

# UNIVERSIDAD DE CUENCA



## FACULTAD DE PSICOLOGÍA

### TÍTULO

BIENESTAR DE PERSONAS CON O SIN DISCAPACIDAD FÍSICA QUE SE  
ENCUENTRAN EN LA ADULTEZ TEMPRANA.

Trabajo de titulación previo a la  
obtención del título de Psicología Clínica

#### **Autoras**

Carmen Eugenia Cordero Calle.  
Alejandra Karina Roa Palomeque.

#### **Directora:**

Ms. Sandra Eugenia Lima Castro.

Cuenca - Ecuador

2016

## Resumen

La presente investigación es de tipo correlacional transversal, cuya muestra estuvo integrada por 60 adultos jóvenes, 30 personas de ellos con discapacidad y 30 sin ella. Entre los objetivos propuestos para el estudio: comparar los niveles de bienestar en adultos jóvenes con o sin discapacidad física y determinar si existe relación entre bienestar y los niveles de autoeficacia, gratitud y percepción de salud. Los instrumentos aplicados fueron: Escala Perma de Martin Seligman, Cuestionario de gratitud de McCullogh, Emmons y Tsang, traducido por Beléndez, la versión en español de la escala de Auto-Eficacia Generalizada de Bähler, Schwarzer, Kwiatek, Schröder & Zhang adaptada por Sanjuán, Pérez y Bermúdez y un cuestionario para medición de las variables sociodemográficas. Se analizaron los datos mediante el programa SPSS y como resultados se obtuvo que en la muestra total existen altos niveles de bienestar, sin embargo, se encontró diferencias significativas en los dos grupos, siendo inferiores los niveles de bienestar en las personas con discapacidad. Además se concluye que existe relación significativa entre los niveles de bienestar y los niveles de autoeficacia, gratitud y percepción de salud en adultos jóvenes con o sin discapacidad.

**Palabras clave:** Adultez temprana, discapacidad física, bienestar, autoeficacia, gratitud, percepción de salud.

### Abstract

This research is a cross-correlational type, sample consists of 60 young adults, 30 people with disabilities and 30 them. Some of the objectives proposed for the study were: compare the levels of welfare in young adults with or without physical disabilities and determine if there is a relationship between levels of self-efficacy, gratitude and perception of health and welfare. Applied instruments were: Perma scale of Martin Seligman, the questionnaire of gratitude from McCullogh, Emmons and Tsang, translated by Beléndez, the Spanish version of the scale of generalized self-efficacy of Babler, Schwarzer, Kwiatek, Schröder & Zhang adapted by Sanjuan, Perez and Bermúdez and a questionnaire for measuring sociodemographic variables. The data was analyzed using the SPSS program and as results, the research revealed that from the total sample there are high levels of welfare, however, significant differences were found in the two groups, being lower levels of welfare within people with disabilities. In addition, it is concluded that there is a significant relationship between the levels of welfare and levels of self-efficacy, gratitude and perception of health in young adults with or without disabilities.

**Key words:** Early adulthood, physical disability, welfare, self-efficacy, gratitude, health perception



## Índice de Contenidos

Resumen .....	2
Abstract .....	3
Índice de Contenidos .....	4
Clausulas.....	9
Agradecimiento.....	13
Dedicatoria .....	15
Introducción .....	17
<b>CAPITULO I</b> .....	19
<b>1. Adultez temprana</b> .....	19
1.1. Conceptualización de adulto joven .....	19
1.2 Enfoque Biológico.....	21
1.3 Enfoque Psicológico: .....	23
1.3.1 Desarrollo de la personalidad .....	23
1.3.2 Desarrollo Cognitivo .....	26
1.3.3 Desarrollo Moral .....	30
1.4 Enfoque social: .....	32
Conclusiones.....	34
<b>CAPITULO II</b> .....	35
<b>2. Discapacidad</b> .....	35
2.2 Concepto de discapacidad.....	35
2.2 Tipos de discapacidad .....	40
2.2.1 Discapacidad física.....	40
2.2.2 Discapacidad sensorial.....	45
2.2.3 Discapacidad cognitiva .....	49
2.3 Situación actual de las personas con discapacidad en el Ecuador .....	52
2.4 Impacto de la discapacidad física en la adultez temprana .....	55
Conclusiones.....	61
<b>3. Bienestar humano</b> .....	62
3.1 Conceptualización de Bienestar. ....	64
3.2 Tipos de bienestar .....	65
3.2.1 Bienestar social .....	65
3.2.2 Bienestar psicológico.....	67
3.2.3 Bienestar subjetivo .....	70



3.2.4 “Teoría del Bienestar” Según Martin Seligman. .... 74

3.3 Bienestar en el Adulto Joven ..... 77

3.4 Autoeficacia y su relación con el bienestar. .... 78

3.5 Gratitud y su relación con el Bienestar..... 80

3.6 Percepción de salud y su relación con el bienestar..... 82

Conclusiones..... 84

**CAPITULO IV** ..... 86

**4. Metodología**..... 86

4.1 Enfoque de la investigación..... 86

4.2 Alcance de la investigación..... 86

4.2.1 Objetivo general:..... 86

4.2.2 Objetivos específicos: ..... 86

4.3 Pregunta de Investigación ..... 87

4.4 Hipótesis ..... 87

4.4 Universo y muestra..... 87

4.5.1 Criterios de inclusión..... 88

4.5.2 Criterios de exclusión..... 88

4.5 Procedimiento..... 88

4.7 Instrumentos de recolección de información..... 89

4.8 Procesamiento de datos..... 90

**CAPITULO V** ..... 92

**5. Análisis de los resultados**..... 92

5.1 Características Sociodemográficas de las participantes ..... 92

5.2 Diferencia en los niveles de bienestar..... 93

5.3 Relación entre bienestar y niveles de autoeficacia..... 94

5.4 Relación entre bienestar y los niveles de gratitud ..... 96

5.5 Relación entre la percepción de salud y el bienestar ..... 99

5.6 Discusión y Conclusiones..... 101

**6. Limitaciones y recomendaciones**..... 107

6.2 Limitaciones ..... 107

6.3 Recomendaciones ..... 107

**CAPITULO VII** ..... 109

**7. ANEXOS** ..... 109

7.1 Anexo 1. Consentimiento Informado..... 109

7.2 Anexo 2. Escala Perma ..... 110



7.3 Anexo 2. Adaptación cuestionario de Gratitud.....	115
7.4 Anexo 4. Adaptación del cuestionario de Auto-eficacia generalizada .....	116
7.5 Anexo 5. Datos Sociodemográficos.....	117
<b>Referencias Consultadas .....</b>	<b>118</b>



## Índice de tablas

Tabla 1.	
Características sociodemográficas de los participantes.....	94
Tabla 2.	
Bienestar subjetivo en personas con o sin discapacidad que se encuentran en la adultez temprana.....	95
Tabla 3.	
Resumen del modelo “Autoeficacia y bienestar”.....	97
Tabla 4.	
Análisis de Anova “Relación entre los niveles de los autoeficacia y el bienestar”.....	97
Tabla 5.	
Coefficientes “Relación entre los niveles de autoeficacia y bienestar”.....	97
Tabla 6.	
Resumen del modelo “Relación entre gratitud y bienestar”.....	99
Tabla 7.	
Análisis de Anova “Relación entre gratitud y bienestar”.....	99
Tabla 8.	
Coefficiente “Relación entre gratitud y bienestar”.....	99
Tabla 9.	
Resumen del modelo “Relación entre percepción de salud y bienestar”.....	101
Tabla 10.	
Análisis de Anova “Relación entre la percepción de salud y bienestar”.....	101
Tabla 11.	
Coefficiente “Percepción de salud y bienestar”.....	101



## Índice de Figuras

Figura 1.

Relación entre autoeficacia y bienestar.....96

Figura 2.

Relación entre gratitud y bienestar.....98

Figura 3.

Relación entre percepción de salud y bienestar.....100



---

## CLÁUSULAS



Universidad de Cuenca  
Cláusula de derechos de autor

---

Yo, *Carmen Eugenia Cordero Calle*, autora de la tesis “**Bienestar de personas con o sin discapacidad física que se encuentran en la adultez temprana**”, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Psicóloga Clínica. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, 04 de Marzo del 2016.

Carmen Eugenia Cordero Calle

C.I: 0302679667



Universidad de Cuenca

Cláusula de derechos de autor

Yo, *Alejandra Karina Roa Palomeque*, autora de la tesis “**Bienestar de personas con o sin discapacidad física que se encuentran en la adultez temprana**”, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Psicóloga Clínica. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, 04 de Marzo del 2016.

Alejandra Karina Roa Palomeque.

C.I: 0301546396



Universidad de Cuenca

Cláusula de propiedad intelectual

---

Yo, *Carmen Eugenia Cordero Calle*, autora de la tesis “**Bienestar de personas con o sin discapacidad física que se encuentran en la adultez temprana**”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 04 de Marzo del 2016

Carmen Eugenia Cordero Calle.

C.I: 0302679667.



Universidad de Cuenca

Cláusula de propiedad intelectual

---

Yo, *Alejandra Karina Roa Palomeque*, autora de la tesis “**Bienestar de personas con o sin discapacidad física que se encuentran en la adultez temprana**”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 04 de Marzo del 2016

---

Alejandra Karina Roa Palomeque.

C.I: 0301546396

## Agradecimiento

El presente trabajo de titulación es el resultado de la dedicación y esfuerzo conjunto de quienes formamos parte para su realización. Por ello quiero agradecer a nuestra directora Mgs. Sandra Lima Castro, quien con sus conocimientos, su experiencia, su paciencia y su motivación ha logrado que pueda finalizar mis estudios con éxito. Así también, quiero agradecer a Alejandra Roa compañera y amiga dentro y fuera de las aulas de clase.

A mis padres quienes han confiado en mis capacidades y han estado siempre a mi lado para apoyarme incondicionalmente en cada decisión que he tomado y alentarme siempre para salir adelante en busca de mis metas. A mis hermanas y a mi sobrino quienes me han brindado su apoyo y ayuda para seguir adelante. De igual manera a toda mi familia, amigos y compañeros.

A mis profesores a quienes les debo gran parte de mis conocimientos, gracias a su paciencia y enseñanza. Finalmente un eterno agradecimiento a esta prestigiosa Universidad y a la Facultad de Psicología, la cual me abrió sus puertas para la realización de mi carrera profesional.

Eugenia Cordero Calle.

## Agradecimiento

La gratitud es parte importante en la vida de los seres humanos, es uno de los componentes que conducen a la felicidad, esa fue una de las variables estudiadas en nuestro trabajo y una de las tantas enseñanzas que este proceso me deja.

En el trayecto de este trabajo de titulación han estado presentes varias personas importantes que han sido de gran apoyo. Quisiera empezar agradeciendo a nuestra directora, Mgs. Sandra Lima, quien ha contribuido con sus enseñanzas, tiempo y esfuerzo, también a la Mgs. Catalina Mora por la asesoría brindada. De manera especial quiero darle las gracias a mi amiga y compañera Eugenia Cordero por cada momento compartido, por su entusiasmo y tenacidad.

Agradezco a todas aquellas personas que han estado presentes a lo largo de mi etapa de formación universitaria. A mis maestros, quienes con sus conocimientos y entrega supieron inspirar el amor y humanidad que la psicología requiere. A mis amigos y compañeros de aula, el tiempo compartido siempre será recordado con alegría y gratitud.

A mi familia, porque todo lo que soy se los debo ustedes, y a una persona muy importante, Pablo por todo su amor y la felicidad compartida.

Alejandra Roa Palomeque.



## Dedicatoria

A mis hermanas Christina y Verónica  
Mi sobrino Sebastián  
Y especialmente a mis padres  
Enrique Cordero y Esperanza Calle  
pilares fundamentales en mi vida.

Eugenia Cordero Calle



## Dedicatoria

A mis padres, Gabriel y Silvana  
por todo el amor y apoyo brindado  
A mis hermanos, Mauricio y Matías  
por las alegrías que le dan a mi vida.

A David, porque su recuerdo  
siempre me acompaña.

Alejandra Roa Palomeque.

## Introducción

Estudiar el bienestar humano es una tarea amplia y compleja ya que hay diversas aristas que considerar, sin embargo es completamente necesario para la contribución al campo científico de la psicología y la calidad de vida de los seres humanos. El bienestar es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura, en su sistema de valores y en relación con sus objetivos, sus expectativas, normas e inquietudes. Se refiere a lo que las personas experimentan cuando sienten más emociones agradables y pocas desagradables o cuando están comprometidos en actividades interesantes causando satisfacción en su vida.

Pero, ¿son los parámetros de bienestar iguales a lo largo de cada etapa de la vida? Para responder a esta interrogante el estudio se centra en aquellas personas que están dentro de la adultez temprana, etapa considerada como uno de los períodos de mayor plenitud en el ser humano, el mismo que engloba un espacio de tiempo ubicado entre los 20 y 40 años, en los cuales diversas facetas tales como la aceptación de su identificación sexual e imagen corporal, la búsqueda de una vocación e inmersión en la vida profesional y laboral, generalmente suelen producir un estado de bienestar integral que hacen del adulto joven un miembro activo de la sociedad.

Otra variable del estudio es la discapacidad, ¿Cómo experimentan bienestar aquellos adultos jóvenes con discapacidad física? En términos generales la discapacidad abarca deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones a la participación” (OMS, 2014). Las personas con discapacidad son entendidas como aquellas que presentan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo, y que al interactuar con el medio exterior no logran desenvolverse y participar plena y efectivamente en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.

Al parecer durante esta etapa de la vida, el contar con un tipo de discapacidad podría influir en su bienestar, su personalidad y la forma en cómo se relaciona

socialmente. Además de producir mayores inconvenientes de adaptación, puesto que es la etapa idónea para la realización de metas y objetivos ocasionando que los adultos jóvenes suelen sentirse abrumados por sus limitaciones durante este periodo orientado al futuro. Así, en esta etapa de varios cambios, retos y decisiones la discapacidad puede ser un infortunio inesperado que podría disminuir la percepción del bienestar, lo que influenciará en la percepción de calidad de vida del adulto joven.

Debido a la importancia de estos temas para nuestro estudio los capítulos se han desarrollado de la siguiente manera. En el primer capítulo se encontraran las conceptualizaciones de adultez desde diversos enfoques como el biológico, psicológico y social, en el segundo capítulo se abordará el tema de discapacidad definiendo su concepto y clasificación, poniendo mayor énfasis en la discapacidad física, asimismo, en el tercer capítulo exploraremos el tópico del bienestar, desde sus raíces conceptuales de la hedónica y eudaimónica hasta entender los diversos tipos como son: el bienestar psicológico, subjetivo, social y la teoría de Seligman con la descripción de la escala PERMA. Más adelante, en el cuarto capítulo se expone la metodología utilizada en el estudio, en el capítulo cinco se podrá encontrar el análisis y discusión de los resultados obtenidos y por último en el capítulo seis conclusiones limitaciones y recomendaciones.

## CAPITULO I

### 1. Adultez temprana

La edad adulta temprana se considera una de las etapas de mayor plenitud en el ser humano. Diferentes aspectos tales como la aceptación de su identificación sexual e imagen corporal, la búsqueda de una vocación e inmersión en la vida profesional y laboral generalmente suelen producir un estado de bienestar integral que hace del adulto joven un miembro activo de la sociedad. (Jiménez, 2012).

En general, en esta etapa, el ser humano posee cualidades que le permiten vivir con calidad y eficiencia, planteándose proyectos a mediano y largo plazo, que incluyen a la pareja y a la familia. Las experiencias de esta etapa, darán continuidad al desarrollo normal en el ciclo vital, al otorgar sentido y aprendizaje para vivir a plenitud. (Jiménez; 2012). Sin embargo el contar con un tipo de discapacidad durante esta etapa de la vida, ya sea por una situación inesperada o de haberla tenido desde su nacimiento, puede influir en su estilo de vida, su identidad como individuo y la forma en cómo se relaciona socialmente. (Sanz, 2011).

Este capítulo por ende, abordará las distintas áreas de la esfera global que constituyen al adulto joven, comenzando por una conceptualización, para luego proseguir con los enfoques biológico, psicológico y social que lo conforman y permiten su desenvolvimiento y progreso.

#### 1.1. Conceptualización de adulto joven

Definir lo que es la adultez temprana no es tarea fácil, dado que esta etapa del ciclo vital no solamente está determinada por la evolución psicológica y biológica, sino que tiene muchas implicaciones sociales y éticas, es decir, ser adulto no se asemeja simplemente con definiciones ajustadas a la edad cronológica sino a otra serie de factores más complejos.

La definición del adulto joven debe ser mirada desde diferentes aristas, las cuales nos permitirán entender este espacio de la vida que acontece inmediatamente después de la adolescencia, en el cual el individuo debe atravesar desafíos, tensiones, responsabilidades, tareas y tomar decisiones importantes.

Para comenzar, podemos decir que etimológicamente la palabra adulto proviene del latín “adultus”, y significa que el individuo en esta etapa de la vida ha concluido ya su proceso de crianza, de esta manera podríamos entender por adulto a aquella persona que ha terminado de crecer y se encuentra en la etapa intermedia entre la adolescencia y la vejez. (Amador, Monreal & Marco, 2001). “... Un adulto es aquel individuo (hombre o mujer) que desde el punto de vista físico ha logrado una estructura corporal definitiva, biológicamente ha concluido su crecimiento, psíquicamente ha adquirido una conciencia y ha logrado el desarrollo de su inteligencia, en lo sexual ha alcanzado la capacidad reproductiva, socialmente obtiene derechos y deberes ciudadanos y económicamente se incorpora a las actividades productivas y creadoras”. (Nogales, 1964 citado por Adam, 2007).

Por otro lado, citando a Chacón (2009) la adultez temprana, o también llamada adultez joven o juventud, es la etapa que abarca el periodo de 20 a 40 años, en la cual los adultos buscan su realización personal en varios ámbitos, tales como el laboral, obteniendo una profesión y desarrollando sus conocimientos en su lugar de trabajo. Asimismo este autor manifiesta que en el área personal, durante esta época de la vida, es común que ya exista un equilibrio emocional, por tanto, el adulto joven generalmente busca una pareja con quien compartir sus metas y obtener apoyo en la realización de sus objetivos. Asimismo, es importante mencionar que una parte de esta etapa de la vida es llamada también por algunos autores como adultez emergente, ya que es un periodo de exploración, una época de posibilidades y búsqueda de retos y una oportunidad para probar nuevas formas de vida, ubicando a esta época en un periodo comprendido entre los 20 a los 25 años e incluso un poco más. (Papalia, Wendkos y Duskin, 2009).

## 1.2 Enfoque Biológico

Cronológicamente, como ya hemos mencionado, se entiende como adulto joven a la edad comprendida entre 20 y 40 años, en la cual se alcanza una estructura corporal definitiva debido a que biológicamente ha concluido su crecimiento.

Así, podríamos hablar de una adultez biológica caracterizada por el total desarrollo anatómico y fisiológico de los órganos, y de su capacidad de funcionamiento, lo que les permite posicionarse en la cúspide de la curva de desarrollo normal. Lo más significativo, tanto en los seres humanos como en las demás especies, es su capacidad de reproducción que en el hombre como en la mujer, se hace presente entre los 11 y 15 años de edad con la aparición de manifestaciones fisiológicas de su capacidad genésica. Es importante indicar que durante este periodo se establece el cimiento del funcionamiento físico de por vida. La salud puede ser influenciada por los genes, pero los factores conductuales (alimentación, hábitos de sueño, actividad física y consumo de alcohol o drogas) contribuyen de manera importante a alcanzar un estado de salud adecuado y bienestar. (Papalia & cols. 2009)

Durante esta etapa del ciclo vital uno de los primeros malestares que se experimenta son de tipo respiratorio, lo que se atribuye al poco cuidado cuando se está en contacto con el ambiente y los cambios repentinos de temperatura y altitud. Debido a la energía y fuerza que presenta el adulto joven, otra causa que provoca indisposición, son los accidentes leves y propios de esta etapa de vida. En esta época aparecen también dolencias que pueden hacerse crónicas, especialmente en familias de bajo ingreso, en ocasiones relacionadas con el trabajo prematuro y desproporcionado con respecto a la edad, tales como los problemas de la espalda o de la columna, artritis e hipertensión. (Jiménez, 2012).

Al transcurrir este período de la vida, los sentidos considerados como básicos, es decir, la vista y el oído, tienen la capacidad de percibir de manera más nítida

entre los 20 y 25 años, perdiéndola gradualmente conforme pasan los años. La agudeza visual empieza a disminuir aproximadamente alrededor de los 40 años, en tanto que en el oído, la capacidad para percibir los tonos más agudos presenta una pérdida gradual a partir de los 25 años. Los sentidos como el gusto, el olfato y el tacto van a permanecer constantes y estables aproximadamente hasta los 45 años. (Jiménez, 2012).

El buen funcionamiento de los sentidos está relacionado con los hábitos y prácticas positivas, especialmente las de higiene; el caso particular del oído, al estar vinculado con el equilibrio o sentido vestibular, adquiere una dimensión más amplia, pues el daño que presente impedirá el movimiento estable, la tolerancia a las alturas y la realización de actividades sencillas como caminar, subir escaleras o andar en bicicleta, sin descartar las de tipo laboral, que al no poderse realizar llevan a una discapacidad y cese del trabajo. (Jiménez, 2012). Asimismo, algunas adicciones o trabajo en condiciones poco favorables como el realizado en industrias son un factor de deterioro sensorial.

En lo referente al funcionamiento psicomotor, de los 25 a 30 años el ser humano se encuentra en el punto máximo de su fortaleza muscular y destreza manual, por lo que sus habilidades laborales, artísticas y deportivas son utilizadas para la adquisición y beneficio de un trabajo u actividad de su preferencia. La fuerza muscular, rapidez de movimiento, flexión, movimiento de las manos y extensión de los dedos, alcanza su punto máximo entre los 25 y 30 años, lo que permite la realización y ejecución eficiente de deportes o actividades lúdicas. Las actividades realizadas en la edad adulta temprana relacionadas con la coordinación motriz fina y gruesa, reflejan no sólo una buena psicomotricidad, sino una condición física adecuada a la edad. Posterior a esta edad, la destreza manual y agilidad de los dedos empieza a disminuir; el debilitamiento ocurre en la espalda y en los músculos de las piernas y un poco menos en los músculos de los brazos, lo que lleva a elegir otro tipo de actividades. (Jiménez, 2012).

Pero en general, el adulto joven goza de plena capacidad física, pues en esta edad la fuerza, la energía y la resistencia hallan su punto máximo desde los 25 años, momento en que el cuerpo se ha desarrollado casi por completo, lo que le permite realizar sus actividades de forma satisfactoria.

### **1.3 Enfoque Psicológico:**

La definición psicológica de adultez temprana es un tanto más compleja, ya que se esperaría que el adulto al entrar en esta etapa, haya alcanzado ya ciertos aspectos como la conciencia ética y moral, al igual que el óptimo desarrollo de su inteligencia y dominio personal.

“La adultez psicológica se caracteriza por el desarrollo de la actividad psíquica en su máximo grado. Es en esta etapa en la cual las funciones intelectuales, emocionales y conativas adquieren mayor intensidad, amplitud y funcionalidad”. (Satorres, 2013). Varios autores como Allport, Erikson o Maslow consideran a la adultez como un estado mental o aspiración difícil de definir, sin embargo, todos están de acuerdo en que debería ser equivalente al de una personalidad madura (Amador, Monreal y Marco, 2001). Por otro lado, cabe resaltar que adultez psicológica hace referencia a aquella persona que ha salido de la infancia y de la adolescencia y se encuentra preparando su vejez. La adultez es un desarrollo histórico que prosigue o debería proseguirse, la individualización del ser y su personalidad” (Kohler, 1974; citado por Amador et al. 2001), posteriormente, este autor agrega que tres criterios determinantes para el adulto son: la aceptación de responsabilidades, el predominio de la razón y el equilibrio de la persona.

#### **1.3.1 Desarrollo de la personalidad**

La teoría de Erikson es una teoría de ciclo vital del desarrollo humano que propone ocho crisis vitales a ser resueltas por la persona a lo largo de su vida. Para este autor, la sexta etapa de desarrollo psicosocial es intimidad vs

aislamiento, es el tema principal de la edad adulta temprana y se refiere a la necesidad de establecer relaciones íntimas con los demás, fundamental para la paternidad y la elección de pareja. (Álvarez, 2013).

La madurez psicosexual del adolescente tiene su culminación en lo que el psicoanálisis llama momento de la genitalidad, que consiste en la capacidad de desarrollar una relación sexual saludable con un partícipe amado, con quien pueda y quiera compartir con confianza mutua y regular, los ciclos de vida de procreación, de trabajo y ocio, a fin de asegurar a la descendencia futura unas mejores condiciones de vida y de trabajo. (Bordignon, 2006).

“La intimidad es la fuerza sintónica que lleva al joven adulto a confiar en alguien como compañero en el amor y en el trabajo, integrarse en afiliaciones sociales concretas y desarrollar la fuerza ética necesaria para ser fiel a esos lazos, al mismo tiempo que imponen sacrificios y compromisos significativos”. (Bordignon, 2006; citado por Cano, Carmona y Pulgarín, 2013).

El reverso de esta situación es el aislamiento afectivo, si los jóvenes adultos no son capaces de hacer compromisos personales profundos con otros, pueden aislarse y ensimismarse. Empero necesitan de cierto aislamiento para reflexionar sobre su vida. El distanciamiento o la exclusividad se expresa en el individualismo y egocentrismo sexual y psicosocial, individual o los dos. Un justo equilibrio entre la intimidad y el aislamiento fortalece la capacidad de la realización del amor y el ejercicio profesional. “Los principios relacionados de orden social que nacen de este contenido se expresan en las relaciones sociales de integración y compromisos en instituciones y asociaciones culturales, políticas, deportivas y religiosas”. (Bordignon, 2006).

La virtud sincrónica que emerge de la resolución de esta etapa es el amor, como dedicación y donación a los otros y a la sociedad. La fuerza del amor transforma la expresión de la dialéctica de los estadios anteriores del “yo soy” a “nosotros somos”, así expresa: “Nosotros somos lo que amamos”, el nosotros,

nuestros hijos, nuestro trabajo y las asociaciones a las que pertenecemos. La capacidad de amar y trabajar se transforma en corrientes de asociaciones de solidaridad. Según Erikson, la decisión de no cumplir con el impulso natural de procreación tiene serias consecuencias para el desarrollo, en cuanto que los sistemas elitistas formándose a partir del aislamiento afectivo y social, del cultivo del narcisismo y de los grupos modernistas. (Bordignon, 2006).

Amador et al (2001) cita a la teoría o modelo motivacional de Huberman, el cual estudia la relación, funciones o roles que puedan desempeñar los adultos y que conformarán el desarrollo de su personalidad, respondiendo a las necesidades o intereses respecto a sus elecciones. Este modelo está basado en aquellos temas o asuntos a los que los adultos suelen interesarles, como son:

- La vida familiar.
- La vida profesional.
- Los asuntos cívicos y sociales.
- Intereses creativos y expresivos.
- Salud física y mental.

A su vez, este autor especifica que estas motivaciones o intereses evolucionan durante la vida adulta durante seis ciclos. El ciclo concerniente a la adultez temprana son los siguientes:

a) Concentración en la propia vida ( 18-30 años)

En este ciclo, el adulto ya posee una identidad estable, generalmente, su motivación principal es su trabajo, lucha por conseguir una identidad social a través de él o de una carrera u oficio, lograr status o puesto determinado socialmente, conseguir una ideología propia, asimilándola e interiorizándola. También es importante elegir compañero para su vida, tener y presentar una buena imagen de sí mismo. (Amador et al, 2001)

b) Concentración de las propias energías (30-40 años)

Es un ciclo que se caracteriza por un aumento en la experiencia y competencia dentro del campo profesional y ser un período muy estable. El adulto se encuentra en este período en el máximo de sus potencialidades, fuerza y energía. Los intereses y motivaciones que le mueven particularmente son: la crianza y educación de los hijos, la competencia en el mundo profesional y laboral. Inicia su interés por actividades y actividades comunes de grupo. Se da un predominio de la extroversión versus la introversión.

### **1.3.2 Desarrollo Cognitivo**

En cuanto al desarrollo cognitivo, mientras Therman sostiene que la inteligencia, en la curva de su desarrollo llega a su más alto nivel entre los 15 y 16 años de edad; Wesheler lo extiende hasta los 20, pero, si bien el desarrollo de la inteligencia como aptitud general es fundamental en la madurez psicológica, lo importante es que el ser humano tome conciencia de sí mismo, de su condición humana y del mundo que le rodea, y está en condiciones de enfrentar lógicamente los problemas menores de la vida diaria. (Jiménez, 2012)

Warner Schaie (citado por Jiménez, 2012) propuso un modelo de desarrollo cognoscitivo durante todo el ciclo vital, en etapas que marcan las formas de adquisición del conocimiento, durante la adultez temprana se desarrolla las tres siguientes etapas:

- La etapa de logros: Inicia a partir de los 19 o 20 años hasta principios de los 30 años y corresponde al momento del término de la educación media superior, por lo que algunos alumnos darán continuidad a sus estudios, en tanto que otros se incorporarán a la vida laboral, razón por la que harán uso de lo que saben para obtener competencia e independencia, en estas dos áreas de la vida
- Etapa de responsabilidad: Se ubica a finales de los 30 años e inicio de los 60 años, generalmente los adultos están preocupados por cumplir sus metas de largo alcance y resolver problemas prácticos asociados con la

responsabilidad para con otras personas, como la familia, los subordinados en el trabajo o la comunidad.

- Etapa ejecutiva: (30 o 40 años hasta los 65 años aproximadamente) El adulto joven es responsable de sistemas sociales, en los que no sólo asume la responsabilidad como en la etapa anterior, sino que promueve cambios y los ejecuta con base en las necesidades, en general, trata con relaciones complejas en varios niveles.

Según Jean Piaget (citado por Jiménez, 2012) al trascender el mundo de lo concreto el individuo se posiciona en el estadio de las operaciones formales. El adulto joven se orienta cada vez más hacia el mundo de las ideas, los valores y la creación, lo cual posibilita una actitud más realista y amplia del mundo, abarcando no sólo lo externo y concreto también la realidad psíquica interna. Jean Piaget considera que llegar a la edad adulta significa pasar de un estado de equilibrio menor a un estado de equilibrio superior, y que ese equilibrio va progresando y modificándose continuamente dependiendo de las actividades que realiza el sujeto a medida que sigue avanzando en edad.

El adulto joven está en una búsqueda permanente de respuestas, por lo que investiga, descubre, estudia, se plantea preguntas, entre otros, resolviendo los conflictos cognitivos que se presentan, pasando de un estado de desequilibrio a equilibrio. Con respecto a las estructuras cognitivas, éstas se consolidan al ser conceptualmente más integradas y flexibles, reflejadas en una actitud crítica en términos de necesidades, motivaciones, sentimientos, creencias y principios. Con el pensamiento abstracto existe un mayor análisis de la vida, de los planes y las metas personales, desde una perspectiva más autónoma y congruente con lo que se ha conceptualizado de sí mismo, es decir, la identidad personal. (Jiménez, 2012).

Siguiendo la línea Piagetiana, a través de la investigación y trabajos teóricos por parte de científicos, se postulan dos niveles superiores de pensamiento de la cognición adulta:

- **Pensamiento reflexivo:** El filósofo y educador John Dewey (Fischer y Pruyne, 2003; citado por Papalia et al. 2009) plantea este nivel de pensamiento como una forma compleja de cognición, en la cual se realiza una consideración activa, persistente y cuidadosa de la información o las creencias a la luz de la evidencia que las apoya y de las conclusiones a las que dan lugar, cuestionan de manera continua los hechos supuestos, sacan inferencias y establecen conexiones. La capacidad para practicar el pensamiento reflexivo parece surgir entre las edades de 20 y 25 años, solo entonces las regiones completamente mielinizadas de la corteza cerebral pueden manejar el pensamiento de nivel superior, al mismo tiempo que el cerebro forma nuevas neuronas, sinapsis y conexiones dendríticas. (Fischer y Pruyne, 2003; Papalia et al. 2009)

La contribución del ambiente puede estimular el desarrollo de conexiones corticales más gruesas y densas. Sin embargo, si bien la mayor parte de adultos desarrollan la capacidad para convertirse en pensadores reflexivos, pocos alcanzan la óptima capacidad en esta habilidad, menos aún pueden aplicarla de manera sistemática a diversos tipos de problemas. (Fischer y Pruyne, 2003; Papalia y cols. 2009)

- **Pensamiento posformal:** Constituye un nivel de pensamiento superior, el cual por lo general comienza en la adultez emergente, a menudo gracias al ingreso a la educación superior. Se caracteriza por la capacidad para lidiar con la incertidumbre, la inconsistencia, la contradicción, la imperfección y el compromiso. Este nivel de pensamiento es flexible, abierto, adaptable e individualista. Recurre a la intuición y a la emoción, así como a la lógica para ayudar a las personas a afrontar un mundo aparentemente caótico. (Papalia et al, 2009)

El pensamiento posformal es relativista, permite a los adultos trascender un solo sistema lógico, o conciliar o elegir entre ideas o exigencias contradictorias, cada una de las cuales, desde su punto de vista, tiene su parte de verdad. (Labouvie-Vief, 1990; Sinnott, 1996, 1998, 2003 citado por Papalia et al, 2009). Esta etapa de cognición superior permite percibir matices. Igual que el pensamiento reflexivo, a menudo se desarrolla en

respuesta a sucesos e interacciones que establecen formas no acostumbradas de ver las cosas y cuestionan una visión simple y polarizada del mundo. (Papalia et al, 2009).

Jan Sinnott (1984, 1998, 2003) citado por Papalia y cols. (2009) propone criterios del pensamiento posformal:

- **Mecanismo de conmutación:** capacidad para pensar al menos en dos sistemas lógicos y de pasar del razonamiento abstracto a las consideraciones prácticas del mundo real y viceversa.
- **Definición del problema:** Capacidad para reconocer que un problema corresponde a una clase o categoría de problemas lógicos y definir sus parámetros.
- **Cambio proceso-producto:** capacidad para considerar que un problema puede ser resuelto por medio de un proceso, con aplicación general a problemas similares, o por medio de un producto, es decir, una solución concreta al problema particular.
- **Pragmatismo:** capacidad para elegir la mejor de varias soluciones lógicas y reconocer criterios de elección.
- **Soluciones múltiples:** conciencia de que existen varias causas y soluciones a un problema o situación.
- **Conciencia de la paradoja:** Creencia de que un problema o solución involucra un conflicto inherente.
- **Pensamiento autorreferenciado:** El individuo conoce que él es quien debe decidir que lógica usar.

Por último es significativo indicar que el pensamiento posformal progresa a lo largo de la adultez temprana y la media, especialmente cuando están implicadas las emociones. (Papalia et al, 2009).

### 1.3.3 Desarrollo Moral

En lo referente al desarrollo moral Jean Piaget (citado por Jiménez, 2012) define “la moralidad como un sistema de reglas, donde se encuentra la esencia de la moralidad en el respeto que los individuos adquieren por las reglas, el cual se obtiene mediante un proceso evolutivo de construcción de significados de la relación entre sí mismo y los demás; por lo tanto, la moral depende del tipo de relación social que el individuo sostiene con los demás”.

Para Piaget, un individuo es autónomo moralmente si es independiente de toda influencia externa, de modo especial aquella que deriva de las autoridades adultas, desarrollando una conciencia autónoma a partir de relaciones de reciprocidad e igualdad con otros. En la autonomía se sigue una regla, un principio o ley, elementos que son internos a la propia conciencia de la persona, resultado de una decisión libre; esto significa tener la capacidad de analizar, razonar, aceptar y reconocer los beneficios tanto personales como sociales de acatar tales ordenamientos. Pasar de un estado de dependencia a uno totalmente autónomo, implica necesitar a los demás cada vez menos, para satisfacer las necesidades propias, e iniciar una relación más recíproca de cooperación social y de respeto, con un sentido de obligación que surge del yo interno. El estado de equilibrio en lo social y, según Piaget, propicio para el desarrollo de la razón, es “el estadio de cooperación, en el cual los individuos, considerándose como iguales pueden controlarse mutuamente y alcanzar la objetividad” (Jiménez, 2012).

La cooperación es un proceso racional y afectivo que se da por conducto de la descentración, que implica en ponerse en el lugar del otro: “En definitiva, a partir del momento que existe cooperación, las nociones racionales de lo justo o injusto se convierten en regulativas de las costumbres, porque están implicadas en el propio funcionamiento de la vida social entre iguales” (Jiménez, 2012).

En el sentido cognitivo, Kohlberg (citado por Jiménez, 2012) afirma que una persona autónoma se caracteriza por la capacidad para realizar sus propios juicios y principios morales, más que conformarse con los juicios morales de los adultos que están a sus alrededor. Se considera que las reglas, principios y valores son autónomos cuando una persona los internaliza, es decir, ha hecho suyos los contenidos originalmente impuestos por mediadores sociales, como los padres, las autoridades o los agentes significativos, otorgándoles un sentido y significado propio.

De acuerdo con Kohlberg (1973) citado por Papalia et al. (2009) los juicios morales en la adultez temprana son un tanto más complejos en comparación con las etapas anteriores. De los tres niveles de desarrollo moral (nivel preconventional, convencional y posconvencional) para la etapa adulta temprana, corresponde en parte el tercer nivel que está conformado por la moralidad de los principios morales autónomos. Durante esta edad se llega a la verdadera moralidad, aquí se presenta un conflicto entre dos patrones, creencias o valores aceptados socialmente y tratar de decidir entre ellos. El control de la conducta es interno, los juicios se basan en lo abstracto y en principios personales. Es la etapa de la orientación legalística o de contrato social.

El avance al tercer nivel de razonamiento moral es sobre todo una función de la experiencia. La mayor parte de personas generalmente alcanzan este nivel a partir de los 20 años en adelante. Dos experiencias que estimulan el razonamiento moral en adultos jóvenes son el encontrarse con valores contradictorios lejos de casa y responsabilizarse del bienestar de otros. (Papalia et al, 2009).

El comportamiento correcto, se define en términos de los derechos generales del individuo, y de los estándares impuestos socialmente. Existe una conciencia del relativismo de los valores y opiniones personales, que progresivamente llevará a lo que es constitucionalmente y democráticamente acordado, lo correcto es un asunto de “valores” y “opiniones” personales. Lo correcto se basa en los principios éticos elegidos por el propio individuo que invocan a la

comprensión lógica, a la consistencia y a la universalidad. Esta etapa se fundamenta en principios universales como la igualdad, la equidad, y la justicia, expresados en un profundo respeto a los derechos humanos, independientemente de las diferencias de raza, sexo o credo. La conciencia individual determina lo que es bueno o malo, ya que incluye los conceptos abstractos de justicia, dignidad humana e igualdad, como valores universales que en toda sociedad deben existir.

Para Amador (2001), el adulto se hace autoconsciente; es decir, que percibe la existencia de su “yo” a conciencia moral. De igual manera su inconsciente, donde se refugian las experiencias vividas en sus primeros años (inhibiciones, afectos, represiones, etc.), se dinamiza e influye en su conducta.

En síntesis, en la etapa de la adultez temprana hay una personalidad definida, que se relaciona con el mundo acorde a la misma, sin embargo, aunque lo esperado sea la estabilidad, existen ciertos factores que hacen que esta etapa no sea de plena tranquilidad, sino más bien de reorganización debido a que se producen cambios y procesos evolutivos importantes de la misma forma que en etapas anteriores.

#### **1.4 Enfoque social:**

Social y jurídicamente se entiende al adulto joven (y al adulto en general) como una persona integrada en el medio social, que cuenta con el total reconocimiento de sus derechos, libertades y responsabilidades. (Amador, et al; 2001).

La adultez social según Amador, 2001 se manifiesta en tres sectores primordiales: en el trabajo, en la participación social (política y cívica) y en la responsabilidad jurídica. Un hecho importante es cuando el ser humano se incorpora a la fuerza laboral, en el cual debe cumplir responsabilidades. Lo esperado en este período es que las aptitudes intelectuales y físicas hayan

madurado lo suficiente para que las personas subsistan con independencia y capacidad.

El grupo social conformado por la gente en la etapa adulta es la reguladora del ordenamiento de la vida comunitaria, confiere a los adultos jóvenes el derecho a intervenir en los problemas políticos al concederle el derecho de elegir a los poderes que representan al Estado. Son la fuerza productiva de la sociedad debido a su juventud, energía y adquisición de conocimientos, además, debido a que en muchas legislaciones es permitido contraer matrimonio sin la autorización de los mayores cumplidos los 18 años de edad es la etapa en la que más cambia el estado civil de las personas.

La orientación de la vida del ser humano, su organización, su desenvolvimiento y, en general, la construcción de su destino, dependen de la responsabilidad con que se adopten decisiones propias. Esto significa madurez social. La adultez social implica también ideología política. La posesión de ciertos criterios sobre el orden económico y social encauza su comportamiento cívico, ajustando su conducta a los procedimientos normativos existentes, sin que ello signifique aceptación o resignación frente a los mismos.

Para Adam (2001) “El adulto joven que ha alcanzado la madurez social (adultez social) está en condiciones de promover la renovación”. Manifiesta que en esta etapa la inconformidad es característica humana, que incide en el progreso, a la lucha, a la búsqueda de algo diferente. Sin embargo acota que “cuando el ser humano actúa de acuerdo a una concepción de la realidad para organizar su conducta y resolver los variados problemas de su vida en comunidad, podemos decir que ha alcanzado su madurez social”, es decir que la mera inconformidad y crítica sin construcción no es, o no debería ser característica de la etapa adulta.

Es importante puntualizar que el término “adulthood jurídica” no solo es perteneciente a un estudio del hombre de forma individual, sino más bien como sociedad, es por esto que aproximadamente desde los 21 años en la mayoría de países se concede al ser humano derechos y responsabilidades.

## **Conclusiones**

Para finalizar, a través de todo lo expuesto a lo largo de este capítulo, podemos manifestar que la etapa entendida como adulthood temprana, se encuentra llena de características y particularidades que determinarán el futuro desarrollo del adulto tanto biológica, psicológica y socialmente. Claro está que este periodo de la vida no solamente está compuesto por el desarrollo pleno de sus características fisiológicas y funcionales, sino también existen particularidades psicológicas y sociales que singularizan esta fase de la vida. A lo largo del capítulo se abordó diferentes enfoques que componen y permiten entender al adulto joven desde distintas perspectivas que posibilitan un mayor entendimiento acerca de esta etapa.

## CAPITULO II

### 2. Discapacidad

El tema de discapacidad cuenta con una diversidad de términos y conceptualizaciones a lo largo de la historia, ha sido entendido desde diferentes enfoques tales como la medicina, psicología, pedagogía, trabajo social, etc. Asimismo, ha sufrido variaciones a lo largo del tiempo ya que en sus inicios primaba un concepto de enfoque biomédico, sin embargo a mediados del siglo XX se comenzó a considerar que tales conceptos eran insuficientes al momento de abarcar toda la temática con respecto a la discapacidad, dando de esa forma importancia a la parte social como punto actuante.

Es importante mencionar que la definición de este tema ha suscitado debates, que ponen sobre la mesa cuestiones como la igualdad, la justicia social, la marginación, la opresión y la participación, entre otros. Por tal motivo se ha visto la necesidad de dar un ligero recorrido acerca de las diferentes concepciones que se ha dado al término hasta llegar a la actualidad.

#### 2.2 Concepto de discapacidad

Para iniciar con el recorrido acerca de la evolución del concepto de discapacidad, partiremos desde la antigüedad, época en la cual fue considerada como un drama individual o familiar, al cual se daba explicaciones religiosas tales como un infortunio, bendición divina o la intervención de poderes sobrehumanos que ponen a prueba o castigan a las personas por algún pecado. (Lakshmi, 2008; citado por Diniz, 2009). Posteriormente desde el siglo XV la discapacidad fue entendida como resultado de fenómenos naturales, tales como accidentes que requieren una terapia adecuada, igual que otras enfermedades, consecuentemente siendo internados en hospitales antiguamente denominados manicomios.

Más tarde la objeción de la narrativa mística y religiosa por la narrativa biomédica fue recibida como un paso importante para la garantía de la igualdad. (Barton, 1998; Courtine, 2006, Diniz, 2009). “Las causas de las deficiencias no estarían más en el pecado, en la culpa o en la mala suerte, sino en la genética, en la embriología, en las enfermedades degenerativas, en los accidentes de tránsito o en el envejecimiento. La entrada de la mirada médica marcó la dicotomía entre normal y patológico en el campo de la discapacidad, ya que el cuerpo con deficiencias solamente se delinea cuando se contrasta con una representación del cuerpo sin deficiencias”. (Diniz, 2007, 2009).

Posteriormente en 1972 la Organización Mundial de la Salud inicia sus investigaciones y trabajos a partir de la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE ya que ésta resultaba insuficiente para explicar y clasificar las consecuencias de la enfermedad sobre el desarrollo del individuo de manera general, creando para 1980 la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM) en la cual se delimitó el significado y tipos, dividiéndolos de la siguiente manera: deficiencia, discapacidad y minusvalía, ampliando la concepción inicial basada exclusivamente en el modelo médico que primaba hasta ese entonces.

La CIDDM (OMS, 1980 citado por Aparicio, 2009) presenta las tres conceptualizaciones acerca de enfermedad nombradas anteriormente, las cuales son independientes pero se encuentran relacionadas entre sí. En ese modelo interpretativo de la discapacidad, un cuerpo con deficiencias percibiría limitaciones de habilidades que llevaban a desventajas sociales, clasificando la diversidad corporal como consecuencia de enfermedades o anomalías, además de considerar que las desventajas eran causadas por la incapacidad del individuo de adaptarse a la vida social.

La OMS (2011) define los términos utilizados de la siguiente manera:

- Deficiencia es toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.

- Discapacidad entendida como toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano.
- Minusvalía es una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de su edad, sexo o factores sociales y culturales).

Más tarde, cómo resultado de un largo proceso de reflexión sobre las conceptualizaciones y los límites de los modelos biomédico y social de la discapacidad, en el 2001 surge una nueva versión de la CIDDM; la Clasificación Internacional del Funcionamiento, las Discapacidades y la Salud (CIF), cuyo contenido significa importantes avances en la superación de la visión de la discapacidad en la que se atribuían a la persona la mayor parte de las causas para incluir la relación con su entorno como desencadenante básico, considerándola en última instancia un proceso multidimensional.

La CIF se orienta desde un enfoque bio-psico-social, mediante este modelo definen a la discapacidad:

“Como un término genérico que abarca deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones a la participación. Se entiende por discapacidad la interacción entre las personas que padecen alguna enfermedad (por ejemplo, parálisis cerebral, síndrome de Down y depresión) y factores personales y ambientales (por ejemplo, actitudes negativas, transporte y edificios públicos inaccesibles y un apoyo social limitado)”. (OMS, 2014).

De esta manera deja de emplearse como una parte de las consecuencias de la enfermedad y se coloca como un término que abarca todas las condiciones de salud negativas.

La OMS en esta clasificación menciona la primacía de dos modelos propuestos acerca de la temática: modelo médico, el cual considera la discapacidad como un problema de la persona directamente causado por una

enfermedad, trauma o condición de salud, que requiere de cuidados médicos prestados en forma de tratamiento individual por profesionales; y el modelo social que considera el fenómeno fundamentalmente como un problema de origen social y principalmente como un asunto centrado en la completa integración de las personas en la sociedad, postulando que la discapacidad no es un atributo de la persona, sino un complicado conjunto de condiciones, muchas de las cuales son creadas por el entorno social. Por lo tanto el problema es más ideológico o de actitud. Según este modelo, la discapacidad se configura como un tema de índole política. (OMS, 2001)

En el contexto de la salud la CIF postula:

- Funciones corporales son las funciones fisiológicas de los sistemas corporales (incluyendo las funciones psicológicas).
- Estructuras corporales son las partes anatómicas del cuerpo, tales como los órganos, las extremidades y sus componentes.
- Deficiencias son los problemas en las funciones o estructuras corporales, tales como una desviación o una pérdida.
- Actividad es el desempeño de una tarea o acción por parte de un individuo.
- Limitaciones en la actividad son dificultades que un individuo puede tener en el desempeño/realización de actividades.
- Participación es el acto de involucrarse en una situación vital.
- Restricciones en la participación son problemas que el individuo puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales.
- Factores Ambientales constituyen el ambiente físico, social y actitudinal en el que una persona vive y conduce su vida. (Jiménez, González & Martín, 2002).

Consecuentemente, la salud en forma positiva vendrá descrita por las funciones y estructuras corporales, la actividad y la participación. La salud en forma negativa lo será por las deficiencias, las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación. Mientras tanto, los factores ambientales

actuarán de forma positiva si su presencia supone un facilitador para superar la deficiencia, las limitaciones en la actividad o las restricciones en la participación y será negativo en tanto que suponga una barrera u obstáculo que entorpezca o agrave cualquiera de los componentes anteriores (Egea & Sarabia, 2001).

Siguiendo con la temática, existe un el modelo individual acerca del término, el cual concibe una dimensión exclusivamente personal y parte de la visión como una característica que se le atribuye a la persona, quien presenta algo extraño o ajeno a lo considerado como normal. (Vargas, 2012)

Ya en 2006 la ONU (citado por Diniz 2009) define a las personas con discapacidad como “aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”. (Diniz et al 2009). Además los autores acotan que la discapacidad no es apenas lo que la mirada médica describe, sino principalmente la restricción a la participación plena provocada por las barreras sociales. Mediante el concepto postulado por la ONU se trata de demostrar la interacción existente entre la parte biológica y la social que restringe y oprime al sujeto que presenta una deficiencia en el cuerpo no permitiéndole desarrollarse de forma adecuada.

Otro concepto acerca de discapacidad, es el postulado por la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, quienes reconocen que “la discapacidad es un concepto que evoluciona, pero también destaca que la discapacidad resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y el entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones con los demás”. (Hartley et al, 2011).

Por último, según la Organización Mundial de la Salud (2013) respecto a datos estadísticos, más de 1.000 millones de personas viven con algún tipo de discapacidad, esta cifra representa alrededor del 15% de la población mundial.

Asimismo en nuestro país existen 368.269 sujetos que forman parte de este grupo de personas (CONADIS, 2015). En el Azuay (2015) existen 28968 individuos, de los cuales 19127 se encuentran en el cantón Cuenca (CONADIS, 2015). Sabemos que existe diversidad de conceptualizaciones, aquí hemos expuesto las más importantes y más utilizadas en el contexto. Se ha visto la necesidad de adoptar un concepto que contenga un enfoque bio-psico-social, puesto que estas tres áreas se encuentran íntimamente relacionadas e influenciadas mutuamente.

## **2.2 Tipos de discapacidad**

El proyecto de investigación está enfocado específicamente en la discapacidad física por ello ahondaremos sobre este punto de forma extensa, sin embargo no dejaremos de lado los otros tipos de discapacidad, de los cuales hablaremos de forma general, con el objetivo de obtener un amplio panorama acerca de la temática.

### **2.2.1 Discapacidad física**

El estudio de la discapacidad física resulta difícil y complejo debido a las diversas formas de definirla, de clasificarla y de las causas que la originan. Una definición general postula que mencionada discapacidad, puede ser llamada también como discapacidad neuromotora, locomotora o motriz y es una limitación o falta de control de los movimientos, de funcionalidad y de sensibilidad, o ausencia de una estructura anatómica que impide realizar las actividades de la vida diaria de manera independiente y satisfactoria. Generalmente esta discapacidad se manifiesta en las extremidades, sin dispensar también la posibilidad de presentarse en todo el cuerpo acompañada de alteraciones sensoriales, lo que obliga al uso de aparatos que permiten recuperar parte de la función perdida o disminuida. (CNDH, 2002, citado por INEGI, 2004).

Otra definición se relaciona con aquella que se manifiesta en el cuerpo del individuo, como la limitación del movimiento articular, la debilidad muscular, los defectos traumáticos de los músculos, las afecciones progresivas que alteran la función motora, las paraplejías y cuadriplejías, la pérdida de la coordinación o de un miembro; cuyas causas pueden ser variadas y obedecer a traumatismos o enfermedades diversas que se presentan en cualquier momento de la vida de la persona, incluso durante la gestación (Hernández, Ruíz y Torices, 2000, citado por INEGI, 2004). La discapacidad motriz afecta el cuerpo de un individuo; hace que se limite el movimiento y puede afectar una a las extremidades superiores, inferiores, un hemisferio del cuerpo o la totalidad de éste.

## Causas

Según Hernández, Ruíz y Torice, (2000), INEGI (2004), entre las principales causas que originan la discapacidad física en el individuo se engloban de la siguiente manera:

- Infecciosas: Tales como virus, bacterias, microbios, protozoarios y cualquier microorganismo huésped del ser humano.
- Accidentales: Puede presentarse en cualquier momento de la vida debido a algún incidente, percance o situación imprevisible, y el descuido durante el proceso agudo para un tratamiento adecuado puede incrementar las secuelas discapacitantes tales como amputaciones, lesiones de la médula espinal, lesión cerebral, etcétera.
- Enfermedades diversas: Ocurren en cualquier momento de la vida por predisposición hereditaria de la persona o como consecuencia de enfermedades como polineuropatía diabética, artritis reumatoide, enfermedad de Parkinson, esclerosis múltiple, hemiplejía, etcétera.
- Congénitas: Se presentan durante la gestación o en el momento mismo del parto, dando como resultado la ausencia de alguna extremidad, parálisis cerebral, lesión de plexo braquial entre otras.

- Falta de oxigenación cerebral: Consecuente de privación de oxígeno o deficiente irrigación del cerebro (parálisis cerebral, hemiplejía en el adulto, etcétera).
- Quemaduras: Pueden deberse a factores térmicos o químicos, también pueden ser causadas por abrasión (amputación, anquilosis, miopatías, etcétera).
- Edad avanzada: este tipo de discapacidades pueden ser parte del proceso natural de envejecimiento, en el cual hay una pérdida de la fuerza muscular, del control muscular voluntario y del tono muscular (anquilosis, hipotrofia muscular, etcétera).
- Por riesgo de trabajo: Puede deberse a la exposición a sustancias tóxicas o temperaturas extremas, químicos y posiciones de estrés articular (amputación, lesión de la médula espinal, anquilosis, hipotrofia muscular, etcétera).
- Quirúrgicas: Pueden ser radicales o transitorias ya sea que se haga una resección total de una extremidad o que como consecuencia de una cirugía en forma temporal el sujeto muestre una discapacidad motriz (fracturas, amputación, lesión de la médula espinal, lesión cerebral, etcétera).
- Latrogénicas: Pueden ser el resultado de una cirugía en donde haya existido un manejo inadecuado del personal de salud, o a consecuencia de prescripción de un medicamento que ocasione una secuela discapacitante (lesión cerebral, lesión de la médula espinal, amputación, etcétera).
- Hereditarias: se transmiten genéticamente a la descendencia (distrofia muscular, esclerosis múltiple, miopatías, mielomeningocele) (Hernández, Ruíz y Torice, 2000, citado por INEGI, 2004).

Asimismo se puede clasificar acorde al grado de la discapacidad, siendo estas:

- Mínima: Cuando la reducción de la capacidad funcional del individuo limita parcialmente su independencia en las actividades de la vida diaria, pero no su productividad.

- Moderada: Cuando el descenso de la capacidad funcional limita parcialmente la independencia del sujeto en las actividades de la vida diaria y su productividad.
- Total: Cuando la disminución de la capacidad funcional es tan importante que hace que el individuo este totalmente dependiente e improductivo. (INEGI, 2004)

De acuerdo a su duración se clasifican en:

- Temporales: se encuentran presentes durante tiempo restringido y que mediante los cuidados médicos y de rehabilitación adecuados no se generan secuelas de por vida y es posible regresar al estado previo a la discapacidad.
- Permanentes: Son aquellas con las cuales la persona vive a partir del inicio de la discapacidad y cuyas secuelas pueden minimizarse pero la recuperación no es total. (INEGI, 2004)

Una de las consecuencias más importantes de la discapacidad es la parálisis que se refiere a la disminución, deficiencia o pérdida parcial o total de la capacidad del movimiento, acompañada generalmente de pérdida de la sensibilidad, debido a trastornos motores o musculares.

Una de las maneras de clasificar a las parálisis está relacionada con las partes del cuerpo afectadas y es la siguiente (INEGI, 2004):

Parálisis completa (plejía): Incluyen las tetraplejías que se refiere a la afección de los cuatro miembros; paraplejías, en donde hay afección de los dos miembros superiores o inferiores; hemiplejías, cuando se afectan dos miembros de un lado u otro del cuerpo y monoplejías donde sólo hay afectación de un solo miembro. Parálisis parcial o incompleta (paresia): Parálisis de menor intensidad, puede ser tetraparesia, paraparesia, hemiparesia y monoparesia. Son aquellas personas con discapacidad física, en términos generales, al tener problemas de desplazamiento y control.

En el 2000 la INEGI definió a las discapacidades de tipo motriz como la limitación proveniente de una alteración o deficiencia músculo-esquelética que se refieren a la incapacidad de las personas para moverse o caminar, a las dificultades para mantener posturas de disposición del cuerpo o para las habilidades manipulativas como agarrar y sostener objetos.

También se consideraron las dificultades para mover algún segmento del cuerpo como consecuencia de daño neurológico; se incluyó las secuelas de traumatismos, las de poliomielitis y lesiones medulares, entre otras.

Según la INEGI, en su clasificación según el tipo de discapacidad, categoriza en tres subgrupos:

- Discapacidades de las extremidades inferiores, tronco, cuello y cabeza
- Discapacidades de las extremidades superiores
- Insuficientemente especificadas del grupo discapacidades motrices.

**Discapacidades de las extremidades inferiores, tronco, cuello y cabeza:**

Comprende a las personas que tienen limitaciones para moverse o caminar debido a la falta total o parcial de sus piernas. Comprende también a aquellas que aun teniendo sus piernas no tienen movimiento en éstas, o sus movimientos tienen restricciones que provocan que no puedan desplazarse por sí mismas, de tal forma que necesitan la ayuda de otra persona o de algún instrumento como silla de ruedas, andadera o una pierna artificial. Asimismo se incluye a las personas que tienen limitaciones para doblarse, estirarse, agacharse para recoger objetos y todas aquellas discapacidades de movimiento de tronco, cuello, y cabeza (excepto parálisis facial); conjuntamente incluye a las deficiencias músculo-esqueléticas que afectan la postura y el equilibrio del cuerpo. Quedan comprendidas también en este subgrupo las personas que tienen carencia o dificultades de movimiento en tronco, cuello y cabeza combinada con la falta de movimiento en las piernas.

**Discapacidades de las extremidades superiores:** Comprende a las personas que tienen limitaciones para utilizar sus brazos y manos por la pérdida total o parcial de ellos, y aquellas personas que aun teniendo sus miembros superiores han perdido el movimiento, por lo que no pueden realizar actividades propias de la vida cotidiana tales como agarrar objetos, abrir y cerrar puertas y ventanas, empujar, tirar o jalar con sus brazos y manos etcétera.

### **2.2.2 Discapacidad sensorial**

La discapacidad sensorial hace referencia a aquellas personas que presentan alteraciones en el funcionamiento en el área del cerebro que controla los sentidos como la vista o el oído.

LA INEGI subdivide a esta categoría en cinco subgrupos:

1. Discapacidades para ver
2. Discapacidades para oír
3. Discapacidades para hablar (mudez)
4. Discapacidades de la comunicación y comprensión del lenguaje
5. Insuficientemente especificadas del grupo Discapacidades sensoriales y de la comunicación.

#### **2.2.2.1 Discapacidad visual**

Según la ONCE (2011), la discapacidad visual es la “ausencia o disminución de la capacidad para ver que dificulta o impide la realización normal de las tareas visuales, provocando dificultades de interacción entre el sujeto afectado y su entorno. Incluye la ceguera total y la baja visión en sus distintos grados”.

“El reporte mundial 2010 de la Organización Mundial de la Salud informa que cerca del 10% de la población mundial posee una discapacidad (aproximadamente 650 millones de personas); de esta cifra, la discapacidad visual y la ceguera suman el 48% del global de discapacidad. Por tanto, el 4%

de la población mundial tiene discapacidad visual o ceguera, y la discapacidad visual representa alrededor del 85% de los casos”. (Suarez, 2011).

La discapacidad visual hace referencia a un descenso, en cualquier grado, de la visión considerada como normal. La pérdida visual, ya sea originada por una patología ocular o por una lesión cerebral, reduce la capacidad para llevar a cabo las tareas de forma independiente y repercute en la forma de realizarlas. (ONCE, 2011). El término discapacidad visual en la CIDDM, se utilizó para describir una pérdida de capacidades visuales. El Consejo Internacional de Oftalmología, en el año 2002, establece que su empleo puede ser desalentador y propone el uso de «pérdida de capacidad». (ONCE, 2011).

Según la OMS la función visual se subdivide en cuatro niveles:

- Visión normal
- Discapacidad visual moderada
- Discapacidad visual grave
- Ceguera.

La discapacidad visual moderada y la discapacidad visual grave se reagrupan comúnmente bajo el término baja visión; la baja visión y la ceguera representan conjuntamente el total de casos de discapacidad visual. (OMS, 2014). Son entidades frecuentes que afectan gran parte de la población adulta mundial, y generalmente son secundarias a patologías oculares o sistémicas; es decir, la discapacidad visual y la ceguera en los adultos trata más de entidades adquiridas que de enfermedades primarias, congénitas o idiopáticas. (OMS, 2014).

August Colenbrander (1977 citado ONCE, 2011) oftalmólogo holandés establece seis categorías de visión funcional:

- Deficiencia visual ligera: capacidad para poder funcionar visualmente, reduciendo ligeramente la distancia de trabajo y/o utilizando gafas convencionales.
- Deficiencia visual moderada: se pueden realizar las tareas visuales de forma casi normal con una sencilla ayuda, como una lupa de pocos aumentos.
- Deficiencia visual grave: capacidad suficiente para efectuar una actividad apoyándose en la visión, pero con productos de apoyo para ver y necesitando más tiempo y/o con mayor fatiga.
- Deficiencia visual profunda: incluso utilizando productos de apoyo para leer y desplazarse, los resultados son limitados, por lo que necesitan el uso complementario del resto de los sentidos.
- Deficiencia visual casi total: la visión no es fiable, y es imprescindible el uso de la información que llega a través de otros sentidos.
- Deficiencia visual total: es necesario el apoyo total en otros sentidos.  
(ONCE, 2011)

La baja visión se caracteriza por una percepción deficiente de los objetos a distancias cortas con la mejor corrección o con ayudas ópticas. Las personas con baja visión conservan todavía un resto visual que les permite desenvolverse, aunque con dificultad, en su vida diaria. (Arias, 2010)

“Por otro lado, dentro del amplio concepto de ceguera referido específicamente a aquella afección de la vista en la que la persona no es capaz de percibir luz, color, forma o tamaño de los objetos; debe distinguirse una subdivisión basada en las funcionalidades”. Las definiciones dadas en el Glosario de discapacidad visual son: (Cebrián, 2003, citado por Checa et al 2003).

- Ceguera legal: Término que se utiliza para delimitar «legalmente» la situación visual y calificar la discapacidad, la cual considera que “un ojo es ciego cuando su agudeza visual con corrección es 1/10 (0,1), o cuyo

campo visual se encuentre reducido a 20<sup>o</sup>” (Crespo, 1980 citado por Bueno)

- Ceguera total: Ausencia total de percepción de luz.
- Ceguera parcial: Implica existencia de un resto visual que permite la orientación a la luz y percepción de masas, por lo que facilita el desplazamiento pero no es útil para realizar actividades escolares o profesionales.
- Baja visión: Grado de visión parcial que permite su utilización como canal primario para aprender y lograr información.
- Deficiencia visual: Deficiencia que afecta al órgano de la visión.

### **2.2.2.2. Discapacidad auditiva**

El oído es el órgano de la audición y del equilibrio; la relevancia del sentido de la audición consiste en la capacidad de percibir sonidos por medio de ondas sonoras que se encuentran en el entorno; la facultad para oír es importante para el ser humano, debido a que le permite reconocer y distinguir los sonidos que lo rodean. Según la ONCE (2011) la discapacidad auditiva es la “ausencia o disminución de la capacidad para oír que dificulta o impide la recepción de sonidos y/o del lenguaje, provocando dificultades de interacción entre el sujeto afectado, el interlocutor y el entorno. Engloba diferentes grados de pérdida de audición”.

Discapacidades para oír, comprende las descripciones que se relacionan con la pérdida total de la audición en uno o en ambos oídos, o con la pérdida parcial pero intensa, grave o severa en uno o en ambos oídos. Son ejemplos de las discapacidades que comprende el subgrupo los sordos totales, los sordos de un solo oído, así como las personas con debilidad auditiva. Además en este tipo de discapacidad se incluyen las personas sordomudas, ya que se sabe que en un gran número de casos la mudez es una consecuencia de los problemas auditivos. (INEGI, 2004)

La hipoacusia es la disminución del nivel de audición de una persona por debajo de lo normal y es tan amplio el campo de la pérdida de la audición que para facilitar su comprensión se puede clasificar en tres tipos, por el momento de adquirirla, por la localización de la lesión y por el grado de la pérdida auditiva. (INEGI, 2004)

El grado de pérdida auditiva puede ser desde una sordera leve hasta la cofosis o pérdida total de la audición, según la siguiente clasificación:

- Audición normal -10 a 20 db
- Pérdida ligera 20 a 40 db
- Pérdida media 40 a 70 db
- Pérdida severa 70 a 90 db
- Pérdida profunda 90 a 120 db
- Cofosis más de 120 db (Verdugo, 2002 citado por INEGI, 2004)

Según la OMS, entre los factores de riesgo que están asociados a esta discapacidad se encuentran las infecciones del oído, las enfermedades infecciosas, el uso de medicamentos ototóxicos, la exposición a ruidos excesivos, antecedentes heredo-familiares, deformaciones en la cara o cabeza, peso al nacer menor a 1500 gramos, ictericia, meningitis bacteriana o asfixia severa (OMS, 1995 citado por INEGI, 2004).

Las pérdidas de audición se clasifican en función del momento en que ocurren, pudiendo ser congénitas o adquiridas.

### **2.2.3 Discapacidad cognitiva**

Las discapacidades intelectuales que se manifiestan como retraso o deficiencia mental y pérdida de la memoria. Comprende a las personas que presentan una capacidad intelectual inferior al promedio de las que tienen su edad, su grado de estudios y su nivel sociocultural. A ellas se les dificulta realizar una o varias de las actividades de la vida cotidiana, como asearse, realizar labores del hogar, aprender y rendir en la escuela o desplazarse en sitios

públicos. No sólo interfiere con el rendimiento académico, sino también con actividades cotidianas, como leer anuncios o instrucciones, sumar o contar objetos o dinero, escribir recados y números telefónicos, etcétera. (INEGI, 2004).

La definición de retraso mental propuesta por la AAMR en 2002 plantea que el: Retraso mental es una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y la conducta adaptativa tal como se ha manifestado en habilidades prácticas, sociales y conceptuales. Esta discapacidad comienza antes de los 18 años (Luckasson y cols., 2002, citado por García, 2006)

Esta definición parte de las siguientes premisas:

1. Las limitaciones en el funcionamiento presente deben considerarse en el contexto de ambientes comunitarios típicos de los iguales en edad y cultura.
2. Una evaluación válida ha de tener en cuenta la diversidad cultural y lingüística, así como las diferencias en comunicación y en aspectos sensoriales, motores y comportamentales.
3. En un individuo las limitaciones a menudo coexisten con capacidades.
4. Un propósito importante de describir limitaciones es el desarrollar un perfil de los apoyos necesarios.
5. Si se ofrecen los apoyos personalizados apropiados durante un periodo prolongado, el funcionamiento en la vida de la persona con retraso mental generalmente mejorará. (Verdugo y Schalock, 2003 citado por García, 2006)

El concepto de discapacidad mental ha sufrido muchos cambios a través del tiempo, por ejemplo, durante el siglo XIX se asoció con nociones como locura o idiotismo; estas concepciones han quedado atrás, a partir de que en el año 1818. Esquirol planteó por primera vez una definición del retraso mental en la que dice que "se caracteriza por ser un déficit intelectual constatable, de origen orgánico que no es curable. Se trataría de un estado de agenesia intelectual, en que la

inteligencia nunca ha llegado a desarrollarse, a diferencia de la demencia que constituiría una alteración irreversible" (Verdugo, 2002).

La anterior definición ha sido objeto desde entonces de amplios debates y sufrido algunas modificaciones; por ejemplo, se ha diferenciado el retraso mental de la demencia y de otras patologías. Es a partir de 1959 cuando la Asociación Americana sobre Personas con Deficiencia Mental (AAMR), marcó un cambio de paradigma en la concepción y proporcionó una definición que es más aceptada y está vigente en los medios científicos y profesionales. Según la AAMR, el retraso mental está caracterizado por un rendimiento intelectual significativamente inferior a la media, que generalmente coexiste junto a limitaciones en dos o más de las siguientes áreas de habilidades de adaptación: comunicación, autocuidado, vivienda, habilidades de socialización, utilización de la comunicación, autodirección, salud y seguridad, estudios, tiempo libre y trabajo (Ortiz, 1995 citado por Verdugo, 2002).

El DSM-5 por su parte, abandona el término retraso mental utilizado en el manual DSM IV y adopta la expresión discapacidad intelectual, definiéndolo de la siguiente manera:

- A. Déficits en el funcionamiento intelectual, tal como en razonamiento, solución de problemas, planificación, pensamiento abstracto, toma de decisiones, aprendizaje académico y aprendizajes a través de la propia experiencia, confirmado por evaluaciones clínicas a través de tests de inteligencia estandarizados aplicados individualmente.
- B. Los déficits en el funcionamiento adaptativo que resulta en la no consecución de los estándares sociales y culturales para la independencia personal y la responsabilidad social. Sin el consiguiente apoyo, los déficits adaptativos limitan el funcionamiento en una o más actividades de la vida diaria, tales como la comunicación, la participación social, y la vida independiente, a través de múltiples entornos, tales como la casa, la escuela, el trabajo y la comunidad.

C. Inicio de los déficits intelectuales y adaptativos durante el periodo de desarrollo. (Santos, et al, 2013)

Asimismo mencionado manual diagnostico establece grados de gravedad, distinguiendo entre déficit cognitivo leve, moderado, grave y profundo.

Entre los principales factores de riesgo asociados a esta discapacidad se encuentran las irregularidades genéticas (alteración en los cromosomas), desnutrición de la madre o del niño, infecciones durante el embarazo (sífilis de la madre, rubéola), asfixia en el nacimiento, trastornos metabólicos (hipotiroidismo, fenilketonuria), daños mecánicos al nacer (uso de fórceps), exposición a rayos X o plomo, fiebres muy altas (meningitis o encefalitis), incompatibilidad del factor RH sanguíneo entre la madre y el bebé, dietas excesivas, alcoholismo, tabaquismo y drogadicción (Martínez, 2003; INEGI, 2004).

En otras ocasiones se preocupan por no poder cumplir con sus responsabilidades hacia la familia, amigos y se sienten angustiados por considerarse como una carga para otros (OMS, 2001). Por otro lado, la persona con discapacidad mental sufre el abandono social, a muchas de ellas su padecimiento las convierte en víctimas, porque se les considera una marca de vergüenza, deshonra o desaprobación, situación por la que el individuo es rechazado, discriminado y excluido de la participación en diversos ámbitos de la sociedad (OMS, 2001).

### **2.3 Situación actual de las personas con discapacidad en el Ecuador**

En América Latina la situación de las personas con discapacidad se caracteriza por extrema pobreza, elevada tasa de desempleo -alrededor de un 50% de la población de personas con tiene edad para trabajar-, escaso acceso a los servicios públicos (educación, atención médica, vivienda, transporte, servicios jurídicos), se enferman más frecuentemente y mueren más temprano”.

(Vázquez y Cáceres, 2008). Situación que no difiere en nuestro país, ya que según datos estadísticos obtenidos en el Censo del 2012 por parte del Instituto Ecuatoriano de Estadística y Censos INEC, en el Ecuador la población es de 14`483.499 personas, de las cuales el 5.6% presenta algún tipo de discapacidad (INEC-CENSO, 2012; citado por MIES, 2014), es decir más o menos alrededor de 815.900 personas.

La encuesta de condiciones de vida 2013-2014 indica que la persona con discapacidad promedio en el Ecuador tiene 49 años y es soltero, el 54,2% son hombres y el 45,8% corresponde a mujeres. Asimismo es importante mencionar que el mayor porcentaje del tipo de discapacidad es la física con el 42,2% de la población. De la población total, el 43,13% se encuentra económicamente activa y 4.836 personas no se encuentran empleadas actualmente; aquellas que trabajar obtienen un ingreso total promedio de 216 dólares, es decir, inferior a la canasta básica. De la misma forma, en lo referente al nivel de escolaridad, el 52% de la población cursa o a cursado la educación básica (SETEDIS, 2014).

De acuerdo a los datos del CONADIS el número de personas con discapacidad carnetizadas es de 352.517, de las cuales 119.000 reciben el bono de desarrollo humano. (MIES, 2014).

Con respecto a la situación de las personas con discapacidad en nuestro país, a partir del año 2007, con la creación de “La Misión Solidaria “Manuela Espejo” se efectuó 825.576 atenciones médicas a personas con discapacidad, se realizaron 21.062 consultas de genetistas y 35.257 consultas de otros especialistas. Asimismo, se registraron 26.095 casos de personas con discapacidad en situación crítica, aquellos en los que es urgente la atención del Estado”. (MIES, 2014),

En relación al total de personas con discapacidad registradas por el CONADIS que suman 356.793 personas con discapacidad para febrero del

2013, un total de 344.142 personas con discapacidad no están dentro de los servicios que el MIES presta (MIES, 2014), por lo que se observa una brecha importante, en cuanto a las personas con discapacidad que reciben o no beneficios por parte de la institución.

Por otro lado, es importante mencionar que en la Constitución de la República del año 2008, en sus artículos.11, 47, 48 y 49, así también la Ley Orgánica de discapacidades en sus artículos 87 y 87 garantizan la protección y desarrollo integral de las personas con discapacidad y sus familias.

Un estudio en nuestro país denominado “Ecuador: la discapacidad en cifras” (2005), señala que la presencia de discapacidad está directamente relacionada con la edad, ya que de la población con discapacidad, el 33% tiene más de 65 años, mientras que en los grupos menores de 40 años los porcentajes de discapacidad llegan al 19% como máximo. Así también por rangos de edad, en las primeras etapas de vida, el porcentaje de hombres es mayor que el de mujeres pero a partir de los 40 años, la población femenina con discapacidad es más alta en razón de que tienen mayores expectativas de vida. El estudio menciona a los accidentes como causa de discapacidad que afectan más la población masculina de 20 a 64 años (19%); en cambio, en las mujeres del mismo rango de edad, son las condiciones negativas de salud (53%). De la misma manera se tuvo conocimiento 789.998 personas viven con un ingreso per cápita de treinta dólares mensuales, lo que indica que la mitad de la población con discapacidad está ubicada en los quintiles uno y dos de pobreza. (CONADIS, 2014)

Citando el mismo estudio, es importante también señalar que el nivel de instrucción de las personas con discapacidad es bajo en relación al resto de la población ecuatoriana. El 18% no tiene nivel alguno de instrucción, el 54% ha cursado primaria, 19% ha realizado estudios secundarios, y, apenas el 8% alcanza algún nivel de educación superior. A la fecha, se reportan bajas tasas de educación inclusiva, se observan algunos procesos de integración, subsiste

el sistema paralelo: regular para la población sin discapacidad, y especial para las personas con discapacidad.

En referencia al ámbito laboral, del total de la población con discapacidad, menos de la mitad (44%) reporta que sí trabajó la semana anterior a la aplicación de la encuesta; apenas la cuarta parte (25%) de personas con discapacidad con limitación grave reporta estar trabajando, en un empleo especial protegido (1.659 personas) y en empleo regular con apoyo (444 personas). Por último se conoce que las personas con discapacidad se perciben a sí mismas como marginadas y limitadas en su participación ciudadana. Un alto porcentaje percibe que la discapacidad es un elemento que limita su acceso a la educación, al empleo y a la vida social en igualdad de oportunidades que el resto de la población. (CONADIS, 2014)

Por último es importante indicar que, a pesar de que en los últimos años se habla de instituciones y organizaciones inclusivas que propicien la integración de las personas con discapacidad, en la cotidianidad se suele negar a las personas con discapacidad la oportunidad de una participación plena en las actividades del sistema sociocultural en el que viven, lo que se denomina exclusión. Situación que no viabiliza una reacción organizada de movilización, ni propicia un grupo contestatario, ni un objeto preciso de reivindicación, ni instrumentos concretos (Tedesco, 2003 citado por Samaniego, 2006), porque genera una reclusión que, en muchos casos, se confina al hogar y no da oportunidad ni al asociacionismo ni a la organización. (Samaniego, 2006).

## **2.4 Impacto de la discapacidad física en la adultez temprana**

Con frecuencia escuchamos “cada persona es un mundo”, afirmación que explica la individualidad de cada experiencia que, combinada con diversos factores y actores, desemboca en vivencias matizadas positiva o negativamente. La discapacidad es una experiencia única e irrepetible, es una más de las expresiones de la diversidad en el universo que no es sino la conjugación de

individualidades y sus respectivas esferas, la cual puede ser vivida de diferente manera según como el individuo y la cultura perciban la discapacidad. (Samaniego, 2006)

El Banco Mundial (2004), citado por Samaniego (2006) señala que:

La discapacidad es el resultado de la interacción entre personas con diferentes niveles de funcionamiento y un entorno que no toma en cuenta tales diferencias. Dicho de otra manera, las personas con limitaciones físicas, sensoriales o mentales suelen ser discapacitadas no debido a afecciones diagnosticadas, sino a causa de la exclusión de las oportunidades educativas, laborales y de los servicios públicos. Esta exclusión se traduce en pobreza y esta pobreza, en lo que constituye un círculo vicioso, aumenta la discapacidad por cuanto incrementa la vulnerabilidad de las personas ante problemas como la desnutrición, las enfermedades y las condiciones de vida y trabajo poco seguras.

Vázquez y Cáceres (2008) mencionan que cuando una persona experimenta una situación negativa en la cual se vea implicada su condición de salud, siente que su capacidad para resolver y sortear las dificultades está comprometida en mayor o menor grado. Este sentimiento de dificultad ante la vida lo lleva a desarrollar actitudes diversas que lo perciben como "diferente" y lo separan del resto de la humanidad, sometiéndolo a una situación donde la autoestima se ve comprometida, y colocándolo en una posición en la sociedad, que varía de un sujeto a otro. En unos casos, la discapacidad puede ser el detonante, para que conflictos anteriores, personales o familiares, se hagan evidentes, o puede ser que la presencia de un proceso incapacitante desencadene una serie de situaciones de conflicto interno a la persona, que se exteriorizan de diferente manera. (Vázquez & Cáceres, 2008)

Sea cual sea la causa, la persona con discapacidad puede tener problemas de relación con las otras personas. Algunas con mutismo, otras con agresividad, otras con rechazo, con negación, con autoritarismo, con tiranía para con sus semejantes, pero otras, por el contrario, desarrollan una estructura interna férrea

que les permite, a pesar de las limitaciones, enfrentarse a la vida con valor y coraje. (Vázquez & Cáceres, 2008).

La calidad de vida para las personas en situación de discapacidad se relaciona con el desarrollo de sus derechos y las oportunidades ofrecidas por la comunidad. Ésta va a estar influenciada por las condiciones de vida en el hogar, en el trabajo, en la educación, en la salud, en el bienestar subjetivo y en la participación de las actividades (Ministerio de Protección Social, 2004, citado por Botero, 2013) incluyendo la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y disminución de oportunidades a raíz de la enfermedad (Cano, Quiceno, Vinaccia, Gaviria, Tobón & Sandín, 2006 citado por Botero, 2013). Asimismo Botero menciona que el grado de funcionamiento físico y la participación en actividades van a determinar con un alto nivel predictivo la calidad de vida percibida por una persona con limitaciones físicas.

Al ser el afrontamiento un factor que determina significativamente la calidad de vida, se ha podido evidenciar que los adultos con discapacidad física utilizan con mayor frecuencia estrategias centradas en la emoción, principalmente la evitación en las primeras etapas del proceso de adaptación. Este hallazgo se asocia con el grado de incontrolabilidad y de permanencia de la situación de discapacidad que hace que en este contexto las estrategias orientadas a solucionar el problema no resulten tan efectivas, tal como lo habían planteado previamente (Abbott, Hart, Morton, Gee y Conway, 2008 citado por Botero, 2013). En las personas con discapacidad física, pueden existir diferencias importantes en los estilos de afrontamiento utilizados para adaptarse a problemas y dificultades relacionadas con la discapacidad y con la vida diaria. Sin embargo, parece que las personas con discapacidad física, tienden a utilizar con mayor frecuencia estrategias de afrontamiento enfocadas en la emoción, especialmente la evitación. (Botero, 2013)

Con respecto a este tema, Cardona, Agudelo, Restrepo, Sánchez y Segura (2014) realizaron una investigación en la cual participaron 175 personas con discapacidad física que residían en la ciudad de Medellín-Colombia, encontrando

los siguientes resultados: Según la escala de calidad de vida relacionada con la salud, el 40% (70) y el 6,3% (11) indicaron tener buena y muy buena calidad de vida, lo cual estaba relacionado con su estado civil (soltero), alto nivel educativo y el hecho de que la discapacidad sea de tipo congénita. Por otra parte, la prevalencia de una calidad de vida regular o mala fue del 53,7%. La misma que se encontraba relacionada con el sexo (mujer), niveles bajos de educación (estudios primarios), su estado civil (casado, unión libre, viudo) tipo de discapacidad (adquirida) y principalmente por no encontrarse laborando por su condición de discapacidad física. (Cardona et al, 2014)

En lo referente a la identidad, la discapacidad no es un acontecimiento más en la vida del sujeto sino es algo que atañe a una posición identitaria. La identidad personal es un sistema de representaciones y de sentimientos acerca de uno mismo a través del cual el individuo se especifica y se singulariza (Coroir, 2001; Sanz, 2011), pudiendo ser la discapacidad, un hecho que marque la forma de desarrollar su identidad o de definirse a sí mismo.

En algunos casos la identidad se ha construido sobre la discapacidad convirtiéndose ésta en la responsable de todos los fracasos, o de todos los logros, y en explicación universal de todas las dificultades permitiendo la fantasía de que de no ser por la discapacidad todo se podría lograr. Como explicaba Rosa Lucerga citada por Sanz (2011) en su intervención: “la discapacidad y su impacto en el desarrollo psíquico” en SEPYPNA (Madrid 2010), en el proceso que lleva al sujeto con discapacidad a construir su identidad pueden identificarse algunas tendencias (Sanz, 2011):

- La propia dependencia puede “libidinizarse” y bien por miedo o por placer, el sujeto se somete a las expectativas de los padres y abdica de sus deseos propios. En estos casos la identidad se tiñe de aspectos castradores y el niño se hiperadapta.
- El sujeto, bien por desconfianza o por miedo al abandono, niega la discapacidad y la necesidad del otro; no tolera la dependencia. En estos casos la identidad se tiñe de aspectos megalómanos.

- En otros casos es la familia la que se somete, por culpa, por pena o por cualquier otro motivo relacionado con sus propias biografías. En estos casos es el sujeto con discapacidad, sobre todo en la adolescencia, el que utiliza su deficiencia para controlar a los demás y trata a los otros como instrumentos para la realización de sus deseos. (Sanz, 2011)

Por esta misma línea, es importante hablar acerca del impacto de la discapacidad en referencia al género, ya que se sabe que las deficiencias físicas hacen que, el modo de percibir, sentir y vivir de las personas que las presentan, sea diferente a la de mujeres que perteneciendo a su mismo medio sociocultural no manifiesten ningún tipo de discapacidad y, por tanto, que muchas de las experiencias adquiridas sean, de alguna manera, distintas. (Conde, Portillo & Shum, 2003). Una investigación dirigida hacia este aspecto fue realizada por Corona (2014) en Andalucía, esta autora menciona que algunas de las consecuencias percibidas por mujeres con discapacidad física es la existencia de varios tipos de violencia. En el ámbito personal las mujeres se sienten discriminadas en su sexualidad, llegando en algunos casos a sentirse como seres asexuales. Y percibiendo que los hombres y la sociedad en general antes que a una mujer, ve una silla de ruedas. Esa vulnerabilidad de su corporeidad “por la dominación masculina” las convierte en “objetos simbólicos” y “las coloca en un estado permanente de inseguridad corporal o, mejor dicho, de dependencia simbólica” (Bourdieu, 2000; Corona, 2014) En el ámbito socio político el estudio señala que la tendencia de las personas a comportarse con ellas es de infantilización social, excluyéndolas de las posiciones de poder y autoridad que se le concede al mundo adulto (Bourdieu, 2000; Corona, 2014).

Por último, socialmente es importante mencionar que la calidad de trato hacia las personas con discapacidad y el acceso a los servicios están relacionados con las creencias culturales, por tanto, si una sociedad valora la fuerza física, entonces una persona con discapacidad física está en desventaja; pero si valora los logros intelectuales, el hecho de que una persona use silla de ruedas no constituye una limitación (Groce, 2002; Samaniego, 2006)

Con relación a la escolaridad, Monsalve, Cuervo y Roa (2008) en base a una investigación dirigida a indagar acerca de las condiciones de vida de las personas que se encuentran en situación de discapacidad física en el municipio de Madrid, manifiestan que la mayoría de las personas presentan un grado básico de educación, ya que la incursión en un nivel de estudio superior ha sido truncada por su situación de discapacidad, lo que los ha relegado a permanecer en sus casas o dedicarse a algún tipo de trabajo manual.

Respecto a la afiliación en salud y el tipo de vivienda, mencionadas autoras refieren que la mayoría a pesar de estar está cubierto por el sistema de salud, no reciben tratamientos necesarios para el tipo de discapacidad. Asimismo la vivienda no cuenta con las condiciones para una persona con discapacidad, situación que dificulta el desplazamiento y autonomía de las personas en situación de discapacidad.

De la misma manera explican la percepción que tienen referente a su discapacidad, está asociada a los impedimentos para realizar algunas actividades físicas, aspecto que les ha llevado a aislarse de su mundo exterior. Los jóvenes la asocian con una enfermedad, en la medida que deben ser cuidados por otros y recibir cuidados especiales, como medicamentos esenciales para controlar dolores u otras molestias. (Monsalve, Cuervo y Roa, 2008)

En el ámbito laboral, en Colombia, los estudios realizados por Cerón (2013) y Garavito (2009) sugieren que las personas con discapacidad física enfrentan barreras tales como: actitud negativa de las personas frente a su condición, subvaloración de sus capacidades, falta de adecuación del puesto y sitio de trabajo y bajo nivel socioeconómico y educativo. Adicionalmente, Rodríguez (2009) menciona otros factores que afectan la inclusión laboral como el desconocimiento de los empleadores sobre temas relacionados con la discapacidad, la sobreprotección familiar y la poca información que tienen las PDF y sus cuidadores acerca de los derechos que garantizan su acceso y

permanencia en el escenario laboral.(Serrano, Ramírez, Abril, Ramón, Guerra & Clavijo, 2013)

Si bien la discapacidad física y mental pueden restringir hasta cierto punto al individuo, su condición de marginado está enraizada más en las condiciones políticas, sociales, económicas y culturales que en la naturaleza de su discapacidad. (Vázquez & Cáceres, 2008)

Las personas con discapacidad son excluidas tanto del proceso político como de los procesos de adopción de decisiones que afectan a su bienestar y se les suele denegar sus derechos humanos básicos (Naciones Unidas, 2005; 2006). Es rescatable notar que el Informe sobre la Situación del Mundo 2005 visibiliza a las personas con discapacidad, eternos ausentes en muchos informes como lo denuncia UNICEF (2005) citado por (Samaniego, 2006).

Finalmente, un estudio relacionado al bienestar en las personas con discapacidad, es el realizado en una población de personas con discapacidad en el cantón Salcedo-Ecuador, por Calles (2015), quien obtuvo como resultado que la calidad de vida de las personas con discapacidad es deficiente, obteniendo, sin embargo, una diferencia en lo referente al género, ya que se encontró que los varones de la población estudiada tienen una mejor calidad de vida que las mujeres.

## **Conclusiones**

Por todo lo expuesto, es evidente que, como ya hemos mencionado, la discapacidad puede tener un impacto determinado, dependiendo si esta es de nacimiento o adquirida a lo largo de la vida, así también dependerá de cómo el sujeto perciba su condición.

Es notable que en los últimos años ha existido cambios con referencia al trato para con las personas que tienen discapacidad. La sociedad a través del tiempo, ha querido resolver de la manera que mejor han considerado la disminución e impacto de las personas con discapacidad, por ello se han desarrollado acciones y se han creado organizaciones, con el objetivo de brindar apoyo a las personas con discapacidad. Sin embargo a pesar de los esfuerzos que se han hecho durante los últimos años, es notable que hay mucho camino por recorrer, ya que la brecha entre las personas que reciben beneficios y quienes no, aun es grande. Asimismo la concepción que aún tiene la cultura sobre las personas con discapacidad, no permite la plena participación de esta población en la sociedad, y lo que conlleva a la vulneración de sus derechos, marginación y discriminación.

Por ello es importante mencionar además que la problemática de las personas con discapacidad no es competencia exclusiva de las autoridades políticas y de los profesionales que se dedican a la misma, sino que es una responsabilidad a la que deben atender todos los ciudadanos y miembros de la comunidad en general, con la finalidad de ayudar y brindar apoyo a esta población.

## **CAPITULO III**

### **3. Bienestar humano**

A lo largo de la historia el ser humano se ha planteado diversas interrogantes sobre su naturaleza, una de las más difíciles de atender corresponde a la felicidad. ¿Qué es la felicidad? o ¿Qué es lo que causa felicidad al ser humano? De estas difíciles preguntas se encargó en primer lugar la filosofía otorgando diversas respuestas como la búsqueda de la verdad, la belleza, o el placer,

naciendo de esta manera las diferentes escuelas de pensamiento. La escuela de filósofos hedonistas postulaba que la felicidad consistía en la acumulación de momentos agradables y la satisfacción de los deseos, mientras que los Epicúreos consideraban que la felicidad se lograba administrando de forma equilibrada los placeres y los dolores. De estas concepciones de felicidad parten dos raíces importantes para entender el bienestar, la hedónica y la eudaimónica.

La psicología también intentó responder estas interrogantes pero su campo de estudio se centró en aquellas cosas que impedían que el ser humano experimente felicidad, ocupándose del malestar, de lo sintomático, es decir de la patología. Algunas escuelas psicológicas hicieron aportes importantes para entender las dolencias del ser humano y como ayudar a resolverlas para que puedan acercarse cada vez más a un estado de bienestar, sin embargo, el estudio del bienestar como tal en la psicología se remonta a la década de los sesenta. Dentro de los primeros estudios realizados encontramos el aporte de María Jahoda (1958) quien presentó un modelo en el que se incluía las características que definirían a un estado de salud mental positivo, el mismo sirvió de base para algunos nuevos modelos de gran expansión como el de Carol Ryff (1989) en el cual se define al bienestar como el reflejo de un funcionamiento psicológico óptimo, agregando además que el balance entre las emociones positivas y negativas puede ser independientemente del bienestar. (Hervás, 2009).

En cuanto a la definición del concepto, la mayor parte de ellas provienen de modelos de desarrollo y de ciclo vital, así como de modelos motivacionales y de la psicología positiva, como se observa en las construcciones teóricas de Bradburn (1969), Ryff (1989), Ryff y Keyes (1995), Vaillant (2000) y Cuadra y Florenzano (2003). (Ballesteros, Medina, Caycedo, 2006).

Más adelante, a partir de la psicología positiva, autores como Diener (2000) otorgan importancia a la relación entre los componentes cognitivos y afectivos y se refieren a una ciencia de la felicidad, aunque aclaran que el bienestar

subjetivo no es condición suficiente de la salud mental (Diener, 1984; Diener & Diener, 1996; Diener, Diener & Diener, 1995; Ballesteros, et al, 2006).

En este capítulo se abordará el tema del bienestar desde sus diversas dimensiones, analizando su concepto, clasificaciones y aquellos factores que podrían ser fuente de bienestar en la etapa de la adultez temprana.

### **3.1 Conceptualización de Bienestar.**

Varios autores distinguen dos grandes perspectivas en el estudio del bienestar. En primer lugar, el enfoque hedónico, el cual se centra en la felicidad, definiendo el bienestar en términos de obtención de placer y evitación del dolor. En segundo lugar, el enfoque eudaimónico, el cual se centra en la autorrealización y define el bienestar en términos de desarrollo del potencial humano y funcionamiento psicológico pleno. (Barra, 2010)

Respecto a estos dos grandes enfoques se ha planteado que la perspectiva hedónica ha sido representada durante mucho tiempo por el concepto de bienestar subjetivo, el cual ha sido conceptualizado por Veenhoven como “el grado en que una persona juzga de un modo general o global su vida en términos positivos o, en otras palabras, en qué medida la persona está a gusto con la vida que lleva” (1984, citado por Fernandez, Muratori & Zubieta, 2013) para esta evaluación utiliza dos componentes, sus pensamientos y sus afectos. Pena (2009) citando a Veenhoven (1998) refiere que el bienestar abarca tres significados: Calidad de entorno en que vivimos, calidad de acción, y disfrute subjetivo de la vida. (Arroyo, 2014).

Mientras que el enfoque eudaimónico estaría mejor representado por el concepto más reciente de bienestar psicológico (Keyes, Shmotkin & Ryff, 2002; Ryff & Singer, 2008; Barra, 2010). El bienestar psicológico se define como “el resultado de un proceso de construcción personal basado en el desarrollo psicológico del individuo y en su capacidad para interactuar de forma armoniosa

con las circunstancias que afronta en su vida” (Molina & Meléndez, 2006; citado por González, Valle, Freire & Ferradas, 2012).

Concretizando, el bienestar subjetivo (hedónico) se refiere a la felicidad, satisfacción vital y balance afectivo, mientras que, el bienestar psicológico (eudaimónico) se refiere a la evaluación del individuo de su desarrollo personal (Keyes, 2006; Ring, Hófer, McGee, Hickey & O'Boyle, 2007; Barra, 2010)

### **3.2 Tipos de bienestar**

Existen diversas formas de abordar el bienestar, las cuales se diferencian uno de otros por el enfoque que mantienen. Como vimos anteriormente, unos modelos provienen del enfoque hedónico y otros del enfoque eudaimónico. A continuación conoceremos algunos de ellos.

#### **3.2.1 Bienestar social**

El bienestar social sencillamente es la valoración que se hace de las circunstancias y el funcionamiento de la sociedad (Keyes 1998, Blanco y Díaz 2005; Marín, 2009), dando una preponderante importancia a las relaciones humanas, y se compone de las siguientes dimensiones: integración social, aceptación social, contribución social, actualización social y coherencia social. (Marín, 2009).

El concepto de Bienestar Social desarrollado por Keyes (1998) recoge los aspectos interpersonales de la salud mental, y se compone de cinco dimensiones (Blanco & Díaz, 2005 citado por Zubieta et al, 2012):

- 1) Integración social. La evaluación de la calidad de las relaciones que mantenemos con la sociedad y con la comunidad. Las personas con alto bienestar social se sienten parte de la sociedad, cultivan el sentimiento de pertenencia y tienden lazos sociales con la familia, amigos, vecinos, entre otros.

- 2) Aceptación social. La presencia de confianza, aceptación y actitudes positivas hacia otros, como atribución de honestidad, bondad, amabilidad, capacidad, y la aceptación de los aspectos positivos y negativos de nuestra propia vida.
- 3) Contribución social. Es el sentimiento de utilidad, de que se es un miembro vital de la sociedad, que se tiene algo útil que ofrecer al mundo. Es sinónimo de utilidad, provecho, eficacia y aportación al bien común.
- 4) Actualización social. La concepción de que la sociedad y las instituciones que la conforman son entes dinámicos, se mueven en una determinada dirección a fin de conseguir metas y objetivos de los que podemos beneficiarnos - confianza en el progreso y en el cambio social-. Confianza en el futuro de la sociedad, en su potencial de crecimiento y de desarrollo, en su capacidad para producir bienestar.
- 5) Coherencia social. Es la percepción de la cualidad, organización y funcionamiento del mundo social, e incluye la preocupación por enterarse de lo que ocurre en el mundo. La sensación de que se es capaz de entender lo que sucede a nuestro alrededor. (Zubieta et al., 2012)

Estudios previos vinculan el bienestar con el contacto social, las relaciones interpersonales, el arraigo, los contactos comunitarios, patrones activos de amistad, la participación social, el matrimonio, la familia y experiencias como la paternidad (Ryff y Keyes, 1995; Keyes, Shmotkin y Ryff, 2002; Zubieta et al., 2012). Para entender las conductas de los individuos, más saludables o patológicas, es necesario considerarlas en tanto el resultado de aspectos culturales como los valores, creencias y expectativas que el individuo tiene y de los procesos psicológicos que aquellos moldean (Zubieta, Delfino y Fernández, 2007; Zubieta et al, 2012).

Existen diferencias en las distintas dimensiones en relación a las variables: edad, sexo, nivel educacional y participación en actividades comunitarias, las cuales se encuentran relacionadas con el bienestar social. En relación a la edad, Keyes (1998), en una investigación realizada en Estados Unidos, reporta un aumento de cuatro dimensiones del bienestar social a medida que el individuo

aumenta en edad: integración social, aceptación social, contribución social y actualización social, empero la coherencia social disminuye. En relación al género, una investigación en Argentina encontró que las mujeres presentaron puntuaciones más altas que los hombres en integración social, contribución social y actualización social (Zubieta & Delfino, 2010; Valle et al, 2011), son capaces de evaluar más positivamente la calidad de las relaciones que mantienen con la sociedad, se sienten útiles en la sociedad y confían en el futuro de la misma. Con respecto a otras variables, hay estudios que sugieren que el bienestar social debería aumentar a medida que aumenta el nivel de educación (Blanco & Díaz, 2005). Los mismos demostraron que la adquisición de educación evidentemente allana el camino y por ende, facilita responder con éxito a los desafíos o problemas sociales de la vida (Keyes, 1998; Valle et al., 2011).

### **3.2.2 Bienestar psicológico**

El bienestar psicológico es un constructo enfocado desde el modelo eudaimónico, que expresa el sentir positivo y el pensar constructivo del ser humano acerca de sí mismo, el cual se define por su naturaleza subjetiva vivencial y que se relaciona estrechamente con aspectos particulares del funcionamiento físico, psíquico y social. Hace referencia a aquellos valores que permiten al individuo trascenderse a sí mismo, Carol Ryff lo concibe como desarrollo personal y compromiso con los desafíos existenciales de la vida. El bienestar posee elementos reactivos, transitorios, vinculados a la esfera emocional y elementos estables que son expresión de lo cognitivo y de lo valorativo; ambos estrechamente vinculados entre sí y muy influidos por la personalidad como sistema de interacciones complejas y por las circunstancias medioambientales, especialmente las más estables. Las diferencias sociodemográficas, no sólo pueden producir diferentes niveles de bienestar y de salud, sino también diferentes formas de encontrar el bienestar psicológico.

Se explica que una persona estará bien psicológicamente cuando desarrolle su verdadero potencial, es decir, cuando haya congruencia entre las metas

propuestas y su verdadero yo, el bienestar consiste en el cumplimiento o la naturaleza del yo verdadero. (Ryan y Deci, 2001; Pérez, 2013).

El bienestar psicológico se presenta como un concepto multidimensional. Ryff y Keyes (1995) postulan que el bienestar psicológico es la percepción subjetiva, estado o sentimiento, considerando que se puede medir a través de algunos de sus componentes, como los afectos y la cognición, los cuales tienen que ser examinados en diferentes contextos donde el individuo se desenvuelve. El bienestar no consiste sólo en la ausencia de síntomas de ansiedad, depresión, o en que las emociones positivas sobrepasen a las emociones negativas, sino también que la persona se respete y valore a sí misma; que tenga relaciones positivas con otros o perciba un apoyo social satisfactorio; que crea que domina y controla su ambiente, que se sienta autónomo del entorno –aunque conectado con él-; que atribuya sentido y propósito a su vida, así como que crea que se está realizando como persona (Bilbao, 2008)

El bienestar psicológico es un tema por demás estudiado en numerosas investigaciones desde diferentes perspectivas, adoptando diversos términos tales como felicidad o satisfacción vital. El marco de referencia básico fue establecido por Bradburn, en 1969, quien postuló el bienestar en términos de “afectos” positivos y negativos, los cuales eran el resultado de una unión de sentimientos, humor y respuestas emocionales del individuo a una diversidad de eventos satisfactorios e insatisfactorios de la vida cotidiana. De acuerdo con Bradburn, un sujeto puntuaría alto en bienestar psicológico si tuviera un exceso de afecto positivo sobre el afecto negativo (Bradburn; Diener y Emmons, 1984 citado por Straniero et al., 2012).

En referencia a las dimensiones del bienestar psicológico Carol Ryff es una de las autoras más influyentes, quien entiende por bienestar psicológico al resultado posterior a una evaluación acerca de su forma de vida. Con respecto a las dimensiones, a través del análisis factorial en la población norteamericana,

planteó el “Modelo Multidimensional del Bienestar Psicológico”. En 1985, junto a Keyes, planteó seis dimensiones en el modelo propuesto:

- Auto-aceptación: Apreciación o actitud positiva de uno mismo, a pesar de las propias limitaciones
- Relaciones positivas con otras personas: Capacidad para establecer relaciones estables con los demás, basadas en la confianza y en la capacidad de amar.
- Autonomía: Considerada como la autodeterminación que posibilita a la persona no dejarse llevar por las presiones sociales y tomar el control de su propio comportamiento
- Dominio del entorno: refleja la capacidad de la persona para manejar el medio, sintiéndose capaz de influir en el mismo, y adecuarlo a sus necesidades y deseos.
- Propósito en la vida: Se evidencia a través de metas concretas y realistas, que le otorgan sentido a las experiencias pasadas y futuras
- Crecimiento personal: Se refiere a la puesta en marcha de estrategias para fortalecer las propias capacidades y potencial, que derivan en un crecimiento y madurez del individuo. (Zubieta et al. 2012)

Ryff (citado por Rangel-Alonso, 2010) plantea que el bienestar depende de ciertas variables como la edad, el género y la cultura de las personas, y determina que a medida que los individuos alcanzan la edad adulta, poseen mayor autonomía, dominio del medio y perciben sentimientos positivos de crecimiento personal.

Por su parte, Veenhoven (1996) considera que la satisfacción vital es un tema dentro de un campo más amplio como es la “calidad de vida”, denotándola con dos significados básicos:

- a) Condiciones de vida dignas para un buen vivir.
- b) La práctica de una buena vida entendida como tal. La “satisfacción vital” es uno de los indicadores de esta aparente calidad de vida. (Straniero et al, 2012)

Puede esperarse que las causas del bienestar difieran según el ciclo vital, las condiciones de vida, el nivel educacional, la ocupación o el grupo social. El bienestar es una experiencia humana vinculada al presente, pero también con proyección al futuro, pues se produce justamente por el logro de bienes. Es en este sentido que el bienestar surge del balance entre los logros, lo que muchos autores llaman satisfacción, en las áreas de mayor interés para el ser humano y que son el trabajo, la familia, la salud, las condiciones materiales de vida, las relaciones interpersonales, y las relaciones sexuales y afectivas con la pareja.

“El bienestar eudaimónico también considera el placer pero lo entiende como consecuencia secundaria de la realización y el crecimiento personal; se preocupa en como la realización personal da sentido a la vida, más que en lo bien que el individuo se siente”. (Marín, 2009).

### **3.2.3 Bienestar subjetivo**

«La literatura sobre el bienestar subjetivo trata de cómo y porqué la gente experimenta su vida de forma positiva, incluyendo tanto juicios cognitivos como reacciones afectivas» (Diener, 1994, p. 67; citado por Blanco & Díaz, 2005)

El bienestar subjetivo es parte integrante de la calidad de vida que tiene un carácter temporal y determinado por múltiples situaciones, siendo éste representante de la línea hedónica. El bienestar subjetivo suele ser considerado como una expresión de la afectividad. Para Lawton, el bienestar es visto como una valoración cognitiva, como la evaluación de la congruencia entre las metas deseadas y las obtenidas en la vida, mientras que Diener brinda una concepción más integradora del bienestar subjetivo definiéndolo como el balance afectivo, que se obtiene restando la frecuencia de emociones positivas y negativas, y la satisfacción percibida en su vida. El bienestar subjetivo se refiere al balance global que las personas hacen de sus oportunidades, del curso de los acontecimientos a los que se enfrentan y de la experiencia emocional derivada de ello. (Blanco & Díaz, 2005)

Bar-On (1997, 2000, citado por García, 2014) respecto a este tipo de bienestar “señala en su modelo de inteligencia emocional como rasgo de personalidad, que es una aptitud que forma parte, junto con el optimismo, estado de ánimo general, y consistiría, específicamente, en la capacidad de disfrutar de uno mismo y de los otros, de divertirse, de sentirse satisfecho con la propia vida y de experimentar sentimientos positivos emociones positivas”

El término bienestar lleva implícita la experiencia personal y existe una íntima relación de lo afectivo y lo cognitivo por lo que el bienestar es definido por la mayoría de los autores como la valoración subjetiva que expresa la satisfacción de las personas y su grado de complacencia con aspectos específicos o globales de su vida, en los que predominan los estados de ánimo positivos. Asimismo contiene como dispositivo principal el componente cognitivo el cual está constituido por la percepción de satisfacción con la vida que realiza el individuo, mediante la evaluación cognitiva el sujeto logra obtener un juicio de su vida de forma global o de aspectos específicos de esta. De la misma forma cuenta con un segundo componente, el afectivo, siendo una agregación de experiencias positivas y negativas, ya que representan las evaluaciones personales de los sucesos y hechos que ocurren en la vida de cada persona. Es importante mencionar que este tipo de bienestar tiene bases mucho más emocionales, y se lo ha evaluado a través de indicadores como la felicidad, la afectividad positiva y negativa o especialmente la satisfacción por la vida (Blanco y Díaz, 2005).

El elemento afectivo contiene el agrado experimentado por la persona con sus sentimientos, emociones y estados de ánimo más frecuentes. Igualmente este componente afectivo contiene dos dimensiones; afecto positivo (estados de ánimo y emociones con un contenido subjetivo agradable) y afecto negativo (estados de ánimo y emociones con un contenido subjetivo desagradable).

Generalmente las personas con un mayor bienestar subjetivo tienden a realizar una valoración más positiva de sus circunstancias; mientras que las personas con menor o nulo grado de bienestar subjetivo evalúan la mayor parte

de estos acontecimientos como perjudiciales y negativos. La satisfacción con la vida al ser el resultado de un juicio cognitivo, resulta un constructo más estable a lo largo del tiempo, que si fuese desde el plano meramente afectivo o emocional. (Castro, 2010).

### **Factores del bienestar subjetivo**

Existen varios factores determinantes, los cuales suelen estar relacionados significativamente con el bienestar subjetivo:

- a) Variables demográficas: tales como edad, sexo, nivel de ingresos, etnia, nivel educativo y estado civil. Empero algunos estudios (Campbell, Converse y Rodgers, 1976 citado por Pérez, 2013) mencionan que dichas variables tienen escasos efectos en el bienestar.
- b) Variables de la personalidad: la personalidad es uno de los indicadores más fuertes en lo referente al bienestar subjetivo ya que esta puede ser un factor influyente en la experimentación de bienestar para el individuo. La personalidad extrovertida, la autoestima, optimismo y sentido de autocontrol influyen de forma positiva al momento de la evaluación del bienestar.
- c) Variables psicosociales: la cultura, creencias, comparación y participación social influyen de forma positiva o negativa en el bienestar subjetivo. La capacidad de afrontamiento, comparación social, aspiraciones, metas, participación social, si se encuentran encaminadas de forma positiva, suelen influir de forma igualmente positiva, de lo contrario si el individuo no cuenta con metas o aspiraciones, además de no contar con buenos estilos de afrontamiento y una comparación social negativa, esto influenciara de forma negativa en sí mismo.
- d) Variables contextuales: los acontecimientos o sucesos que se dan a lo largo de la vida pueden influir en el bienestar subjetivo. Si una persona experimenta un suceso positivo, pues seguramente su afecto será igualmente positivo. “Aquellas personas que experimentan más sucesos positivos y menos negativos, tienen niveles mayores de bienestar

subjetivo que aquellos que tienen que hacer frente a mas eventos negativos y adversidades”. (Pérez, 2013).

Existen algunos estudios acerca de la relación de factores sociodemográficos con bienestar. Con lo que respecta a la parte económica se encontraron varias evidencias que hay una relación positiva entre el Bienestar subjetivo y los ingresos (Argyle, 1992; Diener, 1994, 2000; Diener et al., 1999, citado en Gómez, Villegas, Barrera, Cruz., 2007). Esta correspondencia persiste incluso cuando otras variables, tales como la educación, se controlan estadísticamente, por lo cual se podría pensar que los ingresos determinan el bienestar subjetivo. Pese a esto, dichos estudios no muestran que cuanto más aumenten los ingresos en un país proporcionalmente se alcancen mayores niveles de bienestar. Como señala Diener (2000, citado en Gómez et al., 2007), los ingresos en muchos países han aumentado dramáticamente desde la segunda guerra mundial y sin embargo los índices de bienestar subjetivo han permanecido más o menos iguales tanto en Estados Unidos como en otros países ricos. Según los datos presentados por el autor, en una escala de satisfacción con la vida de 1 a 10, el promedio de los países incluidos en la muestra fue de 5,5, es decir ligeramente por encima del punto medio de la escala (Diener, 1994).

Un estudio liderado por Argyle (Diener et al., 1999; Campbell, Converse & Rodgers, 1976; Gómez et al, 2007), sostiene que los factores contextuales y las variables demográficas tales como edad, sexo, ingreso, raza, y educación son relevantes pero no suficientes para dar cuenta del fenómeno del bienestar porque solo logran explicar entre 15% y el 20% de la varianza del Bienestar Subjetivo; por tal razón, el interés de muchos autores se ha dirigido hacia factores subjetivos o de personalidad.

Según Brickman y Campbell una de las razones para que las dimensiones contextuales no ejerzan tanta influencia sobre el bienestar subjetivo y la felicidad parece ser el hecho de que la gente se adapta fácilmente al cambio en las circunstancias ya que las personas reaccionan de manera intensa tanto a los eventos positivos como a los negativos, pero con el tiempo se adaptan y retornan

a su nivel original de felicidad. Esta adaptación puede explicar el poco influjo en el bienestar subjetivo encontrado en las naciones cuando mejora su producto per cápita o en los individuos cuando aumentan sus ingresos, ganan en la lotería, etc. (Gómez et al., 2007)

Lo que indica que pese a que las variables sociodemográficas tengan correlación significativa con el bienestar existen también factores subjetivos que ejercen importante influencia en la percepción de felicidad. Myers (2000) señala que los autoreportes de Felicidad muestran una consistente estabilidad en el tiempo, a pesar de las circunstancias cambiantes y ciertas características comunes de personalidad en las que son felices. Más adelante analizaremos estudios acerca de las variables de autoeficacia y gratitud y su relación con la percepción del bienestar. (Gómez et al., 2007)

### **3.2.4 “Teoría del Bienestar” Según Martin Seligman.**

Como una propuesta relativamente nueva Martin Seligman junto a otros autores han abierto un interesante campo de investigación, con distintos enfoques, los cuales han dado especial atención a los factores de crecimiento o de potencial humano. Aquella propuesta se denominó la “Teoría de la auténtica felicidad” o Psicología positiva, en la cual considera que el núcleo es el bienestar. Este tópico ha sido descrito y promulgado por áreas diferentes a la académica por muchos años, tal vez por la dificultad que se puede presentar al momento de definirla o conceptualizarla, sin embargo desde hace algunos años el campo de la psicología ha venido prestando mayor importancia a esta área humana, diferente de la patológica tantas veces ya descrita y estudiada y ha visto que puede ser abordada desde el punto de vista científico.

La nueva Teoría del Bienestar mide cinco componentes: 1) la emoción positiva, 2) la entrega, 3) el sentido, 4) las relaciones positivas y 5) los logros. Así pues, Seligman ha apostado por añadir dos elementos que se relacionan con el éxito y el virtuosismo, y que explican por qué las personas intentan triunfar por

el mero hecho de triunfar. Estos dos nuevos elementos son las relaciones positivas y los logros. (Barahona et al, 2013)

Sin embargo, Seligman aclara que el “PERMA” es una descripción de lo que hace la gente con una felicidad y bienestar auténticos, y no una “prescripción”; es decir, no es una fórmula exacta que aplica igual para todas las personas; para algunas tendrán más peso algunos elementos como sus relaciones, para otras su sentido de logro, etc. Sin embargo, no cabe duda que el cultivar estos 5 pilares serán de gran ayuda para incrementar nuestros niveles de satisfacción y motivación.

En esencia, se trata de una teoría de elección sin coerción y sus cinco elementos comprenden (PERMA) lo que las personas libres eligen porque sí, sin buscar nada más. Cada elemento del bienestar debe tener propiedades para contar como elementos:

1. Contribuye al bienestar.
2. Muchas personas lo buscan por sí mismo, y no sólo para obtener cualquiera de los otros elementos.

### **Descripción del PERMA:**

**P- “Positive Emotions” – Emociones Positivas:** La gente positiva tiene un desempeño superior en la vida, además de que la disfruta más y se siente mucho mejor consigo y con los demás. Por eso aprender a cultivar y a generar emociones positivas como la alegría, el interés, el orgullo, la recreación, la serenidad, la esperanza, la gratitud, el asombro, la inspiración y el amor, nos ayudará a lidiar con nuestras emociones negativas y los sucesos difíciles que afrontemos a lo largo del camino. Existen otros elementos importantes. Engloba al placer, el éxtasis, la comodidad, etc.

**E-“Engagemnet”- Compromiso e Involucramiento:** Cuando aplicamos nuestras fortalezas en alguna tarea, cuando hacemos lo que más nos gusta

usando nuestras habilidades, cuando cultivamos nuestra pasión y a veces también cuando nos sentimos retados, entramos en un estado de “flujo” o “involucramiento”. A este estado los atletas lo conocen como la “zona” y se caracteriza porque nos absorbe por completo, somos buenos en lo que estamos haciendo, todo fluye, sabemos exactamente cuál es el siguiente paso, no sentimos el paso del tiempo, y la actividad en sí nos deleita. Cuando estamos en esta “zona o estado de flujo” en lugar de acabar exhaustos, no sentimos recargados y nuestro bienestar y motivación se elevan. Conocerse a uno mismo e identificar nuestras fortalezas y pasiones es el primer paso para trabajar en nuestra realización personal.

**R-“Relationships”- Relaciones:** Tener y mantener relaciones positivas y constructivas es un requerimiento universal para el Bienestar Humano. Nuestra necesidad de sentirnos conectados es fundamental a un nivel íntimo, familiar, social, organizacional y comunitario. El destinar nuestro tiempo a cultivar las relaciones más importantes de nuestra vida tiene un efecto inmediato en nuestro nivel de felicidad. Destina el tiempo para “cultivar” tus relaciones.

**M- “Meaning and Purpose” -Propósito y significado:** Creer que el sentido de nuestra existencia pertenece, sirve o es de utilidad para algo más grande que nosotros mismos nos ayuda a sentir que trascendemos en cada una de las acciones de nuestra vida diaria. Ya sea a nivel político, religioso, familiar profesional o “verde” para salvar el planeta) el definir el significado y al darle un propósito a nuestros proyectos y ocupaciones nos brinda la oportunidad de actuar con coherencia y establecer las prioridades y los valores en base a las cuales deseamos vivir. Habría que responderse a la pregunta. ¿Qué es lo que otorga sentido a tu vida? Sólo tú puedes responderlo. En muchas ocasiones es el contacto con otras personas y las relaciones lo que otorga significado y sentido a la vida.

**A –“Accomplishment”- Éxito y Sentido de Logro:** Los seres humanos tenemos una necesidad de sentirnos competentes y actuar con autonomía. El establecernos metas, el desarrollar nuestro auto-control y disciplina y el

perseguir el éxito en nuestros propios términos nos ayuda a mantenernos en crecimiento continuo y a desarrollar nuestro potencial. La Confianza en uno mismo se incrementa con nuestro sentido de Competencia, por eso mientras más preparados nos sentimos, más seguros y satisfechos nos sentiremos con nuestros proyectos. Existen personas que aunque pierdan, "si han jugado bien" (han aprendido, han resuelto problemas, han fluído) les resulta casi igual de maravilloso el participar.

### **3.3 Bienestar en el Adulto Joven**

Los estudios en cuanto al bienestar en la etapa de la adultez temprana son escasos y en su mayoría van enfocados a poblaciones universitarias. En un estudio realizado en España, en la Universidad Católica San Antonio, analizaron la inteligencia emocional percibida y el bienestar psicológico de los estudiantes universitarios en función de la práctica de actividad física en una muestra de 1008 estudiantes con edades comprendidas entre los 17 y 30 años, de los cuales 414 eran físicamente activos y 594 insuficientemente activos. Los resultados revelaron que los alumnos físicamente activos mostraron puntuaciones más elevadas en las variables que medían el bienestar (autoestima y satisfacción con la vida), en la claridad y reparación emocional. (Fernández, Almagro, Sáenz & Buñuel, 2011)

En un estudio en Colombia con una muestra de 795 miembros de la Universidad de Los Andes distribuidos así: 363 hombres y 431 mujeres (una persona no informó su sexo) con una edad promedio de 21,8 años se pudo observar que las dimensiones como las relaciones afectivas y el trabajo o estudio están positivamente relacionadas con la percepción de bienestar, lo que indica que la intimidad, las relaciones personales y familiares es fundamental cuando se valoran las condiciones vitales que llegan a determinar el bienestar subjetivo. Los resultados también podrían significar que estas áreas vitales son las más valoradas por los colombianos. Las correlaciones positivas del Bienestar Subjetivo con la Auto-eficacia señalan que ésta es una de las características de

personalidad que promoverían el bienestar de las personas, aún en condiciones de adversidad. (Gómez, Villegas, Barrera & Cruz, 2007).

Una investigación realizada por Gustems, Calderón Garrido & Calderón Garrido en 96 estudiantes de la Universidad de Barcelona, para determinar la relación entre las fortalezas de carácter y el bienestar, encontraron que existe una fuerte conexión entre el bienestar y las fortalezas de carácter (Linley et al, 2010). Las fortalezas centradas en la emoción tales como la bondad o el amor están más fuertemente asociadas con el bienestar que las fortalezas de la mente como la honestidad o la perseverancia. (Park y Peterson, 2008; Park et al., 2004). Los resultados indicaron que estuvo relacionado con fortalezas que implican mantener buenas relaciones con los demás, como así lo indica el hecho de que algunos síntomas psicológicos que pueden dificultar las relaciones interpersonales, como la paranoia, la sensibilidad y el estrés psicológico estuvieron negativamente correlacionados con las fortalezas de carácter centradas en uno mismo (por ejemplo vitalidad, curiosidad). Los estudiantes con altas puntuaciones en amor presentaban menor sensibilidad interpersonal, síntomas paranoides y distres psicológico, cosa que confirma que el amor es un componente importante del bienestar y de la satisfacción vital (Park et al., 2004).

### **3.4 Autoeficacia y su relación con el bienestar.**

En un inicio el término autoeficacia se postuló en la teoría del aprendizaje social de Rotter (1966) y posteriormente en la teoría sociocognitiva de Bandura (1986) haciendo referencia a los juicios que cada individuo hace acerca de sus capacidades para llevar a cabo una tarea. Bandura plantea que los individuos poseen un sistema interno que les permite ejercer control sobre sus propias acciones, conductas y pensamientos, siendo este sistema un componente fundamental de influencia en el logro de las metas que cada quien se propone (Chacón, 2006) Al respecto, Bandura (1997) expresa: «Las creencias de autoeficacia constituyen un factor decisivo en el logro de metas y tareas de un individuo. Si las personas creen que no tienen poder para producir resultados, no harán el intento para hacer que esto suceda».

Como se expuso anteriormente, la autoeficacia es un factor relevante del bienestar. Existen varios estudios que corroboran esto relacionando a la autoeficacia como un factor que podría predecir mayores niveles de bienestar ya que, como lo reporta Argyle (1992) y Emmons “cuando una persona cree que es capaz de conseguir sus metas tiende a percibir mayor Bienestar Subjetivo” (Diener et al., 1999) porque el afecto positivo está asociado con la consecución exitosa de las metas y el afecto negativo con la percepción de incumplimiento (Lazarus, 1991, citado por Gómez et al., 2007)

Lachman y Weaver (1998; Diener et al. 1999, citado por Gómez et al., 2007) realizaron un estudio donde se analizó la relación entre la autoeficacia y el Bienestar subjetivo, encontrando que los efectos de un bajo ingreso sobre el bienestar subjetivo estaban moderados por las creencias de tener o no control, al igual que Lang y Heckhausen (2001), quienes encontraron altas correlaciones entre la percepción de control sobre los eventos importantes de la vida y la satisfacción con ésta en tres cohortes de adultos clasificados como adultos jóvenes, de edad intermedia o avanzada. Por su lado, Hersh y Geppert (2000; Gómez et al., 2007) reportaron que la autoeficacia fue el mayor predictor de BS en personas mayores. Sin embargo, como dicen Diener et al. (1999), no se ha determinado si la autoeficacia es una de las causas o un resultado del Bienestar.

En un estudio realizado en 244 estudiantes universitarios en México de entre 18 y 38 años se obtuvo como resultado que todas las dimensiones del bienestar psicológico se correlacionan significativamente con la autoeficacia ya que cuanto más competente se perciban a sí mismos los estudiantes universitarios tendrán mayor nivel de auto aceptación, de dominio del entorno, de propósito en la vida, de crecimiento personal, de autonomía y de relaciones positivas con los demás. (González, Valle, Freire & Ferradas, 2012)

En una investigación cuyo objetivo fue dar un panorama general de la investigación empírica latinoamericana que analiza la relación existente entre bienestar subjetivo y autoeficacia, vinculados con temas de la salud se obtuvo

como resultado que existe una producción muy baja de investigación latinoamericana (104 artículos) que trata esos temas, en comparación con la producción a nivel mundial (187 033 artículos) durante el mismo periodo indizada en SCOPUS, concluyendo que existe una falta impresionante de investigación empírica encaminada al estudio del bienestar, autoeficacia y salud en Latinoamérica, siendo éste un campo enorme de intervención futura para la región. (Reyes & Hernández, 2012)

### **3.5 Gratitud y su relación con el Bienestar.**

Una de las fortalezas que se está investigando desde el campo de la psicología con creciente atención es la gratitud, dado que se ha encontrado que las personas más agradecidas también disfrutaban de mayor felicidad y bienestar (Lyubomirsky, Dickerhoof, Boehm y Sheldon, 2008; Bernabe, García & Gallego, 2014). La investigación psicológica va avanzando en la delimitación acerca de la naturaleza del constructo «gratitud», existiendo en la actualidad numerosas propuestas. Algunos autores la han definido como una emoción que ocurre tras recibir un beneficio percibido como costoso, valioso y dado de forma altruista (Wood, Maltby, Stewart, Linley y Jo-seph, 2008; Bernabe, García, & Gallego, 2014). Otros investigadores han conceptualizado la gratitud como una emoción que siempre está dirigida hacia la apreciación de la ayuda de otros (McCullough, Kilpatrick, Emmons y Larson, 2001; Bernabe, García, & Gallego, 2014).

La conceptualización de la gratitud como rasgo de personalidad se definiría como una tendencia generalizada a reconocer y responder con emoción agradecida a los beneficios aportados por los demás en las experiencias positivas y en los logros personales (McCullough et al., 2002; Bernabe, García & Gallego, 2014).

Seligman, Steen, Park y Peterson (2005) citado por Alarcón & Caycho (2015) señalan a la gratitud como una fortaleza que configura la virtud de la espiritualidad o trascendencia. Virtud hace referencia a un bien propio e intransferible que caracteriza la manera de ser de una persona, mientras que la

fortaleza, son rasgos mensurables de personalidad. Tras una virtud subyacen fortalezas que permiten identificarla, es decir, es posible conocer la virtud de una persona gracias al conocimiento de las fortalezas que muestra (Alarcón, 2009 citado por Alarcón & Caycho, 2015). Desde el punto de vista ético, la gratitud es una virtud moral, que denota buen comportamiento (McCullough, Kilpatrick, Emmons, & Larson, 2001; McCullough, Kimerldorf, & Cohen, 2008; Alarcón & Caycho, 2015).

La gratitud en concreto puede entenderse como una predisposición a reconocer, valorar y responder a los aspectos positivos de la existencia personal, experimentados como dones recibidos. Watkins, Woodward, Stone y Kolts en 2003 (citado por Bernabe, García & Gallego, 2014) postulan ciertas características de los individuos agradecidos:

1. Experimentarían un sentido de abundancia, no sintiéndose deprivados en la vida.
2. Apreiciarían en mayor medida la contribución de los otros en su bienestar.
3. Tenderían a apreciar los placeres simples, fácilmente accesibles a la mayoría de las personas.
4. Reconocerían la importancia de experimentar y expresar gratitud.

Un análisis psicológico de la gratitud, permite definirla como un comportamiento afectivo, cognitivo y consciente que manifiesta una persona que recibe un beneficio de un benefactor, o de otra persona que lo sustituye, y que se expresa a través del agradecimiento (Alarcón, 2011; Alarcón & Caycho, 2015).

Un importante estudio afín al tema de gratitud y bienestar psicológico es el realizado por Wood, Joseph y Maltby (2009) en la Universidad de Warwick, quienes trataron de comprobar si la gratitud predice el bienestar psicológico, basándose tanto en los dominios y facetas del modelo "BigFive". Los participantes fueron 201 estudiantes universitarios, con edades que oscilaron entre los 18 y 26 años. Estos autores obtuvieron como resultado que la gratitud era correlativa positivamente con ciertas facetas de los dominios de extraversión,

apertura, agradabilidad y esmero, y se correlacionó negativamente con las facetas de neuroticismo. De la misma manera se encontró que la gratitud esta correlacionada más fuertemente con las facetas que representan el bienestar subjetivo y la vida social (emociones positivas, la depresión y el altruismo). El estudio proporcionó la primera indicación de que la gratitud se encuentra íntimamente relacionada con una amplia gama de variables tales como el crecimiento personal, relaciones positivas, propósito en la vida, aceptación de sí mismo, y la búsqueda de una vida que tenga sentido. Conjuntamente sugieren que la gratitud actúa como un predictor de bienestar, ya que lleva a niveles más bajos de estrés y depresión con el tiempo.

En un estudio realizado en Perú se analizó la probable relación entre gratitud y felicidad participando 300 personas, 147 varones y 153 mujeres, con edades entre 20 y 30 años. Entre los principales resultados observamos que los factores de la gratitud, reciprocidad y obligación moral correlacionan positiva y significativamente con la felicidad. (Alarcón & Caycho, 2015)

Estudios en adolescentes reportaron que un estado de ánimo agradecido indica un mayor bienestar subjetivo y mayores niveles de optimismo (Froh et al., 2009). Esto coincide con resultados derivados de otros estudios. En uno de ellos se reporta que al correlacionar 24 fortalezas (entre ellas, esperanza, gratitud y optimismo) con la satisfacción con la vida, existe una fuerte correlación entre la gratitud y la satisfacción con la vida.

### **3.6 Percepción de salud y su relación con el bienestar**

La salud puede ser entendida como un proceso multifactorial que integra lo aspectos bio-psicosocio-culturales, relacionados con el bienestar y la potenciación de altos niveles de satisfacción. No implica una postura lineal de sólo la ausencia de una enfermedad, ya que asocia factores biológicos, ambientales, estilos de vida y servicios de salud, entre otros (ver también Haring,

Stock y Okun, 2002 citado por Nuñez, Tobón, Arias, Hidalgo, Santoyo, Hidalgo & Rasmussen, 2010).

Desde el punto de vista subjetivo, la calidad de vida relacionada con la salud es 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, lo cual puede reflejar el grado de satisfacción con una situación personal, a nivel fisiológico, emocional y social. Schwartzmann (2003) citado por Nuñez et al. (2010) reconoce esencialmente que la implicación de la percepción de las personas sobre su estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual depende en gran parte de sus propios valores y creencias, su contexto cultural e historia personal.

La valoración subjetiva de la salud está íntimamente relacionada con el bienestar psicológico (Albuquerque, 2004; Juárez, 2011 citado por Ureña, 2014). Por consiguiente, percibirse saludable equivale a sentir bienestar (Kahn y Juster, 2002; Ureña, Barrantes & Solís, 2014), lo cual se asocia con una mayor capacidad adaptativa o mayor inteligencia emocional (Augusto-Landa y Montes-Berges, 2009; Bermúdez, Álvarez y Sánchez, 2003; Ureña, Barrantes & Solís, 2014).

Son abundantes los trabajos que relacionan bienestar subjetivo y salud (Campbell, Converse y Rodgers, 1976; Caspersen, Powell y Merritt, 1994 citado por García, 2002). Uno de los iniciales (Campbell et al., 1976; García, 2002) muestra unos resultados algo contradictorios. Estos autores descubrieron que, aunque la salud era valorada por los sujetos como el factor más importante para la felicidad, la satisfacción con aquella era sin embargo el octavo predictor en importancia con relación a la satisfacción con la vida. Estudio que coincide con las investigaciones realizadas por Nuñez et al, ya que este autor postula que los niveles positivos de calidad de vida relacionada con la salud no son significativos. (Nuñez et al, 2010). En el estudio de Mancini y Orthner (1980) (citado por García, 2002), el control de otras variables junto con la salud, como es la realización de actividades lúdicas, permitió concluir que es la influencia de la salud sobre la

posibilidad de llevar a cabo este tipo de actividades lo que determina la relevancia de la salud en el bienestar subjetivo de los sujetos analizados.

Un estudio realizado por Ureña, Barrantes y Solis (2014) en Costa Rica a 655 funcionarios de la Universidad Nacional, con la finalidad de describir y determinar la relación entre bienestar psicológico, espiritualidad en el trabajo y percepción de la salud, encontraron que el contar con un propósito para su vida es un factor que potencia la salud y la calidad de vida (Klepp, Mastekaasa, Sorensen, Sandanger y Kleiner, 2007; Ureña, Barrantes y Solis, 2014), a la vez esto le brinda perspectiva a la existencia del ser humano y le proporciona la energía necesaria para resolver las tareas de la cotidianidad (Antonovsky, 1996; Ureña, Barrantes y Solis, 2014). Se ha encontrado que bajos puntajes en mediciones de bienestar psicológico, particularmente en las áreas de propósito en la vida y autoaceptación, podrían representar riesgo de depresión, por lo que se considera que puntuaciones altas podrían representar riesgo reducido de esta afección a la salud mental (Wood y Joseph, 2010; Ureña, 2014).

Parece que la salud subjetiva presenta una importante relación con el bienestar personal, que supera considerablemente a la que aparece con la salud objetiva. Algunos autores han encontrado que la relación entre ambas variables experimenta cambios conforme avanza la edad, modificándose los factores que la median e incrementándose el peso de aquéllos que están más vinculados a las características personales del sujeto como, por ejemplo, el valor o importancia que le otorga a su salud (Harris, Pedersen, Stacey y McClearn, 1992; Struthers, Chipperfield y Perry, 1993; García, 2002).

## **Conclusiones**

Estudiar acerca del bienestar humano es una tarea amplia ya que hay diversas aristas que considerar, sin embargo es completamente necesario para la contribución a entender que es lo que hace feliz al ser humano. Como se ha explicado a lo largo del capítulo hay diversas vertientes del bienestar que han tomado en cuenta factores internos y externos de los individuos, tales como la

edad, el sexo, el nivel socioeconómico, la educación, estado civil, el contexto socio cultural, entre otros, y factores subjetivos o inherentes a la personalidad como el optimismo, el sentido de autocontrol, el compromiso y experimentación de afectos y sensaciones positivos como la autoeficacia y la gratitud.

Con respecto a aquellos factores, existen varios estudios en donde corroboran que la percepción de capacidad de logro, constructo llamado como autoeficacia y el sentido de gratitud hacia la vida o hacia las personas que la conforman son predictores de niveles más altos de bienestar. En todos los estudios revisados existe correlación positiva entre las mencionadas variables, además de haber también relación entre la mejor percepción de estado de salud con mayores niveles de bienestar, sin embargo, también existen estudios en los cuales, los niveles positivos de calidad de vida relacionada con la salud no son significativos u ocupaban lugares bajos de importancia en una escala de valores, dando como primer lugar de importancia al sentido de la vida.

Es interesante encontrar también que varios autores coinciden que mientras más se avance en edad mayor prioridad se da a la salud física y mayor relación existe con la experimentación de bienestar, esto puede deberse a que en etapas tempranas de la adultez se goza, generalmente de buena salud por ello, al dar por sentado la buena salud física esta cobra menos valor, contrariamente a lo que sucede en la vejez, en donde la salud cobra un valor primordial al momento de experimentar bienestar.

Es importante destacar que fueron escasas las investigaciones acerca del bienestar en la adultez temprana, en contraste con estudios en la adultez tardía o vejez por lo que es de gran trascendencia investigar más acerca de esta etapa de la vida en donde, la mayoría de seres humanos toman decisiones importantes en cuanto a su salud, economía y relaciones.

## CAPITULO IV

### 4. Metodología

#### 4.1 Enfoque de la investigación.

El enfoque de la investigación es de corte cuantitativo con el fin de determinar el grado de significación de las relaciones entre las variables y de esta manera cumplir nuestros objetivos y responder a las preguntas planteadas en nuestro estudio.

#### 4.2 Alcance de la investigación.

De acuerdo al periodo y secuencia de trabajo, se trata de un estudio correlacional transversal, ya que la presente investigación busca conocer si existe una correlación positiva entre el bienestar percibido y los niveles de autoeficacia, gratitud y percepción de salud experimentados por personas que se encuentran en la adultez temprana.

La presente investigación se ha centrado en cumplir con los siguientes objetivos:

##### 4.2.1 Objetivo general:

Determinar si la autoeficacia, gratitud y percepción de salud están relacionados con el bienestar de personas con o sin discapacidad física que se encuentran en la adultez temprana.

##### 4.2.2 Objetivos específicos:

- Comparar los niveles de bienestar en personas con o sin discapacidad física que se encuentran en la adultez temprana.

- Establecer la relación entre bienestar y los niveles de autoeficacia experimentado por las personas con o sin discapacidad física que se encuentran en la adultez temprana.
- Establecer la relación entre bienestar y los niveles de gratitud experimentado por las personas con o sin discapacidad física que se encuentran en la adultez temprana.
- Establecer las relaciones entre la percepción de salud y el bienestar de personas con o sin discapacidad física que se encuentran en la adultez temprana.

### **4.3 Pregunta de Investigación**

¿Cuáles son las variables psicosociales que están relacionadas con el bienestar de personas con o sin discapacidad física que se encuentran en la adultez temprana?

### **4.4 Hipótesis**

- A mayor autoeficacia y gratitud percibida, mayor nivel de bienestar experimentado por personas que se encuentran en la adultez temprana con o sin discapacidad.
- A mayor percepción positiva de salud, mayor nivel de bienestar experimentado por personas que se encuentran en la adultez temprana con o sin discapacidad.

### **4.4 Universo y muestra.**

Para efecto de la presente investigación se contó con un universo de estudio constituido por todos aquellos adultos con y sin discapacidad física que se encuentran en la adultez temprana que residen en el cantón Cuenca. Del universo de estudio se procedió a seleccionar una muestra intencional de 60

adultos que cumplan con los criterios de inclusión, completando 30 personas con discapacidad y 30 personas sin ella.

#### **4.5.1 Criterios de inclusión.**

Se incluyeron adultos cuyas edades oscilan desde los 20 años a 39 años, con o sin discapacidad física, que residan en el Cantón Cuenca y que expresaron su deseo de participar con la investigación.

#### **4.5.2 Criterios de exclusión.**

No participaron en el estudio, adultos menores de 20 años o mayores a los 39 años en adelante, con o sin discapacidad física, exceptuando además a personas con enfermedades físicas crónicas, que residen en el Cantón Cuenca un tiempo menor a un año y expresen su deseo de no participar con la investigación.

Adultos cuyas edades oscilen entre 20 a 39 años que presenten discapacidad sensorial, mental y discapacidad múltiple y un deterioro cognitivo grave.

Adultos cuyas edades oscilen entre 20 a 39 años con discapacidad auditiva y sean analfabetos.

Adultos cuyas edades oscilen entre 20 a 39 años con discapacidad intelectual grave.

### **4.5 Procedimiento**

El procedimiento del presente estudio fue dividido en fases, inicialmente se llevó a cabo la aplicación de las encuestas a personas sin discapacidad una vez que llenaron los respectivos consentimientos informados, los sujetos del estudio fueron elegidos al azar en base a un sorteo de zonas y sectores de la

ciudad de Cuenca, realizando visitas domiciliarias. Posteriormente nos contactamos con Secretaria Técnica de Gestión Inclusiva en discapacidad a quien solicitamos la debida autorización para obtener un listado para contactar a las personas con discapacidad que residen en la ciudad de Cuenca y aplicar las encuestas en el domicilio de las mismas. Se procedió a contactar telefónicamente y explicar los objetivos del estudio, a quienes aceptaron participar y se les agendó una visita domiciliaria para efectuar la encuesta y la firma del consentimiento informado.

Considerando que no se obtuvo respuesta de varias personas con discapacidad física del listado para la aplicación de los reactivos, procedimos a utilizar el muestreo por bola de nieve lo que nos llevó acudir a diferentes instituciones entre ellas la Casa Taller y el Hospital Vicente Corral Moscoso, en esta última solicitamos la autorización para la realización de las encuestas en el área de rehabilitación física. Posteriormente explicamos a los participantes los objetivos del estudio, a lo cual ellos aceptaron y consiguientemente colaboraron con la realización de la encuesta.

#### **4.7 Instrumentos de recolección de información.**

Para la medición del bienestar, se empleó la Escala Perma, instrumento que consta de 23 ítems, los mismos que evalúan los 5 pilares del Bienestar según la Teoría de Martin Seligman, a los cuales los participantes respondieron mediante un formato de respuesta con puntuaciones que oscilan entre 0 (Nunca) y 10 (Siempre). Este instrumento reporta una consistencia interna superior a 0,75.

Se evaluó al menos una de las fortalezas psicológicas en este caso la gratitud, por ello utilizamos el cuestionario de gratitud que fue creado por McCullogh et al., (2002) con el fin de evaluar la gratitud disposicional. Este instrumento consta de 6 ítems, los cuales fueron asignados para medir las

diferencias individuales en cuanto a la tendencia en experimentar gratitud en la vida diaria. Se puntúa bajo una escala Likert de 1 a 7, en el que la persona evaluada asignó el grado de acuerdo existente sobre actos de agradecimiento, siendo 1 fuertemente en desacuerdo y 7 fuertemente de acuerdo (Chen, Chen, Kee y Tsai, 2009) La traducción al castellano corre a cargo de Beléndez de la Universidad de Alicante (2011). En su versión original posee buenas propiedades psicométricas, obteniéndose así unos rangos de 0.90 a 0.95 mediante análisis factorial confirmatorio. Su consistencia interna oscila entre 0.76 y 0.84 mediante el alpha de Cronbach (McCullough et al., 2002)".

Además utilizamos el Spanish Adaptation of the General Self-Efficacy Scale Auto-Eficacia Generalizada de Judith Bäßler, Ralf Schwarzer & Matthias Jerusalem (1993). Esta escala consta de 10 ítems que se puntúan mediante una escala tipo Likert de 4 puntos (1= incorrecto, 2= apenas cierto, 3= más bien cierto, 4= cierto). Los autores plantean un criterio de corte de 2,9 puntos para determinar si los sujetos son autoeficaces o no, el cual corresponde a la puntuación media obtenida en diversos estudios donde se ha medido el nivel de autoeficacia con la escala general (Schwarzer, 2007).

Las variables sociodemográficas del estudio fueron recogidas mediante un cuestionario elaborado por el equipo de investigación.

#### **4.8 Procesamiento de datos.**

Con los datos obtenidos, a través de la aplicación de los cuestionarios, previamente codificados, se construyó una matriz de datos en el programa SPSS.

Se partió de un análisis descriptivo básico, para luego proceder con un nivel descriptivo relacional, en el que se procederá a la comparación de grupos (personas con o sin discapacidad física) a través de tablas de contingencia.

Finalmente, para establecer en qué medida las dimensiones del bienestar subjetivo se relacionan con los niveles de autoeficacia, gratitud y percepción de



salud, se estableció un modelo de regresión lineal con un nivel de confianza del 95%.

Para saber si el modelo de regresión lineal tiene un ajuste adecuado para relacionar las variables dependientes e independientes, se analizó el coeficiente de correlación lineal. Si se encuentra un valor muy cercano a 0, se interpretará que no existe un buen ajuste lineal, es decir no existe correlación entre las variables, por otro lado también se tomará en cuenta el coeficiente de determinación (cuadrado del valor  $r$  multiplicado por 100) con la finalidad de analizar el porcentaje de variabilidad que explica el modelo.

## CAPITULO V

### 5. Análisis de los resultados

#### 5.1 Características Sociodemográficas de las participantes

Este estudio constó de 60 participantes, de los cuales 30 personas tenían discapacidad física, mientras que los otros 30 no la tenían, con edades comprendidas de 20 a 39 años, con una media de 29 años. De esta muestra, 26 son hombres (43.3%) y 34 mujeres (56.7%). El sexo masculino representa el 43.3% de las personas con discapacidad a diferencia del sexo femenino el cual representa el 56.7% de mencionada muestra.

Se observa que tanto en las personas que tienen discapacidad como no, existe un alto porcentaje de participantes cuyo estado civil es soltero, perteneciendo a este grupo 17 sujetos de la muestra sin discapacidad (56.7%) y 19 personas con discapacidad (63.3%).

En cuanto al nivel de instrucción, existe un alto porcentaje en la muestra con estudios superiores (38.3%), siendo 13 personas sin discapacidad (43.3%) y 10 (33.3%) con ella que asiste o han asistido a la universidad. Cabe resaltar que el 43.3% de personas sin discapacidad cuenta con ingresos económicos menores a 668\$ (canasta básica), mientras que el 80% de personas con discapacidad tampoco alcanzan la canasta básica. Por otro lado, el 56.7% de personas sin discapacidad reciben ingresos mayores a 668\$, en contraste con un bajo porcentaje de personas con discapacidad, tan solo el 20% que también lo reciben.

Finalmente, en referencia al desempleo, se encontró que un bajo porcentaje (13.3%) de la población sin discapacidad no trabaja, mientras que un alto número de personas con discapacidad (43,3%) no tiene trabajo. (Véase Tabla 1)

pudiendo así observar que la oportunidades laborales son mayores en las personas sin discapacidad.

Tabla 1.

*Características sociodemográficas de los participantes.*

Variables demográficas.		Sin discapacidad		Con discapacidad		Total	
		n	%	n	%	n	%
Sexo	Hombre	13	43.3	13	43.3	26	43.3
	Mujer	17	56.7	17	56.7	34	56.7
Estado Civil.	Soltero	17	56.7	19	63.3	36	60
	Casado	9	30	7	23.3	16	26.7
	Unido	2	6.7	2	6.7	4	6.7
	Separado	1	3.3	1	3.3	2	3.3
	Divorciado	1	3.3	1	3.3	2	3.3
	Sin instrucción	0	0	1	3.3	1	1.7
Nivel de Instrucción	Sin Bachillerato	3	10	13	43.3	16	26.7
	Con Bachillerato	14	46.7	6	20	20	33.3
	Superior	13	43.3	10	33.3	23	38.3
Ingresos Económicos	menor a 668* dólares	13	43.3	24	80	37	61.7
	mayor a 668* dólares	17	56.7	6	20	23	38.3
Trabaja	No	4	13.3	13	43.3	17	28.3
	Si	26	86.7	17	56.7	43	71.7
Total		30	50	30	50	60	100

## 5.2 Diferencia en los niveles de bienestar en personas con o sin discapacidad física que se encuentran en la adultez temprana.

La muestra que constituye el estudio fue de 60 participantes, de cuya población se obtiene una media global de 121,084 (siendo la mínima 78 y la máxima 145). De la misma manera, con el objetivo de comparar la media para

el bienestar en los dos grupos, se aplicó la prueba T Student para muestras independientes. Previamente se comprobó la normalidad de la distribución a través de la prueba Kolmogorov-Smirnov, comprobando que la distribución de la variable bienestar para los 60 participantes se comporta como una curva normal ( $K-S = 0,944$ ;  $p = 0,335$ ), en consecuencia es posible aplicar T de student. Además, se aplicó la prueba de Levene, a través de la cual se comprobó diferencia de varianzas para los dos grupos. ( $F = 5,623$ ;  $p = 0,021$ ).

Aunque las medias registradas para los dos grupos se ubican en niveles altos de bienestar, 114,72 para las personas con discapacidad y 127,23 para las personas sin discapacidad, Tabla 2, se encontró que la diferencia es significativa ( $p < 0,05$ ), siendo menor en las personas con discapacidad.

Tabla 2.

*Bienestar subjetivo en personas con o sin discapacidad física que se encuentran en la adultez temprana.*

¿Tiene algún tipo de discapacidad?	N	media	DT	Estadísticos	
				t	p
Si	30	114,7241	19,01	-3	0,00
No	30	127,2333	12,44		4

### **5.3 Relación entre bienestar y niveles de autoeficacia experimentado en personas con o sin discapacidad física que se encuentran en la adultez temprana.**

Se registró una relación directa alta entre la variable bienestar y autoeficacia:  $r = 0,547$ ; (Coeficiente de Pearson)  $p = 0,000007$ . Posteriormente, con el objetivo de conocer si los niveles de autoeficacia de los adultos jóvenes con o sin discapacidad física es un buen predictor de los niveles de bienestar se efectuó

un modelo de regresión lineal simple, del análisis estadístico concluimos lo siguiente:

En el resumen del modelo observamos que el coeficiente de determinación:  $R^2$  que expresa el porcentaje de varianza de la variable dependiente (bienestar) está explicada por la variable independiente (autoeficacia) por un 30%. Además se encontró una ecuación de predicción del bienestar en función de la autoeficacia. (Véase Figura 1. Tabla 3.)

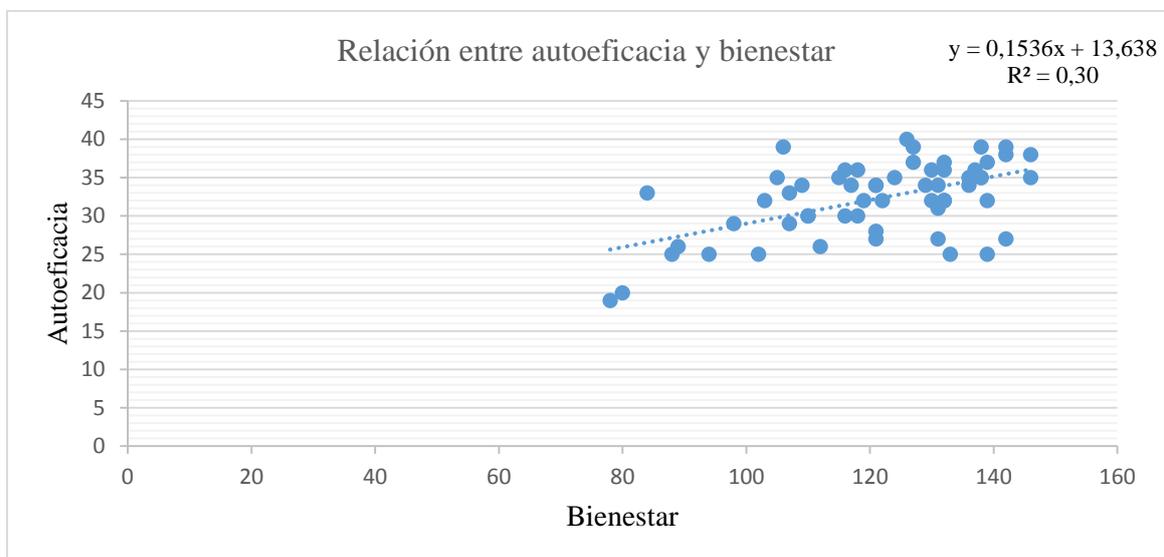


Figura 1. Relación entre autoeficacia y bienestar

En el análisis de Anova encontramos que el nivel de significación de F es inferior a 0.05 por ello se rechaza la hipótesis de independencia, lo cual nos permite concluir que sí hay relación de dependencia entre los niveles de bienestar y los niveles de autoeficacia en adultos jóvenes con o sin discapacidad. Por la tanto ambas variables están linealmente relacionadas. (Véase Tabla 4).

El Coeficiente de regresión (b): indica el cambio medio que corresponde a la variable dependiente (niveles de bienestar) por cada unidad de cambio en la variable independiente (niveles de autoeficacia). (Véase Tabla 5).

**Tabla 3.**
**Resumen del modelo “Relación entre los niveles de autoeficacia y el bienestar”**

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	,547 <sup>a</sup>	,300	,287	14,41899

a. Variables predictoras: (Constante), AUTOEFICACIATOTAL

**Tabla 4.**
**Análisis de Anova “Relación entre los niveles de autoeficacia y el bienestar”**

	Modelo	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
	Regresión	5067,865	1	5067,865	24,376	,000 <sup>b</sup>
1	Residual	11850,711	57	207,907		
	Total	16918,576	58			

a. Variable dependiente: BIENESTARTOTAL

b. Variables predictoras: (Constante), AUTOEFICACIATOTAL

**Tabla.5.**
**Coefficientes “Relación entre los niveles de autoeficacia y el bienestar”**

	Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
		B	Error típ.	Beta		
1	(Constante)	58,220	12,871		4,523	,000
	Autoeficacia	1,950	,395	,547	4,937	,000

**5.4 Relación entre bienestar y los niveles de gratitud experimentado por las personas con o sin discapacidad física que se encuentran en la adultez temprana.**

Se registró una relación directa entre la variable bienestar y gratitud:  $r = 0,364$ ; (Coeficiente de Pearson)  $p = 0,005$ . Ulteriormente, con la intención de comprender si existe una relación entre niveles de bienestar y niveles de gratitud de los adultos jóvenes con o sin discapacidad física, se efectuó un modelo de regresión lineal simple, del análisis estadístico obtuvimos los siguientes resultados:

En el resumen del modelo es evidente que el coeficiente de determinación:  $R^2$  el cual expresa el porcentaje de varianza de la variable dependiente (bienestar) está explicada por la variable independiente (gratitud) por un 13%. Además se encontró una ecuación de predicción del bienestar en función de la gratitud. (Véase Figura 2. Tabla 6).

Asimismo se encontró un error típico de la estimación: Desviación típica de los residuos (Variabilidad no explicada por la recta de regresión) que corresponde al 16,04497. (Véase Tabla 6).

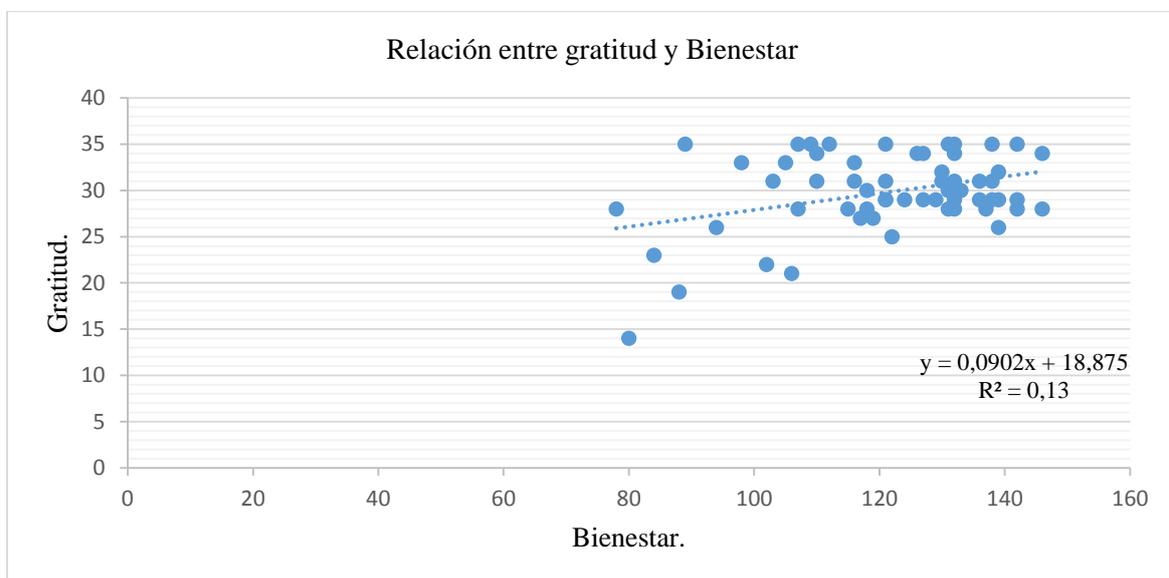


Figura 2. Relación entre gratitud y bienestar

En el análisis de Anova encontramos que nivel de significación de F es inferior a 0.05 por ello se rechaza la hipótesis de independencia, lo cual quiere decir que sí hay relación de dependencia entre los niveles de bienestar y los

niveles de gratitud en adultos jóvenes con o sin discapacidad. Por la tanto ambas variables están linealmente relacionadas. (Véase Tabla 7).

El Coeficiente de regresión indica el cambio medio que corresponde a la variable dependiente (niveles de bienestar) por cada unidad de cambio en la variable independiente (niveles de gratitud). (Véase Tabla 8).

Tabla 6.

Resumen del modelo "Relación entre los niveles de gratitud y el bienestar"

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	,364 <sup>a</sup>	,133	,117	16,04497

c. Variables predictoras: (Constante), GRATITUDTOTAL

Tabla 7.

Análisis de Anova "Relación entre los niveles de gratitud y el bienestar".

Modelo	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.	
1	Regresión	2244,429	1	2244,429	8,718	,005 <sup>b</sup>
	Residual	14674,148	57	257,441		
	Total	16918,576	58			

b. Variable dependiente: BIENESTARTOTAL

c. Variables predictoras: (Constante), GRATITUDTOTAL

Tabla 8.

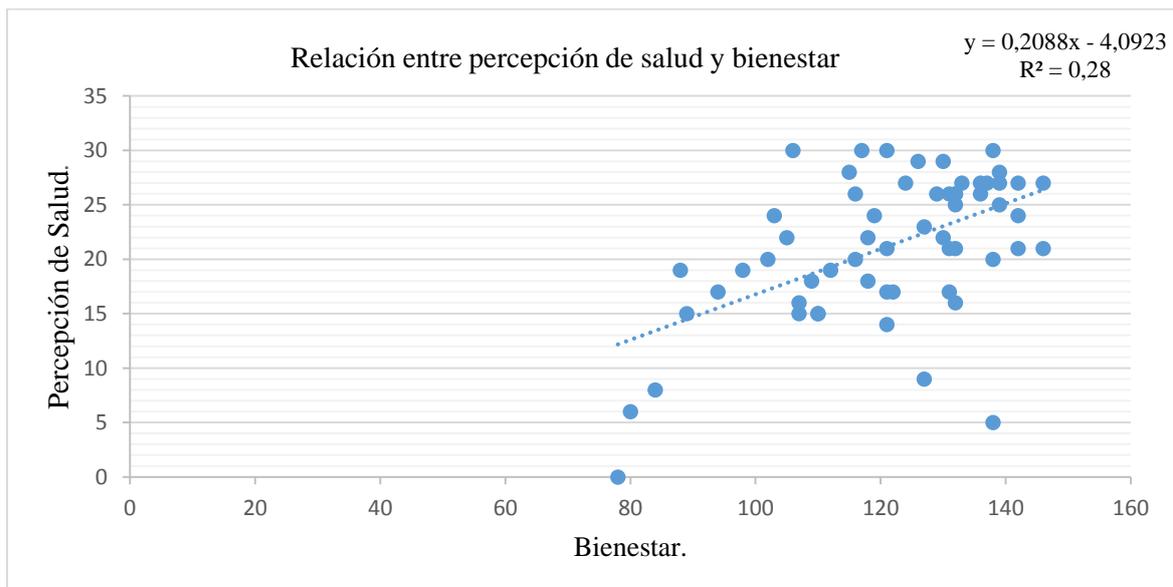
Coeficientes "Relación entre los niveles de gratitud y el bienestar".

Modelo	Coeficientes no estandarizados	Coeficientes tipificados	t	Sig.	
	B	Beta			
	Error típ.				
1	(Constante)	77,261	14,989	5,155	,000
	Autoeficacia	1,471	,498	,364	,005

### 5.5 Relación entre la percepción de salud y el bienestar de personas con o sin discapacidad física que se encuentran en la adultez temprana.

Finalmente, se registró una relación directa elevada entre la variable bienestar y percepción de salud:  $r = 0,533$ ; (Coeficiente de Pearson)  $p = 0,000014$ , del mismo modo, con el propósito de corroborar la tercera hipótesis, la cual trata de entender si la percepción de salud de los adultos jóvenes con o sin discapacidad física es un buen predictor de los niveles de bienestar, se efectuó también un modelo de regresión lineal simple, del análisis estadístico concluimos lo siguiente:

En el resumen del modelo observamos que el coeficiente de determinación:  $R^2$  que expresa el porcentaje de varianza de la variable dependiente (bienestar) está explicada por la variable independiente (percepción de salud) por un 28% (Véase Tabla 9). Conjuntamente encontramos un error típico de la estimación: Desviación típica de los residuos (Variabilidad no explicada por la recta de regresión) que corresponde al 14,57199. (Véase Figura 3. Tabla 9).



Grafica 3. Relación entre percepción de salud y bienestar.

En el análisis de Anova encontramos que nivel de significación de F es inferior a 0.05 por ello se rechaza la hipótesis de independencia, lo cual quiere decir que si hay relación significativa de dependencia entre los niveles de bienestar y la percepción de salud en adultos jóvenes con o sin discapacidad. Por la tanto ambas variables están linealmente relacionadas (Véase Tabla 10).

El Coeficiente de regresión (b): indica el cambio medio que corresponde a la variable dependiente (niveles de bienestar) por cada unidad de cambio en la variable independiente (niveles de gratitud). (Véase Tabla 11).

Tabla 9.

*Resumen del modelo "Relación entre la percepción de salud y el bienestar"*

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregido	Error típ. de la estimación
1	,533 <sup>a</sup>	,133	,272	14,57199

a. Variables predictoras: (Constante), SALUDtotal

Tabla 10.

*Análisis de Anova "Relación entre la percepción de salud y el bienestar".*

Modelo	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.	
1	Regresión	4815,032	1	4815,032	22,676	,000 <sup>b</sup>
	Residual	12103,544	57	212,343		
	Total	16918,576	58			

d. Variable dependiente: Bienestartotal

d. Variables predictoras: (Constante), SALUDtotal

Tabla 11.

*Coefficientes "Relación entre la percepción de salud y el bienestar".*

Modelo	Coefficientes no estandarizados	Coefficientes tipificados	t	Sig.	
	B	Beta			
	Error típ.				
1	(Constante)	92,203	6,355	14,509	,000
	Autoeficacia	1,363	,286	,533	,000

## 5.6 Discusión y Conclusiones

Este proyecto de investigación estudió el bienestar en personas con y sin discapacidad física que se encuentran en la adultez temprana. En este estudio se plantearon los siguientes objetivos:

Como primer objetivo se indagó acerca de la diferencia en los niveles de bienestar en adultos jóvenes con o sin discapacidad física y se obtuvo como resultado que a pesar de que los dos grupos se encuentran en niveles altos de bienestar, las personas con discapacidad experimentan menor bienestar que aquellas personas sin ella. Esto puede estar relacionado con factores sociodemográficos que influyen en la calidad de vida, dado que al analizar los datos socio-demográficos se encontró que un gran número de la muestra de la población de adultos jóvenes con discapacidad física específicamente, cuenta con nivel de instrucción básico, ingresos económicos menores a la canasta básica y en comparación con la población sin discapacidad muchos de ellos no se encuentran laborando actualmente. Esta información es compatible con los resultados encontrados por Monsalve, Cuervo y Roa (2008) quienes encontraron que personas en situación de discapacidad física, presentan en su mayoría un grado básico de educación, ya que la incursión en un nivel de estudio superior ha sido truncada por su situación de discapacidad, lo que los ha relegado a permanecer en sus casas o dedicarse a algún tipo de trabajo manual.

Asimismo, existen estudios que analizan el bienestar psicológico de los estudiantes universitarios en función de la práctica de actividad física, en los cuales se evidenció que las personas físicamente activas mostraron puntuaciones más elevadas en las variables que medían el bienestar (autoestima y satisfacción con la vida), por lo que se concluye que las restricciones que podrían experimentar las personas con discapacidad física respecto a su movilidad podría ser otro factor influyente para experimentar menor bienestar. (Fernández et al., 2011)

Es significativo indicar que a pesar de la existencia de diferencias en los niveles de bienestar en los dos tipos de grupos que conforman la muestra de nuestro estudio, los niveles de bienestar en el grupo de las personas con discapacidad son altos, esto puede deberse a lo que Argyle, Campbell, Converse & Rodgers (1976) sostienen respecto a que los factores contextuales y las variables demográficas tales como edad, sexo, ingreso, raza, y educación son relevantes pero no suficientes para dar cuenta del fenómeno del bienestar; por tal razón, según Brickman y Campbell (1971, citado en Diener, 2000) una de las razones para que las dimensiones contextuales no ejerzan tanta influencia sobre el bienestar subjetivo y la felicidad parece ser el hecho de que la gente se adapta fácilmente al cambio en las circunstancias, ya que las personas reaccionan de manera intensa tanto a los eventos positivos como a los negativos, pero con el tiempo se adaptan y retornan a su nivel original de felicidad. Lo que revela que pese a que las variables sociodemográficas tengan correlación significativa con el bienestar existen también factores subjetivos y de personalidad que ejercen importante influencia en la percepción de felicidad y por ende de bienestar.

En referencia a los objetivos específicos planteados para el estudio, se buscó determinar si las variables autoeficacia, gratitud y percepción de salud están relacionadas con los niveles de bienestar en las personas con y sin discapacidad que se encuentran en la adultez temprana. En base al análisis estadístico se pudo evidenciar que la variable bienestar está explicada por la variable autoeficacia por un 30%, la variable gratitud en un 13% y en percepción de salud por un 28%, lo que permite entender que existe una relación de dependencia entre todas las variables mencionadas y los niveles de bienestar. Además al realizar el análisis Anova se encontró que el nivel de significación F es inferior a 0,05 con todas las variables independientes.

Específicamente al analizar si la autoeficacia puede estar relacionada con los niveles de bienestar, se concluyó que existe una relación directa alta entre el variable bienestar y autoeficacia, confirmando así la hipótesis planteada. Existen varios estudios que corroboran este hallazgo, por ejemplo un estudio donde se analizó la relación entre la autoeficacia y el bienestar subjetivo, encontrando que

los efectos de un bajo ingreso sobre el bienestar subjetivo estaban modulados por las creencias de tener o no control. (Lachman y Weaver, 1998; Lang y Heckhausen, 2001). De la misma manera Halysh y Geppert (2000) reportaron que la autoeficacia fue el mayor predictor de bienestar. También en un estudio realizado en 244 estudiantes universitarios en México de entre 18 y 38 años se obtuvo como resultado que todas las dimensiones del bienestar psicológico se correlacionan significativamente con la autoeficacia, ya que cuanto más competente se perciban a sí mismos los estudiantes universitarios mayor era el nivel de autoaceptación, de dominio del entorno, de propósito en la vida, de crecimiento personal, de autonomía y de relaciones positivas con los demás. (González, Valle, Freire & Ferradas, 2012). Sin embargo, como señalan Diener et al. (1999), no se ha determinado si la autoeficacia es una de las causas o un resultado del Bienestar.

En concordancia al tercer objetivo acerca de relación entre bienestar y los niveles de gratitud experimentado por los adultos jóvenes con o sin discapacidad física, se pudo comprobar la hipótesis, ya que si existe una relación significativa entre estas dos variables tanto en las personas con discapacidad como en aquellas que no, lo que permite entender que a mayores niveles de gratitud mayores serán los niveles de bienestar en los individuos de la muestra. Estos resultados son compatibles con aquellos encontrados por Alarcón y Caycho (2015), quienes encontraron que los factores de la gratitud, reciprocidad y obligación moral correlacionan positiva y significativamente con la felicidad. De la misma manera Froh et al., (2009) reportaron que un estado de ánimo agradecido indica un mayor bienestar subjetivo y mayores niveles de optimismo. Asimismo se han encontrado otros estudios en los que se reporta que al correlacionar 24 fortalezas (entre ellas, esperanza, gratitud y optimismo) con la satisfacción con la vida, existe una fuerte correlación entre la gratitud y la satisfacción con la vida. (Gómez et al. 2007).

Del mismo modo, los resultados de nuestro estudio son coincidentes con los Wood, Joseph y Maltby (2009) quienes en su investigación obtuvieron como resultado que la gratitud esta correlacionada fuertemente con las facetas que

representan el bienestar subjetivo y la vida social (emociones positivas, la depresión y el altruismo), manifestando también que se encuentra íntimamente relacionada con una amplia gama de variables tales como el crecimiento personal, relaciones positivas, propósito en la vida, aceptación de sí mismo, y la búsqueda de una vida que tenga sentido, y concluyendo que la gratitud actúa como un predictor de bienestar, ya que lleva a niveles más bajos de estrés y depresión con el tiempo.

Finalmente, el cuarto objetivo dirigido a determinar si existe o no relación entre la percepción de salud y los niveles de bienestar en adultos jóvenes con y sin discapacidad es confirmado, dado que se encontró la existencia de una relación altamente significativa, concluyendo que si la percepción de la salud del individuo es positiva, tendrá mayores niveles de bienestar, puesto que la salud al integrar aspectos bio-psicosocio-culturales, estará íntimamente relacionada con el bienestar y la potenciación de altos niveles de satisfacción. (Haring, Stock y Okun, 2002 citado por Nuñez, Tobón, Arias, Hidalgo, Santoyo, Hidalgo y Rasmussen, 2010). Albuquerque (2004), Juárez, (2011) citados por Ureña (2014) manifiestan que la valoración subjetiva de la salud está íntimamente relacionada con el bienestar psicológico, premisa que corrobora los resultados de nuestro estudio. Por consiguiente, cabe recalcar que percibirse saludable equivale a sentir bienestar (Kahn y Juster, 2002; Ureña, Barrantes y Solís, 2014), lo cual se asocia con una mayor capacidad adaptativa o mayor inteligencia emocional. (Augusto-Landa y Montes-Berges, 2009; Bermúdez, Álvarez y Sánchez, 2003; Ureña, Barrantes y Solís, 2014).

Por otro lado, partiendo de los resultados del presente estudio, Campbell y et al (1976) citados por García (2002) es importante señalar que en este estudio aunque la salud era valorada por los sujetos como el factor más importante para la felicidad, la satisfacción con aquella era sin embargo el octavo predictor en importancia con relación a la satisfacción con la vida.

Un estudio realizado por Ureña, Barrantes y Solís (2014) postula que el bienestar influye sobre la percepción de salud. Estos autores encontraron que el

contar con un propósito para su vida es un factor que potencia la salud y la calidad de vida, a la vez esto le brinda perspectiva a la existencia del ser humano y le proporciona la energía necesaria para resolver las tareas de la cotidianidad (Antonovsky, 1996; Ureña, Barrantes y Solís, 2014). Los resultados obtenidos son coincidentes con los encontrados en la presente investigación. Además mencionados autores encontraron que bajos puntajes en mediciones de bienestar psicológico, podrían representar riesgo de depresión, por lo que se considera que puntuaciones altas podrían representar riesgo reducido de esta afección a la salud mental (Wood y Joseph, 2010; Ureña, 2014).

Por otra parte, algunos autores han encontrado que la relación entre percepción de salud y su relación con el bienestar experimenta cambios conforme avanza la edad, modificándose los factores que la median e incrementándose el peso de aquéllos que están más vinculados a las características personales del sujeto como es la salud, es decir, a medida que el individuo avanza en edad, le brinda mayor importancia a su salud para experimentar niveles altos de bienestar. (Harris, Pedersen, Stacey y McClearn, 1992; Struthers, Chipperfield y Perry, 1993; García, 2002).

En síntesis, la población que conforma este estudio está ubicada en un alto nivel de bienestar, tanto las personas con discapacidad como sin ella, sin embargo, como ya hemos señalado en párrafos anteriores, se ha encontrado una diferencia entre las dos muestras. Por último, es importante mencionar que el mayor número de la muestra general son solteros y cuentan con algún nivel de instrucción, además, la mayor parte de ellos trabajan, factores que podrían estar estrechamente relacionados con niveles altos de bienestar, ya que el acceso de educación y empleabilidad otorga mayor oportunidades conllevando a una mejor calidad de vida, así como lo corrobora el estudio realizado por Cardona et al (2014) quienes encontraron que la buena calidad de vida, está relacionado con el estado civil (soltero) y alto nivel educativo. De la misma manera, Botero (2013) manifiesta que la calidad de vida se ve influenciada por las condiciones de vida en el hogar, en el trabajo, en la educación, en la salud,



en el bienestar subjetivo y en la participación de las actividades (Ministerio de Protección Social, 2004; Botero, 2013).

Finalmente, un dato significativo en nuestro estudio es que a pesar de que en las dos poblaciones existen altos niveles de bienestar, en la muestra con discapacidad el nivel de bienestar es menor. Esta diferencia, puede ser el resultado de la influencia de variables importantes durante este periodo de la vida, tales como la aceptación de su identificación sexual e imagen corporal, la búsqueda de una vocación e inmersión en la vida profesional y laboral o variables sociodemográficas cuyos efectos repercuten en el nivel de bienestar en el adulto joven. Con respecto a este tema, un alto porcentaje de personas con discapacidad reportaron tener un ingreso inferior a la canasta básica (80%), asimismo, un gran número de personas con discapacidad ha cursado solo el nivel básico de instrucción (43%), y muchos de ellos actualmente se encuentran desempleados (43%), factores que evidentemente influyen en la calidad de vida del individuo.

## CAPITULO VI

### 6. Limitaciones y recomendaciones.

#### 6.2 Limitaciones

Entre las limitaciones presentadas a lo largo de este estudio, exponemos las siguientes:

- No es posible la generalización de estos resultados debido a la muestra reducida que se tuvo que asumir para este estudio.
- Un alto porcentaje de los participantes cuenta con estudios superiores, lo que provocaría la estratificación de la muestra.

#### 6.3 Recomendaciones

- Sería de gran importancia implementar políticas públicas que beneficien a la población con discapacidad, en donde se incluya mayor atención psicológica.
- Proporcionar mayor accesibilidad a lugares y espacios públicos con el objetivo de que exista participación y desarrollo de este sector, ya que debido a las barreras arquitectónicas, las personas con discapacidad no pueden desenvolverse satisfactoriamente.
- Desarrollar talleres de psicoeducación a nivel local con el objetivo de que la ciudadanía tenga mayor conocimiento acerca del tema de discapacidad para evitar o disminuir la discriminación y estigmatización, que está mediada por la falta de información.
- Sería significativo la realización de mayores investigaciones con respecto a la temática del bienestar en personas con discapacidad, dado que es un tema que no ha sido profundamente estudiado, por lo que proyectos futuros aportarían mayor información con respecto a este tema claramente importante para la implementación de políticas públicas respectivas y mayor conocimiento para la población en general.
- En cuanto a la población sin discapacidad, recomendamos la implementación de talleres en los lugares de trabajo y estudio de los

adultos jóvenes en donde se aborden temas acerca de los componentes del bienestar, tales como la gratitud, autoeficacia y la felicidad, con el objetivo de mejorar su calidad de vida y rendimiento.

- Sería importante impulsar la actividad física en adultos jóvenes, ya que en este estudio se pudo observar que el ejercicio y el deporte influyen en los niveles de bienestar.



## CAPITULO VII

### 7. ANEXOS

#### 7.1 Anexo 1. Consentimiento Informado

#### “VARIABLES RELACIONADAS CON EL BIENESTAR SUBJETIVO EN ADULTOS CON O SIN DISCAPACIDAD”.

**Directora del Proyecto**

Mst. Sandra Lima Castro

**UNIVERSIDAD DE CUENCA**

Facultad de Psicología

Teléfono: 4051000 ext. 2831

**Investigadores Principales:**

Mst. Eva Peña

Mst. Claudio López

Mst. Cristina Cedillo

Mst. Catalina Mora

**Descripción del Proyecto**

Investigadores de la Facultad de Psicología de la Universidad de Cuenca, están realizando un estudio con el fin de conocer factores relacionados con el bienestar en adultos con o sin discapacidad para apoyar con información para fortalecer los servicios de prevención, promoción y protección de la calidad de vida para personas con o sin discapacidad.

**Consentimiento Voluntario del Participante**

Si participo en este estudio, entiendo que se llevará a cabo en aproximadamente 10 minutos para completar cuestionarios. Toda la información obtenida en este estudio es completamente confidencial. La investigación propuesta respeta los principios fundamentales de la Declaración de Helsinki, de la Declaración Universal de la UNESCO sobre los derechos humanos.

Si tengo cualesquier pregunta en el futuro sobre este estudio puedo contactar con la directora del proyecto en el teléfono indicado arriba.

He leído el documento precedente del consentimiento, o me lo han leído, y entiendo completamente el contenido de este documento. Por ello acuerdo por este medio participar en este estudio de investigación y recibiré una copia de este documento.

Firma del Entrevistado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Numero de celular \_\_\_\_\_

Firma del Entrevistador: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



### 7.2 Anexo 2. Escala Perma

Formulario No			
Fecha:			
Lugar			
Código:			

Encuestador:	
Supervisor:	

**PROYECTO “VARIABLES RELACIONADAS CON EL BIENESTAR  
SUBJETIVO EN PERSONAS ADULTAS CON Y SIN DISCAPACIDAD”**

*En la Facultad de Psicología de la Universidad de Cuenca, se está realizando un estudio con el objeto de medir el bienestar de las personas que residen en la ciudad. Los datos son anónimos y serán empleados únicamente con fines de investigación; solicitamos absoluta sinceridad en las respuestas. Se agradece su participación.*

**Sección 1. Adaptación Perfil PERMA** (Julie Butler & Margaret L. Kern, University of Pennsylvania)

*Las siguientes preguntas tienen que ver con sus sentimientos frente a diferentes situaciones de la vida. A cada pregunta responda con un número que va desde 0 hasta el 10, encierre en un círculo el número que corresponda a su respuesta.*

**1. ¿Con qué frecuencia siente que está avanzando hacia el logro de sus metas?**

Nunca											Siempre
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

**2. ¿Con qué frecuencia se siente fascinado con lo que hace?**

Nunca											Siempre
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

**3. En general, ¿con qué frecuencia se siente alegre?**

Nunca											Siempre
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	



**4. En general, ¿con qué frecuencia se siente angustiado?**

Nunca Siempre  
0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

**5. ¿Con qué frecuencia logra metas importantes que usted mismo se ha puesto?**

Nunca Siempre  
0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

**6. En general, ¿con qué frecuencia se siente optimista?**

Nunca Siempre  
0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

**7. En general, ¿con qué frecuencia se siente enojado?**

Nunca Siempre  
0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

**8. ¿Con qué frecuencia es capaz de manejar sus responsabilidades?**

Nunca Siempre  
0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

**9. En general, ¿con qué frecuencia se siente triste?**

Nunca Siempre  
0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

**10. ¿Con qué frecuencia siente que el *tiempo vuela* cuando hace algo que le gusta?**

Nunca Siempre  
0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

**11. En general ¿hasta qué punto lleva una vida con propósito y sentido?**

Para Completamente  
nada  
0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10



**12. ¿Hasta qué punto recibe apoyo de otras personas cuando lo necesita?**

Para nada Completamente

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

**13. En comparación con otras personas de su misma edad y sexo, considera que tiene un excelente estado de salud?**

Para nada Completamente

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

**14. En general, ¿hasta qué punto se siente entusiasmado con sus actividades?**

Para nada Completamente

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

**15. En general, ¿hasta qué punto siente que lo que hace en su vida es valioso y vale la pena?**

Para nada Completamente

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

**16. ¿Qué tan solo se siente en su vida?**

Para nada Completamente

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

**17. ¿Qué tan satisfecho con su salud física se siente actualmente?**

Para nada Completamente

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

**18. ¿Qué tan querido se siente por otras personas?**

Para nada Completamente



0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

**19. ¿Generalmente, sabe lo que quiere hacer con su vida?**

Para nada Completamente

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

**20. En general, ¿Tiene una excelente salud física?**

Para nada Completamente

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

**21. ¿Qué tan satisfecho está con sus relaciones personales?**

Para nada Completamente

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

**22. En general, ¿hasta qué punto se siente satisfecho con su vida?**

Para nada Completamente

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

**23. Considerando todas las cosas de su vida en conjunto, ¿qué tan feliz es?**

Para nada Completamente

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10



**24. ¿Siente que tiene algo importante para contribuir a la sociedad?**

Para nada Completamente

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

**25. ¿Siente que es una parte importante de su comunidad?**

Para nada Completamente

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

**26. En la actualidad tiene pareja?**

**0. No** \_\_\_\_\_ **1. Si** \_\_\_\_\_

**27. Si tiene pareja, ¿Está satisfecho con su relación?**

Para nada Completamente

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

**28. ¿Considera que la ciudad de Cuenca es un buen lugar para vivir?**

Para nada Completamente

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

Estas escalas han sido validadas en el proyecto “Variables relacionadas con el bienestar subjetivo en personas adultas con y sin discapacidad”, ganador de XIII Concurso Universitario de Proyectos de Investigación, para su aplicación se debe pedir autorización a los miembros del proyecto.

### 7.3 Anexo 2. Adaptación cuestionario de Gratitud

#### Sección 2. Adaptación Cuestionario de Gratitud

*A continuación se incluyen seis frases; encierre en un círculo el número que corresponde a su respuesta: 1 significa que está TOTALMENTE EN DESACUERDO y 7 que está TOTALMENTE DE ACUERDO.*

**1. Tengo mucho en la vida por lo que estar agradecido.**

Totalmente en desacuerdo								Totalmente de acuerdo
0	1	2	3	4	5	6	7	

**2. Si hiciera una lista de todo por lo que me siento agradecido, sería una lista muy larga**

Totalmente en desacuerdo								Totalmente de acuerdo
0	1	2	3	4	5	6	7	

**3. Cuando miro alrededor encuentro mucho por lo que estar agradecido.**

Totalmente en desacuerdo								Totalmente de acuerdo
0	1	2	3	4	5	6	7	

**4. Estoy agradecido con muchas personas.**

Totalmente en desacuerdo								Totalmente de acuerdo
0	1	2	3	4	5	6	7	

**5. Conforme pasan los años soy más capaz de valorar a las personas y acontecimientos que han sido parte de mi vida.**

Totalmente en desacuerdo								Totalmente de acuerdo
0	1	2	3	4	5	6	7	

**6. Es difícil para mí sentirme agradecido por algo o con alguien.**

Totalmente en desacuerdo								Totalmente de acuerdo
0	1	2	3	4	5	6	7	

Estas escalas han sido validadas en el proyecto “Variables relacionadas con el bienestar subjetivo en personas adultas con y sin discapacidad”, para su aplicación se debe pedir autorización a los miembros del proyecto.

## 7.4 Anexo 4. Adaptación del cuestionario de Auto-eficacia generalizada

### Sección 3. Adaptación Auto-Eficacia Generalizada

*A cada una de las siguientes afirmaciones responda en qué medida son ciertas para Usted; marque con una cruz el recuadro que corresponda a su respuesta.*

No	PREGUNTA	1	2	3	4
		Nunca	Pocas veces	Muchas veces	Siempre
1	A pesar de los obstáculos yo puedo encontrar las maneras de obtener lo que quiero.				
2	Yo enfrento problemas graves si me esfuerzo lo suficiente.				
3	Es fácil mantenerme en mis metas hasta alcanzarlas.				
4	Me siento seguro de poder enfrentar eficazmente situaciones inesperadas.				
5	Gracias a mis cualidades personales yo puedo enfrentar situaciones inesperadas.				
6	Yo puedo mantener la calma cuando estoy en problemas porque confío en mis habilidades para enfrentarlos.				
7	Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo.				
8	Yo puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario.				
9	En una situación difícil, generalmente se me ocurre lo que debo hacer.				
10	Cuando me enfrento a un problema, generalmente encuentro varias soluciones.				

Estas escalas han sido validadas en el proyecto “Variables relacionadas con el bienestar subjetivo en personas adultas con y sin discapacidad”, para su aplicación se debe pedir autorización a los miembros del proyecto.



### 7.5 Anexo 5. Datos Sociodemográficos

#### Sección 4. Datos demográficos

*Marque con una cruz la respuesta correspondiente*

1. Sexo

1 Hombre

2 Mujer

7. Trabaja actualmente

0 No

1 Si

2. ¿Cuántos años cumplidos tiene?

*Escriba su edad en el casillero*

8. En caso de que trabaje, ¿considera que tiene estabilidad laboral?

0 No

1 Si

3. Estado civil

1 Soltero

2 Casado

3 Unión libre

4 Separado

5 Divorciado

6 Viudo

10. ¿Tiene algún tipo de discapacidad por más de un año?

0 No

1 Si

11. ¿La discapacidad es de tipo?

1 física

2 visual

3 otra

Cuál .....

*Escriba la respuesta textual en la línea punteada*

4. ¿Cuál es su ocupación principal?

.....

*Escriba su respuesta en la línea punteada*

12. La discapacidad es

1 De nacimiento

2 Adquirida por enfermedad

3 Adquirida por accidente

5. ¿Cuál es el nivel de estudios más alto al que asiste o asistió?

1 sin instrucción

2 sin bachillerato

3 con bachillerato

4 estudios universitarios

13. El grado de discapacidad es:

1 leve

2 moderado

3 severo

6. ¿Los ingresos económicos mensuales que recibe, superan los 668 dólares? (canasta básica)

0 No

1 Si

**¡Muchas gracias por su colaboración!**

Estas escalas han sido validadas en el proyecto "Variables relacionadas con el bienestar subjetivo en personas adultas con y sin discapacidad", para su aplicación se debe pedir autorización a los miembros del proyecto.

### Referencias Consultadas

1. Abellán, A & Hidalgo, R. (2011). Definiciones de discapacidad en España. *Informes Portal Mayores 109*, 1-17. Extraído el 13 de Noviembre del 2015 desde: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/pm-definiciones-01.pdf>
2. Adam, F. (2007) *Concepto de adultez Compilaciones*. (Maestría, Universidad Nacional Experimental Simón Rodríguez). Extraído el 4 de Noviembre del 2015 desde: <http://dip.una.edu.ve/mead/andragogia/paginas/adam1977.pdf>
3. Álvarez, L. Y. (2013). Validación de la “Ochse and Plug Erikson Scale-Version de siete factores” en español en una muestra de la ciudad de Bucaramanga (Colombia). *International Journal of Psychological Research* 6, 41-52. Extraído el 15 de Enero del 2016 desde: <http://www.scielo.org.co/pdf/ijpr/v6n1/v6n1a06.pdf>
4. Alarcón, R., Caycho, T. (2015) Relaciones entre gratitud y felicidad en estudiantes universitarios de lima metropolitana. *Psychologia: avances de la disciplina*, 9(1), 59-69. Extraído el 19 de Febrero del 2016 desde: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297233780004>
5. Amador, L. V., Monreal, M. C., Marco, M. J. (2001). El Adulto. Etapas y Consideraciones para el aprendizaje. *Eúphoros* 3, 97-112. Extraído el 4 de Noviembre de 2015 desde: <file:///D:/Documentos/Downloads/Dialnet-ElAdulto-1183063.pdf>
6. Aparicio, M. (2009). Evolución de la conceptualización de la discapacidad y de las condiciones de vida proyectadas para las personas en esta situación. *Coloquio de Historia de la Educación*, 1, 129-138. Extraído el 20 de Noviembre del 2015 desde: [file:///D:/Documentos/Downloads/Dialnet-EvolucionDeLaConceptualizacionDeLaDiscapacidadYDeL-2962512%20\(1\).pdf](file:///D:/Documentos/Downloads/Dialnet-EvolucionDeLaConceptualizacionDeLaDiscapacidadYDeL-2962512%20(1).pdf)
7. Arias, M. (2010). *Relaciones interpersonales entre niños con discapacidad visual y sus compañeros videntes en el contexto educativo regular*. (Tesis de grado, Universidad de Cuenca). Extraído el 5 de Noviembre del 2015: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/2835/1/te4148.pdf>
8. Ballesteros, B., Medina, A., Caycedo, C. (2006). El bienestar psicológico definido por asistentes a un servicio de consulta psicológica en Bogotá,

- Colombia. *Universitas Psychologica* 5, 239-258. Extraído el 25 de Febrero de 2016 desde: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-92672006000200004&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-92672006000200004&script=sci_arttext&tlng=es)
9. Barahona, M., Sánchez, A., Urchaga, J. (2013). La Psicología Positiva aplicada a la educación: el programa CIP para la mejora de las competencias vitales en la Educación Superior. *Revista de Formación e Innovación Educativa Universitaria* 6, 244-256. Extraído el 07 de Noviembre del 2015 desde: [http://refiedu.webs.uvigo.es/Refiedu/Vol6\\_4/REFIEDU\\_6\\_4\\_5.pdf](http://refiedu.webs.uvigo.es/Refiedu/Vol6_4/REFIEDU_6_4_5.pdf)
  10. Barra, E. (2010). Bienestar psicológico y orientación de rol sexual en estudiantes universitarios. *Revista Terapia Psicológica* 1, 119-125. Extraído el 9 de febrero del 2016 desde: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-48082010000100011](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082010000100011)
  11. Bernabe, G., García, J & Gallego, J. (2014). Construcción de un cuestionario para la evaluación de la gratitud: el Cuestionario de Gratitud-20 ítems (G-20). *Anal. Psicol* 30 278-286. Extraído el 20 de Febrero del 2016 desde: <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.1.135511>
  12. Bordignon, N. A. (2006). El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto. *Revista Lasallista de Investigación* 2, 50-63. Extraído el 15 de Enero del 2016 desde: <http://www.redalyc.org/pdf/695/69520210.pdf>
  13. Botero, P. A. (2013). Discapacidad y estilos de afrontamiento: Una revisión teórica. *Revista Vanguardia Psicológica Clínica Teórica y Práctica* 3, 196-214. Obtenido el 11 de Febrero del 2016 desde: <file:///D:/Documentos/Downloads/Dialnet-DiscapacidadYEstilosDeAfrontamiento-4815156.pdf>
  14. Bueno, M. Definiciones y clasificaciones en torno a la discapacidad visual. La baja visión y la ceguera. Extraído el 13 de Noviembre del 2015 desde [www.juntadeandalucia.es/averroes/~sptmalaga/m45b102/media/docum/ceguera.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/averroes/~sptmalaga/m45b102/media/docum/ceguera.pdf)
  15. Butler, J., & Kern, M. L. (2014). The PERMA-Profler: A brief multidimensional measure of flourishing. Unpublished manuscript. Extraído el

- 12 de Febrero del 2016 desde:  
file:///C:/Users/PROPIETARIO/Downloads/286-1778-1-PB.pdf
16. Cano, D., Carmona, I & Pulgarín, S. (2013). *La vivencia de la deserción y la relación con el proyecto de vida profesional*. (Tesis de grado, Universidad de Cuenca). Extraído el 26 de Enero del 2016 desde:  
<http://ridum.umanizales.edu.co:8080/xmlui/bitstream/handle/6789/1332/TESIS.pdf?sequence=1>
17. Cardona, D., Agudelo, M., Restrepo, L., Sánchez, L., Segura, A. (2014). Calidad de vida de las personas en situación de discapacidad física. Medellín, 2011. *Revista CES Salud Pública* 5, 137-146. Obtenido el 11 de Febrero del 2016 desde:  
file:///D:/Documentos/Downloads/Dialnet-CalidadDeVidaDeLasPersonasEnSituacionDeDiscapacida-4974884.pdf
18. CONADIS. (2014). Agenda Nacional para la igualdad en Discapacidades 2013-2017. Obtenido el 02 de Febrero del 2016 desde:  
<http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/09/Agenda-Nacional-para-Discapacidades.pdf>
19. Conde, A., Portillo, I. & Shum, G. (2003). Discapacidad y empleo: una perspectiva de género. *Alternativas: cuadernos de trabajo social* 11, 59-86. Obtenido el 11 de Febrero del 2016 desde:  
[http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5603/1/ALT\\_11\\_05.pdf](http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5603/1/ALT_11_05.pdf)
20. Contreras, F & Esguerra, G. (2006). Psicología positiva: una nueva perspectiva en psicología. *Revista diversitas-perspectivas en psicología* 2, 311-319. Extraído el 07 de Noviembre del 2015 desde:  
<http://www.scielo.org.co/pdf/dpp/v2n2/v2n2a11.pdf>
21. Corona, A. (2014). La violencia contra las mujeres con diversidad funcional física. Un análisis desde la interseccionalidad. *1ª Jornada sobre Maltrato a las Personas con Discapacidad. Sevilla, 16-17 de octubre de 2014*. 101-106. Extraído el 11 de Febrero del 2016 desde:  
<http://dspace.unia.es/bitstream/handle/10334/3371/1rajornadamaltrato.pdf?sequence=1>
22. Chacón, C. (2006). Las creencias de autoeficacia: un aporte para la formación del docente de inglés. *Acción Pedagógica* 15, 44-54. Extraído el 16

- de Febrero del 2015 desde:  
file:///C:/Users/PROPIETARIO/Downloads/Dialnet-  
LasCreenciasDeAutoeficacia-2968869%20(3).pdf
23. Checa, J., Díaz, P., Pallero, R., Días, M., Cacho, A., Calvo, C., González, J et al. (2003). *Psicología y Ceguera*. Extraído el 16 de Noviembre del 2015 desde: [http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO23226/psicologia\\_y\\_ceguera.pdf](http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO23226/psicologia_y_ceguera.pdf)
24. Diniz, D., Barbosa, L., Rufino, W. (2009). Discapacidad, derechos Humanos Y Justicia. *Revista internacional de derechos Humanos* 6, 65-77. Extraído el 20 de Noviembre del 2015 desde: [http://riberdis.cedd.net/bitstream/handle/11181/4557/Discapacidad\\_derechos\\_humanos\\_y\\_justicia.pdf?sequence=1&rd=0031289963976481](http://riberdis.cedd.net/bitstream/handle/11181/4557/Discapacidad_derechos_humanos_y_justicia.pdf?sequence=1&rd=0031289963976481)
25. Egea, C & Sarabia, A. (2001). Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad. *Boletín del Real Patronato sobre Discapacidad* 50, 15-30. Extraído el 20 de Noviembre del 2015 desde: <http://sid.usal.es/articulos/discapacidad/6594/8-2-6/clasificaciones-de-la-oms-sobre-discapacidad.aspx>
26. Fernández, E., Almagro, B., Sáenz, P., Buñuel, L. (2011) Inteligencia emocional percibida y el bienestar psicológico de estudiantes universitarios en función del nivel de actividad física. *Cultura CCD* 28, 31-39. Extraído el 18 de Febrero del 2016 desde: <http://ccd.ucam.edu/index.php/revista/article/view/513/316>
27. Fernández, O., Muratori M., Zubieta E. (2013) Bienestar Eudaemónico y soledad Emocional y Social. *Boletín de Psicología* 108, 7-23. Extraído el 28 de Enero del 2016 desde: [http://scielo-test.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-22282015000200003&lng=es&nrm=isofile:///C:/Users/PROPIETARIO/Documents/bienestar%20y%20soledaemocional.pdf](http://scielo-test.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22282015000200003&lng=es&nrm=isofile:///C:/Users/PROPIETARIO/Documents/bienestar%20y%20soledaemocional.pdf)
28. García, I. (2006). Concepto actual de discapacidad intelectual. *Intervención Psicosocial* 14, 255-276. Extraído el 27 de Noviembre del 2015 desde: [http://www.excepcionales.cl/publicaciones/pdf/3\\_Articulos\\_SitioWeb\\_Excepcionales.pdf](http://www.excepcionales.cl/publicaciones/pdf/3_Articulos_SitioWeb_Excepcionales.pdf)

29. García, M. (2002). El Bienestar Subjetivo. *Escritos de Psicología* 6, 18-39. Obtenido el 21 de Febrero del 2016 desde: <file:///D:/Documentos/Downloads/Dialnet-ElBienestarSubjetivo-281674.pdf>
30. Gómez, V., Villegas, C., Barrera, F., Cruz, J. (2007). Factores predictores de bienestar subjetivo en una muestra colombiana. *Revista Latinoamericana de Psicología* 39(2), 311-325. Extraído el 18 de Febrero del 2016 desde: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-05342007000200008&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-05342007000200008&lng=en&nrm=iso&tlng=es)
31. González, R., Valle, A., Freire, C., Ferradas. M. (2012). Relaciones entre la Autoeficacia percibida y el bienestar psicológico en estudiantes universitarios. *Revista Mexicana de Psicología* 1, 40-48. Extraído el 29 de Enero del 2015 desde: <https://books.google.com.ec/books?id=RxHWCQAAQBAJ>
32. Gustems, J., Calderón, C & Calderón, D. (2014). Bienestar en universitarios: de las perspectivas teóricas a un estudio exploratorio. Institut de Ciències de l'Educació. Universitat de Barcelona 89-103. Obtenido el 18 de Febrero del 2016 desde: <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/58636>
33. Hervás, G. (2009). Psicología positiva: Una introducción. *Revista Interuniversitaria de formación de profesorado* 66, 23-41. Extraído el 05 de Noviembre del 2015 desde: [http://www.aufop.com/aufop/uploaded\\_files/articulos/1258587094.pdf](http://www.aufop.com/aufop/uploaded_files/articulos/1258587094.pdf)
34. Jiménez, G. (2012). Teorías del desarrollo III. *Red tercer Milenio*. Obtenido el 6 de Enero del 2016 desde: [http://www.aliat.org.mx/BibliotecasDigitales/Educacion/Teorias\\_del\\_desarrollo\\_III.pdf](http://www.aliat.org.mx/BibliotecasDigitales/Educacion/Teorias_del_desarrollo_III.pdf)
35. Jiménez, M., González P., & Martín J. (2002). La clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud (CIF) 2001. *Revista española de salud pública*, 76(4), 271-279.
36. Lobera, J., Mondragón, V & Contreras, B (2010). Discapacidad Auditiva. Extraído el 5 de Noviembre del 2015 desde: <http://www.conafe.gob.mx/educacioncomunitaria/programainclusioneducativa/discapacidad-auditiva.pdf>

37. Marin, R. (2009). Indicadores subjetivos de bienestar versus indicadores objetivos de bienestar, una aplicación para el caso de las nacionalidades y pueblos del Ecuador. (Tesis de maestría, FLACSO) Recuperado de: <http://repositorio.flacsoandes.edu.ec/bitstream/10469/2032/3/TFLACSO-2009RFMR.pdf>
38. McCullough, M. E., Emmons, R. A. y Tsang, J. A. (2002). The grateful disposition: A conceptual and empirical topography. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(1), 112-127. Extraído el 03 de Marzo del 2016 desde: doi:10.1037//0022-3514.82.1.112.
39. MIES. (2014). Propuesta de Atención Integral para personas con Discapacidad. Obtenido el 29 de Enero del 2016 desde: <http://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/11/Modelo-de-Atenci%C3%B3n-de-Discapacidades.pdf>
40. Monsalve, A., Cuervo, M., Roa, J. (2008). Condiciones de vida de las personas que se encuentran en situación de discapacidad física en el municipio de Madrid, Cundinamarca. *Revista Tendencias & Retos*, 13, 255-256. Obtenido el 11 de Febrero del 2016 desde: <file:///D:/Documentos/Downloads/Dialnet-CondicionesDeVidaDeLasPersonasQueSeEncuentranEnSit-4929295.pdf>
41. Nuñez, A. C., Tobón, S., Arias, D., Hidalgo, C., Santoyo, F., Hidalgo, A & Rasmussen, F. (2010). Calidad de vida, salud y factores psicológicos asociados. *Perspectivas en Psicología* 13, 11-32. Obtenido el 21 de Febrero del 2016 desde: [http://www.umanizales.edu.co/publicaciones/campos/sociales/perspectivas\\_psicologia/html/revistas\\_contenido/revista13/Calidad\\_de%20vida\\_salud\\_y\\_factores\\_psicologicos\\_asociados.pdf](http://www.umanizales.edu.co/publicaciones/campos/sociales/perspectivas_psicologia/html/revistas_contenido/revista13/Calidad_de%20vida_salud_y_factores_psicologicos_asociados.pdf)
42. OMS. (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud. OMS. Extraído el 4 de Noviembre del 2015 desde: [http://www.consejodiscapacidades.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/02/clasificacion\\_funcionamiento\\_discapacidad\\_cif.pdf](http://www.consejodiscapacidades.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/02/clasificacion_funcionamiento_discapacidad_cif.pdf)
43. OMS, B.M (2011). Informe mundial sobre la discapacidad. OMS. Extraído el 4 de Noviembre del 2015 desde:

- [http://www.conadis.gov.ar/doc\\_publicar/informe%20mundial/Informe%20mundial.pdf](http://www.conadis.gov.ar/doc_publicar/informe%20mundial/Informe%20mundial.pdf)
44. ONCE. (2011). Discapacidad visual y autonomía personal. Enfoque práctico de la rehabilitación. ONCE. Obtenido el 14 de Noviembre del 2015 desde: [http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO26230/discap\\_visual.pdf](http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO26230/discap_visual.pdf)
45. Papalia, D., Wendkos, S & Duskin, R. (2009). *Desarrollo Humano*. (11<sup>a</sup> ed.). México. D. F. McGraw-Hill.
46. Pérez, A. M. (2013). Trastorno del Desarrollo Intelectual. Obtenido el 29 de Noviembre del 2015 desde: [http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/33196/1/TDI.%20Trastornos%20del%20Desarrollo%20Intelectual%20\(apuntes\).pdf](http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/33196/1/TDI.%20Trastornos%20del%20Desarrollo%20Intelectual%20(apuntes).pdf)
47. Reyes, K., Hernández, M. (2012) Análisis crítico de los estudios que exploran la autoeficacia y bienestar vinculados al comportamiento saludable. *Journal of Behavior, Health & Social Issues* 2, 5-24. Obtenido el 19 de Febrero del 2016 desde: <http://www.redalyc.org/pdf/2822/282221802002.pdf>
48. Samaniego, P. (2006). Aproximación a la realidad de las personas con discapacidad en Latinoamérica. *Gráficas Alvani*. Obtenido el 01 de Febrero del 2016 desde: <http://www.discapnet.es/Castellano/comunidad/websocial/Recursos/Documentos/Tecnica/Documents/79216aa9238145598a639e0518e5d808Aproximacionalarealidad.pdf>
49. Sanjuán, P., Pérez, A. & Bermúdez, J. (2000). Escala de autoeficacia general: datos psicométricos de la adaptación para población española. *Psicothema* 12, 509-513. Obtenido el 16 de Enero del 2016 desde: <http://www.psicothema.com/pdf/615.pdf>
50. Santos J., Sanz L., Ladron, A., Alvarez, M., Antequera, J., Muñoz, J & Almendro, M. (2013). DSM 5. Novedades y Criterios Diagnósticos. *CEDE* 1-30. Extraído el 5 de Noviembre del 2015 desde: <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/DSM%205%20Novedades%20y%20Criterios%20Diagn%C3%B3sticos.pdf>
51. Sanz, M. J. (2011). Crecer con una discapacidad física. *Autonomía Personal* 5, 30-37. Extraído el 5 de Enero del 2016 desde

- <http://sid.usal.es/articulos/discapacidad/19563/8-2-6/crecer-con-una-discapacidad-fisica.aspx>
52. Satorres, E. (2013). Bienestar psicológico en la vejez y su relación con la capacidad funcional y la satisfacción vital. (Tesis doctoral, Universidad de Valencia). Extraído el 6 de Enero del 2016 desde: <http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/26298/envejecimiento%20y%20bienestar.pdf?sequence=1>
53. Seligman M, (2012). *Flourish, a Visionary New Understanding of Happiness and Well-Being*. Extraído el 7 de Noviembre del 2015 desde: [https://books.google.com.ec/books?hl=es&lr=&id=YVAQVa0dAE8C&oi=fnd&pg=PA1&dq=Flourish,+a+Visionary+New+Understanding+of+Happiness+and+Well-Being-&ots=dc7MFgJXYR&sig=T9ZCr\\_j94L-Ebw7leSGJBmCGI1U#v=onepage&q=Flourish%2C%20a%20Visionary%20New%20Understanding%20of%20Happiness%20and%20Well-Being-&f=false](https://books.google.com.ec/books?hl=es&lr=&id=YVAQVa0dAE8C&oi=fnd&pg=PA1&dq=Flourish,+a+Visionary+New+Understanding+of+Happiness+and+Well-Being-&ots=dc7MFgJXYR&sig=T9ZCr_j94L-Ebw7leSGJBmCGI1U#v=onepage&q=Flourish%2C%20a%20Visionary%20New%20Understanding%20of%20Happiness%20and%20Well-Being-&f=false)
54. Seligman, M (2014). *Florece, la nueva psicología positiva y la búsqueda del bienestar*. Extraído el 19 de Noviembre del 2015 desde: <https://gerryvelasco.wordpress.com/2015/02/09/la-teoria-del-bienestar-de-martin-e-p-seligman/>
55. Serrano, C., Ramírez, C., Abril, J., Ramón, L., Guerra, L., Clavijo, N. (2013). Barreras contextuales para la participación de las personas con discapacidad física. *Revista Salud Uis* 45, 41-51. Obtenido el 11 de Febrero del 2016 desde: <file:///D:/Documentos/Downloads/Dialnet-BarrerasContextualesParaLaParticipacionDeLasPerson-4335435.pdf>
56. SETEDIS. (2014). Estadísticas de personas con discapacidad. Encuesta de condiciones de vida 2013-2014. *Ecuador vive la inclusión*. Extraído el 02 de Marzo del 2016 desde: [http://www.setedis.gob.ec/descargas/publicaciones/encuesta\\_condicionesvida.pdf](http://www.setedis.gob.ec/descargas/publicaciones/encuesta_condicionesvida.pdf)
57. Straniero, C., Páramo, M., García, C., Torrecilla, N & Escalante, E. (2012). Bienestar psicológico, estilos de personalidad y objetivos de vida en estudiantes universitarios. *Pensamiento psicológico* 10, 7-21. Obtenido el 17 de Noviembre del 2015 desde: <http://www.redalyc.org/pdf/801/80124028001.pdf>

58. Suárez, J. (2011). Discapacidad visual y ceguera en el adulto: revisión de tema. *Medicina U.P.B* 30, 170-180. Extraído el 17 de Noviembre del 2015 desde: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=159022496008>
59. Ureña, P., Barrantes, K & Solís, L. (2014). Bienestar psicológico, espiritualidad en el trabajo y percepción subjetiva de la salud en personal académico y administrativo de la Universidad Nacional. *Revista Electrónica Educare* 18, 155-175. Extraído el 21 de Febrero del 2016 desde: <http://www.revistas.una.ac.cr/index.php/EDUCARE/article/view/5567/5400>
60. Valle, M; Beramendi, M & Delfino, G. (2011). Bienestar psicológico y social en jóvenes universitarios argentinos. *Revista de Psicología* 7, 7-26. Extraído el 10 de Noviembre del 2015 desde: <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/revistas/bienestar-psicologico-social-jovenes.pdf>
61. Vargas, M. (2012). Miradas epistemológicas desde distintas perspectivas teóricas sobre la discapacidad. *Revista Electrónica Educare* 16, 42-58. Obtenido el 13 de Noviembre del 2015 desde: <file:///D:/Documentos/Downloads/Dialnet-MiradasEpistemologicasDesdeDistintasPerspectivasTe-4112621.pdf>
62. Vázquez, A., Cáceres, N. (2008). El abordaje de la discapacidad desde la atención primaria de la salud. *Organización Panamericana de la Salud*. Extraído el 01 de Febrero del 2016 desde: <http://www.paho.org/arg/publicaciones/otras%20pub/discapacidad.pdf>
63. Verdugo, M., A. (2002). Análisis de la definición de discapacidad intelectual de la asociación americana sobre retraso mental de 2002. *Instituto Universitario de Integración en la Comunidad. Universidad de Salamanca*. Extraído el 5 de Noviembre del 2015 desde: <http://sofos.scsalud.es/fondosDoc/Cuidadosgenerales/APV/articulos/AN%C3%81LISIS%20DE%20LA%20DEFINICI%C3%93N%20DE%20DISCAPACIDAD%20INTELECTUAL%20DE%20LA%20ASOCIACION%20AMERICANA%20SOBRE%20RETRASO%20MENTAL.%20UNIVERSIDAD%20SALAMANCA.pdf>
64. Wood, A., Joseph, S. & Maltby, J. (2009). Gratitude predicts psychological well-being above the Big Five facets. *Personality and Individual Differences*

- 46, 443–447. Obtenido el 19 de Febrero del 2016 desde: <http://www.professional-counselling.com/support-files/gratitude-and-psychological-well-being.pdf>
65. Zubieta, E; Fernández, O & Sosa, F. (2012). Bienestar, valores y variables asociadas. *Boletín de Psicología* 106, 7-27. Obtenido el 20 de Noviembre del 2015 desde: <http://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N106-1.pdf>
66. Zubieta, E; Muratori, M & Fernandez, O. (2012). Bienestar subjetivo y psicosocial: explorando diferencias de género. *Salud y Sociedad* 3, 67-76. Obtenido el 17 de Noviembre del 2015 desde: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/salsoc/v3n1/a05.pdf>

### Recursos web

67. CONADIS. (2013). Causas de discapacidad. Extraído el 13 de Noviembre del 2015 desde: [http://www.consejodiscapacidades.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/05/causas\\_discapacidad\\_conadis.pdf](http://www.consejodiscapacidades.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/05/causas_discapacidad_conadis.pdf)
68. OMS. (2013). *Diez datos sobre la discapacidad*. Extraído el 13 de Noviembre del 2015 desde: <http://www.who.int/features/factfiles/disability/facts/es/index3.html>
69. OMS. (2014). *Discapacidad y Salud*. Extraído el 13 de Noviembre del 2015 desde: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/es/>
70. OMS. (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Extraído el 13 de Noviembre del 2015 desde: <http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/435cif.pdf>