

UNIVERSIDAD DE CUENCA



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**“BIENESTAR DE PERSONAS CON Y SIN DISCAPACIDAD FÍSICA QUE SE
ENCUENTRAN EN LA ADULTEZ MEDIA”**

Trabajo de Titulación Previo a la Obtención
del Título de Psicóloga Clínica

AUTORES:

GABRIELA ELIZABETH CORONEL CÁCEREZ

VANESSA GEOVANNA FIALLOS IGLESIAS

DIRECTOR:

MGT. SANDRA EUGENIA LIMA CASTRO

CUENCA-ECUADOR

2016



RESUMEN

El propósito de este estudio fue determinar si la autoeficacia, la gratitud y la percepción subjetiva de salud, están relacionados con el bienestar de personas con y sin discapacidad física que se encuentran en la adultez media. Se encuestó a 30 adultos con discapacidad física y 30 adultos sin discapacidad, cuyas edades oscilan entre los 40 y 64 años de edad.

Para cumplir el objetivo de la investigación, empleamos las siguientes escalas: Escala Perma, que evalúa los 5 pilares del Bienestar según la Teoría de Martin Seligman, el cuestionario de gratitud de disposicional de McCullough, Emmons & Tsang (2002) y la escala de Auto Eficacia Generalizada creada por Judith Bäßler, Ralf Schwarzer & Matthias Jerusalem. Las variables sociodemográficas del estudio fueron recogidas mediante un cuestionario elaborado por el equipo de investigación. Los resultados mostraron que los individuos que tienen o no discapacidad física, no presentan diferencias significativas en las medias de los niveles de bienestar, por otra parte se encontró que la autoeficacia, la gratitud y la percepción subjetiva de salud son buenos predictores de los niveles de bienestar.

Palabras clave: bienestar, adultez media, discapacidad, autoeficacia, gratitud.



ABSTRACT

The purpose of this study was to determine if self-efficiency, gratitude as well as health subjective perception are related to the well-being of people in middle adulthood, with and without physical disabilities. The survey was made taking into account 30 disable adults and 30 not disabled adults, aged 40 to 64 years old.

In order to accomplish the objective of this investigation, we applied the following scales: the "Perma Scale", which evaluates 5 Wellbeing pillars, relevant to Martin Seligman Theory. The McCullough, Emmons & Tsang (2002) questionnaire of dispositional gratitude; and the Generalized Self Efficiency scale, created by Judith Bäßler, Ralf Schwarzer & Matthias Jerusalem. The sociodemographic variables of the study were collected using a questionnaire developed by the research team. The results showed that individuals with or without physical disabilities do not present substantial differences regarding the average well-being level. On the other hand, the study demonstrates that self-efficiency, gratitude and health subjective perception are a suitable predictors of the wellbeing levels.

Key words: Well-being, average adulthood, disability, self-efficiency, gratitude.



ÍNDICE

CAPÍTULO I	14
1. ADULTEZ MEDIA	14
1.1. Conceptualización de la adultez media	14
1.1.1. Enfoque biológico	14
1.1.2. Enfoque psicológico	18
1.1.3. Enfoque social	21
CAPÍTULO II	23
2. DISCAPACIDADES	23
2.1. Concepto de discapacidad	23
2.2. Tipos de discapacidad	24
2.2.1. Discapacidad física	24
2.2.2. Discapacidad sensorial	25
2.2.2.1. Discapacidad visual	25
2.2.2.2. Discapacidad auditiva	26
2.2.3. Discapacidad cognitiva	27
2.3. Situación actual de las personas con discapacidad en el Ecuador ..	28
2.4. El impacto de la discapacidad en la adultez media	30
CAPÍTULO III	33
3. BIENESTAR HUMANO	33
3.1. Conceptualización de bienestar	33
3.2. Tipos de bienestar	34
3.2.1. Bienestar Social	34
3.2.2. Bienestar Psicológico	37
3.2.3. Bienestar Subjetivo	40
3.2.4. “Teoría del bienestar” según Martin Seligman	42
3.3. Autoeficacia	43
3.4. Gratitud	44
CAPÍTULO IV	46
4. METODOLOGÍA	46
4.1. Enfoque	46
4.2. Alcance de la investigación	46
4.3. Pregunta de investigación	46



4.4. Hipótesis	46
4.5. Objetivos	47
4.6. Muestra	47
4.7. Procedimiento.....	48
4.8. Instrumentos de medición.....	49
4.9. Procesamiento de datos	50
CAPÍTULO V	52
5. ANÁLISIS, DISCUSIÓN DE RESULTADOS Y CONCLUSIONES	52
5.1. Análisis de los resultados	52
5.1.1. Características sociodemográficas de los participantes	52
5.1.2. Diferencias en los niveles de bienestar en personas con y sin discapacidad física que se encuentran en la adultez media.....	54
5.1.3. Relación entre los niveles de autoeficacia y el bienestar experimentado por personas con y sin discapacidad física que se encuentran en la adultez media	55
5.1.4. Relación entre los niveles de gratitud y el bienestar experimentado por personas con y sin discapacidad física que se encuentran en la adultez media	57
5.1.5. Relación entre los niveles de percepción subjetiva de salud y el bienestar experimentado por personas con y sin discapacidad física que se encuentran en la adultez media	59
5.2. Discusión de los resultados y conclusiones	62
LIMITACIONES	66
RECOMENDACIONES.....	66
REFERENCIAS	67
6. ANEXOS	78
6.1. CONSENTIMIENTO INFORMADO	78
6.2. ESCALA PERMA	80
6.3. CUESTIONARIO DE GRATITUD.....	86
6.4. ESCALA DE AUTO EFICACIA GENERALIZADA.....	88
6.5. DATOS DEMOGRÁFICOS.....	90



Universidad de Cuenca



Universidad de Cuenca

Cláusula de Derecho de Autor

Gabriela Elizabeth Coronel Cáceres, autora del trabajo de titulación “Bienestar de personas con o sin discapacidad física que se encuentran en la adultez media”, 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, 07 de marzo del 2016

Gabriela Elizabeth Coronel Cáceres

C.I: 0105474951



Universidad de Cuenca



Universidad de Cuenca

Cláusula de Derecho de Autor

Vanessa Geovanna Fiallos Iglesias, autora del trabajo de titulación “Bienestar de personas con o sin discapacidad física que se encuentran en la adultez media”, 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, 07 de marzo del 2016

Vanessa Geovanna Fiallos Iglesias

C.I: 0105502942



Universidad de Cuenca



Universidad de Cuenca
Cláusula de Propiedad Intelectual

Gabriela Elizabeth Coronel Cáceres, autora del trabajo de titulación “Bienestar de personas con o sin discapacidad física que se encuentran en la adultez media”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 07 de marzo del 2016

Gabriela Elizabeth Coronel Cáceres

CI: 0105474951



Universidad de Cuenca



Universidad de Cuenca
Cláusula de Propiedad Intelectual

Vanessa Geovanna Fiallos Iglesias, autora del trabajo de titulación "Bienestar de personas con o sin discapacidad física que se encuentran en la adultez media", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 07 de marzo del 2016

Vanessa Geovanna Fiallos Iglesias

CI: 0105502942



AGRADECIMIENTO

Agradecemos principalmente a nuestra directora de tesis, Mst. Sandra Lima, quién con sus conocimientos, experiencia, paciencia y motivación nos ha guiado para culminar este trabajo.

También nos gustaría agradecer a nuestros profesores que durante nuestra carrera profesional nos han aportado valiosos conocimientos para nuestra formación.

A nuestras queridas familias que con su apoyo y amor incondicional nos han motivado a seguir adelante a lo largo de nuestras vidas.

LAS AUTORAS



DEDICATORIA

Dedico este trabajo con todo mi amor y cariño a mi familia, que siempre han sido un pilar fundamental en mi vida a lo largo de este camino, también a mi enamorado, quien con su apoyo incondicional me motivó a seguir adelante, de igual manera a mis amigas y compañeras de carrera, con quienes todos estos años de estudio aprendimos que cuando se quiere alcanzar algo en la vida, no existen obstáculos que nos impidan cumplir esta meta juntas.

Vanessa Fiallos Iglesias

Dedico este trabajo a mí adorada hija Annika y a mí amado esposo Josua, quienes son el motivo de mi esfuerzo y dedicación.

También a mi familia, especialmente a mis padres y a mi hermana, quienes han sido un apoyo incondicional en mi vida y a lo largo de mi carrera.

Gabriela Coronel Cález



INTRODUCCIÓN

Debido a la escasa evidencia de estudios acerca del bienestar en personas con y sin discapacidad en nuestro país, consideramos relevante realizar este trabajo de investigación que tiene un enfoque cuantitativo, con un alcance correlacional transversal, con el fin de conocer si existe una correlación positiva entre el bienestar percibido y los niveles de autoeficacia, gratitud y salud subjetiva experimentados por personas que se encuentran en la adultez media, tomando en consideración la presencia o ausencia de discapacidad.

Esta investigación forma parte de un proyecto de mayor escala, generando así un conocimiento que pueda integrarse a los programas y proyectos que van orientados a mejorar la calidad de vida de las personas en situación de discapacidad física, para que adquieran las habilidades correctas para una adecuada inclusión social y laboral en la sociedad.

Este trabajo se encuentra dividido en seis capítulos: en el capítulo I abordaremos los diferentes enfoques teóricos acerca de la adultez intermedia, tales como: enfoque biológico, psicológico y social que nos permiten conocer de forma global la complejidad de esta etapa; El objetivo del capítulo II es abordar el tema de la discapacidad, durante su desarrollo se expondrán aspectos teóricos del mismo, así como también el impacto de esta realidad en nuestro país. En el capítulo III desarrollaremos el concepto de bienestar humano, y sus diferentes vertientes, como el bienestar social, subjetivo y psicológico; así como también la teoría de Martin Seligman, quien ha sido un pilar fundamental para el desarrollo de la misma. En el capítulo IV especificaremos el procedimiento del estudio y la metodología que se llevó a cabo para recolección y el análisis de datos en base a un análisis estadístico; en el capítulo V realizaremos el análisis, discusión de los resultados y las conclusiones, con la finalidad de responder a la pregunta de investigación de nuestro estudio y cumplir con los objetivos planteados, por último



Universidad de Cuenca

presentaremos las limitaciones y recomendaciones que surgieron al finalizar nuestro trabajo de investigación.



CAPÍTULO I

1. ADULTEZ MEDIA

1.1. Conceptualización de la adultez media

1.1.1. Enfoque biológico

Cronológicamente la adultez puede considerarse como un periodo muy extenso del ciclo de la vida, debido a que abarca cuatro decenios, comprendidos entre los 20 y 60 años. Varios autores señalan la existencia de diversas etapas dentro de la adultez, entre ellos Levinson, quien en 1986, (citado por Rivera, 2007) en su Teoría de la Estructura de la Vida, identificó cinco periodos relacionados con la edad, que van apareciendo de manera ordenada y universal, caracterizados por momentos de relativa estabilidad, con una duración corta, o por momentos de transición, con una fuerte intensidad emocional. Levinson (1986, citado por Rivera, 2007) los clasificó de la siguiente manera:

- Preadulthood: Desde el nacimiento hasta los 22 años
- Adultez temprana: De los 17 a los 45 años
- Adultez media: De los 40 a los 64 años
- Adultez tardía: De los 60 a los 85 años
- Adultez realmente tardía: De los 80 años en adelante.

Nassar y Abarca, (1983 citado por Alpizar, 2005) clasifican el concepto de adultez en dos categorías principales: los adultos y la tercera edad, las cuales se subdividen a su vez en tres etapas conocidas como adulto joven (de los 18 a los 25 años), adulto medio (de los 26 a los 45 años), y adulto tardío (de los 45 a los 64 años). Para el desarrollo de nuestro estudio centraremos nuestra atención en



la etapa de la adultez media, siendo este un periodo comprendido entre los 40 y 64 años.

La adultez media o edad madura es una etapa en la cual las capacidades biológicas se encuentran por debajo de las de la edad adulta temprana, sin embargo aún son suficientes para llevar una vida enérgica y satisfactoria. “No existe un consenso acerca de eventos biológicos o sociales específicos que marquen el inicio o final de la edad madura” (Staudinger & Bluck, 2001, citado por Papalia, 2009). Esta etapa de la vida va a verse influenciada por características individuales, experiencias previas e incluso factores genéticos. Los cambios físicos que se van a presentar van a ser resultado de los hábitos, conductas y del estilo de vida que la persona tuvo desde la juventud. “La gente que de manera temprana es más activa en la vida, cosechará los beneficios de más vigor y resistencia después de los 60 años (Spirduto & MacRae, 1990 citado por Papalia, 2009).”

Los cambios más notorios en esta etapa son los relacionados con la apariencia y las habilidades físicas.

Visión

Según Papalia (2009), los problemas visuales que ocurren conforme pasan los años, surgen en cinco áreas: visión cercana, visión dinámica, sensibilidad a la luz, búsqueda visual y velocidad de procesamiento de la información visual, con la edad por lo general se produce una ligera pérdida de la agudeza visual. Una alteración muy frecuente es la denominada presbicia, que se refiere a:

“El estado refractivo del ojo, en el cual a causa de una disminución fisiológica de la amplitud de acomodación al aumento de edad, el grado de acomodación no es suficiente para mantener una visión nítida a la distancia habitual de trabajo y existe dificultad para la visión próxima” (Puell, 2006, p. 179).



La miopía es otra alteración de la visión que se incrementa en la edad madura, la National Eye Institute (2012) la define como "un error de refracción común, en que los objetos cercanos se ven con claridad pero los objetos lejanos se ven borrosos", razón por la cual las personas se ven en la necesidad de utilizar lentes que mejoren estas afecciones, permitiendo que el ojo se ajuste entre los objetos cercanos y lejanos.

Audición

Una pérdida gradual de la audición se presenta en los adultos, especialmente en lo que respecta a los sonidos en las frecuencias más altas, rara vez advertida antes, se acelera en los 50 (Merrill & Verbrugge, 1999 citado por Papalia, 2009) esta condición es denominada presbiacusia.

“La pérdida de audición en los hombres es dos veces más rápida que en las mujeres” (Pearson et al, 1995 citado por Papalia, 2009).

Gusto, olfato y tacto

Según Cain, Reid & Stevens, (1990 citado por Papalia 2009), la sensibilidad al gusto y al olfato por lo general empieza a verse afectada en la madurez, debido a que se produce una disminución de la sensibilidad de las papilas gustativas y olfatorias, en varias ocasiones las comidas parecerán insípidas. El olfato es uno de los últimos sentidos en verse afectado.

La sensibilidad al tacto empieza a declinar después de los 45 años y al dolor después de los 50 años. Sin embargo, se conserva la función protectora del dolor (katchadourian, 1987 citado por Papalia, 2009).

Fuerza y coordinación



A pesar de que hay una disminución gradual en la fuerza y la coordinación durante la edad madura, este cambio no es excesivamente notorio, la fuerza física va a verse reducida debido al sedentarismo de las personas, ya que realizan únicamente actividades que no implican un esfuerzo físico, dando lugar a la pérdida de tono muscular.

“La pérdida de la resistencia se debe al decremento gradual en la tasa del metabolismo basal, que ocurre después de los 40 años”. (Merrill & Verdrugge, 1999 citado por Papalia, 2009).

Cambios estructurales y sistémicos

De acuerdo a Papalia (2009), en la edad adulta intermedia surgen varios cambios en la apariencia, alrededor de los 50 y 60 años la piel pierde firmeza, debido a que la capa de grasa que se encuentra por debajo de la superficie, se torna más delgada y las moléculas de colágenos se hacen más rígidas. Por otra parte el cabello se vuelve más fino y tiende a encanecer ya que la producción de melanina se reduce. Según Whitbourne (2001, citado por Papalia, 2009), en esta etapa por lo general se suele aumentar de peso debido que la grasa corporal se acumula, y se pierde estatura ya que los discos intervertebrales se encogen.

A partir de los 50 y 60 años, la pérdida ósea se incrementa, especialmente en las mujeres, lo que genera debilidad de los huesos, pudiendo dar lugar a la osteoporosis.

Sexualidad y funcionamiento reproductivo

Durante la edad adulta intermedia surgen cambios significativos en relación a la vida reproductiva y sexual de la pareja, debido a que alrededor de los 50 años, la mayoría de las mujeres experimenta la menopausia, el cese de la menstruación y la ovulación y en los varones se da una disminución de la producción de esperma después de los 40 años. Estos cambios no se deben interpretar como que la



satisfacción sexual ha terminado, ya que esta puede continuar a lo largo de la madurez, sin embargo estos fenómenos pueden generar dudas y preocupaciones relacionadas con la sexualidad.

Menopausia

La menopausia se define como la interrupción permanente de la menstruación y de la capacidad para concebir hijos, esta hace referencia al “período del climaterio femenino comprendido entre el final de la edad fértil y la última menstruación, y es precedido y seguido por una fase de notable opresión psicosomática, determinada por las grandes modificaciones fisiológicas y orgánicas que se producen.” (Magna & Pazzagli, 2007) A partir de este evento surgen en la mujer cambios hormonales, físicos y psicológicos.

1.1.2. Enfoque psicológico

Papalia (2009), considera que los cambios en la personalidad y el estilo de vida que surgen a partir de los 40 años se deben a una crisis de la edad madura, una etapa que genera ansiedad y estrés debido a que las personas evalúan su vida y analizan las metas y objetivos logrados, esta crisis se conceptualizó como una crisis de identidad, aunque varios estudios consideran que el hecho de que esta transición sea considerada como una crisis no depende de la edad, sino de los recursos que poseen las personas y las circunstancias por las que atraviesan.

Erickson en su teoría del desarrollo psicosocial nos habla de la etapa generatividad versus estancamiento, que va desde los 30 hasta los 60 años aproximadamente, en esta etapa surge la virtud del cuidado y el amor, la responsabilidad por la familia y el trabajo. “Por generatividad Erickson entiende el deseo de servirse de la propia sabiduría para orientar a las generaciones futuras” (Garrison, 2002); si la persona ha alcanzado la etapa de generatividad encuentra



significado en el empleo de sus conocimientos y habilidades para su propio bien y el de los demás; por el contrario, si siente que no alcanzó sus objetivos planteados considerará que se ha estancado y que no ha sido productivo con su vida mientras el tiempo transcurre y envejece sin cumplir sus metas. “El estancamiento representa una regresión psicosocial y la necesidad obsesiva de pseudo-intimidad, acompañada de sentimientos de infecundidad personal y social, sentimiento percibido en la incapacidad de generar, de producir y de criar” (Erickson, 1963; citado por Bordignon, 2005).

Elliott Jacques (1967 citado por Papalia, 2009), manifiesta que en esta etapa surge una conciencia de la mortalidad y muchas personas se percatan que no podrán cumplir sus sueños o que su vida no les ha traído la satisfacción que ellos esperaban, por lo que tratan de reestructurar sus planes.

Además en la adultez intermedia, se cambia la percepción del tiempo, las personas miden el tiempo como aquello que les queda de vida. Los adultos de 50 años tienen recursos y energías suficientes para enfrentarse al mundo, sin embargo esta vitalidad declina a partir de los 60 años y el mundo es visto como algo peligroso. Por estas razones, para algunas personas la mitad de la vida suele ser “una época de anhelo nostálgico, donde la sensación de languidez, se mezcla con pesar y deseo de rejuvenecimiento urgente” (Cornachione, 2006).

Whitbourne (citado por Restrepo & Clavijo, 2004) manifiesta que en esta etapa “las personas afrontan los cambios físicos, mentales y emocionales asociados con el inicio del envejecimiento de la misma manera que enfrentan otras experiencias que desafían el esquema de identidad” (p.20). Existen personas que tienen un estilo de identidad asimilativo y que desean mantener una autoimagen juvenil, por otra parte están individuos con un estilo acomodativo, que se consideran viejos cuando no lo son, por lo que aumenta su preocupación por el envejecimiento y la enfermedad, así como también se encuentran los sujetos que aceptan de manera



realista los cambios que surgen en sus vidas, manteniendo un estilo de identidad equilibrado y saludable.

Cuando las personas llegan a la mitad de la vida, se enfrentan con sensaciones de inutilidad, frustración, insatisfacción laboral, declinación de la fuerza física, cambios en la apariencia, infelicidad matrimonial, etc., en especial sentimientos centrados en cualquier aspecto que no pudieron llevar a cabo durante años anteriores. El contexto social y cultural actual es un factor que influye de manera directa en los pensamientos y sentimientos que se generan en las personas cuando llegan a esta etapa su vida, ya que se espera que surja una crisis en sus vidas y se produzcan cambios entorno a ello.

Los procesos psicológicos que surgen en esta etapa están directamente relacionados con los cambios fisiológicos que experimentan las personas. En los hombres se produce una disminución progresiva de la cantidad de espermatozoides y del nivel de las hormonas masculinas; si esta declinación se da de manera brusca, puede provocar depresión, irritabilidad, insomnio, impotencia o debilidad y algunos hombres pueden padecer algún trastorno psicológico que surge por la sensación de pérdida de virilidad y deterioro físico. (Cornachione, 2006)

Por otra parte, la irritabilidad es uno de los problemas del ánimo que con mayor frecuencia presentan las mujeres, durante el climaterio y la menopausia, está presente en un 70%. Harlow, (1999 citado por Quiñonez, 2014) apunta que “el 23% de la irritabilidad se acompaña de síntomas depresivos, siendo la edad de aparición a partir de los 41 años, con un pico de 31.6% entre los 42 a 44 años”

Otro trastorno común que se presenta en las mujeres, que tiene mayor prevalencia en la madurez, es la depresión, se estima que en un 9%, en esta



época se asocia a condiciones relacionadas con el temor a envejecer, sentimientos de inutilidad, carencias afectivas, problemas sociales, laborales y maritales lo que da lugar a un deterioro de la calidad de vida. (Deysi, 2013).

1.1.3. Enfoque social

La edad intermedia es una época en donde las personas establecen sus carreras, se vuelven productivas, así como también mantienen una relación estable en pareja y forman sus propias familias. En esta etapa aumentan las responsabilidades sociales, ya que la persona tiene obligaciones que cumplir, y es aquí en donde se preguntan si lo que hacen es lo que desean continuar haciendo por los siguientes años de sus vidas, cuando la respuesta es negativa, las personas optan por cambiar de empleo, tal vez por miedo a la competitividad de gente más joven, o porque nunca les gustó su trabajo, otras se dedican a seguir estudiando para su marcha con los retos y oportunidades del mundo del trabajo.

La persona durante su cuarta década de vida será más productiva y logrará más que en cualquier otra etapa, tendrá muchos intereses y una buena cantidad de actividades de esparcimiento. La eficiencia en el trabajo, que requiere capacidad de juicio y cordura, avanza y alcanza su cúspide entre los 45 y 50 años de edad, esto se debe a que la experiencia del individuo se va acumulando con el transcurso de los años. (Guevara, 2000)

Por otro lado, el perder la juventud y vitalidad que la persona tenía durante la adultez temprana, puede ocasionar una época de crisis, según Guevara (2000) a mediados de los cuarenta, se alcanza una nueva estabilidad que puede resultar más o menos satisfactorio, hay que tomar en cuenta que ésta sensación de crisis puede regresar en la década de los 50, y aquí el golpe será más fuerte, pues la persona ha perdido aún más su juventud, pero a la vez, la amistad o la intimidad



pueden llegar a ser más importantes que nunca, ya que son aspectos que se llegan a valorar mucho más que antes.

A medida que la persona avanza en esta etapa, sus hijos crecen y siguen con sus vidas, contraen matrimonio o se mudan a otra casa para vivir solos, por lo que se vive el acontecimiento del nido vacío, la pareja ya no tiene que criar a sus hijos, y pueden disfrutar más tiempo juntos, Hoffman (1996 citado por Carmona, Martínez, Niño, Rodríguez, Sierra & Uribe, 2009) afirma que en la mayoría de los casos la transición del nido vacío resulta un acontecimiento positivo para la pareja, porque retoman su independencia al continuar con actividades que fueron suspendidas por la llegada de sus hijos, por lo tanto se sienten liberados de responsabilidades materiales y psicológicas; de igual manera sienten satisfacción al verlos realizados, ya que culminaron sus carreras o empezaron a formar sus propias familias. Silvestre (1996 citado por Carmona, Martínez, Niño, Rodríguez, Sierra & Uribe, 2009) concuerda con Hoffman al afirmar que existe un reforzamiento de la pareja en la edad adulta, producto de la libertad que concede el alejamiento de los hijos, la renovación de su sexualidad, el aumento en la intimidad y una valoración diferente de la relación.

Sin embargo, Cornachione (2006 citado por Carmona, Martínez, Niño, Rodríguez, Sierra & Uribe, 2009) plantea que esta transición del nido vacío genera en la pareja un desequilibrio, debido a la ausencia del hijo y la satisfacción que se supone que genera su presencia, es aquí cuando la pareja decide si desean continuar juntos o si se lleva a cabo un divorcio. Sotillo (2000 citado por Carmona, Martínez, Niño, Rodríguez, Sierra & Uribe, 2009) también considera la transición del nido vacío como el momento de mayor vulnerabilidad en la pareja ya que, al partir los hijos, los padres se ven muy afectados. Es por esto que se recomienda a los padres que cuando los hijos ya no se encuentran en el hogar, planteen nuevos ajustes a su relación con el fin de evitar una separación.



CAPÍTULO II

2. DISCAPACIDADES

2.1. Concepto de discapacidad

La Organización Mundial de la Salud define a la discapacidad como la " falta de la capacidad para realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se consideran normales para un ser humano. Engloba las limitaciones funcionales o las restricciones para realizar una actividad que resultan de una deficiencia" (Padilla, 2010).

Según la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (2001), la discapacidad es "un término genérico que incluye déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo con una condición de salud y sus factores ambientales y personales".

El término "discapacidad" según el Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades (CONADIS, 2013), significa una "deficiencia física, mental o sensorial, de naturaleza permanente o temporal, que limita la capacidad de realizar una o más actividades esenciales de la vida diaria, y esta puede ser causada o agravada por el entorno económico y social". Andrea Padilla (2010), también opina que la discapacidad envuelve la interacción de una persona en sus dimensiones física o psíquica y los componentes de la sociedad en la que se desarrolla y vive.

Además de los conceptos de discapacidad previamente revisados, se puede hablar de dos modelos; por un lado, el modelo médico, que considera que la discapacidad es causada por una enfermedad, trauma o condición de salud, y que



necesitará de atención médica para conseguir la cura o una mejor adaptación del paciente. Por otro lado, el modelo social de la discapacidad, la concibe como un asunto centrado en la completa integración de las personas en la sociedad.

Las discapacidades se definen en función de cómo afectan la vida de una persona, produciendo consecuencias personales, familiares y sociales que no permiten al individuo desenvolverse de manera plena en sus actividades diarias. Según el CONADIS (2013) en el Ecuador, el sistema de valoración de la discapacidad establece normas para la evaluación de las consecuencias de la enfermedad como la restricción o ausencia de la capacidad para realizar actividades de auto cuidado y “actividades de la vida diaria como: comunicación, actividad física, función sensorial, funciones manuales, transporte, función sexual, sueño y actividades sociales de ocio” (CONADIS, 2013).

2.2. Tipos de discapacidad

2.2.1. Discapacidad física

La persona con discapacidad física, presenta leves o graves dificultades para realizar actividades, comparándose con la manera, extensión o intensidad en términos de cantidad o calidad, en la que se espera la realizaría una persona sin esa condición de salud. Dentro de las discapacidades físicas “se encuentran la parálisis cerebral, los amputados y las lesiones en la medula ósea” (Ozols, 2007, p. 1).

Debido a la falta de programas que estimulen la práctica deportiva de las personas con discapacidad, éstos se encuentran en condiciones inferiores a la población en general. La inactividad provoca que presenten niveles de obesidad elevados y que aumenten los factores de riesgo coronario (Mora, 1995; citado por Ozols, 2007). “El sobrepeso es un riesgo importante para muchas enfermedades



crónicas, incluida la cardiopatía, la diabetes tipo II, y la artritis” (Rubin, Rimmer, Chicoine, Braddock & McGuire, 1999; citado por Ozols, 2007, p. 3).

Según la Organización Mundial de la Salud (citado por Ozols, 2007) se estima que alrededor de dos millones de muertes cada año son atribuibles a la inactividad física, además estudios preliminares de la OMS sugieren que la vida sedentaria es uno de las diez causas de muerte y discapacidad en el mundo (OMS, 2002; citado por Ozols, 2007).

La inactividad en personas con discapacidad está cobrando más vidas cada año, razón por la cual se ve la necesidad de contar con un programa que promueva y motive la práctica deportiva como un medio para incentivar vidas saludables en estas personas, el ejercicio físico debe verse como un aspecto terapéutico y como control y prevención de enfermedades.

2.2.2. Discapacidad sensorial

2.2.2.1. Discapacidad visual

La discapacidad visual y la ceguera son producidas en su mayor parte por causas adquiridas, que por “enfermedades primarias, congénitas o idiopáticas” (Suárez, 2011). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) reportó en el año 2010 que “el 4% de la población mundial tiene discapacidad visual o ceguera, y la discapacidad visual representa alrededor del 85% de los casos” (Suárez, 2011).

Si bien enfermedades como “catarata, glaucoma y degeneración macular asociada a la edad (DMAE) han sido causas típicas de discapacidad visual y ceguera, también se debe considerar otros factores de riesgo implicados en esto,



como son los casos de ametropías, enfermedad diabética y procesos neurológicos” (Suárez, 2011).

2.2.2.2. Discapacidad auditiva

Según Santos, Zenker, Fernández & Barajas, miembros de la *Fundación Canaria para la Prevención de la Sordera y la clínica Barajas en España*, (2006) los términos deficiencia, discapacidad y minusvalía auditiva, frecuentemente son utilizados como sinónimos, sin embargo son constructos diferentes.

El término deficiencia auditiva se refiere a la desviación de los rangos de normalidad que puede surgir en las estructuras o funciones auditivas. La discapacidad auditiva está relacionada con las restricciones que la deficiencia impone a la capacidad para realizar una actividad dentro de lo que se considera normal. Por último impedimento o minusvalía hace referencia a la desventaja que viene impuesta por ese cambio auditivo y que afecta a las habilidades comunicativas en la vida diaria (Santos, Zenker, Fernández & Barajas, 2006, p. 19).

El padecimiento de una discapacidad auditiva es muy frecuente alrededor del mundo. La Organización Mundial de la Salud (2015) calcula que 364 millones de personas tienen un déficit auditivo leve, este deterioro puede estar relacionado con el proceso de envejecimiento o la exposición a ruidos fuertes y constantes.

Estudios han demostrado que las personas que padecen discapacidad auditiva tienen menor probabilidad de conseguir empleo, por lo que muchas de ellas viven en condiciones de pobreza. En marzo del 2015 la OMS señaló que una de las dificultades más importantes es la incapacidad de la persona para poder comunicarse con los demás, lo que provoca que el sujeto se aíse y no pueda



acceder fácilmente a los servicios básicos, esto repercute directamente sobre la vida de la personas, provocando sentimientos de soledad y frustración, especialmente en personas adultas.

2.2.3. Discapacidad cognitiva

La American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD), define la discapacidad intelectual como "una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y en la conducta adaptativa que se manifiesta en habilidades adaptativas conceptuales, sociales, y prácticas". La AAIDD, considera que para poder definir y evaluar la discapacidad intelectual es necesario tomar en cuenta factores adicionales, como son el entorno típico de la comunidad en la que se desarrolla con sus pares y la cultura de la persona.

Según Suárez (2014), la OMS utiliza el término "discapacidad intelectual", y la asume de la siguiente forma:

Trastorno definido por la presencia de un desarrollo mental incompleto o detenido, que puede producirse con o sin cualquier otro trastorno físico o mental y está caracterizado por el impedimento de habilidades e inteligencia en áreas tales como: cognitivas, lenguaje, y habilidades sociales y motóricas. Incluye a población infantil, juvenil, adulta y mayor. (p. 294)

Según el Ministerio de Educación Nacional de Bogotá (2006), las personas que presentan una discapacidad cognitiva, tienen dificultad en el nivel de desempeño de las funciones cognitivas, en los procesos de ingreso, elaboración y respuesta, que dan lugar al procesamiento de la información, produciendo una alteración en el aprendizaje.



2.3. Situación actual de las personas con discapacidad en el Ecuador

En Ecuador, de acuerdo al VI Censo de Población y V de Vivienda (INEC, 2001 citado por CONADIS, 2013), el porcentaje de la población ecuatoriana que señala tener discapacidad fue de 4.7%, datos que en el transcurso de una década ascendió a 5.6%, según los datos del VII Censo de Población y VI Vivienda (INEC, 2010, citado por CONADIS, 2013). Por otro lado, el estudio “Ecuador: la discapacidad en cifras” (CONADIS - INEC, 2005), establece que el 12.14% de la población ecuatoriana tiene algún tipo de discapacidad; y el estudio bio-psico-social Misión Solidaria Manuela Espejo, da cuenta de 294.803 personas con discapacidad (CONADIS, 2013, p. 9).

Según el CONADIS (2005, citado por el Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2013), las personas con discapacidad presentan diversas condiciones que se manifiestan no solo en grados de severidad sino en tipos, como se puede observar el gráfico No.1, la discapacidad física es la que tiene mayor prevalencia, con el 49%. Además, casi el 80% de la población presenta una discapacidad debido a enfermedades adquiridas o trastornos genéticos. Adicionalmente el CONADIS (2013) señala otras causas como “complicaciones del parto, accidentes, violencia, trastornos nutricionales, entre otros”, sin embargo las políticas de prevención deben enfocarse en las primeras cifras expuestas.

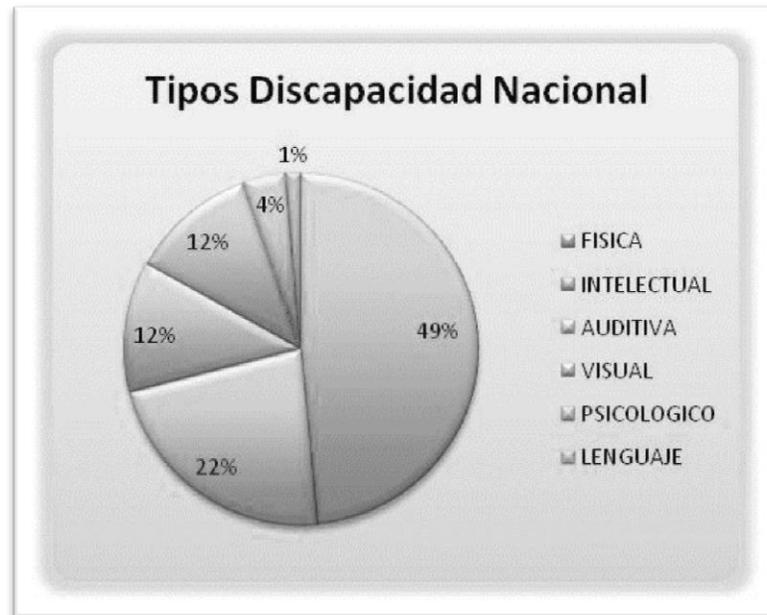


Gráfico No. 1

Fuente: CONADIS (2013 citado por el Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2013)

En lo referente a la variable edad, el CONADIS (2005, citado por el Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2013), manifiesta que la mitad de la población con discapacidad se encuentra en la edad adulta joven y media, siendo estas edades productivas, razón por la cual se debe brindar un adecuado servicio de fortalecimiento de capacidades y orientación para fomentar la autonomía e inserción laboral.

El Gobierno Nacional ha trabajado en una propuesta de modelo de desarrollo inclusivo que busca la igualdad en todos los ecuatorianos, posicionándolos como sujetos de derechos, respaldando sus oportunidades, independientemente de su:

Estatus social, género, edad, condición física y mental, etnia, religión, etc. El acceso a los servicios y bienes, a la educación, a la salud, al trabajo, a la recreación, al deporte, a la plena participación como



ciudadano, al ejercicio de sus derechos sin restricción o condicionamiento alguno, deben brindar las mismas condiciones en todo lo que sea posible, en donde se atienden todos los demás (Vicepresidencia & CONADIS, 2007, citado por CONADIS 2013, p. 14).

Las personas con discapacidad física están representadas por la Federación Nacional de Ecuatorianos con Discapacidad Física (FENEDIF), su objetivo es impulsar la inclusión de personas con discapacidad en todos los ámbitos y para ello cuenta con un Plan de Acción 2012 – 2017:

Actualmente se desarrollan proyectos como: Servicio de Integración Laboral para las personas con discapacidad en el Ecuador (SIL), Capacitación Ocupacional e Inserción Laboral de personas con discapacidad; impulso al desarrollo de las personas con discapacidad en Ecuador; proyecto de promoción y exigibilidad de los derechos de las personas con discapacidad; y, formación de jóvenes con discapacidad. (Vicepresidencia & CONADIS, 2007 citado por CONADIS 2013, p. 70).

2.4.El impacto de la discapacidad en la adultez media

Schalock y Verdugo (2006) desarrollaron un modelo de calidad de vida para el campo de la discapacidad, el cual es el más reconocido por la comunidad científica internacional.

Dicho concepto utiliza indicadores referidos a ocho dimensiones que representan el núcleo de las necesidades fundamentales de la vida de cada uno: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos. La preocupación por el bienestar físico,



especialmente por la salud y la asistencia sanitaria, resultan los indicadores más destacados y determinantes de la calidad de vida en las personas con discapacidad que envejecen (Aceldo- Rodríguez, Aguado-Díaz, Arias-Martínez, González-González, Rozada-Rodríguez, 2008).

Existen varios aspectos que van a influir en la valoración que realicen las personas en relación a su calidad de vida, como son la causa y el tipo de discapacidad, la severidad de la sintomatología y el nivel de autonomía e independencia que posea la persona, por otro lado también se toma en cuenta factores psicosociales como los estilos de afrontamiento, la autoeficacia, la imagen corporal y las emociones (Botero, & Londoño, 2013).

Duggan and Dijkers (2001), realizaron un estudio a 40 personas con lesión en la médula espinal y encontraron que los niveles elevados de calidad de vida eran prevalentes entre las personas que tenían la enfermedad por más tiempo, activos materiales, seguridad social y roles sociales valiosos. Los niveles bajos de calidad de vida estaban asociados con inestabilidad financiera, pocos recursos materiales y bajos recursos emocionales y espirituales.

El entorno social parece ser particularmente importante para personas que han sufrido una amputación, durante los primeros meses después de la pérdida de una extremidad, ya que estudios han encontrado que los factores sociales, anticipadamente predicen el desarrollo del dolor del miembro fantasma y el funcionamiento físico, en estas investigaciones se encontró que los pacientes que vuelven a ambientes que les proporcionan apoyo, tienen menor probabilidad de desarrollar dolor y reportan niveles inferiores de disfunción física en semanas y meses después de la amputación. (Jensen, Moore, Bockow, Ehde & Engel, 2011)



Varios ámbitos de la vida de la persona con discapacidad física en la adultez intermedia se ven afectados, como lo es el desarrollo de una carrera a futuro, ya que esta condición puede llevar a una jubilación anticipada o generar dificultades económicas. Por otra parte, la relación sentimental también puede verse afectada, ya que la pareja de la persona con discapacidad experimenta una reevaluación de sus metas y deseos, muchas veces la discapacidad genera un nuevo compromiso y un desafío para la relación, pero existen casos en los que surge la posibilidad de que la pareja que no padece la discapacidad elija irse (Marini, Glover-Graf & Millington, 2012).

Parece que las personas con discapacidad física utilizan estrategias emocionales de afrontamiento como la evitación, así también “presentan mayor incidencia de trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo y déficit en habilidades sociales e inadecuación social.”(Botero & Londoño, 2013) Es común encontrar bajos niveles de eficacia en personas que luego de un accidente han perdido de manera significativa la funcionalidad y la independencia en el ámbito laboral. Por otro lado, si la persona presenta malformaciones o ausencias de cualquiera de sus miembros, también se verá afectada su imagen corporal (Botero & Londoño, 2013).

En la actualidad se ha realizado un cambio en el paradigma de la concepción de discapacidad, se abandona una orientación patológica y se adopta una orientación de fuerza y resistencia, en la que la aceptación de la familia y su apoyo se torna significativo, más aún si la persona con discapacidad es vista como un miembro de la familia que puede contribuir con algo y no es devaluada, esto generalmente se correlaciona con un ajuste más positivo a la discapacidad (La & Moore, 1998, citado por Marini, Glover-Graf & Millington, 2012).



CAPÍTULO III

3. BIENESTAR HUMANO

3.1. Conceptualización de bienestar

El bienestar como constructo, ha sido analizado por dos líneas de trabajo, una definida como bienestar subjetivo (hedónico), el cual se refiere a la experiencia subjetiva de felicidad, y una segunda línea definida como bienestar psicológico (eudaimónico), el cual Ryan y Deci (2001) “sitúan en el proceso de aquellos valores que nos hacen sentir vivos y auténticos, que nos hacen crecer como personas, y no tanto en las actividades que nos dan placer o nos alejan del dolor” (citado por Tomás, Meléndez & Navarro, 2008).

La perspectiva hedonista tiene sus orígenes en filósofos como Aristipo, (Meléndez; Tomás;& Navarro, 2009) y esta considera al bienestar en términos de placer/displacer, señala que el objetivo de la vida es experimentar la máxima cantidad de placer, convirtiéndose así la felicidad en la totalidad de momentos hedónicos que uno experimenta a lo largo de su vida.

Por otro lado, la perspectiva eudaemónica tiene sus orígenes en Aristóteles, (Meléndez; Tomás; &Navarro, 2009) que considera que la felicidad se encuentra en vivir de acuerdo con el verdadero ser, explotando los verdaderos potenciales de la persona. Según Ryff & Keyes (1995), ésta línea “se centra en el desarrollo personal de los individuos, en el estilo o manera en que afrontan los retos de la vida; en el esfuerzo por conseguir las metas deseadas”

Según Seligman & Csikszentmihalyi, (2000) “el estudio de los rasgos positivos, las fortalezas del carácter, las emociones positivas, las experiencias vividas, la familia, la escuela, el contexto y las relaciones positivas, etc”. (Kennedy &



Kramer, 2008; Kevin, 2009; Peterson, 2006, citado por Escarbajal, Izquierdo & López, 2014) producen efectos y cambios en el bienestar de los individuos y en sus procesos de inclusión social.

3.2. Tipos de bienestar

3.2.1. Bienestar Social

El bienestar social es “la valoración que hacemos de las circunstancias y el funcionamiento dentro de la sociedad” (Keyes, 1998). Este tipo de bienestar se caracteriza por evaluar el funcionamiento positivo del individuo dentro su entorno social. Se basa en la interpretación subjetiva de bienestar y satisfacción que los sujetos realizan de la sociedad en donde viven. Es importante mencionar que una persona no puede tener niveles altos de bienestar personal sin tener niveles elevados de bienestar social. (Keyes& López, 2002, citado por Escarbajal, Izquierdo & López, 2014), pues el estado de felicidad plena no solo se consigue con el estado de satisfacción de una persona consigo misma, sino con todo lo que le rodea (Hervás, 2009).

Keyes , (1998 citado por Valle, Beramendi & Delfino, 2011) diseñó una escala que evalúa el bienestar social, la cual indica si es que los individuos están satisfechos con su entorno, si están funcionando bien dentro del mismo y en qué grado lo están. La escala está compuesta por cinco dimensiones esenciales para evaluar la satisfacción social (Blanco & Díaz, 2005 citado por Valle, Beramendi & Delfino, 2011).

1. Integración social:

Keyes (1998) la define como “la evaluación de la calidad de las relaciones que mantenemos con la sociedad y con la comunidad”. Las personas con un alto



bienestar social sienten que pertenecen a una sociedad, por lo que establecen lazos sociales con familia, amigos, vecinos, etc.

2. *Aceptación social:*

Keyes (1998) manifiesta que es indispensable sentirse parte de una sociedad pero que este sentimiento de pertenencia debe verse marcado por cualidades como la confianza, la aceptación y actitudes positivas hacia los otros (honestidad, amabilidad, bondad, etc). Esta dimensión no solo implica reconocer al otro y aceptarlo, sino también aceptar los aspectos positivos y negativos de nuestra vida, a esto Keyes considera como salud mental.

3. *Contribución social:*

Para Keyes (1998), esta dimensión implica ser un miembro vital de la sociedad, capaz de ofrecer algo útil al mundo. Considera que la salud mental consiste, en que la confianza que tenemos en los otros y en nosotros mismos vaya acompañada del sentimiento de utilidad, es decir, sentir que las actividades que uno realiza son valoradas por la sociedad.

Esta dimensión también está relacionada con la capacidad de las personas para reconocer sus habilidades de organización, para llevar a cabo acciones dirigidas hacia un objetivo.

4. *Actualización social:*

Es la creencia en que la sociedad y los organismos que la conforman, son entidades dinámicas, que cambian y caminan en determinadas direcciones con el objetivo de alcanzar metas que puedan beneficiar a las personas, es confiar en el progreso y cambio social. (Blanco& Díaz, 2005)



De acuerdo a Keyes (1998), la gente más saludable desde el punto de vista mental, confía en el futuro de la sociedad, en su potencial de crecimiento y de desarrollo y 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” (Keyes, 1998)

Las personas con un alto nivel de bienestar social no solo se interesan por conocer el mundo en el que se desarrollan sino también desean entender los acontecimientos que ocurren a su alrededor, dotándolos de lógica y significado.

Keyes (1998), a partir de una investigación desarrollada en Estados Unidos, manifiesta que entre más años poseen las personas, surge un aumento de cuatro dimensiones del bienestar social: integración social, aceptación social, contribución social y actualización social. La coherencia social, sin embargo, disminuye.

En relación al género, una investigación en Argentina encontró que las mujeres presentaron puntuaciones más elevadas que los hombres en integración social, contribución social y actualización social (Zubieta & Delfino, 2010, citado por Valle, Beramendi & Delfino, 2011). Es decir, están satisfechas con las relaciones que mantienen con la sociedad, sienten que ofrecen algo valioso a la sociedad, considerándose útiles para la misma así como también confían en el futuro del contexto donde se desenvuelven.

Hay investigaciones que sugieren que el bienestar social debería incrementarse a medida que aumenta el nivel de educación (Blanco & Díaz, 2005, citado por Valle,



Beramendi & Delfino, 2011). Los mismos autores demostraron que el tener una preparación académica, permite responder con éxito a los desafíos o problemas sociales que se presentan. (Keyes, 1998, citado por Valle, Beramendi & Delfino, 2011)

3.2.2. Bienestar Psicológico

El bienestar psicológico analiza los aspectos que llevan a las personas a que se desarrollen plenamente, indagando cuales son los retos existenciales de la vida. (Díaz et al., 2006, citado por Valle, Beramendi & Delfino, 2011), también estudia los estilos de afrontamiento, para superar los desafíos vitales y el esfuerzo por alcanzar los objetivos propuestos (Blanco & Díaz, 2005, citado por Valle, Beramendi & Delfino, 2011).

El bienestar psicológico puede ser definido como “el desarrollo de las capacidades y el crecimiento personal, donde el individuo muestra indicadores de funcionamiento positivo” (Díaz, 2006 citado por Rodríguez, 2012, p. 7). Es necesario observar a las personas de manera total, tomando en cuenta la etapa del desarrollo en la que se encuentran y los roles que desempeñan en base a la misma, ya que cada periodo implica desafíos particulares, por lo que su percepción y evaluación de bienestar va a depender de diversos factores, ya sean laborales, económicos, ambientales, sociales entre otros (Ryff & Singer, 2008 citado por Rodríguez, 2012).

Ryff desarrolló un modelo integrado y multidimensional de bienestar, donde se han integrado conceptos de Maslow como la autorrealización, el funcionamiento pleno de Rogers, la madurez de Allport, las teorías sobre salud mental positiva de Jahoda y las teorías sobre el ciclo vital de Erikson, proponiendo seis dimensiones para evaluar el Bienestar Psicológico (Keyes, Ryff & Shmotkin, 2002):



1) *Autoaceptación:*

Las personas tienen actitudes positivas hacia sí mismas, reconocen sus capacidades así como también son conscientes y aceptan sus limitaciones.

Tener actitudes positivas hacia uno mismo es una característica fundamental del funcionamiento psicológico positivo (Keyes, Ryff & Shmotkin, 2002, citado por Díaz, Rodríguez, Blanco, Moreno, et al, 2006). Niveles altos de esta dimensión implica que las personas aceptan y reconocen aspectos positivos y negativos de sí mismas, es decir tienen una visión favorable de su vida. Por el contrario personas con bajos niveles se preocupan excesivamente por ser diferentes ya que se sienten insatisfechas con ellas mismas.

2) *Relaciones positivas con otras personas:*

La capacidad para amar es un componente fundamental del bienestar (Allardt, 1996, citado por Díaz, Rodríguez, Blanco, Moreno, et al 2006) y consiguientemente de la salud mental (Ryff, 1989, citado por Díaz, Rodríguez, Blanco, Moreno, et al 2006). Esta afirmación se corroboró en estudios realizados por Berkman, 1995; Davis, Morris, y Kraus, 1998; House, Landis, y Umberson, 1988, (citado por Díaz, Rodríguez, Blanco, Moreno, et al 2006) en los que se encontró que la soledad, el aislamiento social y la falta de apoyo de personas cercanas, puede estar relacionado con el riesgo de padecer enfermedades o disminuir el tiempo de vida.

Esta dimensión involucra la capacidad de mantener relaciones sociales estrechas, basadas en la confianza y que perduren en el tiempo. Se trata de personas que son capaces de generar empatía y brindarse a los demás.

3) *Autonomía:*



“Para poder sostener su propia individualidad en diferentes contextos sociales, las personas necesitan asentarse en sus propias convicciones, y mantener su independencia, autonomía y autoridad personal” (Ryff & Keyes, 1995). Las personas autónomas pueden manejar y resistir en mayor medida la presión social así como también controlar y regular mejor su comportamiento. (Ryff & Singer, 2002, citado por Díaz, Rodríguez, Blanco, Moreno, et al 2006).

4) *Dominio del entorno:*

Es la capacidad de las personas de poder ejercer control sobre el entorno en el que se desarrollan, pudiendo elegir o crear contextos que favorezcan la consecución de metas, para satisfacer sus propios deseos y necesidades, aprovechando las oportunidades del medio y siendo capaces de influir en el mismo.

5) *Propósito en la vida:*

Consiste en el establecimiento de metas u objetivos que den de significado a la vida, esto implica tener un propósito y esforzarse para conseguirlo.

6) *Crecimiento personal:*

“Toma como indicadores del bienestar la posibilidad de desarrollar las potencialidades y el crecimiento personal de los individuos” (Díaz et al., 2006). Son individuos que se interesan por potenciar sus capacidades y habilidades para lograr un desarrollo personal. Están en constante búsqueda del mejorar y crecer, por lo que están abiertos a nuevas experiencias.



En cuanto a las investigaciones que se han realizado sobre el tema, se han encontrado varios estudios en los que se relaciona el bienestar psicológico y el género, obteniéndose que tanto hombres como mujeres manifiestan una valoración positiva de su bienestar psicológico, sin embargo “los hombres exhiben mejores niveles en la dimensión de propósito en la vida mientras que las mujeres obtienen mayores puntuaciones en el crecimiento personal” (Yáñez y Cárdenas, 2010, citado por Zubieta, Muratori & Fernández, 2012). Estos estudios han revelado que los hombres consideran que las metas y los propósitos que se plantean les dan un sentido a su vida, así como también poseen una mayor sensación de control sobre el entorno. Por su parte, el género femenino considera que poseen más posibilidades de fomentar sus capacidades.

En lo referente al bienestar psicológico y la salud, Carol Ryff, (citado por Vásquez, Hervás, Rahona & Gómez, 2009) ha encontrado que las mujeres mayores con niveles altos en la dimensión de propósito en la vida, crecimiento personal y relaciones interpersonales favorables, el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares es menor.

“Un aspecto importante del papel del bienestar eudaimónico en la biología y la salud es que parece servir como un elemento amortiguador (buffer) o protector frente a los efectos adversos de experiencias negativas”. (Fredrickson, 2009, citado por Vásquez, Hervás, Rahona & Gómez, 2009, p.22)

3.2.3. Bienestar Subjetivo

El bienestar subjetivo se define como "una amplia categoría de fenómenos que incluye las respuestas emocionales de las personas, la satisfacción con los dominios, y los juicios globales sobre la satisfacción con la vida" (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999, p. 277). Además según Ryff (1989) el bienestar subjetivo tiene que ver con sentimientos de relajación, presencia de sensaciones positivas y ausencia de problemas.



“Un nivel elevado de bienestar subjetivo implica la percepción frecuente de afectividad positiva, una afectividad negativa sólo ocasional y percepción de estar satisfecho con la vida.”(Padrós Blázquez, 2002, Castro Solano, 2010; citado por Moyano, Martínez & Pilar, 2013)

Veenhoven (1994) definió el bienestar subjetivo en la manera en la que una persona juzga de un modo general o global su vida, utilizando dos elementos en esta evaluación, sus pensamientos o cogniciones y sus afectos. Diener y Lucas (1999, citado por Cabañero, Richart, Cabrero, Orts, Reig, & Tosal, 2004) también mencionan estos dos componentes: por un lado, los juicios cognitivos sobre satisfacción con la vida y, por otro, las evaluaciones afectivas sobre el humor y las emociones.

En este sentido y según Triadó, Villar, Solé, & Osuna (2003), el componente emocional o afectivo está relacionado con los sentimientos de placer y displeacer que experimenta la persona, en tanto que el componente de carácter cognitivo hace referencia a cómo el individuo juzga los logros que ha alcanzado o no a lo largo de su vida.

Existen estudios que refieren que ambos componentes están relacionados (Beiser, 1974; Diener, 1994; Kushman & Lane, 1980, citado por Meléndez, Tomás, & Navarro, 2009), pero otros autores explican que existen motivos para evaluarlos independientemente, ya que a lo largo del tiempo estos elementos pueden experimentar cambios.(De Haes, Pennink & Welvaart,1987; Stock, Okun & Benin, 1986; Okun & Stock, 1987, citado por Meléndez, Tomás, & Navarro, 2009)Según Villar, Triadó, Solé, & Osuna (2003), se ha comprobado que en la adultez media, el bienestar subjetivo parece no experimentar cambios significativos asociados a la edad.



3.2.4. “Teoría del bienestar” según Martin Seligman

Martin Seligman (2014) señala que quienes albergan emociones más positivas, mayor entrega y mayor sentido en su vida son los más felices y satisfechos con la vida, es por esto que propone potenciar las cualidades humanas para que funcionen como amortiguadores de la adversidad, es decir, se debe encontrar las cualidades o virtudes de las personas para lograr una mayor calidad de vida y bienestar. (Seligman, 1998; citado por Meléndez, Tomás, & Navarro, 2009)

En este sentido, la teoría del bienestar de Seligman (2014) integra cinco elementos que definen el bienestar, estos son: emoción positiva, compromiso, sentido, relaciones positivas y logros; a continuación se hablará brevemente de cada uno de ellos.

Emoción positiva: como elemento placentero, engloba al placer, éxtasis, comodidad, calidez, etc. Hace referencia a la felicidad y la satisfacción con la vida, estas se miden de forma subjetiva.

Compromiso: al igual que la emoción positiva, se mide solo de forma subjetiva, consiste en hacer un compromiso con nosotros mismos, nuestras fortalezas y la búsqueda de experiencias óptimas.

Sentido: hace referencia a la búsqueda de significado y propósito en nuestra vida. Pertenecer a algo más grande que uno mismo, y estar al servicio de los demás.

Relaciones positivas: al aumentar nuestras habilidades para relacionarnos con los demás, se produce un incremento de bienestar momentáneo.



Logros: los seres humanos tenemos la necesidad de sentirnos competentes y actuar con autonomía, es por ello que las personas persiguen el rendimiento, el éxito, los logros, y las victorias, permitiendo así el crecimiento y desarrollo de las capacidades humanas.

3.3. Autoeficacia

Según la teoría social cognitiva de Bandura (1997, citado por Veliz & Apodaca, 2012), la autoeficacia es un constructo que hace referencia a las creencias que tiene la persona acerca de sus propias habilidades para llevar a cabo las conductas deseadas en distintas situaciones. También se la define como la percepción que tienen las personas acerca de su capacidad para lograr una meta (Schunk & Zimmerman, 1997; Schwarzer, 1993, citado por Gómez, De Posada, Barrera & Cruz, 2007). La relación entre la auto-eficacia y el Bienestar Subjetivo (BS) fue constatada en un estudio de Lachman y Weaver (1998, citado por Gómez, De Posada, Barrera & Cruz, 2007) en el que se encontró que bajos niveles de BS estaban regidos por las creencias de tener o no control.

La autoeficacia ha demostrado tener relación con los comportamientos saludables (Schwarzer y Fuchs, 1995, citado por Veliz & Apodaca, 2012), la adhesión al tratamiento, los comportamientos promotores de salud y la disminución de los síntomas físicos y psicológicos (Tsay y Healstead, 2002, citado por Veliz & Apodaca, 2012). También se ha confirmado en varias investigaciones que la autoeficacia está relacionada con el bienestar; en Colombia se desarrolló un estudio en el año 2007, en el que se evaluó el bienestar subjetivo y su predicción a partir de la autoeficacia y la satisfacción con algunos dominios de la vida (p.ej., salud, relaciones afectivas, trabajo). Los resultados mostraron que entre mayor es la autoeficacia percibida mayor es también la percepción de Bienestar Subjetivo. Las correlaciones positivas del Bienestar Subjetivo con la Autoeficacia señalan



que ésta es una de las características de personalidad que promoverían el bienestar de las personas, aún en condiciones de adversidad. (Gómez, De Posada, Barrera, & Cruz, 2007).

Los individuos con percepciones altas de autoeficacia tienen mayor probabilidad de evaluar su salud como satisfactoria, estar menos enfermos o depresivos, y recuperarse de una manera más idónea de las enfermedades, que las personas con baja autoeficacia. (Grembowski et al., 1993, citado por Olivari-Medina & Urra-Medina, 2007) Las investigaciones revelan que altos niveles de autoeficacia tienen consecuencias positivas para el funcionamiento del individuo y su bienestar general (Grembowski, Patrick, Diehr, Durham, Beresford, Kay y Hetcht, 1993; Klein-Hessling, Lohaus y Ball, 2005, citado por Olivari-Medina & Urra-Medina, 2007).

3.4. Gratitud

Emmons & McCullough (2001, citado por Romero, 2015) definen a la gratitud como “un estado afectivo cognitivo resultante de la percepción de haber sido beneficiado por un agente externo, de manera solidaria, desinteresada y gratuita”. (p.6)

Existen investigaciones que demuestran que la gratitud es un predictor positivo para tener niveles altos de bienestar en la edad adulta, las personas agradecidas experimentan mayor bienestar y felicidad. (Lyubomirsky, DicKerhoof, Boehm & Sheldon, 2011, citado por Romero, 2015). Alarcón & Caycho (2015), desarrollaron un estudio sobre el vínculo entre la felicidad y la gratitud, encontrando que estas variables se relacionan positivamente, por lo que los sujetos que expresan mayores niveles de agradecimiento tienden a experimentar



mayores niveles de felicidad. (McCullough et al., 2002, citado por Alarcón & Caycho, 2015).

Wood et al. (2010, citado por Romero, 2015) recopilaron veinte trabajos que confirmaban la relación significativa existente ente la gratitud y el bienestar, encontrando que la gratitud se vincula con varios cuadros clínicos relevantes como las psicopatologías, especialmente con la depresión. La gratitud junto con las cualidades de poder apreciar, percibir y saborear las experiencias de la vida se consideran factores determinantes para el bienestar de las personas. (Martínez, 2006, citado por Romero, 2015).



CAPÍTULO IV

4. METODOLOGÍA

4.1. Enfoque

La metodología de esta investigación es de carácter cuantitativo, por lo que llevamos a cabo la recolección y el análisis de datos en base a un análisis estadístico, con la finalidad de responder a la pregunta de investigación de nuestro estudio y cumplir con los objetivos planteados.

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 salud subjetiva experimentados por personas que se encuentran en la adultez media, tomando en consideración de la presencia o ausencia de discapacidad .

4.3. Pregunta de investigación

¿Existe relación entre el bienestar y las variables autoeficacia, gratitud y percepción subjetiva de salud de personas con y sin discapacidad física que se encuentran en la adultez media?

4.4. Hipótesis

A mayor autoeficacia, gratitud y salud subjetiva percibida, mayor nivel de bienestar experimentado por personas que se encuentran en la adultez media.



4.5. Objetivos

Objetivo General:

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

Objetivos Específicos:

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

4.6. Muestra

Para efecto de la presente investigación contamos con un universo de estudio constituido por todos los adultos con y sin discapacidad física que se encuentran



en la adultez media que residen en el cantón Cuenca. Del universo de estudio procedimos a seleccionar una muestra intencional de 30 adultos con discapacidad física y 30 adultos sin discapacidad, que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión.

Criterios de inclusión:

Se incluyeron adultos cuyas edades oscilan desde los 40 años a 64 años, con y sin discapacidad física, que residen en el Cantón Cuenca y que expresaron su deseo de participar con la investigación.

Criterios de exclusión:

No participaron en el estudio, adultos mayores a los 65 años en adelante o menores de 40 años, con y sin discapacidad física, tampoco personas con enfermedades físicas crónicas, que residen en el Cantón Cuenca un tiempo menor a un año y que expresaron su deseo de no participar con la investigación.

Adultos cuyas edades oscilen entre 40 años a 64 años que presenten discapacidad múltiple y un deterioro cognitivo grave.

Adultos cuyas edades oscilen entre 40 años a 64 años con discapacidad auditiva y sean analfabetos.

Adultos cuyas edades oscilen entre 40 años a 64 años con discapacidad intelectual grave.

4.7. Procedimiento

El procedimiento del presente estudio fue dividido en fases, inicialmente llevamos a cabo la aplicación de las encuestas a personas sin discapacidad, una vez que llenaron los respectivos consentimientos informados, los sujetos de 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. Procedimos a contactar telefónicamente y explicar los objetivos del estudio, con quienes aceptaron participar, agendamos una visita domiciliaria para efectuar la encuesta. Además utilizamos como método de muestreo la técnica de bola de nieve, la cual consistió en contactar a una persona conocida con discapacidad que cumpla con nuestros criterios de inclusión, esta persona nos proporcionaba información de otro sujeto para que continuemos con la aplicación de encuestas, posteriormente proseguimos de la misma manera hasta obtener el número suficiente de sujetos.

4.8. Instrumentos de medición

Para la medición del bienestar, empleamos la Escala Perma, este instrumento consta de 22 ítems que evalúan los 5 pilares del Bienestar según la Teoría de Martin Seligman, a los que 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

Evaluamos al menos una de las fortalezas psicológicas en este caso la gratitud, por ello utilizamos el cuestionario de gratitud que fue creado por McCullough, Emmons & Tsang (2002) con el fin de evaluar la gratitud disposicional. 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 debe asignar 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 .90 a .95 mediante análisis factorial confirmatorio. Su consistencia interna oscila entre .76 y .84 mediante el alpha de Cronbach (McCullough, Emmons & Tsang (2002).

Además utilizamos el Spanish Adaptation of the General Self-Efficacy Scale Auto-Eficacia Generalizada por Judith Bäßler, Ralf Schwarzer & Matthias Jerusalem, 1993, adaptado por Suárez, P., Pérez, A. & Bermúdez, J. (2000). 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, citado por Barriga, 2008).

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

4.9. Procesamiento de datos

Con los datos obtenidos, a través de la aplicación de los cuestionarios, previamente codificados, construimos una matriz de datos en SPSS.

Partimos de un análisis descriptivo básico, para luego proceder con un nivel descriptivo relacional, por ello utilizamos inicialmente tablas de contingencia y la prueba T Student para efectuar la comparación entre grupos (personas con y sin discapacidad).



Universidad de Cuenca

Finalmente, para establecer en qué medida las dimensiones del bienestar se relacionan con los niveles de autoeficacia y gratitud, establecimos dos modelos de regresión lineal simple con un nivel de confianza del 95%.



CAPÍTULO V

5. ANÁLISIS, DISCUSIÓN DE RESULTADOS Y CONCLUSIONES

5.1. Análisis de los resultados

5.1.1. Características sociodemográficas de los participantes

De nuestra población de estudio encuestamos a 30 adultos con discapacidad física y 30 adultos sin discapacidad, cuyas edades oscilan entre los 40 y 64 años de edad con una media de 52,97, de los cuales 36,7% de los hombres y 63,3% de las mujeres no tenían una discapacidad física, mientras que el 30% de los hombres y 70% de las mujeres sí la tenían. El estado civil predominante fue “casados” con un 66,7% en personas sin discapacidad y 40% en personas con discapacidad. (Véase Tabla 1)

En cuanto al nivel de estudios más alto al que asisten o asistieron, encontramos que la mayoría de la población encuestada no cursó el bachillerato, tanto en personas con discapacidad como sin discapacidad, con un 36,7 y 40 % respectivamente. Cabe recalcar que un 30% de personas con discapacidad alcanzaron culminar sus estudios universitarios siendo mayor el porcentaje a comparación de un 26,7 % de personas sin discapacidad.

Preguntamos a los encuestados si el ingreso económico que reciben mensualmente supera la canasta básica de \$668, el 53,3 % de personas sin discapacidad lo hace, frente a un alto porcentaje (70%) de personas con discapacidad que no lo supera. En lo referente al aspecto laboral, tanto personas con y sin discapacidad se encuentran desempleadas con porcentajes elevados del 56,7% y 63,3% respectivamente.



Tabla. 1

Variables sociodemográficas de la muestra

Variables demográficas		sin discapacidad		con discapacidad	
		n	%	n	%
Estado civil	Soltero	1	3,3	5	16,7
	Casado	20	66,7	12	40
	Unido	1	3,3	2	6,7
	Separado	1	3,3	2	6,7
	Divorciado	5	16,7	6	20
	Viudo	2	6,7	3	10
	Total	30	50	30	50
Nivel instrucción	sin instrucción	1	3,3	1	3,3
	sin bachillerato	12	40	11	36,7
	con bachillerato	9	30	9	30
	Estudios universitarios completos	8	26,7	9	30
	Total	30	50	30	50
Ingresos mensuales	más de \$668	8	53,3	9	30
	menos de \$668	7	46,7	21	70
	total	15	25	30	50
Trabaja	No	19	63,3	17	56,7
	Si	11	3,7	13	43,3
	Total	30	50	30	50



Sexo	hombre	11	36,7	9	30
	Mujer	19	63,3	21	70
	Total	30	50	30	50

5.1.2. Diferencias en los niveles de bienestar en personas con y sin discapacidad física que se encuentran en la adultez media

La muestra total registró una media global de 118, lo que significa que los encuestados tienen una percepción elevada de bienestar (siendo el valor mínimo 59 y el valor máximo 148). Con el objeto de descartar la influencia de la discapacidad en los niveles de bienestar efectuamos un prueba T Student para muestras independientes. Por ello en primer lugar ejecutamos la prueba de Kolmogorov-Smirnov, comprobando que la variable bienestar en ambos grupos se comporta como una curva normal ($K-S = ,084$; $p = ,200$) para los 60 participantes, gracias a ello pudimos aplicar la Prueba T Student. Posteriormente al ejecutar la prueba de Levene se comprueba que las varianzas son iguales ($F = 2,417$; $p = ,126$). Por ello podemos concluir que los individuos que tienen o no discapacidad física no presentan diferencias significativas en las medias de los niveles de bienestar (Véase tabla. 2)

Tabla 2.

Niveles de bienestar subjetivo en personas con y sin discapacidad física que se encuentran en la adultez media.

¿Tiene algún tipo de discapacidad?					Estadísticos	
	Media	N	D T	t	p	
No	115,9655	30	18,20417	-,734	,464	
Si	120,0000	30	23,42854			
Total	118,0169	60	20,94203			



5.1.3. Relación entre los niveles de autoeficacia y el bienestar experimentado por personas con y sin discapacidad física que se encuentran en la adultez media

Encontramos una relación directa alta entre el bienestar y la autoeficacia ($r=0,640$; $p=0,000000$). Posteriormente, con el objetivo de conocer si los niveles de autoeficacia de los adultos con y sin discapacidad física son un buen predictor de los niveles de bienestar efectuamos un modelo de regresión lineal simple que determinó que aproximadamente el 41% de la variabilidad del bienestar es explicado por la autoeficacia ($R^2=0,410$). (Véase Figura 1 y Tabla. 3)

Además encontramos un error típico de la estimación: (Se) Desviación típica de los residuos (Variabilidad no explicada por la recta de regresión) que corresponde al 16,23187(Véase Tabla.3).

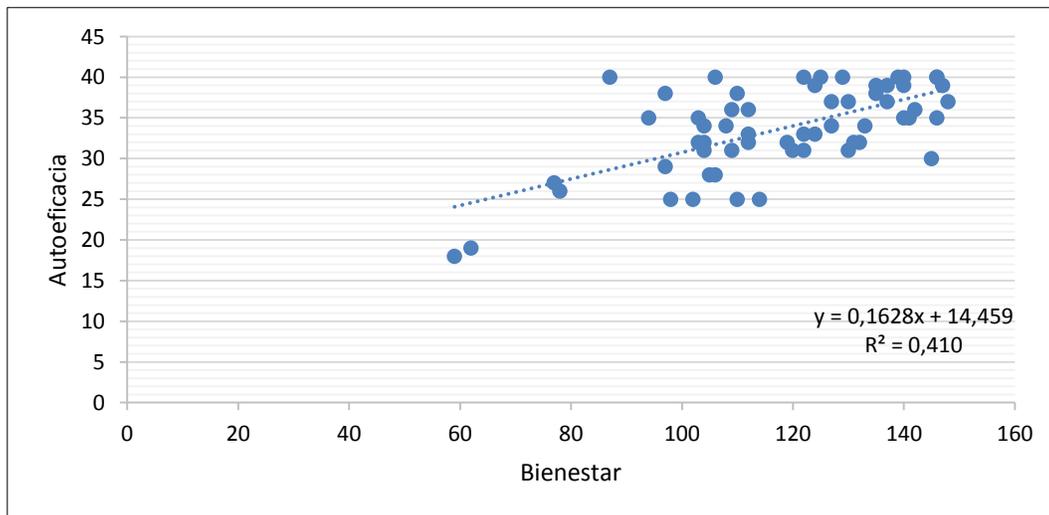


Figura 1. Relación entre autoeficacia y bienestar



Tabla.3

Resumen del modelo “Relación entre los niveles de autoeficacia y bienestar”

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación
1	,640 ^a	,410	,399	16,23187

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 quiere decir que sí hay relación de dependencia entre los niveles de bienestar y los niveles de autoeficacia en adultos con o sin discapacidad . Por lo tanto ambas variables están linealmente relacionadas (Véase Tabla.4)

Tabla.4

Análisis de Anova “Relación entre los niveles de autoeficacia y bienestar”

Modelo	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.	
1	Regresión	10418,985	1	10418,985	39,545	,000
	Residuo	15017,998	57	263,474		
	Total	25436,983	58			

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. 5

Coefficientes “Relación entre los niveles de autoeficacia y bienestar”

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados		
		B	Error estándar	Beta	t	Sig.
1	(Constante)	33,308	13,635		2,443	,018
	Autoeficacia total	2,515	,400	,640	6,288	,000

5.1.4. Relación entre los niveles de gratitud y el bienestar experimentado por personas con y sin discapacidad física que se encuentran en la adultez media

Evidenciamos una relación directa alta entre el bienestar y la gratitud ($r = 0,515$; $p = 0,000030$). Posteriormente, con el objetivo de conocer si los niveles de gratitud de los adultos con y sin discapacidad física son un buen predictor de los niveles de bienestar ejecutamos un modelo de regresión lineal simple que determinó que aproximadamente el 26,5 % de la variabilidad del bienestar es explicado por la gratitud ($R^2 = 0,265$). (Véase Figura. 2 y Tabla 7)

Además encontramos un error típico de la estimación: (Se) Desviación típica de los residuos (Variabilidad no explicada por la recta de regresión) que corresponde que corresponde al 18, 10499. (Véase Tabla. 7)

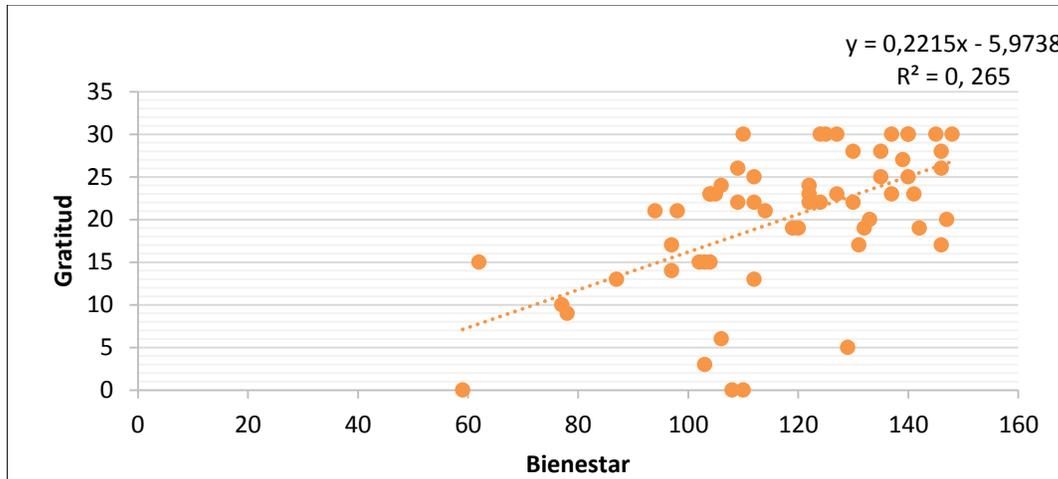


Figura2. Relación entre gratitud y bienestar

Tabla. 7

Resumen del modelo “Relación entre los niveles de gratitud y bienestar”

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación
1	,515 ^a	,265	,253	18,10499

En el análisis de Anova encontramos que el nivel de significación de F es superior a 0.05 por ello se rechaza la hipótesis de independencia, lo cual quiere decir que si hay relación de dependencia entre los niveles de bienestar y los niveles de gratitud en adultos con y sin discapacidad. Por la tanto ambas variables están linealmente relacionadas (Véase Tabla.8)



Tabla.8

Análisis de Anova “Relación entre los niveles gratitud y bienestar”

	Modelo	Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	6752,909	1	6752,909	20,601	,000
	Residuo	18684,074	57	327,791		
	Total	25436,983	58			

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. 9)

Tabla. 9

Coefficientes “Relación entre los niveles de gratitud y bienestar”

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados		Sig.
		B	Error estándar	Beta	t	
1	(Constante)	54,968	14,089		3,901	,000
	Gratitud total	2,072	,457	,515	4,539	,000

5.1.5. Relación entre los niveles de percepción subjetiva de salud y el bienestar experimentado por personas con y sin discapacidad física que se encuentran en la adultez media



Identificamos una relación directa entre el bienestar subjetivo y la percepción subjetiva de la salud ($r = 0,573$; $p = 0,000002$). A continuación, para conocer si los niveles de percepción subjetiva de salud de los adultos con y sin discapacidad física son un buen predictor de los niveles de bienestar, realizamos un modelo de regresión lineal simple que determinó que aproximadamente el 33% de la variabilidad del bienestar es explicado por la percepción subjetiva de la salud ($R^2 = 0,328$). (Véase Figura. 3 y Tabla. 10)

Además encontramos un error típico de la estimación: (Se) Desviación típica de los residuos (Variabilidad no explicada por la recta de regresión) que corresponde al 17,31141. (Véase Tabla. 10)

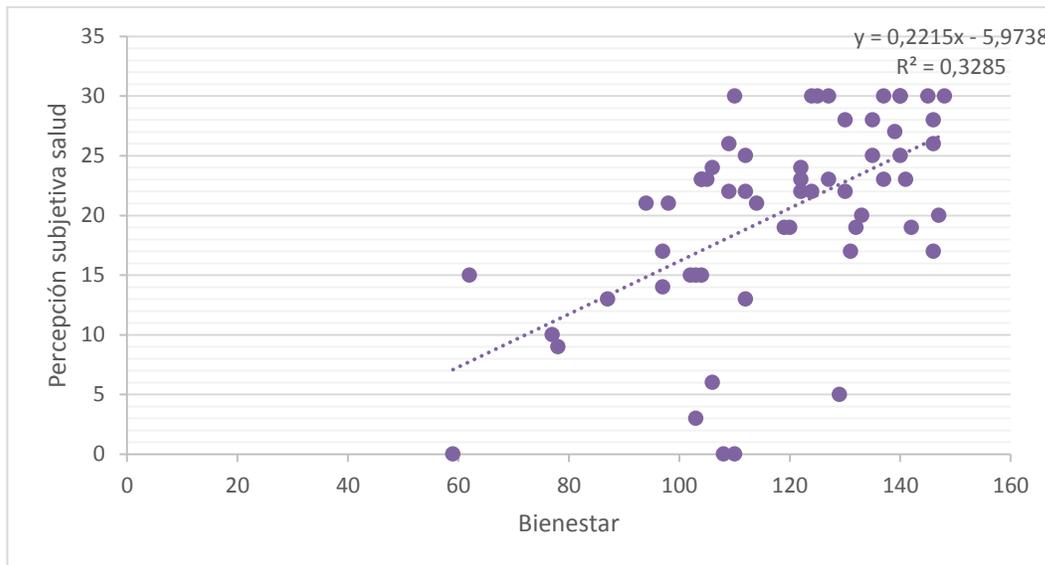


Figura 3. Percepción subjetiva de salud y bienestar

Tabla. 10

Resumen del modelo “Relación entre los niveles de percepción subjetiva de la salud y bienestar”

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación
1	,573	,328	,317	17,31141



En el análisis de Anova encontramos que el nivel de significación de F es superior a 0.05 por ello se rechaza la hipótesis de independencia, lo cual quiere decir que sí existe relación de dependencia entre los niveles de bienestar y los niveles de percepción subjetiva de salud en adultos con y sin discapacidad. Por tanto ambas variables están linealmente relacionadas (Véase Tabla.11)

Tabla.11

Análisis de Anova “Relación entre los niveles percepción subjetiva de la salud y bienestar”

Modelo	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1 Regresión	8354,938	1	8354,938	27,879	,000 ^b
Residuo	17082,045	57	299,685		
Total	25436,983	58			

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 percepción subjetiva de salud). (Véase Tabla. 12)

Tabla.12

Coeficientes “Relación entre los niveles de percepción subjetiva de la salud y bienestar”

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados		
		B	Error estándar	Beta	t	Sig.
1	(Constante)	88,111	6,096		14,454	,000
	Salud total	1,483	,281	,573	5,280	,000



5.2. Discusión de los resultados y conclusiones

Nuestra investigación cumplió con el objetivo general que consistió en determinar si las siguientes variables: autoeficacia, gratitud y percepción subjetiva de la salud están relacionadas con los niveles de bienestar en personas con y sin discapacidad física que se encuentran en la adultez media, gracias a los análisis de regresión lineal, comprobamos que hay una relación de dependencia entre todas las variables mencionadas y los niveles de bienestar, debido a que en el análisis de Anova de las variables estudiadas, encontramos que el nivel de significación de F es inferior a 0.05, concluimos que las variables están linealmente relacionadas. En el resumen de los modelos pudimos observar que el coeficiente de determinación: R^2 que expresa el porcentaje de varianza de la variable dependiente bienestar, está explicada por las variables independientes: autoeficacia por un 41%, gratitud por un 26,5% y percepción subjetiva de la salud por un 32,8%.

A partir de la evidencia empírica pudimos comprobar que no existen diferencias significativas en los niveles de bienestar en ambas muestras, esto puede ser debido a los recursos sociales con los que cuentan las personas, así como las creencias religiosas y la aceptación y adaptación a su condición de salud. Esta información resulta significativa para fomentar actividades que incrementen los niveles de autoeficacia y gratitud, logrando así aumentar los niveles de bienestar en las personas de nuestro medio.

En nuestro estudio respecto a las variables sociodemográficas en personas con y sin discapacidad física en la adultez media, evidenciamos que el estado civil predominante es “casados”, el cual genera mejores niveles de bienestar ya que representa un mayor apoyo social entre las parejas. En cuanto al aspecto económico, las personas con discapacidad en un alto porcentaje (70%)



reportan tener un ingreso que no supera la canasta básica, por otro lado las personas sin discapacidad se mostraron resistentes a responder esta pregunta, por lo que no contamos con datos suficientes para obtener un porcentaje confiable. Es importante resaltar, que existe un alto porcentaje de desempleo en ambas muestras.

En cuanto al primer objetivo específico planteado, en el que comparamos los niveles de bienestar de personas con y sin discapacidad física, llegamos a la conclusión de que los individuos no presentan diferencias significativas en las medias de los niveles de bienestar, esto puede ser debido a que “no parece ser la salud objetiva en sí misma la que determina los efectos sobre el bienestar, sino más bien la percepción que se tenga de ella” (Diener, 1999 citado por Gómez, De posada, Barrera & Cruz, 2007) Así mismo, en una investigación realizada por Bilbao (2009), se encontró que las personas que tienen una autoimagen y auto concepto positivo de sí mismo, es decir una visión positiva del yo, muestran mejores puntuaciones en las diferentes dimensiones de bienestar propuestas por Ryff.(Concha, D., Bilbao, M., Gallardo, I., Páez, D. & Fresno, A. 2012)

De acuerdo a los datos evidenciados en el análisis estadístico, en cuanto a la relación existente entre los niveles de autoeficacia y bienestar experimentados por las personas con y sin discapacidad, evidenciamos que la autoeficacia es un buen predictor de los niveles de bienestar. Existen estudios que corroboran esta información, por ejemplo en Colombia se llevó a cabo una investigación en el año 2007, en la que se evaluó el bienestar subjetivo y su predicción a partir de la autoeficacia y la satisfacción con algunos dominios de la vida (p.ej., salud, relaciones afectivas, trabajo), los resultados demuestran que conforme se elevan los niveles de autoeficacia percibida, se elevan también los niveles de percepción de Bienestar Subjetivo. “Las correlaciones positivas del Bienestar Subjetivo con la Autoeficacia, señalan que ésta es una de las características de personalidad que



promoverían el bienestar de las personas, aún en condiciones de adversidad”. (Gómez, De Posada, Barrera, & Cruz, 2007).

En cuanto a la relación entre los niveles de gratitud y bienestar, concluimos que hay relación de dependencia entre las variables, lo que concuerda con investigaciones efectuadas, en donde se encontró evidencia que demuestra la influencia positiva que ejerce la gratitud sobre el bienestar en la edad adulta, las personas agradecidas disfrutaban de bienestar y felicidad (Lyubomirsky, DicKerhoof, Boehm & Sheldon, 2011 citado por Romero, 2015).

McCullough et al. (2002) efectuaron un estudio con el propósito de demostrar que la gratitud y las emociones positivas, juegan un papel importante en relación con el bienestar. En la investigación se encontró “una correlación positiva entre la gratitud y niveles elevados de emociones positivas, como la satisfacción con la vida, la vitalidad y el optimismo. Además la gratitud se correlacionó negativamente con el afecto negativo, mostrando unos niveles bajos en depresión y ansiedad”. (Citado por Romero, 2015)

En una investigación sobre la relación entre la gratitud y el bienestar, recopilaron veinte estudios que confirmaban dicho vínculo, señalando que la gratitud se relaciona con varios fenómenos clínicamente relevantes como las psicopatologías, especialmente con la depresión. (Wood et al. 2010 citado Romero, 2015), esta relación se efectuó considerando a la gratitud desde un enfoque positivo de la vida, siendo este un reforzador que no permite que se desarrolle la triada negativa de Beck, que consiste en la presencia de creencias negativas sobre uno mismo, el mundo y el futuro, cogniciones frecuentes en la depresión. (Wood, Froh & Geraghty, 2010)



Por otra parte, los resultados de nuestra investigación, mostraron una correlación directa entre la percepción subjetiva de salud y el bienestar de personas con y sin discapacidad, estudios afirman que “la felicidad como el bienestar están relacionados con la salud física y mental, por lo que se puede aseverar que el estado de salud de las personas, es un determinante significativo en la calidad de vida”. (Azpiazu, Cruz, Villagrasa, García & Alvear, 2010 citado por Piquimil 2013). Varias investigaciones han encontrado que sujetos que presentan altos afectos positivos, tienen mejores niveles de salud física y mental, así como también se desenvuelven de mejor manera en la sociedad. (Lyubomirsky, King & Diener, 2005 citado por Piquimil, 2013)

Los estudios que relacionan la salud y el bienestar, sugieren que el vínculo existente entre estas variables no es directo, ya que no existen medidas objetivas de este fenómeno, debido a que el bienestar y la salud y enfermedad pueden medirse por medio de factores externos como son el tipo de enfermedad, la adaptación a la misma, la comparación social que se efectúa y el significado e importancia que cada individuo le brinde a su estado de salud. (Barrientos, 2005 citado por Piquimil, 2013). Esta correlación depende de la percepción que tenga la persona sobre su situación actual, en muchos casos los problemas de salud pueden influir de manera negativa en el bienestar si se interpone en la realización de metas previamente establecidas. (Diener, Suh, Lucas & Smith 1999, citado por Piquimil, 2013)

Mediante la revisión teórica podemos concluir que el bienestar es un constructo complejo influenciado por múltiples variables y que ha sido estudiado desde tres vertientes, siendo estas, el bienestar social, el cual nos habla de la satisfacción que perciben los individuos dentro de la sociedad en la que se desenvuelven; el bienestar psicológico, que consiste en el crecimiento personal que logran los individuos a partir del desarrollo de sus potencialidades; y



por último, el bienestar subjetivo, en donde la persona evalúa de manera general su vida, en base a sus cogniciones y afectos.

LIMITACIONES

La principal limitación fue el tamaño de la muestra, ya que al ser pequeña, afecta a la confiabilidad de los resultados de la encuesta, llevando a una mayor variabilidad, pudiendo generar sesgos y amenazar la capacidad de generalización de los resultados en cuanto a los diferentes sectores sociales.

RECOMENDACIONES

Vemos necesario complementar el estudio con entrevistas abiertas, y de esta manera identificar cuáles son las variables cualitativas que determinan el bienestar en las personas con y sin discapacidad que se encuentran en la adultez media, ya que pudimos evidenciar que información valiosa como el sentido de pertenencia, la espiritualidad, la influencia de relaciones sociales, metas a alcanzar, el deseo de superación, etc., se pierde con tan solo la aplicación de encuestas.

También recomendamos tomar en cuenta los resultados del presente estudio para la elaboración de programas de empleo, ya que el porcentaje de desempleo es alto tanto en personas con y sin discapacidad.



REFERENCIAS

Aceldo-Rodriguez, M., Aguado-Díaz, A., Arias-Martínez, B., González-González, M., Rozada-Rodriguez, C. (2008). Escala de Calidad de Vida (ECV) para personas con discapacidad que envejecen: estudio preliminar. *PsychosocialIntervention*, 17 (2). Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592008000200005&lng=es.

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. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2972/297233780004.pdf>

Alpizar, W. (2005). Hacia la construcción del concepto integral de adultez. *Revista enfermería actual en Costa Rica*, 10(5) Recuperado de: <http://www.revistas.ucr.ac.cr/index.php/enfermeria/article/viewFile/10704/10096>

American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (2013) *Definition of intellectual disability*. Recuperado de http://aaidd.org/intellectual-disability/definition#.VqYj_F11zIU

Barriga, M. (2008). *Estrategias de afrontamiento, percepción de autoeficacia y rendimiento académico en adolescentes de colegios municipales de Talca*. (Tesis de grado). Universidad de Talca. Chile. Recuperado de http://dspace.otalca.cl:8888/ciencias_empresariales/psicologia/48664.pdf

Blanco, A., Díaz, D. (2005). El bienestar social: su concepto y medición. *Psicothema*, 17 (4), 582-589. Recuperado de:



<http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=3149>

Bordignon, N. (2005). El desarrollo psicosocial de Eric Erikson: El diagrama epigenético del adulto. *Revista Lasallista de Investigación*, 2 (2), 50-63. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=69520210>

Botero, P. & Londoño, C. (2013). Psychosocial predictors of quality of life in people experiencing physical disability. *Acta Colombiana de Psicología*, 16 (2), 125-137. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552013000200012&lng=en&tlng=es

Cabañero, M., Richart, M., Cabrero, J., Orts, M., Reig, A & Tosal, B. (2004). Fiabilidad y validez de la Escala de Satisfacción con la Vida de Diener en una muestra de mujeres embarazadas y puérperas. *Psicothema*, 16 (3), 448-455. Recuperado de <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=3017>

Carmona-González, E., Martínez-Suárez, G., Niño-Jiménez, L., Rodríguez-Barragán, A., Sierra-Puerto, P & Uribe-Valdivieso, C. (2009). Estilos Vinculares Y Afrontamiento De La Pareja En La Transición Del Nido Vacío. *Revista Contexto*, 1-8. Recuperado de http://www.contextos-revista.com.co/Revista%202/A1_Estilos_vinculares.pdf

Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF). (2001). Recuperado de http://conadis.gob.mx/doc/CIF_OMS.pdf

Concha, D., Bilbao, M., Gallardo, I., Páez, D. & Fresno, A. (2012). Sesgos cognitivos y su relación con el bienestar subjetivo. *Salud & Sociedad: investigaciones en psicología de la salud y psicología social*, 3(2), 115-129. Recuperado de



http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-74752012000200001&lng=pt&tlng=es.

Consejo Nacional de Igualdad de Discapacidades. (2013). *Agenda Nacional para la igualdad en discapacidades 2013-2017*. Ecuador. Recuperado de <http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/09/Agenda-Nacional-para-Discapacidades.pdf>

Cornachione, M. (2006). *Psicología del desarrollo, adultez: aspectos biológicos, psicológicos y sociales*. Recuperado de https://books.google.com.ec/books?id=3BznIWWshLEC&pg=PA29&dq=aspectos+psicologicos+sobre+la+adultez&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjxirPgho_LAhVG_R4KHQLRBFQQ6AEIGzAA#v=onepage&q=aspectos%20psicologicos%20sobre%20la%20adultez&f=false

Deysi, C. (2013). *Autoestima de la mujer en etapa de climaterio*. Universidad Veracruzana. Recuperado de <http://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/35714/1/candelariopatroiciodeysi.pdf>

Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C. & Van Dierendock, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18(3), 572-577. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/3255.pdf>

Diener, E., Suh, E., Lucas, R., & Smith, H. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125 (2), 276-302. Recuperado de http://stat.psych.uiuc.edu/~ediener/Documents/Diener-Suh-Lucas-Smith_1999.pdf



Duggan, C., Dijkers, M. (2001). Quality of life after spinal cord injury: A qualitative study. *Rehabilitation psychology*, 46 (1), 3-27. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Colette_Duggan2/publication/232494743_Quality_of_life_after_spinal_cord_injury_A_qualitative_study/links/0deec53975aca38728000000.pdf

Escarbajal-Frutos, A., Izquierdo-Rus, T & López-Martínez, O. (2014). Análisis del bienestar psicológico en grupos en riesgo de exclusión social. *Revista anales de psicología*, 30 (2), 541-548. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-97282014000200017&script=sci_arttext

Garrison, M. (2002). *Psicología*. México. Segunda edición. McGraw-Hill

Gómez, V; De posada, C; Barrera, F & Cruz, J. (2007). Factores predictores de bienestar subjetivo en una muestra colombiana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39(2), 311-325. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-05342007000200008&lng=en&tlng=es.

Guevara, C. (2000). *Psicología Evolutiva*. Ecuador. Ediciones de la Universidad Politécnica Salesiana.

Hervás, G. (2009). Psicología positiva: Una introducción. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 23 (3) 66, 23-41. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/274/27419066003.pdf>

Jensen, M., Moore, R., Bockow, B., Ehde, D., & Engel, J. (2011). Psychosocial Factors and Adjustment to Chronic Pain in Persons With Physical



Disabilities: A Systematic Review. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 92(1), 146–160. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3028590/>

Keyes, C. (1998). Social Well-being. *Social Psychology Quarterly*.61 (2), 121-140. Recuperado de <http://www.midus.wisc.edu/findings/pdfs/58.pdf>

Keyes, C., Ryff, C., &Shmotkin, D. (2002). Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82 (6), 1007-1022. Recuperado de <http://www.aging.wisc.edu/midus/findings/pdfs/62.pdf>

Magna, p., Pazzagli, A. (2007). La crisis de la mediana edad: el periodo de la menopausia en la mujer. *Tredimensioni*, 4, 162-173. Recuperado de: <http://www.isfo.it/files/File/Spagnolo/e-Magna07.pdf>

Marini, I., Glover-Graf, N., Millington, M. (2012). *Psychosocial aspects of disability: Insider perspectives and counseling strategies*. Springer publishing Company. Nueva York. Recuperado de https://books.google.com.ec/books?id=D6IYO_28vBEC&pg=PA266&lpg=PA266&dq=impact+of+disability+in+middle+adulthood&source=bl&ots=WB9_g7dxs5&sig=zKBlaAwGniydqjd-xlsH0b8pMmM&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwiT2qeJ7uvJAhVHQZAKHVqQBx4Q6AEIQzAE#v=onepage&q=impact%20of%20disability%20in%20middle%20adulthood&f=false

McCullough, M., Emmons, R. & Tsang, J. (2002). The grateful disposition: A conceptual and empirical topography. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(1). Recuperado de



<http://greatergood.berkeley.edu/pdfs/GratitudePDFs/7McCullough-GratefulDisposition.pdf>

Meléndez, J., Tomás, J. & Navarro, E. (2009). Envejecimiento y bienestar: Avances en investigación. *Persona*, 83-103. Recuperado de <http://www.uv.es/melendez/envejecimiento/envejeybienestar.pdf>

Ministerio de Educación Nacional. (2006). *Orientaciones pedagógicas para la atención educativa estudiantes con discapacidad cognitiva*. Recuperado de: http://www.colombiaaprende.edu.co/html/micrositios/1752/articles-320691_archivo_5.pdf

Ministerio de Inclusión Económica y Social (2013). *Modelo de gestión para la atención inclusiva de personas con discapacidad*. Ecuador. Recuperado de <http://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/11/Modelo-de-Atenci%C3%B3n-Inclusiva-para-personas-con-discapacidad.pdf>

Moyano, N., Martínez, M & Pilar, M. (2013). Propiedades Psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida de Diener. *Revista Argentina De Clínica Psicológica*, 161–168. Recuperado de http://www.clinicapsicologica.org.ar/download_file.php?id=221&hax=NPMU3V38SJ

NationalEyeInstitute. (2012). *Definiendo la miopía*. Recuperado de: <https://nei.nih.gov/health/espanol/miopia/miopia>

Olivari-Medina, C & Urra-Medina, E. (2007). Autoeficacia y conductas de salud. *Ciencia y enfermería*, 13(1), 9-15. Recuperado de [http://www.scielcl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532007000100002](http://www.scielcl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532007000100002&lng=es&tlng=es). 10.4067/S0717-95532007000100002.



Organización Mundial de la Salud. (2015). *Sordera y pérdida de audición*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs300/es/>

Ozols, M (2007). Actividad física y discapacidad. MH Salud, (4) Recuperado de <http://redalyc.org/articulo.oa?id=237017534001>

Padilla, A. (2010). Discapacidad: contexto, concepto y modelos. *International Law, Revista Colombiana de Derecho Internacional* (16), 381-414. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-81562010000100012&lng=en&tlng=es.

Padrós Blázquez, F. (2002). *Disfrute y Bienestar Subjetivo. Un estudio psicométrico de la gaudibilidad*. (Tesis doctoral). Universidad Autónoma de Barcelona, España. Recuperado de <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/4741/fpb1de2.pdf?sequence=1>

Papalia, D. (2009). *Desarrollo humano*. México. McGraw-Hill

Piquimil, L. (2013). *Estado de salud real y percibido y su relación con bienestar psicológico y calidad de vida en trabajadores de empresas proveedoras de servicios a la minería*. (Tesis Maestría). Universidad Católica del Norte. Chile. Recuperado de <http://es.slideshare.net/luispiquimil/estado-de-salud-real-y-percibido-y-su-relacin-con-bienestar-psicologico-y-calidad-de-vida-en-trabajadores-de-emprendoras-de-servicios-a-la-minera-rev5>

Puell, C. (2006). *Óptica fisiológica*. Madrid. Recuperado de: <https://books.google.com.ec/books?id=8oLkmt2iT8IC&pg=PA179&dq=presbicia&hl=es&sa=X&ved=0CBsQ6AEwAGoVChMI4NS398fTxwIVhigeCh3Zyw2c#v=onepage&q=presbicia&f=false>



Quiñonez, A. (2014). *Actividades recreacionales en personas con discapacidad y la disminución de irritabilidad. "Casa hogar MIES - Conocoto" 2012-2013*. Universidad Central del Ecuador. Recuperado de <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/3596/1/T-UCE-0007-44.pdf>

Restrepo, M & Clavijo, L. (2004). *La construcción de la identidad del adolescente sordo*. Universidad de Manizales. Recuperado de http://ridum.umanizales.edu.co:8080/xmlui/bitstream/handle/6789/276/Restrepo_Montes_Monica_2004.pdf?sequence=1

Rivera, M. (2007). Aplicación de la Teoría del Desarrollo de Daniel Levinson a la Consejería Universitaria. *Revista Griot*. 1(1), 2-13. Recuperado de <http://revistagriot.uprrp.edu/archivos/2007010102.pdf>

Rodríguez, R. (2012). El bienestar psicológico en el proceso de ayuda con estudiantes universitarios. *Revista Griot*, 5(1). 7-17. Recuperado de: <http://revistagriot.uprrp.edu/archivos/2012050101.pdf>

Romero, M. (2015). La gratitud como fortaleza humana: una revisión bibliográfica. (Tesis de grado). Universidad de Jaén. España. Recuperado de http://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/1982/1/Romero_Gonzlez_MVictoria_TFG_Psicologa.pdf

Ryff, C. (1989). Happiness isn't everything, or is it? Explorations of the meaning of Psychological Well Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57 (6), 1069-1081. Recuperado de <http://mina.education.ucsb.edu/janeconoley/ed197/documents/ryffHappinessise>



verythingorisit.pdf

Ryff, C. & Keyes, C. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69 (4), 719- 727. Recuperado de <http://midus.wisc.edu/findings/pdfs/830.pdf>

Santos, V., Zenker, F., Fernández, R. & Barajas, P. (2006) Deficiencia, discapacidad y minusvalía auditiva. *Revista Electrónica de Audiología*, 3, 1-13. Recuperado de <http://www.auditio.com/revista/pdf/vol3/1/030104.pdf>

Seligman, M. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14. Recuperado de <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:hUIYawDrdlkJ:www.valtiokonttori.fi/download/noname/%257BEBCBDC46-7FDE-4877-BCE0-60D255609943%257D/88766+&cd=2&hl=es&ct=clnk>

Seligman, M. (2014). *Florecer. la nueva psicología positiva y la búsqueda del bienestar*. México, D.F: Océano.

Suárez, J. (2011). Discapacidad visual y ceguera en el adulto: revisión de tema. *Medicina U.P.B*, 30 (2), 170-180. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1590/159022496008.pdf>

Suárez, J. (2014). Discapacidad y neurociencias: La magnitud del déficit neurológico y neuro psiquiátrico. *Acta Neurol Colomb*, 30 (4), 290-299. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/anco/v30n4/v30n4a09.pdf>

Suárez, P., Pérez, A. & Bermúdez, J. (2000). Escala de autoeficacia general: datos psicométricos de la adaptación para población



española. *Psicothema*. 12 (2). p 509-513. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/615.pdf>

Tomás, J., Meléndez, J. & Navarro, E. (2008). Modelos factoriales confirmatorios de las escalas de Ryff en una muestra de personas mayores. *Psicothema*, 20 (2), 304-310. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/3465.pdf>

Triadó, C., Villar, F., Solé, C., Osuna., M. (2003). Envejecer en entornos rurales. Estudios I+D+I. *Imsero*, 19. Recuperado de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/imsero-estudiosidi-19.pdf>

Valle, M., Beramendi, M., Delfino, G. (2011). Bienestar psicológico y social en jóvenes universitarios argentinos. *Revista de Psicología* 7 (14), 7-26. Recuperado de <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/greenstone/cgi-bin/library.cgi?a=d&c=Revistas&d=bienestar-psicologico-social-jovenes>

Vásquez, C., Hervás, G., Rahona, J. & Gómez, D. (2009). Bienestar psicológico y salud: aportaciones desde la psicología positiva. *Anuario de psicología clínica y de la salud*, 5, 15-28 Recuperado de http://institucional.us.es/apcs/doc/APCS_5_esp_15-28.pdf

Veenhoven, R. (1994). El estudio de la satisfacción con la vida. *Intervención Psicosocial*, 3, 87-116. Recuperado de <http://repub.eur.nl/pub/16195>

Veliz-Burgos, A, & Apodaca, P. (2012). Niveles de autoconcepto, autoeficacia académica y bienestar psicológico en estudiantes universitarios de la ciudad de Temuco. *Salud & Sociedad: investigaciones en psicología de la*



salud y psicología social, 3(2), 131-150. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-74752012000200002&lng=pt&tlng=es.

Villar, F., Triadó, C., Solé, C. & Osuna, M. (2003). Bienestar, adaptación y envejecimiento: Cuando la estabilidad significa cambio. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 13 (3), 152-162. Recuperado de http://www.ub.edu/dppsed/fvillar/principal/pdf/2003_revista_multidisciplinar_adaptacion.pdf

Wood, A., Froh, J. & Geraghty, A. (2010) *Gratitude and well-being: A review and theoretical integration Clinical Psychology Review*. Recuperado de <http://greatergood.berkeley.edu/pdfs/GratitudePDFs/2Wood-GratitudeWell-BeingReview.pdf>

Zubieta, E., Muratori, M., Fernández, O. (2012). Bienestar subjetivo y psicosocial: explorando diferencias de género. *Salud & Sociedad*, 3(1), 66-76. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/salsoc/v3n1/a05.pdf>



6. ANEXOS

6.1. 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.



Universidad de Cuenca

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:

Número de celular.....

Firma del Encuestador: _____ Fecha:



6.2. ESCALA PERMA¹

Formulario	<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td colspan="3"></td></tr> <tr><td colspan="3"></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table>													Encuestador:	<table border="1"> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> </table>		
No		Supervisor:															
Fecha:																	
Lugar																	
Código:																	

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.

¹Las Escalas fueron adaptadas por el “PROYECTO VARIABLES RELACIONADAS CON EL BIENESTAR SUBJETIVO EN PERSONAS ADULTAS CON Y SIN DISCAPACIDAD” ganador del XIII Concurso Universitario de Proyectos de Investigación, y para su utilización se requiere autorización.



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 nada Completamente

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



nada

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



6.3. CUESTIONARIO DE GRATITUD²

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

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

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

²Las Escalas fueron adaptadas por el “PROYECTO VARIABLES RELACIONADAS CON EL BIENESTAR SUBJETIVO EN PERSONAS ADULTAS CON Y SIN DISCAPACIDAD” ganador del XIII Concurso Universitario de Proyectos de Investigación, y para su utilización se requiere autorización.



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	



6.4. ESCALA DE AUTO EFICACIA GENERALIZADA

Sección 3. Adaptación Auto-Eficacia Generalizada³

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				

³Las Escalas fueron adaptadas por el “PROYECTO VARIABLES RELACIONADAS CON EL BIENESTAR SUBJETIVO EN PERSONAS ADULTAS CON Y SIN DISCAPACIDAD” ganador del XIII Concurso Universitario de Proyectos de Investigación, y para su utilización se requiere autorización



	inesperadas.				
5	Gracias a mis cualidades personales yo puedo enfrentar situaciones inesperadas.				
6	Yo puedo mantener la calma cuando estoy en problemas porque confié 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.				



6.5. DATOS DEMOGRÁFICOS

Sección 4. Datos demográficos

Marque con una cruz la respuesta correspondiente

1. Sexo

1	Hombre	<input type="checkbox"/>
2	Mujer	<input type="checkbox"/>

7. Trabaja actualmente

0	No	<input type="checkbox"/>
1	Si	<input type="checkbox"/>

2. ¿Cuántos años cumplidos tiene?

Escriba su edad en el casillero

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

0	No	<input type="checkbox"/>
1	Si	<input type="checkbox"/>

3. Estado civil

1	Soltero	<input type="checkbox"/>
2	Casado	<input type="checkbox"/>
3	Unión libre	<input type="checkbox"/>
4	Separado	<input type="checkbox"/>
5	Divorciado	<input type="checkbox"/>
6	Viudo	<input type="checkbox"/>

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

0	No	<input type="checkbox"/>
1	Si	<input type="checkbox"/>

11. ¿La discapacidad es de tipo?

1	física	<input type="checkbox"/>
2	visual	<input type="checkbox"/>
3	otra	<input type="checkbox"/>

Cuál

.....



...

Escriba la respuesta textual en la línea punteada

4. ¿Cuál es su ocupación principal?

.....
.....

Escriba su respuesta en la línea punteada

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

- | | | |
|---|-------------------------|----------------------|
| 1 | sin instrucción | <input type="text"/> |
| 2 | sin bachillerato | <input type="text"/> |
| 3 | con bachillerato | <input type="text"/> |
| 4 | estudios universitarios | <input type="text"/> |

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

- | | | |
|---|----|----------------------|
| 0 | No | <input type="text"/> |
| 1 | Si | <input type="text"/> |

12. La discapacidad es

- | | | |
|---|--------------------------|----------------------|
| 1 | De nacimiento | <input type="text"/> |
| 2 | Adquirida por enfermedad | <input type="text"/> |
| 3 | Adquirida por accidente | <input type="text"/> |

13. El grado de discapacidad es:

- | | | |
|---|----------|----------------------|
| 1 | leve | <input type="text"/> |
| 2 | moderado | <input type="text"/> |
| 3 | severo | <input type="text"/> |

¡Muchas gracias por su colaboración!