tolerantes	1	2	3	4	5	6	7
Sociables	1	2	3	4	5	6	7
Con buenas intenciones	1	2	3	4	5	6	7
Sinceros/as	1	2	3	4	5	6	7

HA FINALIZADO EL CUESTIONARIO