



Universidad de Valladolid

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES, JURÍDICAS Y DE LA
COMUNICACIÓN

Grado en Administración y Dirección de Empresas

TRABAJO DE FIN DE GRADO

**EL BIENESTAR SUBJETIVO Y SU RELACIÓN CON LA
SALUD. UN ANÁLISIS PARA ESPAÑA.**

Presentado por Carmen García Vigara

Tutelado por Noelia Somarriba Arechavala

Segovia, a 22 de Junio de 2015.

ÍNDICE:

INTRODUCCIÓN

1. EL BIENESTAR DESDE EL PUNTO DE VISTA ECONÓMICO

1.1 El bienestar subjetivo como objeto de estudio: definición y características

1.1.1 Definición de bienestar y otros conceptos análogos.

1.1.2 El bienestar subjetivo y sus determinantes más allá de la renta.

1.2 Reseña histórica de la investigación sobre el bienestar subjetivo

1.2.1 La Economía de la Felicidad.

1.2.2 Enfoque de las Capacidades.

1.2.3 Consumo y bienestar.

2. LA SALUD Y SU RELACIÓN CON LA CALIDAD DE VIDA

3. ANÁLISIS EMPÍRICO: LA CALIDAD DE VIDA Y EL BIENESTAR SUBJETIVO EN ESPAÑA.

3.1 La Encuesta Europea de Calidad de Vida (EQLS): Descripción

3.2 Análisis estadístico

3.2.1 Descripción de la muestra

3.2.2 Análisis el bienestar subjetivo y la satisfacción con la vida

3.2.2.1 Existencia de diferencia de medias en cuanto a la satisfacción con la vida de hombres y mujeres.

3.2.2.2 Existencia de diferencia entre la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) para hombres y mujeres.

3.2.2.3 Existencia de una posible correlación entre satisfacción con la vida y CVRS.

3.2.2.4 Existencia de diferencia de medias en personas con enfermedades crónicas para felicidad, satisfacción con la vida y CVRS.

3.2.2.5 Existencia de correlación entre felicidad, CVRS y satisfacción con la vida.

3.2.3 Situación económica

3.2.3.1 Analizar si la situación económica pasada está relacionada con las previsiones futuras del individuo.

4. CONCLUSIONES

5. BIBLIOGRAFÍA

Introducción

INTRODUCCIÓN

El bienestar subjetivo ha sido objeto de estudio desde el siglo IV a.C., por numerosos filósofos como Aristóteles o Epicuro que perseguían alcanzar la felicidad y el bienestar máximo, que era la motivación suprema del ser humano. El bienestar, en sus orígenes de investigación se entendía como algo relacionado únicamente con la renta y la riqueza o la falta de esta. Existía un conflicto por incluir variables subjetivas dentro del análisis, ya que había cierto recelo sobre la forma en que se podrían medir dichas variables.

Con el paso del tiempo se fue viendo que no sólo era un concepto objetivo, sino que existían otros muchos factores influyentes, lo que lo hacía un término mucho más global. Actualmente, se ha estudiado y comprobado que engloba muchos factores más allá de los materiales, idea defendida por autores como Rojas (2007) o Haybron (2003), entre otros.

Para medir el bienestar subjetivo, se pregunta al individuo por su felicidad y satisfacción con la vida, para así a través de los datos obtenidos elaborar hipótesis y metodologías de análisis. Según Rojas (2009) este concepto se puede, por tanto abordar desde tres puntos de vista:

- Como una experiencia cognitiva: la cual se manifiesta en logros y fracasos, en alcanzar metas u objetivos. Por tanto, hay bienestar si esos logros son mayores que los fracasos.
- Experiencia afectiva: se centra en el disfrute y el sufrimiento en relación con las emociones, el estado de ánimo del individuo... por tanto, hay bienestar si esos sentimientos y emociones son positivos y no negativos, o los positivos son mayores que los negativos.
- Experiencia hedónica: se mide a través de los placeres y dolores que siente el individuo y se basa más en los sentidos, en las sensaciones del ser humano. Estos tres puntos de vista del bienestar, no son excluyentes sino que son complementarios. Por otro lado, el bienestar subjetivo es dependiente de cada persona, como dice Veenhoven (1991,1996) no hay mejor manera de medir el bienestar que preguntando al propio individuo.

El trabajo se estructura de la siguiente forma:

Tras esta breve introducción al tema en el capítulo 1, se definirá el concepto de bienestar subjetivo, estudiaremos sus características, las diferentes formas de medirlo y se realizará una revisión bibliográfica sobre el tema acompañado de una reseña histórica. En el segundo capítulo procederemos a ver la relación existente entre el bienestar subjetivo y la calidad de vida, en una dimensión concreta como es la salud, veremos cómo se relacionan y la importancia de la salud en ese concepto. En el último capítulo haremos un análisis empírico a partir de los datos de la Encuesta Europea de Calidad de Vida (EQLS) del año 2012 sobre el bienestar subjetivo. El trabajo termina con un apartado con las principales conclusiones y la bibliografía empleada en su elaboración.

Sobre la relación con el Grado de Administración y Dirección de Empresas, adoptaremos un enfoque económico a la hora de profundizar sobre el concepto de bienestar subjetivo. Cabe destacar la importancia de la estadística y la econometría

principalmente en los análisis de los datos empíricos, ya que vamos a realizar contrastes de hipótesis, estudios de frecuencias... todo ello a través de un programa informático como es el SPSS.

En cuanto al tema elegido, el bienestar subjetivo, en las últimas décadas ha cobrado una especial importancia y es un tema de actualidad a raíz de la actual crisis. Ya esta última ha afectado a la mayoría de la población europea, en general, y muy en particular a la población española. Uno de los objetivos de este estudio es ver cómo ha afectado la crisis a los niveles de **bienestar subjetivo de la población española.** Gracias a que la encuesta empleada hace incidencia en este tema, podemos realizar un estudio de las variables y el impacto de la crisis sobre los individuos.

Algunos de los principales objetivos que perseguimos son:

- Analizar si existen diferencias significativas en los niveles de satisfacción con la vida de hombres y mujeres.
- Contrastar si existen diferencias en la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) para hombres y mujeres.
- Si existe correlación entre la satisfacción con la vida, la CVRS y la felicidad.
- Si existe independencia entre la situación económica pasada está relacionada con las previsiones futuras del individuo.

- 1. El bienestar subjetivo desde un punto de vista económico.**

1. EL BIENESTAR SUBJETIVO DESDE EL PUNTO DE VISTA ECONÓMICO.

1.1 El bienestar subjetivo como objeto de estudio: definición y características.

1.1.1 Definición de bienestar y otros conceptos análogos.

A continuación se darán unas breves pinceladas a conceptos como el bienestar, bienestar subjetivo y/o la felicidad:

La Real Academia Española define el bienestar bajo las siguientes tres acepciones:

1. Conjunto de las cosas necesarias para vivir bien.
2. Vida holgada o abastecida de cuanto conduce a pasarlo bien y con tranquilidad.
3. Estado de la persona en el que se le hace sensible el buen funcionamiento de su actividad somática y psíquica.

Por tanto, entendemos a través de esta definición que el bienestar es un estado en el que el individuo se encuentra satisfecho con su entorno.

El bienestar se puede medir de dos maneras:

- Medición objetiva: es aquella que mide hechos y datos empíricos, como puede ser la riqueza del individuo, su edad, su estado civil...
- Medición subjetiva: es la impresión que tiene el individuo de ciertos aspectos de su vida. Busca medir el nivel de felicidad, el nivel de satisfacción con su vida y por tanto el bienestar subjetivo del individuo. Se puede estudiar a través de la realización de encuestas. Esta última, es aquella en la que vamos a centrar nuestro estudio.

El bienestar subjetivo comúnmente engloba aquello que sienten y piensan las personas sobre su situación. Diener y Diener (1995) lo definen bajo tres aspectos:

- Como la valoración que hace el individuo de su propia vida, pero medido en aspectos positivos.
- Se da cuando los sentimientos positivos superan a los negativos.
- Es concebida como una virtud o gracia, esta última se entiende más como una cualidad.

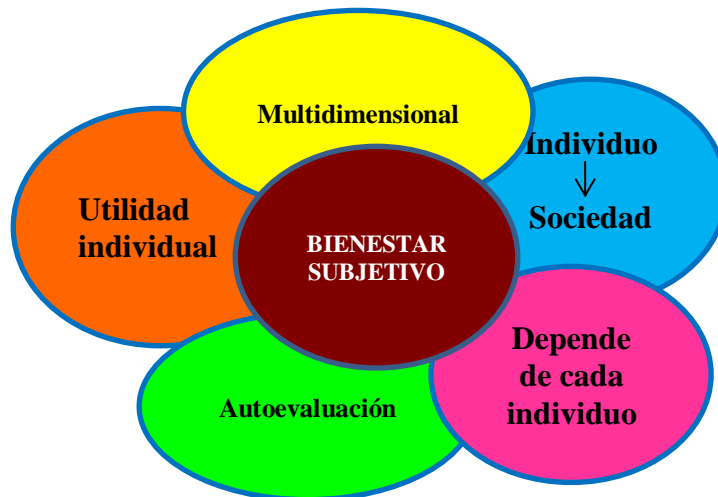
Según Rojas (2007, p: 1-14) el bienestar subjetivo se basa en seis características:

- *“Utiliza el bienestar declarado por la persona”*, se obtiene preguntando directamente al individuo, que es quien posee la información, este método directo evita intermediarios lo que facilita el hecho de no perder información en el proceso.
- El enfoque económico se basa en *“un único individuo y no en una sociedad”*, ni un ente académico. Aunque, luego en base a esa muestra de individuos elegidos y con los estudios pertinentes, las hipótesis obtenidas se puedan extender a una sociedad. Vemos también que al centrarnos en cada individuo hay que tener en cuenta las circunstancias de cada persona y el momento en el que se ha realizado la encuesta, para que el análisis sea correcto.
- El bienestar es *“puramente subjetivo”*, es decir, es inherente a cada persona y a cómo se siente y percibe su bienestar o felicidad. También existen variables objetivas que miden esa felicidad, que pueden influir en nuestras

- mediciones, pero en menor medida.
- Cada persona se “*auto juzga*”, por tanto, el autor que realiza el estudio no influye en los datos ni en evaluar el bienestar de la persona. El autor únicamente debe interpretar los datos obtenidos en el estudio o encuesta.
- Para detectar cuales son los factores relevantes, el estudio se hace “*de abajo a arriba*”, es decir, se parte del individuo y luego a través de la extrapolación de la muestra a la población. Apartado esencial para la Estadística y la Econometría objeto de nuestro análisis y del grado de A.D.E.
- Es difícil dividir en aspectos relevantes o en factores que lo definen, ya que se trata de un “*concepto muy global*” y ambigüo.

El bienestar subjetivo es un concepto que parte del individuo, pudiéndose extrapolar los datos obtenidos a una sociedad. Es un concepto multidimensional que abarca diferentes aspectos de su entorno, reflejando las experiencias y vivencias de este. Vemos en esta ilustración (Ilustración 1.1) cómo se relacionan los diferentes valores que definen el bienestar subjetivo.

Ilustración 1.1 Características del bienestar subjetivo



Fuente: Elaboración propia.

El bienestar subjetivo es un término relacionado con medidas como la satisfacción con la vida y/o la felicidad. Ardila (2003, p.163) define la satisfacción con la vida como:

La satisfacción en general, viene derivada de la realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. Incluye aspectos subjetivos como la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud percibida. Como aspectos objetivos del bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico social y con la comunidad y la salud objetivamente percibida.

Es por tanto una manera de medir lo conforme que está el individuo con su vida.

En cuanto a la felicidad, otro término que conforma el bienestar subjetivo, se entiende como un “estado afectivo de satisfacción plena que experimenta subjetivamente el individuo en posesión de un bien anhelado.” (Alarcón 2006, p.100).

El individuo se siente feliz cuando alcanza los objetivos que se marca o soluciona los retos a los que se enfrenta. Es un término muy estudiado por Bentham (1789) que entiende por felicidad un agregado de los placeres y dolores del individuo. En su teoría de la utilidad cardinal asume que el bienestar es algo medible y por tanto comparable. Mientras que la teoría ordinal dice que el bienestar y la felicidad es lo que impulsa al individuo en sus elecciones y acciones, afirma por tanto, que nos movemos por impulsos.

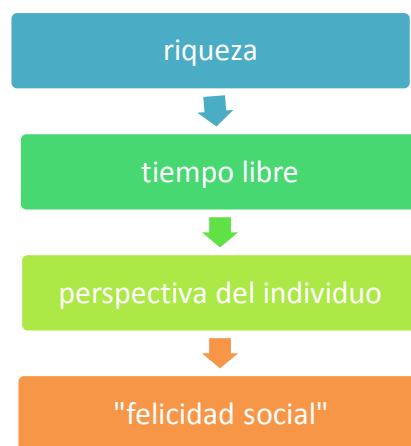
1.1.2 El bienestar subjetivo y sus determinantes más allá de la renta

Uno de los primeros autores en estudiar el bienestar subjetivo, fue Easterlin (1973,1974), autor que veremos en el siguiente apartado, quien estudió que el bienestar depende de numerosos factores, pasado un determinado umbral de renta, como por ejemplo:

- El tiempo libre, es decir, el tiempo que el individuo dedica a su ocio, todo aquel tiempo no empleado en cubrir las necesidades básicas y el trabajo. Actualmente es un tiempo muy valorado sobre todo en países desarrollados como el nuestro. Hay personas que prefieren sacrificar parte de sus ingresos para tener más tiempo libre.
- La felicidad o el estado de bienestar subjetivo, es algo que depende de cada individuo como indica la palabra subjetivo, por lo que es difícil de medir a través de únicamente estadísticas. Todo ello hace que sea muy complicado elaborar hipótesis genéricas sobre lo que otorga felicidad a un ser humano.
- “Felicidad social” es un término que usa Easterlin y que se da sobre todo en entornos solidarios o con una gran conciencia social, por lo que no guarda mucha relación con los ingresos o el dinero.

Se pueden visualizar los factores que influyen en el bienestar subjetivo según Easterlin en una ilustración. (Ilustración 1.2)

Ilustración 1.2 Factores que influyen en el bienestar subjetivo



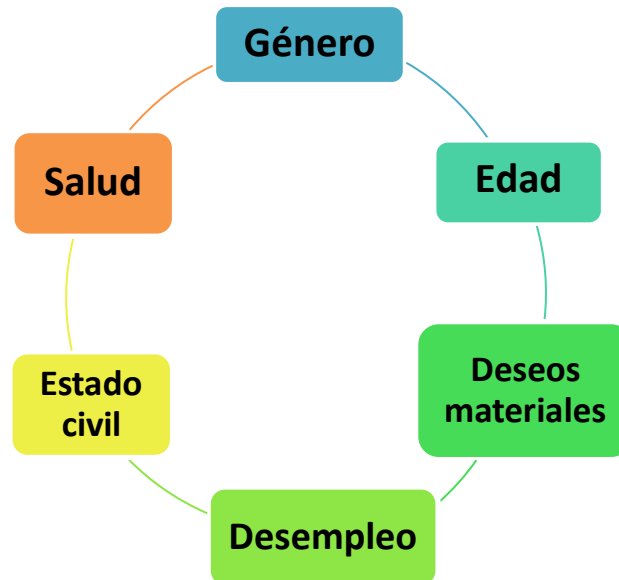
Fuente: Elaboración propia

Con el paso del tiempo el estudio del bienestar subjetivo adopta un enfoque científico, con la elaboración de teorías que contrastan hipótesis para obtener conclusiones claras concisas y fiables. Para ello se han llevado a cabo numerosos estudios que determinan cuáles son los factores que influyen en el bienestar subjetivo, además de la renta. Algunos de esos autores son Tatarkiewicz (1976), Marías (1987), Sánchez y Quiroga (1995), Oswald (1996), Muñoz-Rendón (1999), Frey y Stutzer (2002), Haybron (2003), McMahon (2006), Di Tella y McCulloch (2008), entre otros. Dichos factores son:

- **Género:** Los hombres por media son menos felices que las mujeres, como dicen Di Tella, MacCulloch y Oswald (2001), Alesina (2004) y Guven (2009). Pero en este aspecto hay controversia porque por ejemplo una revisión de 300 estudios establecen que en la madurez los hombres son más satisfechos o felices que las mujeres, como estudiaron Bottura y Menezes-Filho (2006). Esto también se debe en parte a que el envejecimiento es un hecho que hace mucho más infelices a las mujeres que a los hombres. Aunque también hay autores que dicen que no existen diferencias como Bjørnskov (2008) y Ahn y Mochón (2010).
- En cuanto a la **edad**, que ya citamos antes pero en relación al sexo, es un factor importante, vemos que se registran los niveles más altos de felicidad o bienestar subjetivo en los primeros y últimos años de la vida del individuo, la cuarentena suele ser ese punto de inflexión en el cambio. Los autores que han estudiado este tema son entre otros, Gerdtham y Johannesson (2001), Leite y Trigo (2008) y Salinas-Jimenez y Artés (2010).
- También hay estudios que demuestran que la gente siente un mayor bienestar subjetivo cuando sus **deseos materiales** están satisfechos. Por tanto cuanto más realizables sean los deseos del individuo y más a su alcance estén existe una mayor probabilidad de que su bienestar subjetivo o satisfacción aumente, Solberg, Diener y Robinson (2004).
- El **desempleo** es causa de infelicidad, es decir, las personas ocupadas son más felices y satisfechas, es un hecho que además no afecta únicamente al individuo sino también a su entorno, Argyle (1999).
- En relación al **estado civil** pasa algo similar, ya que las personas tienen una mayor satisfacción con la vida si tienen una pareja estable, incluso si viven con ella, es decir, la estabilidad en el plano personal hace que el bienestar subjetivo sea mayor. Hechos que demuestran autores como, Veenhoven (2005) y Hudson (2006). En contraposición a la situación anterior, vemos que las personas “solas” (solteras, viudas o separadas) son más infelices, y que a su vez cuanto mayores son, más insatisfechas se encuentran.
- Con respecto a la **salud**, un tema que ahondaremos más adelante, Osvaldo (2013) afirma que cuando una persona está sana su satisfacción con la vida es mayor, que cuando está enferma o su salud se ve resentida.
- En relación con la **educación** esta puede aumentar el bienestar subjetivo ya que facilita que se cubran las necesidades psicológicas de relación, autonomía y competencia. Por otro lado, también contiene aspectos positivos de cara al ámbito laboral, en tanto en cuanto, las personas logran un mejor trabajo si poseen estudios de tipos superiores o especializados, y el hecho de trabajar en aquello que les gusta y para lo que están preparados otorga a los individuos un bienestar subjetivo mayor. Gerdtham y Johannesson (2001), Frey y Stutzer (2002) y Leite y Trigo (2008), entre otros.

Podemos unir todos estos factores determinantes del bienestar subjetivo, incluyendo el principal que hemos desarrollado, la renta o riqueza, en la siguiente ilustración (Ilustración 1.3).

Ilustración 1.3 Determinantes del bienestar subjetivo más allá de la renta



Fuente: Elaboración propia

1.2 RESEÑA HISTÓRICA DE LA INVESTIGACIÓN SOBRE EL BIENESTAR SUBJETIVO.

Como ya hemos dicho anteriormente, el bienestar viene estudiándose desde hace siglos, dicho concepto ha cambiado en el tiempo. En sus inicios era un tema sobre todo abordado por los filósofos, que estudiaban como influía la riqueza en el individuo, medida por medio de bienes materiales. En los últimos tiempos, el enfoque es más subjetivo y se centra en el individuo, el tema se puede abordar a distintas escalas, ya sea micro o macro. En nuestro caso nos centraremos en el enfoque micro, es decir, desde la perspectiva de los individuos.

Es inevitable pensar que el bienestar y la riqueza es algo que siempre se ha presumido íntimamente relacionado. Malthus (1766-1834) uno de los economistas clásicos, ya estaba interesado en la felicidad y su relación con la economía, afirmaba que esta se basaba en una riqueza puramente material.

Pero como es lógico, no todos estaban de acuerdo con este tipo de relación, es el caso de Pareto (1909) el cual decía que era imposible calcular la función de utilidad únicamente observando el comportamiento de los individuos, por lo que la visión de los economistas se encaminó más hacia la función ordinal de utilidad, anteriormente citada, y según la cual el individuo se mueve por los impulsos que le dan bienestar, es decir, satisfacción y felicidad. A través de esta función los economistas buscaban justificar las elecciones y decisiones del ser humano.

En sus inicios, el estudio del bienestar como algo subjetivo apenas existía, ha sido a partir de la década de los 70, hace relativamente poco, cuando más se ha indagado en el tema. Uno de los primeros estudios es como ya veremos el de Easterlin (1973,1974), al que hemos citado previamente, acerca de la economía de la felicidad y cómo influye la renta en nuestro bienestar subjetivo.

En base a la racionalidad, es decir, al razonamiento humano, se presupone que el ser humano tiene una relación directa y creciente entre riqueza y bienestar, es decir, cuanto más riqueza posee el individuo su felicidad es mayor, Easterlin (1973) matizó más esa relación. En contraposición, hay numerosos estudios acerca de la pobreza que demuestran que cuanto menor es la riqueza de una persona, esta es más infeliz, Rojas (2004).

Vemos también como la desigualdad de los ingresos puede afectar al bienestar subjetivo, pero influye de manera distinta en las economías desarrolladas en comparación con las que están en vías de desarrollo, en los primeros los efectos son prácticamente insignificantes y en cambio en los segundos la desigualdad es negativa para el bienestar de los pobres y positiva para el de los ricos, efecto estudiado por Graaham y Felton (2005) y Alesina, DiTella y MacCulloch (2004).

Los métodos más utilizados para medir el bienestar subjetivo, debido a que es un concepto orientado al individuo, consisten en preguntar directamente al propio sujeto e indagar en su satisfacción personal y en el bienestar que este posee en relación a varios aspectos de su vida. En la investigación sobre el concepto se observa que los términos bienestar subjetivo, satisfacción con la vida y felicidad son términos plenamente intercambiables, existiendo un solapamiento conceptual entre los mismos.

Dentro del bienestar económico existen varias vertientes a destacar como pueden ser la Economía de la Felicidad, redactada por Eanstein y de la que surgen varias ideas para analizar la relación entre economía y felicidad, otro autor a destacar es Sen quién elabora El Enfoque de las Capacidades , a través del cual estudia cómo el individuo logra aumentar su bienestar subjetivo y la última variable o factor a resaltar es el consumo, estudiando cómo ha evolucionado con el tiempo y su relación con el bienestar.

1.2.1 La Economía de la Felicidad

Ahondando en el tema de la felicidad vemos que es un concepto muy influyente en muchos aspectos distintos de nuestras vidas y de la sociedad, pero en este trabajo nos centraremos en la visión que ofrece la economía o como los economistas entienden el bienestar subjetivo.

De esta estrecha relación entre bienestar y economía surge el concepto de “economía de la felicidad”. A principios de los setenta Easterlin (1973,1974) realizó un trabajo sobre la economía de la felicidad siendo uno de los pioneros en el tema, en su trabajo establece que existe una relación directa entre ingresos y bienestar o felicidad.

La teoría de Easterlin establece que el dinero sí ayuda a conseguir un mayor bienestar subjetivo, pero únicamente hasta llegar a cubrir las necesidades básicas o umbral de riqueza (se definirá a continuación) y que a partir de este umbral hacen falta otros

factores como los que hemos citado en el apartado anterior. Esta afirmación trajo gran controversia, ya que hubo numerosos autores que lo negaron, como es el caso de Veenhoven y Hagerty (2003) o Stevenson y Wolfers (2008), que tomaron como erróneos los datos de Easterlin.

En las últimas décadas el nivel de ingresos por individuo ha aumentado, pero la felicidad o satisfacción no lo ha hecho de igual manera. Hecho que sería demostrado posteriormente por el Premio Nobel de Economía Daniel Kahneman en su obra "*Objective Happiness.*" *Well-being: The Foundations of Hedonic Psychology*" (1999), la cual dice que todos los individuos poseen lo que él denominó "umbral de riqueza". Por lo que asume que la felicidad no es proporcional a la riqueza del individuo, a partir de una cierta cifra o umbral, que cubre las necesidades básicas; el dinero ya no da la felicidad. El estudio realizado por Kahneman para EEUU demuestra, como dijo Easterlin, que una vez cubiertas las necesidades básicas, un aumento de la riqueza no lleva siempre consigo aparejado un aumento del bienestar subjetivo.

Recientemente, se han continuado realizando diversos estudios para ver esa relación entre renta y bienestar subjetivo, pero utilizando datos de sección cruzada en un mismo país, estos demuestran, como veremos a continuación, que existe una relación bastante significativa entre ambas variables, estudios como los realizados por Blanchflower y Oswald (2004) y Lelkes (2006). Observando la evolución de estas variables a lo largo del tiempo vemos que la relación no es significativa.

Si tenemos en cuenta la renta relativa, que es la parte de la renta que un individuo dedica al consumo frente a la de otro, vemos que el bienestar de los individuos se ve afectado positivamente por su propia renta, mientras que atendiendo a las rentas de los demás la influencia es negativa. Easterlin en sus estudios, también expone que esto sucede por la tendencia del individuo a la comparación con sus semejantes y el tomar esa como renta de referencia, por tanto si aumentáramos todas las rentas de todos los individuos, el bienestar subjetivo de estos no variaría ya que se encontrarían en la misma situación que al inicio. Para que el bienestar subjetivo del individuo aumente es necesario que suba de escalafón o de estatus en la sociedad o en su entorno mientras que los demás individuos con los que antes se comparaba, se mantuvieran en el mismo.

En cuanto a la renta absoluta, que es la renta disponible por año que posee el individuo, y su utilidad marginal decreciente, a medida que aumenta esa renta absoluta su utilidad es cada vez menor, es decir, tienen una relación indirecta, siempre y cuando las necesidades básicas estén cubiertas para los individuos.

De la paradoja de Easterlin podemos deducir también otra idea como es la adaptación de la renta, lo que significa que cada individuo se va aclimatando a sus circunstancias, a cualquier tipo de nivel. Entonces vemos que un aumento de la renta sería considerado por el individuo como algo meramente transitorio, por tanto cuando el individuo se acostumbra a esa nueva renta ya no se ven variaciones en su bienestar subjetivo. Por tanto, podemos concluir que para evaluar el bienestar subjetivo es importante también la comparación con la sociedad, su relatividad, el tiempo y la capacidad de adaptación del individuo ante modificaciones de la renta.

Cuanto mayor sean las aspiraciones del individuo, se requiere un mayor aumento de renta, por tanto son más difíciles de lograr, los periodos de insatisfacción y posterior

satisfacción son más largos o duraderos. Pero no siempre más es mejor, autores como Bartolini y Bonatti (2003) evalúan que cuando la renta aumenta también se producen efectos negativos, sobre todo se ve resentido el ámbito social, aumentando el nivel de estrés, incluso se ve afectado el medioambiente.

1.2.2 El Enfoque de las Capacidades

En los años 80, Amartya Sen (1933,-) elabora el llamado “enfoque de las capacidades” para valorar el bienestar subjetivo de los individuos y como mejorarlo. Sen (1980) define las capacidades como lo necesario para estar nutrido, escribir, leer, comunicarse y relacionarse. El propio autor define la pobreza como el fracaso de las capacidades de una persona para conseguir sus metas, por tanto es un concepto que va más allá de los recursos. Sen no limita esas capacidades pero en cambio Nussbanum (2003) elabora una lista de diez esenciales entre las que encontramos: la salud, la vida, las capacidades afectivas y morales, participación en política... todas ellas considera que deberían ser tratadas como derechos constitucionales. Otro concepto que introduce son los funcionamientos, que son los hechos y las acciones que hacen valiosa la vida. Para que el bienestar subjetivo sé de, es necesario que esas capacidades estén alineadas con los funcionamientos y que ambas evolucionen.

1.2.3 Consumo y bienestar

El consumo está formado por el gasto que hacen las familias ya sean bienes duraderos, no duraderos y servicios de profesionales. Con el tiempo entre 1970 y 2008 el consumo se ha visto incrementado hasta un 80%, sobre todo en países en vías de desarrollo, como es el caso de China. En los últimos años, desde el 2008 y con la crisis se ha visto disminuido notablemente. El gasto sin embargo sigue concentrado en tan solo la quinta parte más rica del mundo, la cual recibe mayores ingresos y se encuentra en los países más desarrollados.

La teoría de Easterlin desmonta también lo que el marketing nos vende o muchos productos nos venden, incluso la propia cultura, nos identifican la posesión de bienes materiales con el bienestar (fomentan el consumismo). Para otros autores como Rojas (2007) el consumismo es una fuente de infelicidad o insatisfacción, porque cuando una persona desea algo y lo obtiene, en ese momento la felicidad o bienestar es muy alto, pero cuando ya lo tenemos y pasa un tiempo tenemos una meta nueva, por lo que otra vez vuelve la insatisfacción, se debe principalmente a que el ser humano es inconformista por naturaleza y siempre quiere más y mejor.

En resumen, el consumo es un posible camino para lograr la felicidad, tradicionalmente el consumo, que depende del nivel de riqueza, se medía en función de los bienes materiales que proporcionaban satisfacción, pero con el paso del tiempo, en el enfoque contemporáneo el consumo, tiene una gran influencia sobre el individuo y su entorno, pero no es un determinante esencial del bienestar.

2. La salud y su relación con la calidad de vida.

2. LA SALUD Y SU RELACIÓN CON LA CALIDAD DE VIDA.

Tradicionalmente, la salud se ha medido a través de indicadores como la mortalidad o morbilidad, que miden el número de personas fallecidas en un periodo de tiempo o el número de personas que enferman en una población (salud objetiva) respectivamente. Es en los años 50, cuando se incorpora la salud como una dimensión dentro del concepto de bienestar, la definición de este término ha sufrido importantes cambios y finalmente se centra en las vivencias del sujeto y su vida cotidiana y en la ausencia de enfermedad además de mejorar su calidad de vida, Rodríguez y Marin (1995) y Allardt (1998). La Organización Mundial de la Salud (OMS) entiende por salud un “estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. La propia OMS incluye dentro de su definición aspectos subjetivos y objetivos.

La salud objetiva y subjetiva no tienen por qué coincidir, aunque el sentido común nos dice es que si una persona está sana se sentirá así, pero no siempre ocurre y esto se debe en gran medida a la evolución y los cambios sufridos en nuestras vidas a lo largo del tiempo, ya que ahora existen problemas muy comunes entre la población como es el caso del estrés, la ansiedad, la obesidad a la cual ha contribuido el numeroso sedentarismo entre la población actual, también un aumento del consumo de alcohol y de tabaco, factores que hacen que nuestra salud percibida y por tanto, nuestro bienestar subjetivo disminuya. En contraposición a estos factores, el hecho de llevar un estilo de vida saludable, es decir una dieta equilibrada y practicar ejercicio físico hace que nuestra salud objetiva y subjetiva mejore, Osvaldo (2013).

Al centrarnos en la salud, los factores que determinan el bienestar subjetivo cambian, cobrando más importancia la salud o ausencia de ésta, lo que se entiende por enfermedad y el tratamiento que el paciente recibe. Por tanto, el bienestar subjetivo en relación con la salud se define como “la valoración que realiza una persona, de acuerdo con sus propios criterios, del estado físico, emocional y social en que se encuentra en un momento dado”, Vinaccia y Orozco (2005, p: 125-137). A este concepto le vamos a denominar salud subjetiva o Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS). Otra de las definiciones de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) más completa es la que nos ofrecen Patric y Erikson (1993), afirman que es “el valor asignado a la duración de oportunidades a causa de la enfermedad, sus limitación físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud.”

El hecho de que el individuo se autoevalúe, asume que es capaz de analizar cómo le afecta la salud de forma individual, separándola del resto de factores, como puede ser la renta, la situación personal o laboral...etc. Siguiendo la teoría de Angermeyer y Killian (2000), los métodos de evaluación de la salud subjetiva, según dichos autores son:

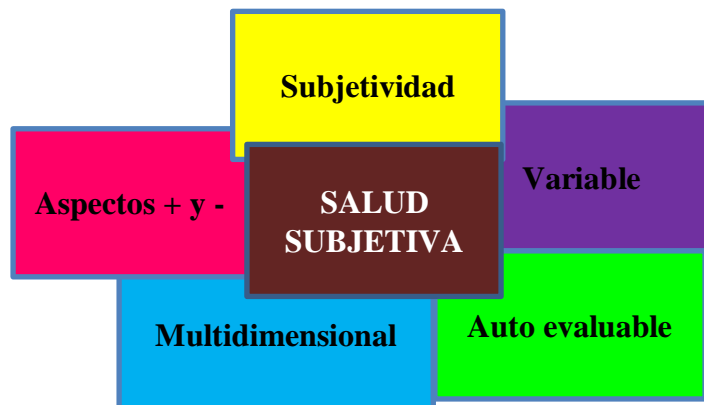
- La investigación de la felicidad
- La investigación de indicadores sociales
- La investigación en el área de la salud

Con el paso del tiempo y de la fusión de estos tres conceptos surge la salud subjetiva, aunque no es un concepto perfectamente delimitado. La OMS en 1995 crea grupo de expertos (Grupo de Trabajo Europeo de la Organización Mundial de la Salud (WHOQOL)), los cuales establecen unos puntos básicos para una correcta evaluación de

la salud subjetiva, aspectos que son recogidos en la siguiente ilustración:

- Subjetividad: depende de cada individuo.
- Incluye aspectos positivos y negativos
- Es multidimensional, es decir, se mide en varias dimensiones de la vida del individuo.
- Variabilidad y adaptación, es un concepto que evoluciona y cambia con el tiempo y el individuo lo reconoce así.
- Es auto evaluable, cada individuo define la suya.

Ilustración 2.1 Características de la CVRS



Fuente: Elaboración propia, basado en WHOQOL.

Leighton (1987) ya señalaba la necesidad de diseñar nuevos sistemas capaces de evaluar las repercusiones de los tratamientos y las enfermedades en los individuos. El bienestar subjetivo y la salud, de manera conjunta cobran una gran relevancia en la actualidad ya que suponen una ayuda a las conclusiones obtenidas a través de los estudios para el personal sanitario y su trato con los pacientes. Esa creciente importancia se debe en gran parte al aumento de las enfermedades, sobre todo de tipo crónico y a los cambios en la gestión de la salud, que afectan a nuestra salud objetiva y subjetiva. Una correcta medición de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) ofrece información valiosa en la toma de decisiones médicas, porque como ya sabemos el bienestar subjetivo se basa en la percepción que tiene el propio individuo de su vida, en este caso de su salud, y por tanto, sabiendo cómo se siente o percibe su salud, el personal médico posee más información para actuar.

A la hora de medir esa Calidad de Vida en Relación con la Salud, lo principal que se mide es la efectividad del tratamiento del paciente, cuánto menos enfermo esté el paciente más fácil es medirla. Aunque a medida que avanza la enfermedad el individuo se adapta y puede por tanto que esté muy avanzada y él sentir que tiene una buena calidad de vida (Leplège y Hunt, 1998), lo que pone de manifiesto la variabilidad y adaptación del concepto, anteriormente citada.

Autores como Diener y Seligman (2004) afirman que las evaluaciones positivas de la vida para una persona, pueden disminuir el riesgo de enfermedad y las lesiones, también logran una recuperación más rápida, incluso aumentando su longevidad. Otra forma de medir esa CVRS, es por medio de la estimación de modelos econométricos para explicar la proporción de días que el individuo se encuentra sano física y mentalmente, en relación a su satisfacción con la vida. Un ejemplo de un trabajo en esta línea es el de Michalos y Zumbo (2001): Los resultados muestran que la salud general no tiene efecto directo sobre la satisfacción con la vida, pero sí un efecto indirecto sobre la CVRS. El modelo es capaz de demostrar que el 30% de la variación en la satisfacción con la Calidad de Vida (CV) viene explicada por la satisfacción con la salud, con la buena salud física y mental.

A continuación se darán unas breves pinceladas a tres aspectos puntuales relacionados con la salud como son la obesidad, problema de interés público y creciente, las enfermedades mentales debido a que es un tema en el que cobra gran relevancia el bienestar subjetivo, el stress y la salud que perciben los enfermos, y por último la esclerosis múltiple.

Existen discapacidades y trastornos relacionados con la **obesidad** (Índice de Masa Corporal (IMC) entre 25 y 29.9kg/m²) y el sobrepeso (IMC \geq 30 kg/m²), los cuales están asociados con la morbilidad e incluso con la mortalidad, vemos que en los últimos años ambas medidas han aumentado notablemente sobre todo en los niños en edad escolar. Según datos obtenidos por Ottova, Erhart y Rajmil (2011) nos muestran que España es uno de los países europeos con mayores niveles, ya que poseemos un índice de obesidad infantil de 17.6%, frente al 14.2% de un conjunto de 10 países europeos. A través de numerosos cuestionarios se ha visto que la obesidad y el sobrepeso son factores que afectan a la calidad de vida del individuo, en ámbitos como la funcionalidad física y social, peor percepción de la salud general, con unos mayores dolores corporales, entre otros. Así nos lo muestran estudios de Fontaine y Barosfsky (2011).

Campbell (1976) define la calidad de vida como una sincronía entre la situación actual del individuo y las expectativas que este posee, cuánto mayor sea esa diferencia mayor se ve afectada la calidad de vida y esto es lo que ocurre con **los enfermos mentales** crónicos, los cuales tienen una gran brecha entre esas dos posiciones, llegando incluso a tener difusa la percepción de alguna de ellas. Debido a esto, cobra una gran relevancia el tema en los enfermos crónicos dentro del estudio de la CVRS, porque como dice Strain (1990, p. 16):

La percepción de los pacientes sobre cómo se sienten, su funcionamiento, su aspecto, etc., es más importante que la realidad concreta. De hecho, no se trata sólo de la incongruencia entre lo esperado frente a lo real, sino entre lo real frente a lo percibido.

La importancia del tema se debe por tanto, ya no solo a la mejora de la salud de los pacientes en el aspecto físico o médico, sino más a la calidad de vida que el paciente tiene durante la enfermedad o el tratamiento.

Todos los estudios llevados a cabo por diferentes autores como, Markowitz, Fisher, Fahs, Shapiro y Landrigan (1989), llegan a conclusiones muy similares, concluyen que los pacientes con enfermedades crónicas mentales como pueden ser: la ansiedad, trastornos de pánico, depresión, algún tipo de dependencia... muestran una calidad de vida percibida mucho menor que los que no padecen dichos problemas, algunas de esas

disminuciones se deben a una reducción de la capacidad funcional de las personas. Y el objetivo de todos estos estudios no es otro que buscar a qué se debe esa disminución y mejorar la CVRS de estos pacientes.

Se sabe que el **estrés** conlleva una mayor probabilidad de presencia de enfermedad y disminuye la CVRS. Levi (2001) estima que para el año 2020 el estrés será la principal causa de mortalidad, unido a las depresiones con su posible riesgo suicida en casos extremos y a las enfermedades cardiovasculares. La existencia y el aumento de las enfermedades de tipo crónico o permanente, para las que no existe cura, sino un tratamiento que palie o disminuya los síntomas y mejore por tanto la CV de los pacientes, hace que los métodos tradicionales de medición objetiva de la salud, se queden escasos y no sean capaces de abarcar todos los aspectos necesarios para evaluar la CVRS.

La **Esclerosis Múltiple (EM)** es otra de las enfermedades para la que es más relevante la CVRS, afecta al cerebro y al sistema nervioso, una de sus principales características es que produce numerosas incapacidades, efecto por el cual tiene una gran relevancia la percepción que el individuo tiene de su salud. Se ha demostrado en numerosos estudios que a medida que aumentan las discapacidades la CVRS disminuye notoriamente, Hessen, Bohm, Kasper, Goebel y Gold (2008). Existen estudios que demuestran que los tratamientos para la esclerosis múltiple mejoran la CVRS, desde el primer mes, alcanzando su máximo en el noveno mes y manteniéndose durante todo el periodo de análisis, dicha mejora no se demostró que estuviera relacionada con la edad, los años de enfermedad o el grado de discapacidad del paciente, Lyli, McFadden, Hensor, Johnson y Ford (2006).

Por tanto, vemos que la CVRS es un concepto difícil de medir porque incluye varios aspectos y dimensiones de la vida del individuo, es muy útil, debido principalmente a que influye en mayor o menor medida en numerosas enfermedades, como pueden ser las nombradas anteriormente (obesidad, enfermedades mentales, estrés, EM), pero el hecho de estudiarla y ver los causantes de su aumento o disminución, hace que sea más fácil proporcionar un tratamiento específico para cada paciente, que se ajuste a sus necesidades y mejore tanto su salud como su percepción de esta.

3. Análisis empírico: la calidad de vida y el bienestar subjetivo en España.

3. ANÁLISIS EMPÍRICO: LA CALIDAD DE VIDA Y EL BIENESTAR SUBJETIVO EN ESPAÑA.

3.1 Análisis de la Encuesta Europea de Calidad de Vida (EQLS)

La Encuesta Europea de Calidad de Vida, es un estudio realizado por Eurofound, que es la Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Calidad de Vida y Trabajo, es una agencia perteneciente a la Unión Europea (UE). Se encarga de evaluar la tendencia de la calidad de vida y del trabajo, así como los cambios que en estos ámbitos puedan darse. En la EQLS se estudian las circunstancias objetivas y subjetivas de las vidas de los habitantes de los países objeto del estudio, y cómo los individuos las perciben, también se mide el entorno, se evalúan varios aspectos como puede ser el personal, el social, el laboral, la salud... El cuestionario y la información se puede consultar en la página de Eurofound: <http://www.eurofound.europa.eu/>

La primera oleada de esta encuesta fue en el año 2003, se hizo una segunda en 2007 y la última fue en 2012, que es la empleada para nuestro trabajo. Los datos de esta última han sido publicados en 2013. La encuesta se realiza en los 27 Estados miembros de la Unión Europea y 7 países denominados como terceros, que están en proceso de preadhesión y que son: Croacia, Islandia, Kósovo, la antigua Macedonia, Montenegro, Serbia y Turquía.

Las encuestas se pueden encontrar en 25 idiomas distintos. Las tres encuestas (2003, 2007, 2012) poseen preguntas iguales lo que facilita el análisis a largo plazo y el estudio de ciertos ámbitos a lo largo del tiempo, es decir, su tendencia o evolución, aunque también se han integrado nuevos conceptos o preguntas como por ejemplos las referentes a las posibles variaciones que hubieran podido sufrir los individuos con la crisis.

El número total de encuestados es de 43635 individuos todos ellos residentes en los países seleccionados para el estudio, de cada país se escoge entre 1000 y 3000 personas. Los individuos son elegidos en dos etapas, una primera en la que se determina aleatoriamente la cantidad de encuestas que se van a realizar en cada país y una segunda en la que se deciden al azar los hogares objeto de esa encuesta. Nuestro estudio se basa en la muestra española principalmente, formada por 1512 individuos. Las entrevistas se realizan cara a cara, en el idioma nacional del país y duran en torno a 40 minutos.

Para garantizar la calidad Eurofound cumple las normas generalmente aceptadas en su metodología como son los criterios de calidad del Sistema Estadístico Europeo (SEE).. Dichos criterios de calidad se pueden consultar en su página web.

Nos vamos a basar en los resultados obtenidos en la EQLS realizada en 2012, para realizar un análisis de datos, que abordaremos en el siguiente apartado y para ver si las teorías citadas en nuestro trabajo se mantienen en la actualidad, estimaremos distintos estadísticos implementados en el programa SPSS.

En base a los datos que nos brinda la EQLS del año 2012 y tras analizar algunas de las características muestrales de la encuesta, realizaremos un análisis empírico de los datos contrastando algunas de las hipótesis que nos habíamos fijado al inicio del trabajo, a través del programa estadístico SPSS:

1. Existencia de diferencia de medias en cuanto a la satisfacción con la vida de hombres y mujeres.
2. Existencia de una posible correlación entre la satisfacción con la vida y la CVRS.
3. Existencia de diferencia entre la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) para hombres y mujeres.
4. Si hay diferencia de medias en personas con enfermedades crónicas para felicidad, satisfacción con la vida y CVRS.
5. Existencia de correlación entre felicidad, CVRS y satisfacción con la vida.
6. Analizar si la situación económica pasada está relacionada con las previsiones futuras del individuo.

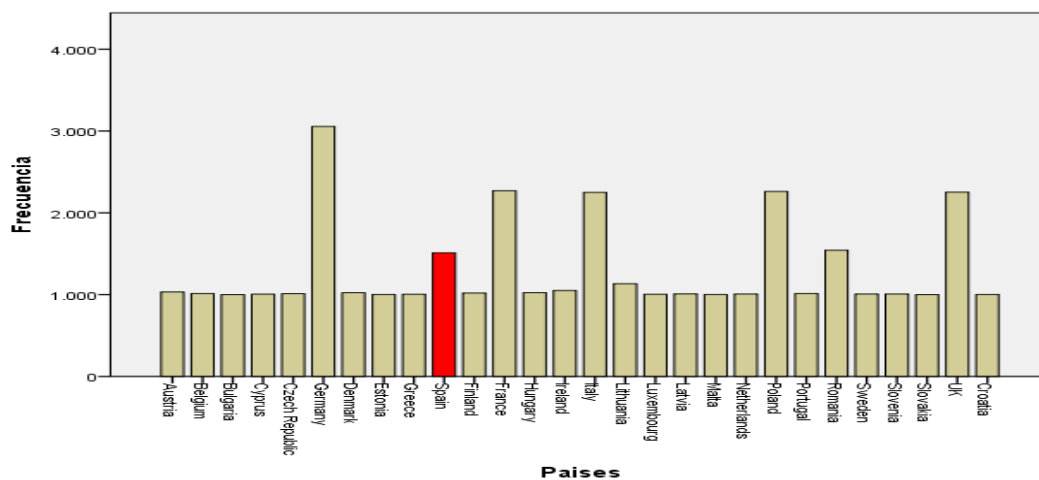
Las cinco primeras las abordaremos en el epígrafe 3.2.2 y la sexta en el epígrafe 3.2.3.

3.2 Análisis estadístico

3.2.1 Descripción de la muestra

La EQLS, es una encuesta realizada a nivel europeo, en este apartado, estudiaremos como se distribuye la muestra. Vamos a utilizar para llevar a cabo el análisis empírico de los datos el programa SPSS en su versión 20. Lo primero que estudiamos es del total de encuestados cuántos son de España y para ello nos fijamos en el siguiente gráfico (Gráfico 3.1).

Gráfico 3.1 Distribución de la muestra



Fuente: Elaboración propia

Tal y como se puede observar para España (la barra de color rojo) la muestra representa el 4,1 % del total muestral, con 1512 encuestados. El país con más encuestados con un 8,4% es Alemania, 3055 individuos. En contraposición los países con menos encuestados son con un 2,7 % Grecia, Malta, Estonia, Bulgaria, Eslovaquia y Croacia, con unos 1000 individuos.

Del total de los encuestados en España vamos a estudiar la proporción que hay de hombres y de mujeres, para ellos elaboramos la siguiente tabla (Tabla 3.1). En ella vemos que el 48% de los encuestados son hombres y el 52% son mujeres, observando que los porcentajes son muy similares, pero ligeramente mayor el de las mujeres. Por

tanto, podemos decir que hay igualdad en cuanto a la representación de hombres y mujeres españoles en la encuesta.

Tabla 3.1

HH2a Gender of the respondent				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Male	17534	48,0	48,0	48,0
Valid Female	18983	52,0	52,0	100,0
Total	36517	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

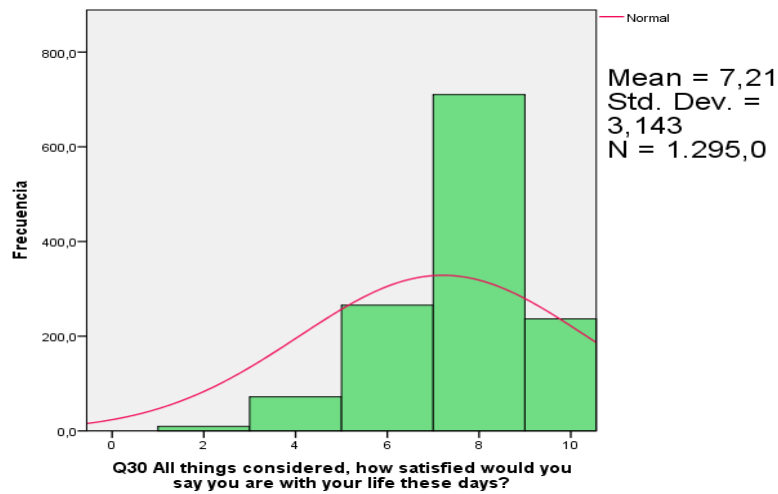
3.2.2 Análisis del bienestar subjetivo y la satisfacción con la vida

A continuación vamos a centrarnos en la evaluación que hacen los individuos de su satisfacción con la vida, es decir, cuál es su bienestar subjetivo. Primero señalar que es una variable tipo escala (escala de Likert), va de 1 a 10, donde 1 es muy insatisfecho y 10 muy satisfecho. Primero haremos un análisis global para ver la satisfacción de los españoles y luego haremos una distinción por sexo, para comprobar si se encuentran más satisfechos las mujeres o los hombres. Comentar que este tipo de variables admiten tanto un tratamiento ordinal como escala desde un punto de vista estadístico cuando el número de valores supera el cuatro.

Lo primero que vamos a analizar, como ya hemos dicho es la satisfacción con la vida de los españoles, a través de este histograma (Gráfico 3.2) que nos muestra con la línea la evolución y con las barras las frecuencias para cada valor.

Vemos también que la media de satisfacción es de 7,21 sobre 10, lo que pone de manifiesto que la satisfacción es alta, además también hay que destacar que para valores pequeños como uno o dos, que hacen referencia a muy insatisfechos tienen una frecuencia es muy baja, es decir hay muy poca gente que se encuentre muy insatisfecho con su vida. En el gráfico podemos ver también la desviación típica de la muestra, es decir, lo que se dispersan los valores de la media, dicho valor es de 3,143. Además se aprecia una fuerte asimetría a la izquierda lo que pone de manifiesto una alta concentración de individuos en la parte alta de la escala.

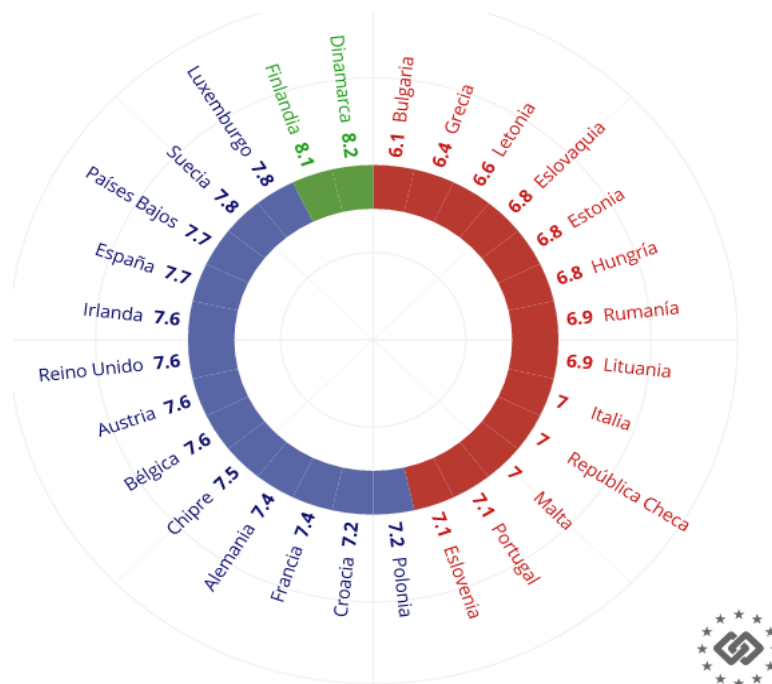
Gráfico 3.2 Satisfacción media con la vida de los españoles



Fuente: Elaboración propia.

Pero para tener una visión más general analizaremos la satisfacción media de los españoles en comparación al resto de países de la UE, por medio de un gráfico que nos facilita Eurofound, en el siguiente gráfico (Gráfico 3.3) se clasifican las satisfacciones medias en tres subgrupos: satisfacción alta (verde), media (azul) y baja (rojo).

Gráfico 3.3 Satisfacción media de los encuestados por países



Fuente: Eurofound

Observamos que España se encuentra en la franja azul de satisfacción media, en el cuarto lugar, ordenados de mayor a menor. Vemos también que en los primeros puestos, con las máximas satisfacciones medias se encuentran Dinamarca y Finlandia, 8,2 y 8,1

respectivamente. Bulgaria en contraposición es el país con una satisfacción media con la vida más baja, con un 6.1.

3.2.2.1 Existencia de diferencia de medias en cuanto a la satisfacción con la vida de hombres y mujeres.

A la hora de ver si existen diferencias entre la satisfacción de hombres y mujeres, elaboramos un análisis para la diferencia de medias entre hombres y mujeres, para lo cual estimaremos por medio del SPSS un contraste para la diferencia de medias (Tabla 3.2) implementado en el SPSS, se trata de contrastar **si los hombres en media son igual de satisfechos que las mujeres**. Lo primero para contrastar esa diferencia de medias, es necesario estudiar si existe igualdad de varianzas por medio del test de LEVENE:

Contraste:

- $H_0: \sigma_H^2 = \sigma_M^2$
- $H_1: \sigma_H^2 \neq \sigma_M^2$

Estadístico:

- $F = 2,164, P = 0,142 > 0,05 = \alpha$

Conclusión:

Por tanto, con un p-valor $0,142 > 0,05$, no rechazamos la hipótesis nula, que afirma que las varianzas poblacionales de hombres y mujeres son iguales. En base a lo obtenido en el análisis anterior procedemos a contrastar la igualdad de medias.

Contraste:

- $H_0: \mu \text{ de hombres} = \mu \text{ de las mujeres}$
- $H_1: \mu \text{ de los hombres} \neq \mu \text{ de las mujeres}$

Estadístico:

- $T\text{-student} = 0,235, P = 0,815 > 0,05 = \alpha$

Conclusión:

Se trata de un contraste bilateral, es decir, que contrastamos las dos colas, la derecha y la izquierda. Dado que la significación bilateral es de $0,815 > 0,05$, no rechazamos la hipótesis nula, por lo que las medias poblacionales para hombres y mujeres son iguales. No existe por tanto diferencia en la satisfacción con la vida entre hombres y mujeres.

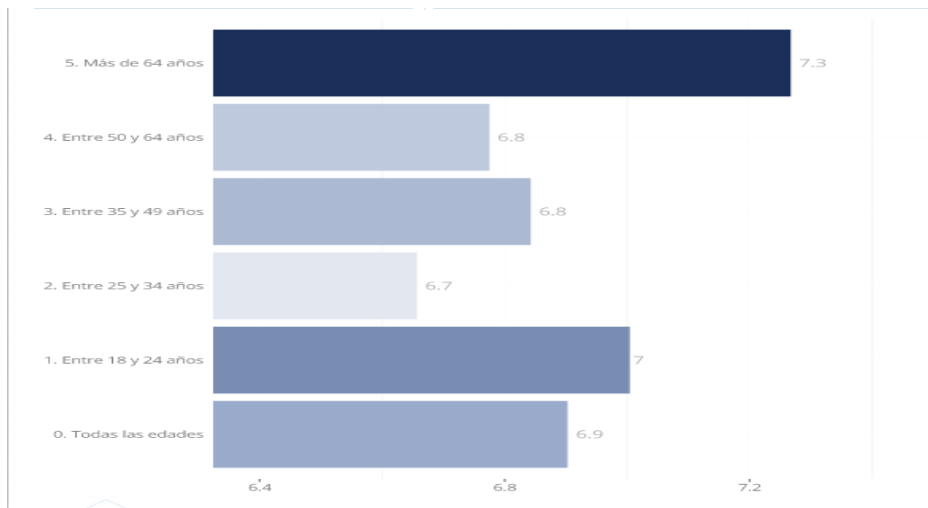
Tabla 3.2 Diferencia en la satisfacción media en función del género.

		Independent Samples Test									
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper	
Q30 All things considered, how satisfied would you say you are with your life these days?	Equal variances assumed	2,164	,142	,235	1293	,815	,041	,175	-,302	,384	
	Equal variances not assumed			,230	768,864	,818	,041	,179	-,310	,392	

Fuente: Elaboración propia.

A continuación veremos cómo evoluciona la satisfacción con la vida y el ciclo vital del individuo en relación a la edad, para ello acudimos a un gráfico (Gráfico 3.4) que nos ofrece Eurofound. Nuestra satisfacción con la vida desde los 18 hasta los 24 es media alta y va disminuyendo, siendo su punto más bajo entre 25 y 34 años, aunque entre los 35 y 49 aumenta levemente, para volver a disminuir, hasta llegar a las personas con más de 64 que poseen la mayor satisfacción con la vida.

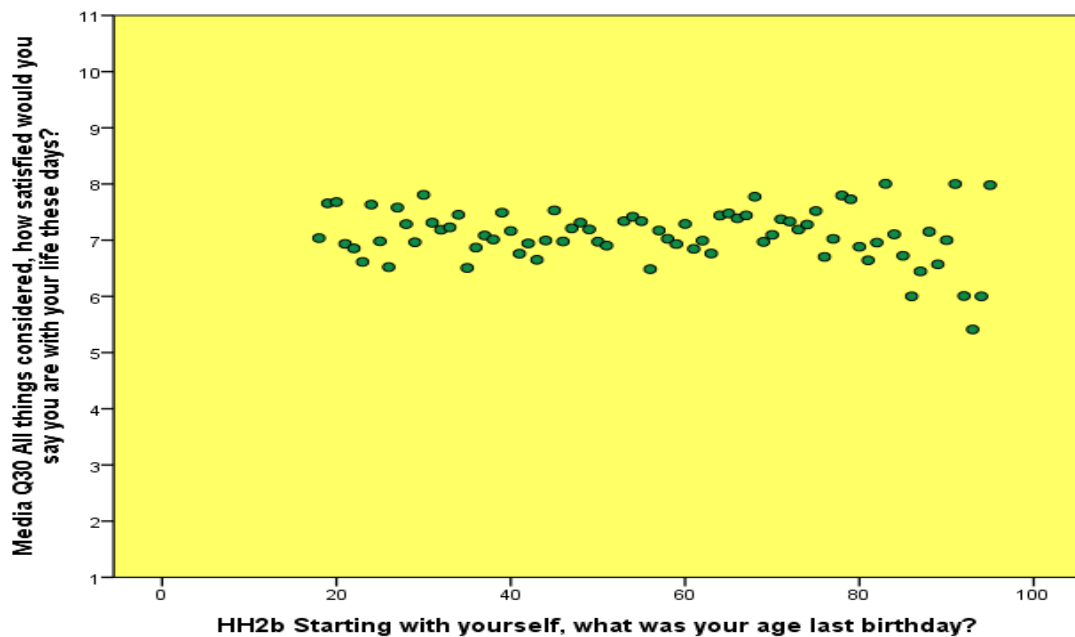
Gráfico 3. 4 Satisfacción media con la vida en relación con la edad



Fuente: Eurofound

Otra manera de ver como se relacionan estas dos variables es a través de un gráfico de dispersión (gráfico 3.5) en el observamos que en el caso de España la satisfacción con la vida no sufre grandes variaciones a pesar de la edad y se mantiene elevada, únicamente se ve disminuido en las altas edades, es decir, a partir aproximadamente de los 70 años.

Gráfico 3.5 Edad y satisfacción con la vida

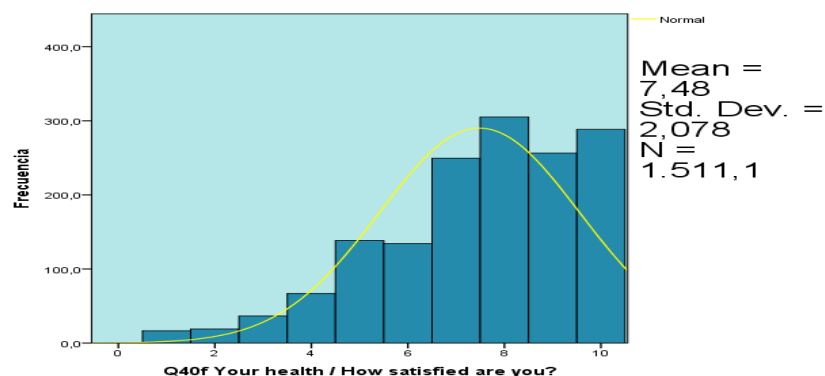


Fuente: Elaboración propia.

Uno de los siguientes análisis que vamos a realizar es sobre la satisfacción con la vida, pero centrándonos en la salud, es decir, vamos a analizar la CVRS en la población española. Lo haremos a través de dos estudios, el primero comparándola para ver la satisfacción media y su evolución en relación con la edad, la segunda haremos un contraste de medias para hombres y mujeres.

Comenzaremos con un análisis general de la CVRS en España, en el siguiente gráfico (Gráfico 3.6) podemos observar que la media es 7,48 ligeramente superior a la media de la satisfacción con la vida general la cuál era de 7,21. Vemos también que la desviación típica es 2,078, lo que significa como ya hemos dicho que oscila unos dos puntos respecto a la media. De nuevo se observa una alta concentración de valores en la parte alta de la escala.

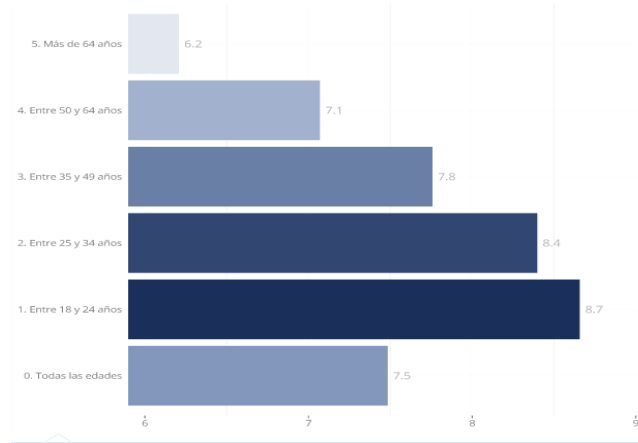
Gráfico 3.6 CVRS de los españoles



Fuente: Elaboración propia

Unido a este punto podemos observar si la Calidad de Vida Relacionada con la Salud sigue esa misma evolución o no. Para ello cogemos el gráfico (Gráfico 3.7) de Eurofound. Vemos que la evolución es totalmente distinta, ya que los mayores niveles de CVRS se encuentran para personas de entre 18 y 24 años, va disminuyendo paulatinamente siendo el grupo con menor CVRS el de las personas de más de 64 años.

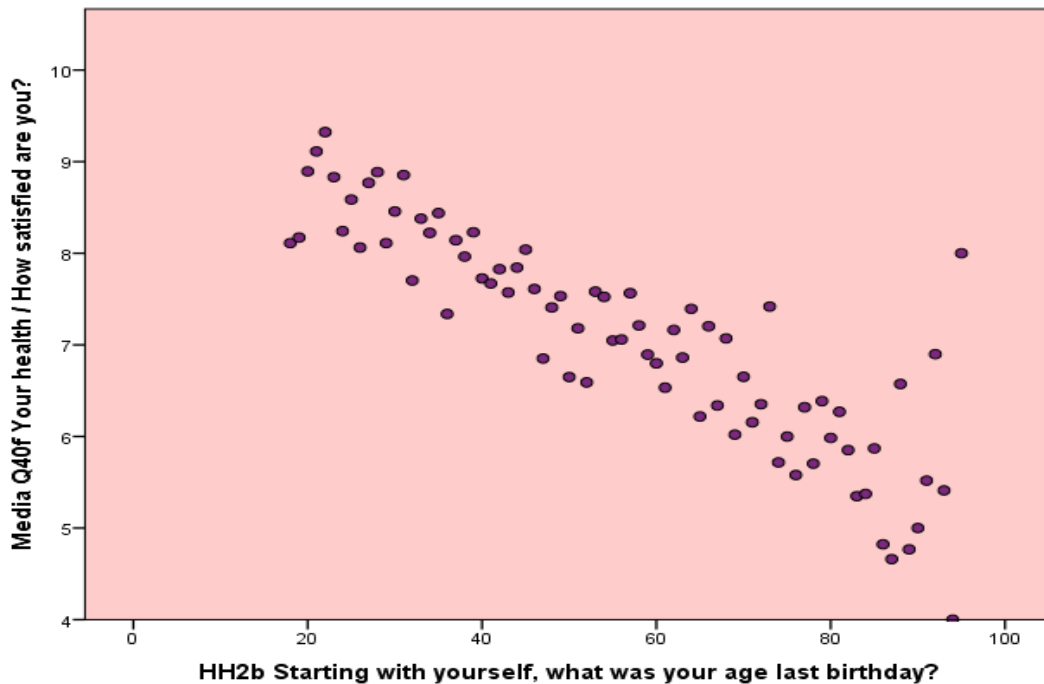
Gráfico 3.7 Calidad de Vida Relacionada con la Salud en relación con la edad



Fuente: Eurofound

Podemos ver también representada esta relación en un diagrama de dispersión (gráfico 3.8) en el que observamos que la CVRS va disminuyendo a medida que aumenta la edad, aunque sí que algunos puntos que se salen de la tendencia, con una menor CVRS en las edades más avanzadas.

Gráfico 3.8 Edad y Calidad de Vida Relacionada con la Salud



Fuente: Elaboración propia.

3.2.2.2 Existencia de diferencia entre la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) para hombres y mujeres.

A continuación realizaremos un contraste de diferencia de medias, para ver **si la media de la CVRS de los hombres coincide o no con la de las mujeres**. Pero anteriormente debemos comprobar si sus varianzas son iguales o no a través del test de Levene (Tabla 3.3).

Contraste:

- $H_0: \sigma_H^2 = \sigma_M^2$
- $H_1: \sigma_H^2 \neq \sigma_M^2$

Estadístico:

- $F = 0,127, P = 0,772 > 0,05 = \alpha$

Conclusión:

Con un p-valor $0,772 > 0,05$, no rechazamos la hipótesis nula, por lo que asumimos que las varianzas poblacionales de hombres y mujeres son distintas, para la CVRS. En base al resultado nos fijamos en la fila superior para concluir el análisis de diferencia de medias.

Contraste:

- $H_0: \mu$ de los hombres = μ de las mujeres.
- $H_1: \mu$ de los hombres \neq μ de las mujeres.

Estadístico:

- T-student = 2,174; $P = 0,030 < 0,05 = \alpha$

Conclusión:

Se trata de un contraste bilateral, es decir, que contrastamos las dos colas, la derecha y la izquierda. Dado que la significación bilateral es $0,030 < 0,05$, rechazamos la hipótesis nula asumiendo por tanto, que las medias poblacionales de hombres y mujeres que miden la CVRS son distintas significativamente.

Tabla 3.3 Diferencia de medias por género para la variable CVRS

		Independent Samples Test								
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper	
Q40f Your health / How satisfied are you?	Equal variances assumed	,127	,722	2,174	1509	,030	,232	,107	,023	,442
	Equal variances not assumed			2,174	1506,411	,030	,232	,107	,023	,442

Fuente: Elaboración propia

3.2.2.3 Existencia de correlación entre satisfacción con la vida y CVRS

Para comprobar **si existe relación entre la satisfacción con la vida y la CVRS**, veremos si hay o no correlación entre las variables, realizaremos un análisis, en base al coeficiente de Pearson el cuál estudia el grado de relación lineal que existe entre dos variables (Tabla 3.4).

Contraste:

- $H_0: \rho=0$; no existe relación entre las variables
- $H_1: \rho \neq 0$; existe relación entre las variables

Estadístico:

- $r_{xy} = S_{xy} / (S_x * S_y) = 0,108$, $P=0,000 < 0,05 = \alpha$

El valor r_{xy} toma valores entre -1 y 1

- -1 implica una relación lineal perfecta negativa
- 0 implica relación lineal nula
- 1 implica relación perfecta positiva

Conclusión:

Observamos en la tabla que el coeficiente de Pearson es 0,108, lo que implica una relación positiva entre ambas variables. Atendiendo al p-valor vemos que es $< 0,05$ lo que supone rechazar la hipótesis nula, asumiendo por tanto que existe relación entre la satisfacción con la vida y la CVRS, aunque a la vista de su valor no es una relación demasiado fuerte.

Tabla 3.4 Correlación entre Satisfacción con la Vida y CVRS.

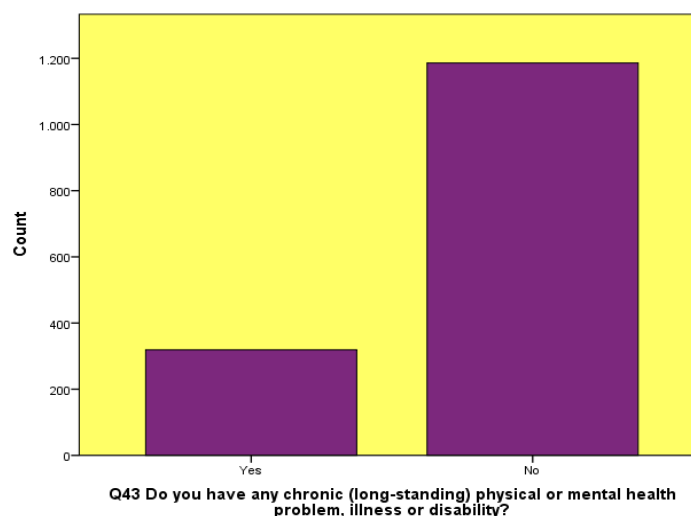
		Correlations	
		Q30 All things considered, how satisfied would you say you are with your life these days?	Q40f Your health / How satisfied are you?
Q30 All things considered, how satisfied would you say you are with your life these days?	Pearson Correlation	1	,108**
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	1295	1294
Q40f Your health / How satisfied are you?	Pearson Correlation	,108**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	1294	1511

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Fuente: Elaboración propia

En relación con el estudio anterior vamos a evaluar la calidad de vida de las personas encuestadas, cuantas sufren un problema de salud, enfermedad, incapacidad física o mental crónico (permanente). En el siguiente gráfico de barras (Gráfico 3.9) se refleja el recuento de individuos que manifiestan tener alguna enfermedad crónica en contraposición a los que están libres de ellas. El 21,4 % (319) de los encuestados responden que sí, mientras el 78,6 % (1186) restante responden que no.

Gráfico3.9 Personas con enfermedades crónicas



Fuente: Elaboración propia

3.2.2.4 Si hay diferencia de medias en personas con enfermedades crónicas para felicidad, satisfacción con la vida y CVRS.

Podemos estudiar también la relación entre la satisfacción con la vida del individuo, la felicidad y la CVRS, vamos a realizar un contraste para diferencia de medias para las personas con enfermedades crónicas en esos ámbitos, es decir veremos **si en media las personas con enfermedades crónicas poseen una misma satisfacción con la vida, mismo nivel de felicidad e igual CVRS, que las personas que no las sufren**, todo ello a través de una implementación en el SPSS , analizando primero la igualdad o no entre varianzas (Tabla 3.5).

Contraste:

- $H_0: \sigma_S^2 = \sigma_N^2$
- $H_1: \sigma_S^2 \neq \sigma_N^2$

Estadístico:

- $F = 33,551$; $P = 0,000 < 0,05 = \alpha$ para la felicidad (Q41)
- $F = 41,440$; $P = 0,000 < 0,05 = \alpha$ para la CVRS (Q40f)
- $F = 0,079$; $P = 0,778 > 0,05 = \alpha$ para la satisfacción con la vida (Q30)

Conclusión:

Vemos a través de los p-valores que si es $< 0,05$ rechazamos la hipótesis nula, por lo que la dispersión de varianzas para enfermos crónicos y no, es distinta en cuanto a la calidad de vida y también respecto a la CVRS, en ambos casos debemos fijarnos en la fila inferior de la tabla para concluir la diferencia de medias. Si el p-valor es $> 0,05$ como es el caso de la satisfacción con la vida, no rechazamos la hipótesis nula y por tanto la dispersión de la satisfacción con la vida de enfermos crónicos y no, es la misma, debemos fijarnos en la fila superior de la tabla del contraste de medias.

Contraste:

- H_0 : μ enfermos crónicos = μ no enfermos crónicos.
- H_1 : μ enfermos crónicos \neq μ no enfermos crónicos.

Estadístico:

- T-student= -5,528; $P=0,000 < 0,05 = \alpha$ para la felicidad (Q41)
- T-student= -19,856; $P=0,000 < 0,05 = \alpha$ para la CVRS (Q40f)
- T-student= -2,305; $P=0,021 < 0,05 = \alpha$ para la satisfacción con la vida (Q30)

Conclusión:

Al tratarse de un contraste bilateral, estudiamos las dos colas, la derecha y la izquierda, debemos fijarnos en la significación bilateral, si dicho valor es $<$ de 0,05 como es el caso de los tres aspectos a estudiar, rechazamos la hipótesis nula por lo que las medias poblacionales entre enfermos crónicos y no enfermos crónicos es distinta, tanto para la felicidad, como para la CVRS y para la satisfacción con la vida.

3.2.2.5 Existencia de correlación entre felicidad, CVRS y satisfacción con la vida

Reforzaremos este análisis viendo **si existe correlación entre las variables felicidad, CVRS y satisfacción con la vida**, para ello utilizaremos el coeficiente de correlación de Pearson (Tabla 3.6).

Contraste:

- H_0 : $\rho=0$; no existe relación entre las variables
- H_1 : $\rho \neq 0$; existe relación entre las variables

Estadístico:

- $r_{xy} = S_{xy} / (S_x * S_y) = 0,373$, $P=0,000 < 0,05 = \alpha$ entre felicidad y CVRS
- $r_{xy} = S_{xy} / (S_x * S_y) = 0,108$, $P=0,000 < 0,05 = \alpha$ entre CVRS y satisfacción
- $r_{xy} = S_{xy} / (S_x * S_y) = 0,568$, $P=0,000 < 0,05 = \alpha$ entre satisfacción y felicidad

El valor r_{xy} toma valores entre -1 y 1
 \rightarrow -1 implica una relación lineal perfecta negativa
 \rightarrow 0 implica relación lineal nula
 \rightarrow 1 implica relación perfecta positiva

Conclusión:

Observamos en la tabla del coeficiente de Pearson en ambos casos el coeficiente es >0 , lo que implica una relación positiva entre ambas variables, situación que se da en los tres casos. Atendiendo al p-valor vemos que es $0,000 < 0,05$ lo que supone rechazar la hipótesis nula, asumiendo por tanto que existe relación entre las tres variables. Las tres variables están relacionadas, pero como hemos visto si analizamos la diferencia de medias para enfermos crónicos, esta es distinta también en esos tres aspectos.

Tabla 3.5 Diferencia de medias para personas con enfermedades crónicas para felicidad, satisfacción con la vida y CVRS.

		Independent Samples Test								
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Q41 Taking all things together on a scale of 1 to 10, how happy would you say you are?	Equal variances assumed	33,551	,000	-6,299	1502	,000	-,626	,099	-,821	-,431
	Equal variances not assumed			-5,528	432,255	,000	-,626	,113	-,849	-,403
Q40f Your health / How satisfied are you?	Equal variances assumed	41,440	,000	-23,032	1502	,000	-2,596	,113	-2,817	-2,375
	Equal variances not assumed			-19,856	424,862	,000	-2,596	,131	-2,853	-2,339
Q30 All things considered, how satisfied would you say you are with your life these days?	Equal variances assumed	,079	,778	-2,305	1287	,021	-,492	,213	-,910	-,073
	Equal variances not assumed			-3,374	972,088	,001	-,492	,146	-,778	-,206

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 3.6 Correlación entre felicidad, CVRS y satisfacción con la vida.

Correlations				
		Q41 Taking all things together on a scale of 1 to 10, how happy would you say you are?	Q40f Your health / How satisfied are you?	Q30 All things considered, how satisfied would you say you are with your life these days?
Q41 Taking all things together on a scale of 1 to 10, how happy would you say you are?	Pearson Correlation	1	,373**	,568**
	Sig. (2-tailed)		,000	,000
	N	1511	1510	1294
Q40f Your health / How satisfied are you?	Pearson Correlation	,373**	1	,108**
	Sig. (2-tailed)	,000		,000
	N	1510	1511	1294
Q30 All things considered, how satisfied would you say you are with your life these days?	Pearson Correlation	,568**	,108**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	
	N	1294	1294	1295

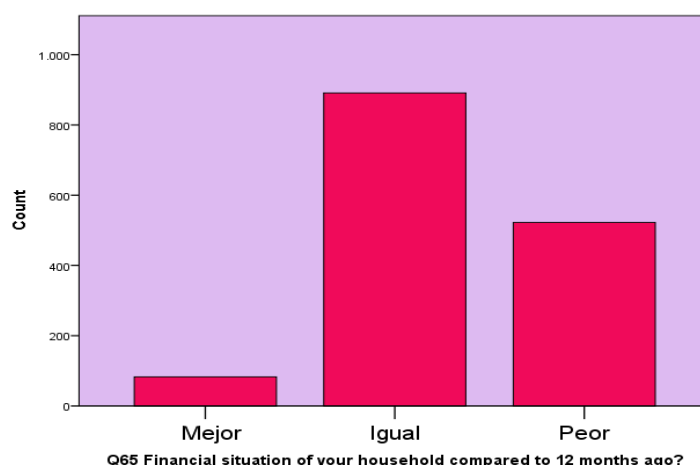
** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Fuente: Elaboración propia.

3.2.3 Situación económica

Por último, debido a la relevancia del problema, estudiaremos los efectos económicos de la crisis sobre los individuos y si eso incide sobre su satisfacción con la vida. El análisis inicial será sobre si ha sufrido algún cambio o no el individuo, para ello realizaremos un gráfico de barras (Gráfico 3.10). Vemos en el que la mayoría no notan ningún cambio en relación con su situación económica hace doce meses, el 59,6% (891), mientras que el 5,5% (83) están mejor y el 34,9% (523) se encuentran en una peor situación económica que en el año anterior.

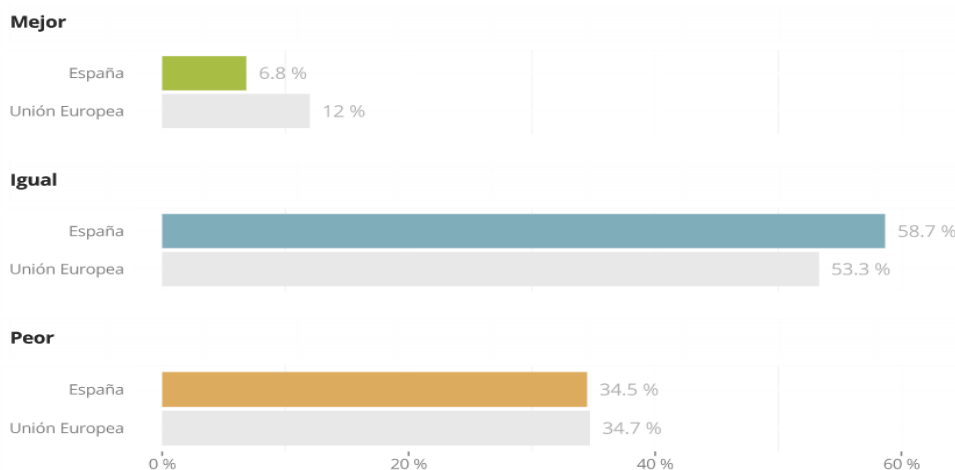
Gráfico 3.10 Posibles cambios económicos en el último año



Fuente: Elaboración propia.

Para poder compararlo es necesario tener una referencia, por lo que acudimos a Eurofound donde obtenemos un gráfico de la situación económica hace doce meses para toda la UE (Gráfico 3.11) y observamos en él que la mayoría se encuentran en la misma situación y que el porcentaje es más alto para España en referencia a los individuos que perciben su situación como igual, ambos valores son muy similares para los individuos con una peor situación económica y por último el porcentaje es mayor para la UE cuando las personas perciben una mejor situación.

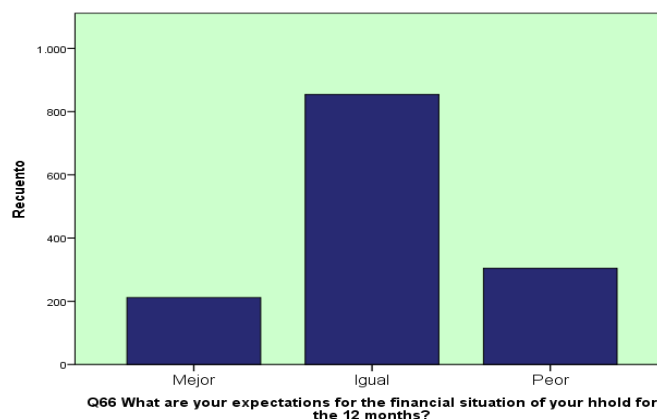
Gráfico 3.11



Fuente: Elaboración propia, basada en Eurofound.

Podemos observar también en la encuesta las posibles predicciones que hacen los individuos acerca de su situación económica en los siguientes doce meses, para ellos elaboramos un gráfico de barras con los datos obtenidos (Gráfico3.12), en el observamos que el 15,5% (212) de los encuestados creen que estarán mejor, algo más de la mitad el 62,3% (854) se ven igual y por último el 22,2% (304) se verán en una situación económica peor dentro de doce meses.

Gráfico3.12 Situación económica en el año siguiente



Fuente: Elaboración propia.

3.2.3.1 Analizar si la situación económica pasada está relacionada con las previsiones futuras del individuo

Vamos a realizar un análisis para muestras independientes, a través del cual veremos **si existe relación entre la posible variación respecto al último año y la previsión de la situación económica en el año siguiente**. Para ello utilizamos el contraste de contingencia implementado en el SPSS (Tablas 3.7, 3.8 y 3.9).

Contraste:

- H_0 : X e Y son independientes
- H_1 : X e Y son dependientes

Siendo X la variación pasada e Y la previsión futura.

Estadístico:

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^s \frac{(n_{ij} - e_{ij})^2}{e_{ij}} \rightarrow \chi^2_{(r-1)(s-1)} \quad \chi^2 = 10734,974; \text{ p-valor } 0,000 < 0,005 = \alpha$$

Conclusión:

Asumiendo que el p valor es de $0,000 < 0,005$ podemos rechazar la hipótesis nula que afirma que las muestras son independientes, llegamos así a la conclusión de que la situación financiera de los últimos doce meses es dependiente y está por tanto relacionada con la previsión del individuo para los doce meses siguientes. Además se

observa un valor del coeficiente de contingencia significativo de aproximadamente 0,5 (TABLAS 3.7, 3.8 y 3.9)

Tablas 3.7, 3.8 y 3.9 Prueba para muestras independientes

Count		Q66 What are your expectations for the financial situation of your hhold for the 12 months?			Total
		Better	The same	Worse	
Q65 Financial situation of your household compared to 12 months ago?	Better	1655	1729	382	3766
	The same	2160	12520	2848	17528
	Worse	1631	2938	7758	12327
Total		5446	17187	10988	33621

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	10734,974 ^a	4	,000
Likelihood Ratio	10276,363	4	,000
Linear-by-Linear Association	5584,093	1	,000
N of Valid Cases	33621		

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 610,02.

Symmetric Measures

	Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	,492	,000
N of Valid Cases	33621	

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Fuente: Elaboración propia

4. CONCLUSIONES

4. Conclusiones

En este apartado se realizará una recopilación de todos los aspectos relevantes que han sido abordados en el presente trabajo. En un primer apartado tras revisar diferentes teorías y propuestas de distintos autores podemos concluir que el bienestar, es un concepto que ha ido evolucionando con el tiempo. Este en un inicio era puramente objetivo, basado en datos observables y medibles, pero con el paso del tiempo el enfoque se volvió más subjetivo y empezaron a tomar relevancia otros aspectos no tan puramente visibles, como son aquellos que dependen del individuo y por tanto solo somos capaces de obtener a través de él.

Además hemos visto también que el bienestar subjetivo está íntimamente relacionado con otros dos conceptos como son la calidad de vida, que nos muestra cómo está de conforme el individuo con su vida, y la felicidad, un tema muy popular debido a que todo individuo la persigue en su vida, consiste en encontrar lo que nos satisface o nos hace sentir bien. El bienestar subjetivo, es por tanto, una mezcla de ambos, se trata de un concepto global y multidimensional, independiente a cada individuo, que autoevalúa en base a su situación y circunstancias cómo percibe su bienestar. A la hora de medirlo, la forma más común es a través de encuestas, debido a que es una de las metodologías más directas para obtener la información del propio individuo; en nuestro caso lo analizaremos con la EQLS.

En nuestro análisis empírico hemos empezando haciendo un estudio de la muestra de la EQLS, España cuenta con un total de 1512 individuos encuestados, lo que representa un 4,1 % del total, de esa proporción el 48% son hombres y el 52% mujeres, siendo porcentajes muy similares. Centrándonos ya en la muestra española comenzamos estudiando el bienestar subjetivo de los individuos medido a través de la satisfacción con la vida, observamos que en comparación con la Unión Europea, nos situamos los sextos, encontrándonos en una zona con una satisfacción media alta. Si hacemos una segmentación por sexo vemos que no existen diferencias de medias por género, es decir, entre hombres y mujeres, teniendo ambos una satisfacción media con la vida igual o muy similar, siempre contando con un porcentaje mínimo de error, que en nuestro caso será del 5%.

Lo siguiente que hemos observado, es la evolución que tiene la satisfacción en el ciclo vital del individuo y hemos comprobado que los mayores despuntes de esta se dan en las franjas de edad de 18 a 24 años y de más de 64 años, es decir, en los dos extremos, en cambio si vemos la influencia de la CVRS (la cual analizaremos a continuación) vemos que va decreciendo a medida que aumenta la edad. En el gráfico de dispersión observamos que el nivel de satisfacción es similar para todos los individuos independientemente de la edad, aunque en edades avanzadas hay algún despunte a la baja.

A lo largo del estudio nos hemos centrado en un aspecto del bienestar subjetivo, como es la CVRS, y hemos visto que ha sido un concepto que también ha evolucionado, pasando de un enfoque puramente objetivo obtenido a través de pruebas y diagnósticos médicos, a otro más subjetivo y en el cual la valoración que hace el propio individuo de su salud juega un papel esencial, es decir, ahora lo importante ya no es solo lo que un profesional sanitario nos dice, sino además como nos sentimos nosotros, se trata por tanto, de un concepto variable que cambia al igual que la vida del individuo y que en cada momento depende de las circunstancias de este, es también multidimensional ya

que incluye numerosas dimensiones de la vida del individuo, la evaluación en estas últimas puede ser positiva o negativa.

Si relacionamos la CVRS con la edad, al igual que lo hemos hecho con la satisfacción vemos que la evolución es totalmente distinta, observamos que hay una tendencia decreciente, es decir, que cuando la edad va aumentando la CVRS va disminuyendo, aunque hay un despunte al alza en las edades más avanzadas.

El siguiente aspecto que hemos analizado es la CVRS y vemos que su media medida en una escala del 1 al 10, para los españoles es de 7,48, es por tanto, en media alta. Analizamos también a través de este mismo prisma como es la CVRS, si existen diferencias de medias en cuanto al género y observamos que en este caso sí que existen diferencias, es decir, que la CVRS media de los hombres no es igual a la de las mujeres.

Para unir estos dos conceptos: satisfacción con la vida y CVRS, se ha realizado un estudio para ver si ambos están relacionados o no, a través de un análisis de correlación como es el de Pearson y la conclusión obtenida es que existe una relación positiva entre ellos y que por tanto, sí que guardan una relación directa. Podemos afirmar entonces que si la satisfacción con la vida de un individuo es alta su CVRS también lo será y viceversa.

Relacionado con el tema de la salud, hemos hecho hincapié en las personas con enfermedades crónicas, existe una gran proporción de personas que afirman no poseerlas, un 78,6 %, pero también hay una proporción de personas que sí las poseen, un 21,4%, de ahí que le debemos dar la importancia que merece. En este sentido, hemos realizado un análisis para ver si en media las personas que poseen enfermedades crónicas, tienen un nivel medio de felicidad, de satisfacción con la vida y de Calidad de Vida Relacionada con la Salud, igual que las personas que no sufren dichas enfermedades, los resultados nos muestran que existen diferencias significativas. Como hemos observado que existen diferencias para los tres aspectos, lo siguiente que hemos estudiado es si están relacionados o no entre sí esos conceptos, para lo cual hemos realizado un análisis de correlación de Pearson, llegando a la conclusión de que están relacionadas ambas positivamente, cabe destacar que la relación es más fuerte entre satisfacción con la vida y felicidad. Podemos afirmar como en el análisis de correlación anterior que si una de esas tres variables aumenta el resto también lo hacen y viceversa.

Por último, otro aspecto que hemos analizado a través de EQLS es el económico, hemos querido comprobar si las personas han sufrido grandes cambios o no en su bienestar subjetivo debido a la crisis, para ello la encuesta nos facilita datos acerca de si el individuo había percibido o no algún cambio en un plazo anterior a un año, es decir, si su situación económica había variado con respecto a la de hace doce meses o era igual y los resultados nos muestran que la mayoría de los encuestados no han percibido dicho cambio, un 59,6 %. Si lo comparamos con la UE vemos que solo se aprecian variaciones en las personas que perciben que su situación es peor, ya que en la UE existen más individuos que piensan que ha empeorado. Si vemos la previsión que hacen dichos individuos de su situación económica para los siguientes doce meses vemos que se mantiene más o menos igual, ya que la mayoría piensan que su situación será igual, aunque hay menos personas que piensen que será peor. Pero para ver si existe algún tipo de relación entre la situación pasada y la prevista hemos realizado un análisis de contingencia, que nos permite estudiar si ambos aspectos son independientes o no, los

resultados obtenidos nos muestran que ambas variables son dependientes, es decir, que están relacionadas entre si y que por tanto, la situación económica doce meses antes de la encuesta está relacionada con la de doce meses después.

Resumiendo, el bienestar subjetivo es un concepto muy influyente en muchos aspectos de nuestras vidas, es por ello que los economistas están centrando sus estudios cada vez más en él. La satisfacción con la vida de los individuos que en general es alta, esperemos que gracias a estos estudios se determinen y enumeren sus determinantes para así poder incrementarla. Con el paso del tiempo, veremos si surgen nuevos autores que sean capaces de hacer una definición única y que limiten el concepto, también si su manera de medirlo evolucionará o no, pero para saber todo esto solo tenemos una opción, esperar.

5. BIBLIOGRAFÍA

Referencias Bibliográficas:

Ahn N. y Mochón F. (2010), “La felicidad de los españoles: factores explicativos”, *Revista de Economía Aplicada*, vol. 18(54), p: 5-31.

Alarcón, R. (2006), “Development of factorial scale for the measurement of happiness” *Revista Interamerican Journal of Psychology*, vol 40(1) p: 100.

Alesina, A, Di Tella, R. y MacCulloch, R. (2004),”Inequality and Happiness: Are European and Americans Different?” *Journal of Public Economics*, vol. 88(9-19), p. 2009-2042.

Allardt, E. (1998), *Tener, amar, ser: una alternativa al modelo sueco de investigación sobre el bienestar*. Antioquia: La flor de la vida. P: 44.

Angermeyer, M. C. y Killian, R. (2000), “*Modelos teóricos de Calidad de Vida en trastornos mentales*”; (p: 19-29) Barcelona: Masson.

Ardila, R. (2003) “Calidad de vida: una definición integradora”, *Revista Latinoamericana de Psicología*, vol. 002/35; p: 163.

Argyle, M. (1999): “Causes and Correlates of Happiness”, en Kahneman, Diener y Schwarz (eds.): *Well-Being: The Foundations of Hedonic Psychology*, New York: Russell Sage Foundation, p: 353-373.

Aristóteles (1964), *Obras completas*, Madrid: Aguilar.

Bartolini, S. y Bonatti, L. (2003): “Endogenous growth and negative externalities”, *Journal of Economics*, vol. 79 (2), p. 123-144.

Baker F, Intagliata J. (1982), *Quality of life in the evaluation of community support systems. Evaluation and Program Planning*, Social Work Research Methods, vol: 5; p: 69-79.

Bentham, J. (1789), *An Introduction to the Principles of Morals and Legislation*, (p: 14) Madrid: Clarendon Press.

Bigelow D.A, Brodsky G, Stewart L y Olson M. (1982), “The concept and measurement of quality of life as a dependent variable in evaluation of mental health services”, *Innovative approaches to mental health evaluation*, p: 345-366.

Bigelow D.A, Brodsky G y Stewart L. (1991), “Quality of Life of Community Mental Health Program Clients: Validating a Measure”, *Community Mental Health Journal*; vol. 27 (1), p: 43-55.

BjØrnskov C. (2008), “Formal Institutions and Subjective Well-Being: Revisiting the Cross-Country Evidence”, *European Journal of Political Economy*, vol. 26(4), p: 419-430.

Bottura R. y Menezes-Filho N. (2006), “Os determinantes empíricos da felicidade no

Brasil”, *Revista de Economía Política*, vol 26(4), p: 518-536.

Campbell A, Converse P.E, (1976), *The quality of American life*, New York: Russell Sage Foundation.

Di Tella, R., MacCulloch R. J. y Oswald A. J. (2001), “Preferences over Inflation and Unemployment: Evidence from Surveys of Subjective Well-Being”, *American Economic Review*, vol. 91(1), p: 335-341.

Di Tella, R., MacCulloch, R. y Oswald, A.(2001). “Preferences over Inflation and Unemployment: Evidence from Surveys of Happiness”, *American Economics Review*, Vol. X, p: 335-341.

Diener, E. y Diener, M. (1995). “Cross-cultural correlates of life satisfaction and self-esteem”. *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 68, p: 653-663.

Diener, E. y Seligman ME. (2004), “Beyond money: toward an economy of well-being”, *Psychological Science in the Public Interest*; p: 1-31.

Easterlin, R. (1973), “Does Money Buy Happiness?”, *The Public Interest*, vol.30, p: 3-10.

Easterlin, R. (1974). “Does Economic Growth Improve the Human Lot? Some Empirical Evidence”. *Nations and Households in Economic Growth: Essays in Honor of Moses Abramowitz*, p: 89-125.

Fontaine K R, Barofsky I. (2001), “Obesity and health-related quality of life.” *Obes Rev.*; vol. 2(3), p: 173-82.

Frey, B., y A. Stutzer (2002), “What can Economists Learn from Happiness Research”, *Journal of Economic Literature*, vol. 40 (2), pp. 402-435.

Gerdtham U. y Johannesson M. (2001), “The relationship between happiness, health and socio-economic factors: results based on Swedish Microdata”, *The journal of socio-economics*, vol. 30(6), p: 553-557.

Graaham, C. y Felton, A. (2005), “Does Inequality Matter to Individual Welfare: An Exploration Based on Happiness Surveys in Latin America”, *Center on Social and Economic Dynamics Working Papers Series*, 38, *The Brookings Institution (January)*.

Güven C. y Saloumidis R. (2009), “Why Is the World Getting Older? The Influence of Happiness on Mortality”, *Economics Series, The German Socio-Economic Panel*.

Haybron, D. (2003), “What do we Want from a Theory of Happiness?”, *Metaphilosophy*. 34(3), p: 305-329.

Heesen C, Bohm J, Reich C, Kasper J, Goebel M y Gold SM. (2008), “Patient perception of bodily functions in multiple sclerosis: gait and visual function are the most valuable”. *Multiple Sclerosis*; vol.14, p: 988-91.

- Hudson J. (2006), “*Institutional Trust and Subjective Well-being across the UE*”, *Kyklos*, vol. 59, p: 43-62.
- Kahneman, D. (1999). “Objective Happiness.” En (eds.) *Well-being: The Foundations of Hedonic Psychology* (p: 3-25), New York: Russell Sage Foundation Press.
- Lehman AF. (1988) “A quality of life interview for the chronically mentally ill.” *Evaluation and Program Planning*, vol.11, p: 51-62.
- Leite G. y Trigo P. (2008), “Happiness, Economic Well-being, Social Capital and the Quality of Institutions”, *School of Economics and Management, Department of Economics, University of Lisbon*.
- Lepège, A. y Hunt, S. (1998), “El problema de la Calidad de Vida en Medicina”, *Jama* (ed.esp.), vol. 7, nº1:19-23.
- Levi, L. (2001). Psycho-socio-economic determinants for stress and depression: A call for action. En: *Coping with stress and depression related problems in Europe. Final Report European Union Presidency, Brussels*, vol. 25-27/10/2001, p: 17-20.
- Lily O, McFadden E, Hensor E, Johnson M, Ford H. Diseasespecific quality of life in multiple sclerosis: the effect of disease modifying treatment. *Multiple Sclerosis*; vol. 12, p: 808-13.
- Malthus, T. (1998), *An Essay on the Principle of Population*, Madrid: Alianza editorial.
- Markowitz S. B, Fisher E., Fahs, Shapiro J. y Landrigan P. (1989), “Occupational disease in New York”, *Am J Ind Med* vol. 16, p: 417-435.
- McMahon, D. (2006), *Una historia de la felicidad*, Madrid: Taurus.
- Michalos, A.C. y Zumbo, B. D. (2001): “Healthy days, health satisfaction and satisfaction with overall quality of life”. *Social Indicators Research*, 59; p: 331-338.
- Muñoz-Redon, J. (1999), *Filosofía de la felicidad*, Barcelona: Editorial Anagrama.
- Nussbaum, Martha C. (2003): “Capabilities as Fundamental Entitlements: Sen and Social Justice”, *Feminist Economics*, vol. 9/2-3, p: 33-59.
- Ottova V., Erhart M. y Rajmil L., (2011) “Overweight and its impact on the health-related quality of life in children and adolescents: results from the European KIDSCREEN survey”. *Quality Life Research*. vol.21 (1), May 10.
- Pareto, W. (1909), *Manuel d'économie politique*, París:Giard & Brière.
- Patrick, D., Erickson P. (1993). *Health Policy, Quality of Life: Health Care Evaluation and Resource Allocation*. New York: Oxford University Press.

Rajmil L, López AR, López-Aguilà S y, Alonso J. (2013), "Parent-child agreement on health-related quality of life (HRQOL): a longitudinal study", *Health Quality Life Outcomes*, vol. 11, p: 101-1.

Rodríguez-Marin, J. (1995); *Psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis.

Rojas, M. (2007), "The Complexity of Well-Being: A Life-Satisfaction Conception and a Domains-of-Life Approach", *Researching Well-Being in Developing Countries*, Cambridge: University Press.

- (2007): "Heterogeneity in the Relationship between Income and Happiness: A Conceptual Referent Theory Explanation", *Journal of Economic Psychology* 28(1), pp.1-14.

- (2007): "A Subjective Well-Being Equivalence Scale for Mexico: Estimation and Poverty and Income-Distribution Implications", *Oxford Development Studies* 35(3), p: 273-293.

- (2009): "Economía de la Felicidad. Hallazgos relevantes respecto al ingreso y bienestar.", *El trimestre económico* 303, p: 541.

Salinas-Jiménez M. y J. y Artés J. (2010), "Income, motivation, and satisfaction with life: An empirical analysis", *Journal of Happiness Studies*, vol. 11(6), p: 779-793.

Sen, A. (1980): "Equality of What?", The Tanner Lecture on Human Values Delivered at Stanford University", *Cambridge University Press*, vol. 1; p: 197-220.

Solberg E., Diener E. y Robinson M. (2004), "Why are materialists less satisfied?", *Psychology and consumer culture*, T.S. Kasser y A.Kanne, Whashington, D.C., p: 29-48.

Stevenson, B., y J. Wolfers (2008), "Economic Growth and Subjective Well-Being Reassessing the Easterlin Paradox", *Wharton School, University of Pennsylvania*.

Tatarkiewicz, W. (1976), "Analysis of Happiness", *Social Indicators Research* 3, p: 103-157.

Veenhoven, R. (1991), "Questions on Happiness: Classical Topics, Modern Answers, Blind Spots", *Subjective Well-Being. An Inter-disciplinary Perspective*, Londres: Pergamon Press, pp. 7-26.

- (1996): "Developments in Satisfaction Research", *Social Indicators Research* 37, pp. 1-45.

- (2003): "arts-of-Living", *Journal of Happiness Studies* 4, pp.373-384.

- (2005): "Measuring Inequality of Happiness in Nations", *Journal of Happiness Studies* 6, pp. 357-396.

Vinaccia, S. y Orozco, L. M. (2005), "Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas" *Diversitas: perspectivas en*

psicología, vol 2.

Wille N, Erhart M, Petersen C y Ravens-Sieberer U. (2008): “The impact of overweight and obesity on health-related quality of life in childhood—results from an intervention study”. *BMC Public Health*, vol. 8, p: 1-421.

Recursos electrónicos:

Definición de bienestar subjetivo <http://www.who.int/suggestions/faq/es/> (Consulta: 10 de febrero de 2015).

Osvaldo, J. (2013) artículo “Salud Subjetiva versus Salud Objetiva” en su blog El blog de azúcar Chango. <http://blog.azucarchango.com.ar/blog/post/salud-subjetiva-versus-salud-objetiva/532> (Consulta: 10 de marzo de 2015).

Datos de EQLS e ilustraciones obtenidas de <http://www.eurofound.europa.eu/es/surveys/eqls> (Consulta: 8 de abril de 2015).