



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE PSICOLOGIA
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLINICA
TITULO

**“BIENESTAR EN ADULTOS MAYORES CON O SIN
DISCAPACIDAD”**

Trabajo de titulación previa a la
obtención del título de Psicóloga
Clínica.

AUTORAS:

MARIA GABRIELA SALINAS CALLE.

CI: 010465212-8

MERY TATIANA VALAREZO TORO.

CI: 070626033-8

DIRECTORA:

MGS. SANDRA EUGENIA LIMA CASTRO.

CI: 070397627-4

CUENCA - ECUADOR

2016



RESUMEN

El envejecimiento poblacional se ha incrementado a nivel mundial; en el Ecuador se estima que el 6.5% de la población son adultos mayores. Este fenómeno del envejecimiento suele estar acompañado por algún tipo de discapacidad, la cual es percibida como una amenaza para sus niveles de bienestar. Por ello en el presente estudio de tipo correlacional y transversal se procedió a determinar si existen diferencias en los niveles de bienestar en una muestra de 60 adultos mayores con y sin discapacidad de la provincia del Azuay. Además como objetivo general se pretendió determinar si la auto eficacia, gratitud y la contribución social están relacionadas con el bienestar percibido en personas con o sin discapacidad que se encuentran en la adultez mayor, para lo cual se utilizaron los siguientes instrumentos: Escala Perman según la Teoría de Seligman; el cuestionario de gratitud que fue creado por McCulloch, para evaluar la gratitud disposicional; además empleamos el Spanish Adaptation of the General Self-Efficacy Scale Auto-Eficacia Generalizada de Judith Bäßler, Ralf Schwarzer & Matthias Jerusalem, las variables socio demográficas fueron recogidas mediante un cuestionario elaborado para esta investigación.

De este estudio se obtuvo como principal resultado una diferencia poco significativa entre las medias de ambas poblaciones, ya que los adultos mayores con sin discapacidad experimentan niveles altos de bienestar, lo cual puede ser explicado por la incidencia de algunos factores socio demográficos que son muy parecidos en ambas poblaciones. A más de ello se pudo determinar que la variable bienestar se encuentra explicada por las variables de autoeficacia, gratitud y contribución social, lo cual nos permite inferir que si existe una relación de dependencia significativa entre el bienestar y estas variables mencionadas.

PALABRAS CLAVES: envejecimiento, discapacidad, bienestar, eficacia, gratitud, contribución social, variables.



ABSTRACT

The aging population has increased globally. In Ecuador it is estimated that 6.5% of the population are elderly people. This phenomenon of aging often carries some type of disability; this disability is perceived as a threat to their welfare levels. That is why in the present study of correlational and transversal type, it is proceeded to determine if there are differences in the welfare levels in a study of 60 elderly people with and without some kind of disability in the Azuay province. Moreover, the general objective pretends to determine if self-efficacy, gratitude, and social contribution are related with the welfare perceived by elderly people with and without a disability; for which the next instruments were used: Perman scale according to the theory of Seligman; the questionnaire of gratitude that was created by McCulloch to evaluate the dispositional gratitude; also it was applied the Spanish Adaptation of the General Self-Efficacy Scale by Judith Bäßler Ralf Schwarzer & Matthias Jerusalem. Sociodemographic variables were collected through a questionnaire developed for this study.

As a main result; this study obtained a little significant difference between the two groups. The elderly people with and without disabilities experience high levels of welfare, which can be explained by the impact of some sociodemographic factors that are very similar in both groups. In addition, it was determined that the welfare variable is explained by the variables of self-efficacy, gratitude and social contribution, which allows us to infer that there is a significant dependence relationship between welfare and these variables.

KEYWORDS: aging, disability, welfare, efficacy, gratitude, social contribution, variables.



INDICE DE CONTENIDOS

Contenido

RESUMEN	2
PALABRAS CLAVES.....	2
ABSTRACT.....	3
KEYWORDS.....	3
INDICE DE CONTENIDOS.....	4
CLAUSULAS.....	5
DEDICATORIAS	9
AGRADECIMIENTOS	11
INTRODUCCION.....	13
CAPITULO I	15
ENVEJECIMIENTO	15
CAPITULO II	35
DICAPACIDAD	35
CAPÍTULO III	46
BIENESTAR.....	46
CAPITULO IV	62
METODOLOGIA	62
CAPITULO V	67
ANALISIS DE RESULTADOS Y DISCUSION	67
CAPITULO VI	80
CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES	80
CAPITULO VII	83
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	83
CAPITULO VIII	93
ANEXOS	94



CLAUSULAS



Universidad de Cuenca
Clausula de derechos de autor

María Gabriela Salinas Calle, autora del trabajo de titulación "Bienestar en adultos mayores con o sin discapacidad", 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, 15 de abril de 2016

María Gabriela Salinas Calle

C.I: 0104652128



Mery Tatiana Valarezo Toro, autora del trabajo de titulación "Bienestar en adultos mayores con o sin discapacidad", 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, 15 de abril de 2016

Mery Tatiana Valarezo Toro

C.I: 0706260338



María Gabriela Salinas Calle, autora del trabajo de titulación "Bienestar en adultos mayores con o sin discapacidad", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 15 de abril de 2016

María Gabriela Salinas Calle

C.I: 0104652128



Mery Tatiana Valarezo Toro, autora del trabajo de titulación “Bienestar en adultos mayores con o sin discapacidad”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 15 de abril de 2016

Mery Tatiana Valarezo Toro

C.I: 0706260338



DEDICATORIAS

María Gabriela

Hoy dedicare este triunfo a aquellos seres que nunca han dejado de confiar en mí, especialmente a Dios que me ha servido de inspiración para culminar una meta más.

Se lo dedico a mi madre Beatriz Illescas, que ha sido mi mayor fuente de enseñanza y amor. A Mónica Calle por darme la vida y enseñarme lo que es el coraje y la lucha. A mi papá René Salinas, quien con su motivación y palabras me ha enseñado siempre a confiar en mí. A Fabiola Ll. por mostrarme tanto afecto a lo largo de toda mi vida y por hacer de mí alguien especial en la suya.

A mis hermanos Felipe, Elizabeth y Marcelo que me han sabido aceptar en sus corazones como una hermana más. A mis pequeños tesoros Emily, Marcela, Alexander, Andrea, José David, Valentina, Eva, Pablito y Katherine, quienes con sus travesuras, besos y abrazos han llenado mi vida de alegría. A mis cuñados Carlos, Alfredo Carina y Susana, porque con su forma de ser me han enseñado a quererlos y a respetarlos.

A mi mejor amigo Christian Z. por enseñarme el verdadero amor y sentido de la amistad, y a sus padres por su incondicionalidad todos estos años. También a mis amigos y compañeros que han caminado conmigo durante diversos caminos; del conocimiento, de Dios, del trabajo, de la danza e incluso del fracaso, ya que nunca me han dejado caminar sola. En especial a mi compañera de tesis Tatiana V. por su comprensión y consejos a lo largo de este proceso de amistad.

A mis maestros quienes han tenido el arduo trabajo de transmitirme sus conocimientos, especialmente a mi tutora Mst. Sandra Lima, quien ha sabido ofrecerme sabios consejos y conocimientos para lograr hoy esta meta y aquellas que me proponga. Y a los adultos mayores que han sido parte de este proyecto y aquellos que aún continúan luchando por dejar un legado importante a nuestras futuras generaciones.

Finalmente quiero dedicar este trabajo a mi esfuerzo y a mi anhelo de ser una gran Psicóloga, a mis deseos de triunfar y seguir formándome, me lo dedico a mí porque he trabajado, me he esforzado, porque me lo merezco y me lo he ganado.



Mery Tatiana

Dedico este trabajo, y este momento a mis padres, porque ellos han constituido mi motor y mi inspiración para cada paso logrado hasta el día de hoy. Se lo dedico a mi madre, de manera especial, por todas las lágrimas que le costaron el hecho de tener a su hija fuera de casa; se lo dedico en agradecimiento por todas las oraciones, bendiciones y detalles llenos de amor que me acompañaron durante este camino.

Dedico estas páginas también, a todas y cada una de las personas que durante estos 6 años han llegado a mi vida a regalarme, pequeños y maravillosos momentos de felicidad. Porque son estas personas, las que en esencia, permiten entender la riqueza de estar en este mundo.

“La dicha de la vida consiste en tener siempre algo que hacer, alguien a quien amar y alguna cosa que esperar”. **Thomas Chalmers**



AGRADECIMIENTOS

María Gabriela

Agradezco al amor... Al amor que Dios me ha tenido por regalarme no solo la vida, sino una madre que ha sacrificado tanto por mí, que a pesar de todo error cometido aun me ama; por darme no solo una madre sino dos, porque a pesar de la distancia de mi padre, siempre me hace sentir que me ama, por darme una familia que me ha apoyado en todo momento. Gracias Dios por permitirme conocer amigos tan especiales que se han convertido en mi familia, maestros que a lo largo de mi vida han forjado mi saber con su sabiduría; y que han sido parte importante de este largo trayecto. Dicen que el amor significa que alguien vea todo lo bueno y malo en ti, y aun así decida quedarse; por eso gracias familia, amigos, maestros y especialmente a ti por quedarse en mi vida y dejarme amarlos de diferentes formas.

Gracias a aquellos que me aman y me han permitido amarlos de igual manera, pero sobre todo gracias Dios porque con tu infinito amor aun me sostienes en tus manos y nunca me has dejado caer, gracias por regalarme este triunfo.



Mery Tatiana

Agradezco a la vida misma, por haberme permitido recorrer este trayecto, lleno de tan dulces momentos, y duras pruebas que me hicieron más fuerte. Gracias a quien desde el cielo me guía, y ha sido mi soporte en todo momento. A mis padres el agradecimiento eterno, no sólo por pagar mi matrícula, sino por llenar mi corazón de sueños, de inspiración y de fe, por creer incondicionalmente en mí, en mis capacidades y deseos. Gracias a cada uno de los maestros que compartieron mi salón, que dejaron en mí, no sólo, un fragmento teórico, sino una forma de vida; mi particular agradecimiento a nuestra tutora de tesis, Mg. Sandra Lima, por su paciencia, por su confianza y por la entrega que nos demostró en cada etapa de este proceso. Y finalmente gracias, a todos esos ángeles, cuyos nombres tengo tatuados en mi alma, por cada palabra de apoyo, por el abrazo en el momento justo, y simplemente por formar parte de mi vida, y permitirme de diferentes formas, crecer como persona, mujer y amiga. Y finalmente considero que mi mejor agradecimiento será esforzarme cada día por honrar este título.



INTRODUCCION

El interés de la Psicología, desde sus inicios se ha enfocado de manera particular por los malestares psicológicos de las personas; es así que los cuadros de ansiedad, depresión, fobias, estrés y otros, durante décadas han venido siendo objeto de estudio desde enfoques diferentes. Temporalmente hablando, es aproximadamente hace un par de décadas que en algunos investigadores surgió el interés por diferentes interrogantes que se plantean por ejemplo ¿qué permite favorecer y/o mantener el bienestar psicológico en los individuos?

Actualmente las investigaciones se enfocan en entender los procesos que subyacen el bienestar, tomado como una de las principales variables determinantes de la calidad de vida del ser humano, en especial del adulto mayor.

Charttser (1988) indica que el bienestar del anciano está influido por las percepciones que tiene de su salud, de tal manera que si no tienen grandes pérdidas funcionales se evaluará satisfactoriamente al compararse con quienes poseen pérdidas o deterioros mayores. En esta misma dirección, con lo concerniente al tópico de discapacidad, el envejecimiento de las personas con discapacidad, como tema de estudio, es un fenómeno social relativamente nuevo, por tal motivo es necesario diferenciar el envejecimiento de las personas con discapacidad y el envejecimiento de personas cuyas capacidades se han ido viendo comprometidas por el propio proceso de envejecimiento. Algunos trabajos indican, que en los adultos mayores con discapacidad, predomina una visión más bien negativa, que se acompaña de incertidumbre y miedo (Aguado y Alcedo, 2004); ante esta situación, no es difícil entender por qué para los adultos con discapacidad el proceso de envejecimiento se percibe como una amenaza para la independencia personal. Sin embargo, al igual que ocurre en la población mayor no discapacitada las respuestas subjetivas al envejecimiento se encuentran moldeadas por los recursos sociales y materiales de los cuales dispongan (Fernández, 2001; Muela, Torres y Peláez, 2002; Fontecilla y Calvete, 2003).

Importante es resaltar el hecho de que no existen trabajos, respecto a los diferentes cambios que el individuo experimenta en la adultez mayor, y mucho menos estudios que permitan conocer que variables pueden actuar como fortalezas en esta etapa de la vida; es así que se



ha considerado pertinente analizar factores como la autoeficacia, la gratitud y la contribución social, entendidas como aspectos que influyen en el sentir y actuar del adulto mayor, mediando la experiencia de sus vivencias y su relación con el entorno.

En Ecuador, durante la segunda mitad del siglo pasado, su población mejoró la esperanza de vida, pasando de 48,3 a 75,6 años (CEPAL, 2012). Esta variable representa un desafío importante para la sociedad y las ciencias de la salud, puesto que se plantea la necesidad de generar un sistema con políticas que no solamente permitan aumentar la esperanza de vida, sino que esos años sean vividos de forma satisfactoria. En esta dirección la presente investigación, refleja su aporte al determinar los factores psicosociales relacionados con el bienestar en adultos mayores, con y sin discapacidad, a más de que se encuentra vinculada al Proyecto de la Facultad de Psicología, Ganador de la DIUC, titulado “Variables asociadas al bienestar subjetivo en adultos con o sin discapacidad”. Se estima además importante resaltar la conveniencia de este trabajo, considerando que en la ciudad de Cuenca no se presentan estudios que permitan conocer la situación de los adultos mayores en cuanto a bienestar psicológico se refiere.

El armazón teórico del presente estudio, se encuentra dividido en seis capítulos; en el capítulo I se analizará el tema de la vejez y los diferentes enfoques (biológico, psicológico y social) desde los cuales se enfoca, para su estudio y comprensión integral. Paralelamente en el capítulo II, se abordará el tema de discapacidad, planteando sus postulados teóricos, y el impacto de este fenómeno social en la realidad de nuestro contexto. Por otro lado, en el capítulo III se expondrá el constructo de bienestar, su desarrollo conceptual, tipos y principales autores con sus respectivas aportaciones a la temática, además de exponer su relación con otras variables como la autoeficacia, la gratitud y la contribución social. Los detalles acerca del objeto de estudio y la metodología implementada en este trabajo, se desarrollarán en el capítulo IV. Mientras tanto en el capítulo V se describirán los resultados obtenidos, tras su análisis y respectiva discusión buscando responder la pregunta de investigación y los objetivos planteados. Finalmente en el capítulo VI se presentarán las limitaciones, conclusiones y recomendaciones que se pudieron determinar una vez concluido nuestro trabajo.



CAPITULO I

ENVEJECIMIENTO

1.1 CONCEPTO DE ENVEJECIMIENTO

La vejez es un estado en la vida y el envejecimiento un proceso que sucede a lo largo del ciclo vital (Ballesteros, 2004). Por otro lado la organización mundial de la salud (OMS, 2012) considera a la vejez como una “etapa de la vida en la que se hallan implicadas dimensiones de desarrollo personal, psicológico y sociocultural”. Distintos autores consideran que la tercera edad, es decir el envejecimiento comienza con el cese de la actividad profesional, laboral etc... y termina con la pérdida de la autonomía física, mental y económica (Vivar y Silva, 2015); es en ese momento donde según varios autores de la psicología del desarrollo consideran que inicia “el final de la vida” como última etapa del ciclo del desarrollo de una persona.

Cabe resaltar que para el ministerio de inclusión económica y social (MIES) el envejecimiento es considerado como “una opción de ciudadanía activa...” y actores del cambio social, para lo cual considera necesario la creación de políticas públicas que aseguren el envejecimiento positivo del adulto mayor. (Norma Técnica Población Adulta Mayor del MIES 2014).

Además es preciso señalar que el envejecimiento es un proceso universal en el cual ocurren cambios biopsicosociales; los cuales dificultan en cierta medida esclarecer un concepto clave del tema. Es así que se considera los 65 años como un punto de entrada a la edad adulta, sin embargo muchos de los adultos entre esta edad o más, no se sienten ni actúan como “viejos” (Papalia, et.al; 2005), dependiendo también de su estado económico, de salud y lugar donde reside.



En definitiva en la actualidad la vejez dependerá en gran medida del contexto, por ejemplo en Japón la vejez es una señal de estatus, mientras que en Estados Unidos se considera al envejecimiento como indeseable. Los medios de comunicación están influenciando la percepción que se tiene sobre el envejecimiento, al presentar con mucha frecuencia y variedad propagandas acerca del “cómo combatir el envejecimiento”; como cirugías plásticas, cremas antiarrugas, programas de dietas para mantenerse saludables y atractivos (Papalia, et.al; 2005), dichos esfuerzos por combatir el envejecimiento han logrado varios resultados, desde el incremento de prejuicios y discriminación en contra de personas ancianas, hasta la mejora de su condición de vida.

María Sarabia (2009), en su trabajo habla acerca de diferentes tipos de envejecimiento: “envejecimiento normal”, considerado como un envejecimiento sin enfermedades crónicas contrario al envejecimiento patológico, añade además la existencia de un “envejecimiento exitoso”, el cual ocurre cuando las personas sienten satisfacción por la adaptación a las situaciones cambiantes de su vida. Sin embargo a este último se lo considera como un criterio subjetivo, ya que no deja de estar sometido a una comparación entre las necesidades individuales y el contexto concreto en donde se desarrolla la persona; es decir que al hablar de un “envejecimiento exitoso” hablamos de un término impreciso, puesto que definir el éxito dependerá de una situación o circunstancia personal concreta, ya que las expectativas o experiencias de vida de una persona adulta no siempre son experimentadas de manera positiva.

1.2 TEORÍAS EXPLICATIVAS

El envejecimiento es en sí mismo un proceso cuya calidad de vida está directamente relacionada con la forma con que la persona satisface sus necesidades a través de todo su ciclo vital. Dentro de la corriente de investigación en teorías del envejecimiento, se están perfilando nuevos conceptos teóricos que aporten a un mejor rendimiento del proceso de envejecimiento; uno de estos conceptos es el de bienestar subjetivo, entendiéndose a este como el “grado de satisfacción que experimentan las personas cuando hacen una valoración o juicio global sobre sus vidas”.



Diversos estudios, especialmente aquellos de carácter longitudinal han aportado a un mayor entendimiento acerca del envejecimiento, los cambios que conlleva envejecer y como esto afecta a todas las áreas de la vida. La búsqueda de medios que logren o traten de equiparar esta gran diversidad e conceptos, ha llevado al desarrollo de varias teorías que expliquen de forma amplia y adecuada en qué consiste envejecer y qué cambios conlleva dicho proceso (Sarabia, 2009).

Con la finalidad de obtener una visión integral del proceso de envejecimiento, en este apartado abordaremos el tema desde los siguientes tres principales enfoques:

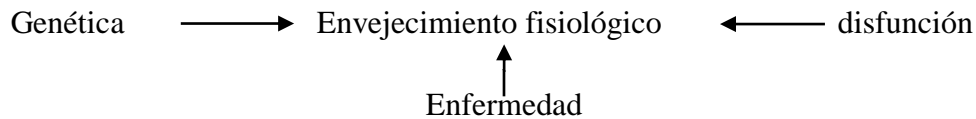
- biológico: el cual se basa en el funcionamiento de los órganos y sistemas corporales.
- social: que se centra en las características de la sociedad, las condiciones de vida del adulto mayor, y cómo él enfrenta su propio envejecimiento dentro de un contexto social que lo condiciona.
- psicológico: que toma en cuenta los procesos de envejecimiento tanto físico como mental; tomando como punto de partida las teorías y modelos psicológicos que investigan dichos procesos.

1.2.1 TEORÍAS BIOLÓGICAS

Se puede definir al envejecimiento biológico como la incapacidad progresiva del organismo en función de la edad para mantener la homeostasis. El envejecimiento depende de factores genéticos y está condicionado por factores ambientales y la interacción de ambos. Los expertos estiman la longevidad máxima del ser humano alrededor de los 120 años, y estiman que está determinada biológicamente. (Lewis, Heitkemper y Dirksen, 2004).

Investigadores consideran que cada organismo tiene una cierta predisposición genética para envejecer, que estaría modulada por la acción de agentes exógenos o del propio metabolismo.

Nutrición + ambiente
↓



El envejecimiento biológico no se limita a los últimos años de vida, ya que el declive comienza desde la concepción, en general este término se refiere a los cambios físicos que aparecen en la edad adulta, que provocan un deterioro de la eficiencia de sus funciones, reduciendo la homeostasis y termina en la muerte (Blazer & Steffens, 2010).

El envejecimiento de los organismos vivos, es un fenómeno universal, aunque la velocidad de envejecimiento varía entre individuos y grupos ya que las diferencias en el envejecimiento como lo dicho anteriormente, se hallan determinadas genéticamente pero influidas también por la nutrición, estilo de vida y entorno (Blazer & Steffens, 2010). Distintos investigadores explican de manera más amplia lo expuesto anterior mente, por medio de las siguientes teorías, que aunque no sean definitivas, son complementarias, ya que cada una de ellas describe diferentes cambios que se producen al envejecer.

1.2.1.1 TEORÍA DE PROGRAMACIÓN GENÉTICA

Son teorías que explican el envejecimiento biológico como resultado de una secuencia de desarrollo determinada genéticamente, es decir que la causa del envejecimiento se encuentra en la información genética. Existen genes específicos que se “apagan” con el transcurrir de los años ante pérdidas relacionadas también con la edad, como son la visión, audición y control motor. Hayflick (1981) citado por Papalia (2005), sugiere que las células pasan por el mismo proceso de envejecimiento en el cuerpo como en un cultivo de laboratorio, es decir que existe un límite biológico al ciclo de vida de las células humanas y por ende de la vida humana (Papalia, et.al; 2005).

Cada vez que una célula del organismo se reproduce, el telómetro se acorta, y cuanto más se acorte dicho telómetro mayor es la afectación de su código celular y como resultado el envejecimiento celular.



Blazer 2010 cita a Finch (1990), quien indico que alrededor del 35% de los factores que influyen en la esperanza de vida, son heredados. Hayflick y colaboradores nos dicen que los genes que influyen en el envejecimiento lo hacen de manera indirecta. Sin embargo incluso si los genes ejercen un fuerte control del ciclo vital y los patrones del envejecimiento; la programación genética por sí sola no es determinante (Papalia et.al; 2005), ya que el resto de factores que determinan el envejecimiento o esperanzas de vida son sucesos al azar que ocurren durante el desarrollo biológico y cambios ambientales aleatorios (Blazer & Steffens, 2010).

1.2.1.2 TEORÍA DEL DEBILITAMIENTO DEL SISTEMA INMUNITARIO

El sistema inmunitario es un sistema corporal general y complejo, esencial para la conservación de la vida; desempeña funciones de vigilancia y protección (Blazer & Steffens, 2010).

Algunos creen que la decadencia del sistema inmunitario es la causa del envejecimiento, ya que contribuye a la vulnerabilidad de las personas mayores frente a la enfermedad. Al avanzar la edad, la inmunovigilancia empeora y la eficiencia de la función protectora disminuye, existiendo una pérdida de control que altera las funciones inmunitarias de modo que se vuelven autodestructivas. Este deterioro aumenta la incidencia de ciertas enfermedades (Blazer & Steffens, 2010).

Burnet citado por María Belando Montoro, 2000, plantea que el envejecimiento se debe que el sistema inmunitario con el uso y desgaste, pierde su capacidad para distinguir las moléculas normales de las anormales, por otra parte Walford propuso que los linfocitos B están controlados por los linfocitos T, y con el envejecimiento hay una pérdida progresiva de seguimiento e influencia de los linfocitos T sobre los E, por lo que éstos tienden a reproducir anticuerpos indiscriminadamente de forma que algunos de ellos, llegarían a actuar contra los propios tejidos. Los anticuerpos aumentan con el paso del tiempo y la presencia del exceso de anticuerpos permite identificar a un grupo de personas con riesgo de muerte precoz (Blazer & Steffens, 2010).

1.2.1.3 TEORÍA DE LOS RADICALES LIBRES



Un radical libre es una molécula o sustancia química con un número impar de electrones, muy reactiva y destructiva. Esta teoría se centra en los efectos nocivos de los radicales libres como es la disminución de la funcionalidad celular, lo que conduce al envejecimiento y a la muerte. El radical libre del oxígeno denominado superóxido, es un elemento importante de la toxicidad del oxígeno y del proceso de envejecimiento ya que puede dañar las membranas celulares, las grasas, los carbohidratos, incluso el ADN. Este daño causado se acumula con la edad y ha sido asociado a varias enfermedades como la artritis, cáncer, diabetes, trastornos neurológicos como la enfermedad de Parkinson etc. (Papalia, et.al; 2005 y Belando 2000).

La expectativa de vida puede aumentar al disminuir el grado de los fenómenos oxidantes; mediante una mejora de hábitos en su higiene y una dieta basada en suplementos ricos en vitamina A, C y E (Belando 2000), y con el aumento de las defensas antioxidantes (Hernando 2006, citado Vivar & Silva, 2015). Denham Harman citado por María Belando Montoro 2000, sostiene que la eficacia de la subnutrición en el retraso del proceso de envejecimiento, se deriva de una menor producción de radicales por parte del organismo.

1.2.1.4 TEORÍA DE TASA VARIABLE O TEORÍAS DEL ERROR

Estas teorías consideran al envejecimiento como resultado de procesos que varían de una persona a otra, y son influidos por factores internos y externos; además el envejecimiento involucra daño debido a errores fortuitos o agresiones ambientales a los sistemas biológicos (Papalia, et.al; 2005). Otras teorías de esta variable se concentran en procesos internos como el metabolismo.

Orgel propone una teoría llamada Teoría de la Catástrofe, la cual considera que en la síntesis de proteína se va produciendo una acumulación exponencial de errores que conduce a una catástrofe celular, ya que las células van perdiendo su capacidad de interpretación del código genético del ADN, por lo que no fabrican sus proteínas correctamente, produciendo las disminuciones que aparecen con la edad (Belando 2000).

1.2.1.5 TEORÍA DEL DESGASTE

Esta teoría se la asocia a Hans Selye, quien sostiene que el cuerpo envejece como resultado del daño acumulado por el sistema más allá de la capacidad del cuerpo para repararlo, es



decir que, a medida que las células envejecen son menos capaces de reparar o reemplazar los componentes dañados. Los estresores internos y externos pueden agravar el proceso de desgaste (Papalia, et.al; 2005), esta hipótesis es aceptada por los defensores de esta teoría, al considerar al cuerpo como un reloj magistral que controla todos los órganos, y así las funciones celulares se vuelven lentas con el tiempo y menos eficaces en la reparación de funciones corporales producidas por agresiones ambientales (Vivar y Silva 2015).

Si una persona lleva una vida más relajada y tranquila es posible que se envejezca más lento. Hans Seyle (1974) habla acerca de las actividades y el ejercicio físico, los cuales pueden influir en la salud y longevidad, ya que ejercen un efecto sobre la duración de las partes del cuerpo. Sin embargo hay que tener en cuenta que una actividad positiva puede convertirse en negativa y viceversa, dependiendo de la forma en que es percibida, ya que la misma relajación puede tornarse angustiada (Mishara & Riedel, 2000).

1.2.1.6 TEORÍA DE LAS CÉLULAS MADRE

Las células madre son un tipo especial de células indiferenciadas que tienen la capacidad de dividirse indefinidamente sin perder sus propiedades y llegar a producir células especializadas; y funcionan como un sistema reparador del cuerpo.

Al proceso por el cual el número de células muertas o inservibles sobrepasan al número de células útiles, a través del tiempo, se denomina envejecimiento (Cisneros, 2008). Las células mueren debido a que llegan al límite de su capacidad para replicarse o dividirse por mitosis.

Las células madres asociadas al folículo piloso se pierden paulatinamente con la edad, iniciando su mayor deterioro entre los 60 y 61 años, donde la capacidad regenerativa de diversos tejidos disminuye (Vivar y Silva, 2015).

1.2.2 TEORÍAS SOCIOLOGICAS

La sociología considera al envejecimiento como una etapa vital de creciente importancia. El director de cine Ingmar Bergman (1928-2007) decía que “envejecer es como escalar una gran montaña, mientras se suben las fuerzas disminuyen, pero la mirada es más libre, las vista más amplia y serena”... No habría un concepto de edad sin la construcción social de la realidad,



pues la cronología humana es un fenómeno social al igual que el concepto de edad (Hidalgo, 2001).

La edad social está constituida por las normas, prejuicios (Sánchez, 1993), valores y roles culturalmente asociados con una determinada edad cronológica. Las ideas sobre la edad social difieren de una sociedad a otra, y en los países industrializados, éstas ideas evolucionan a los largo del tiempo. Algunas culturas consideran a los ancianos o actualmente llamados adultos mayores como una fuente de memoria histórica y sabiduría, mientras que otras culturas los consideran como personas improductivas y dependientes (Giddens, 2007).

El envejecimiento varía según los condicionamientos religioso, filosófico, sociológico, económico, social y cultural que rodean al individuo de mayor edad. En 1954 Clark Tibbitts, Ruth Albrencht y Robert Havighurst introducen el concepto de gerontología social que estudia el envejecimiento social..., por lo tanto a la sociedad, para observar cómo actúa sobre los que envejecen y cómo se adapta a su presencia y necesidades (Domínguez, 1982).

1.2.2.1 TEORÍA DEL CONSTRUCCIONISMO SOCIAL

El construccionismo social es una teoría sociológica y psicológica del conocimiento, que considera cómo los fenómenos sociales se desarrollan particularmente desde contextos sociales. Kenneth Gergen en su artículo de 1973 “Social Psychology as History” argumenta que “si las necesidades humanas son históricamente cambiantes, también lo deberían ser los significados que las personas le atribuyen a la realidad...”. Lo que propone el construccionismo, es analizar el rol que juega el saber compartido por una comunidad en la mantención y reproducción de la realidad.

Respecto al envejecimiento, esta teoría sostiene que los problemas y el proceso de envejecimiento que enfrentan los adultos mayores, se construyen socialmente y son el resultado de las concepciones sociales que existen respecto al envejecimiento. Dicho proceso tiene lugar a nivel macro y micro, donde se contempla la vulnerabilidad en función de la gran



diversidad de debilidades construidas socio-culturalmente que colocan a ciertas personas en una posición social desventajosa. (Díaz, 2011).

Montes de Oca (2003) citado por Aída Díaz Tendero (2011), manifiesta que la vejez trae consigo un proceso de marginación en diversas fases de vida, como es el retiro voluntario o forzado de su trabajo, un cambio estructural en sus hogares, menor nivel de ingresos o la pobreza en algunos casos etc., y este proceso incide en la imagen que la sociedad tiene de los adultos mayores. La vejez una realidad socialmente construida.

1.2.2.2 TEORÍA DE LA SUBCULTURA

El termino subcultura se usa principalmente en sociología, para definir a un grupo de personas con un conjunto distintivo de comportamientos y creencias que les diferencia de la cultura dominante de la que forman parte, ésta puede formarse a partir de la etnia, género o edad de sus miembros. Las cualidades que determinan la aparición de una subcultura pueden ser estéticas, sexuales, políticas o una combinación de estas.

Esta teoría explica la causa del aislamiento de la población adulta mayor desde otra perspectiva. Rose (1965) citado por Hidalgo (2001), sostuvo que la edad creaba una subcultura en los ancianos, que como cualquier otro grupo aislado, tiene características específicas, entre las cuales sus propias normas de conducta.

Las personas de edad avanzada tienen tendencia a interactuar más entre sí, que con grupos de edades diferentes, ya que necesitan compararse con personas que este a su nivel que sean similares y no sean superiores, pues esto les daría una imagen negativa de sí mismos y lo que necesitan es tener una autoestima positiva. Es esta situación la que explica el fenómeno de aislamiento o desapego producido en esta etapa.

Los adultos mayores entonces formarían una subcultura aparte, una minoría social dentro de la cual se les facilite establecer comparaciones de sí mismos con otras personas que estén en una situación similar a la suya. Y que con ello se les permita mantener su identidad y una autoestima positiva.

1.2.2.3 TEORÍA DE LA CONTINUIDAD



Según la descripción realizada por el gerontólogo Robert Atchley, quien enfatiza la necesidad de las personas de mantener una conexión entre el pasado y el presente; la actividad es importante en la medida que representa la continuidad de un estilo de vida. Para los adultos mayores que siempre han sido activos es importante continuar con un nivel alto de actividad. Las personas jubiladas son las felices realizando actividades o trabajos de tiempo libre similares a las que realizaban en el pasado (Papalia et.al; 2005).

Esta teoría afirma que la ruptura o cese de actividades de los adultos contribuye a hacer desagradable e proceso de envejecimiento, ya que la personalidad en la vejez no es necesariamente distinta, sino semejante a la reflejada en la juventud y adultez temprana con respecto a la necesidad de mantenerse activos y productivos. Pues a medida que envejecemos, los rasgos y características centrales de la personalidad se van asentando cada vez más, y van ganando peso los valores previamente mantenidos.

Esta teoría se basa en dos postulados básicos:

- el paso a la vejez es una prolongación de experiencias, proyectos y hábitos de vida del pasado, la personalidad así como el sistema de valores permanecen intactos.
- al envejecer los individuos aprenden a utilizar diversas estrategias de adaptación que les ayudan a reaccionar eficazmente ante los sufrimientos y las dificultades de la vida.

Atchley sostiene que para envejecer con éxito, la gente desde mantener un equilibrio entre la continuación y el cambio en las estructuras internas y externas de su vida.

Cuando el envejecimiento trae marcado cambios físicos, cognoscitivos es posible que la persona se vuelva dependiente o tenga que hacer arreglos a su vida. El apoyo de la familia, amigos o los servicios comunitarios contribuyen a minimizar la discontinuidad. De tal manera que, la teoría de la continuidad ofrece una razón para mantener a los ancianos fuera de las instituciones y dentro de la comunidad, así como para ayudarles a vivir con tanta independencia como sea posible (Papalia et.al; 2005).

1.2.2.4 TEORÍA DE LA DESVINCULACIÓN



Esta es una teoría psicosocial del envejecimiento porque afecta a las relaciones entre el individuo y la sociedad, así como a los procesos internos que experimenta una persona en su declinar de la vida. Sostiene que el envejecimiento normal se acompaña de un distanciamiento o desvinculación recíproco entre las personas que envejecen y los miembros del sistema social al que pertenece. Las personas van haciéndose cargo del declive de sus habilidades a medida que envejecen. La desvinculación empieza con una reducción de actividades que tienen que ver con la competitividad y productividad.

E. Cummings y W. E. Henry (1961), citados por Hernández (2014), publican el resultado de sus investigaciones con adultos mayores en su ambiente natural, donde observaron que los adultos en edad madura con el paso de los años iban reduciendo el número de actividades y limitando sus contactos sociales. Esta desvinculación de las personas mayores con la sociedad es tomada como un proceso inevitable del envejecimiento y va acompañado de una disminución gradual del interés por las actividades y los acontecimientos sociales del entorno, el adulto mayor muestra mayor desinterés por la vida de los demás centrándose principalmente en sí mismo.

A la par que el individuo se va desvinculando de la sociedad, también está promoviendo acciones que favorecen este distanciamiento y facilita la exclusión del medio social, ya que se genera un cese de actividades laborales, pérdida del rol social o familiar, etc.

Esta teoría se encuentra justificada por quienes conceptualizan a la vejez como un proceso de eliminación biológica, lleno de pérdidas sensorio-motoras como consecuencia del deterioro progresivo del cuerpo humano.

Finalmente se podría decir que la desvinculación del individuo y la sociedad, y su tendencia al aislamiento es un proceso normal del envejecimiento, por tanto se debería aconsejar a los familiares y profesionales apoyar una retirada progresiva de las actividades sociales que el individuo venía realizando, de tal manera que se promueva un buen envejecimiento.

1.2.2.5 TEORÍA DE LA ACTIVIDAD



Este modelo teórico postula que los ancianos con un proceso de envejecimiento fisiológico, implica seguir con los mismos roles de la edad adulta, o en todo caso sustituir los perdidos por otros (por los mayores). Esto implica mantenerse activo, pues el envejecimiento satisfactorio implica actividad física, social y laboral, pues cuando más activos se mantengan los ancianos, más satisfactoriamente envejecerán, vivirán más años libres de discapacidad y tendrán una mejor adaptación este proceso u etapa.

Maddox, (1963) citado por Hernández (2014), en su estudio con personas ancianas demostró que su satisfacción estaba directamente relacionada con su nivel de actividad, su incremento en la edad madura produce una moral alta, mientras que un descenso de actividad indicaría una moral baja en la ancianidad, además de esto la actividad en adultos mayores no solo ayuda a un buen envejecimiento sino que también ayuda a sobrevivir ante demasiados procesos de enfermedad.

Lo central de esta teoría es que, el ajuste a la vejez se produce con éxito si los individuos conservan un nivel actividad similar al de etapas anteriores de su vida. No se plantea en si la necesidad de que el adulto mayor siga con su actividad laboral, sino que busque nuevas alternativas o papeles que replacen al anterior (Vivar y Silva, 2015), estas actividades no necesariamente tienen que requerir de movilidad; disponer de tiempo para una reflexión tranquila es tan importante como cualquier otra actividad dinámica.

1.2.2.6 TEORÍA DE LA POLÍTICA ECONÓMICA

Una de las corrientes más importantes en los últimos años en el estudio del envejecimiento es esta teoría, introducida por Carroll Estes, que ofrece una descripción del papel del estado y del capitalismo en la configuración de los sistemas de dominación y exclusión de las personas mayores (Giddens, 2007; & Díaz, 2011).

El proceso de envejecimiento está condicionado por la posición del adulto mayor en la estructura social y los factores económicos y sociales. Las políticas públicas de ingreso, servicios sociales, salud, renta, cuidados a largo plazo están dadas en función de la ubicación social del individuo dentro de las estructuras de clase y estatus según lo menciona Estes (1929) quien fue citada por Díaz (2011).



La teoría de la política económica se centra en el estudio del papel que desempeñan los sistemas políticos y económicos de la configuración y reproducción de los sistemas de poder y las desigualdades predominantes en la sociedad. Estes y Minkler 1991 citados por Guiddens (2007) consideran a la política social como el resultado de las luchas y conflictos sociales y de las relaciones de poder vigentes. Los programas relacionados con los adultos mayores influyen en la estratificación de la sociedad por género, raza y clase, por tanto los fenómenos del envejecimiento están directamente relacionados con la sociedad en la que se sitúan.

1.2.3 TEORÍA DE LOS MODELOS PSICOLÓGICOS

El envejecimiento no es un proceso marcado solamente por cambios a nivel corporal sino también dentro de la esfera psicológica que abarca la actitud y comportamiento frente al entorno; dichos cambios están muy relacionados con los acontecimientos vividos durante toda la vida, y de muchas circunstancias impuestas por la situación en que se encuentran las personas de edad avanzada. El proceso de envejecimiento psicológico no ocurre isomórficamente al envejecimiento biofísico, ya que existen funciones psicológicas que declinan muy tempranamente una vez llegando a su máximo desarrollo, y existen otras que se mantienen e incluso se desarrollan a lo largo de la vida. (Díaz; 2011). Es así como en esta etapa de la vida existe disminución de la capacidad para resolver problemas, falta de espontaneidad en los procesos de pensamiento, la capacidad de lenguaje y de expresión suelen estar alteradas mientras que la creatividad e imaginación aún se conservan, sin embargo existen alteraciones en la memoria, especialmente de la memoria inmediata. Además el adulto mayor suele padecer de amnesia focalizada en el tiempo, depresión, aunque ésta a veces se pasa por alto ya que sus síntomas son tomados erróneamente como acompañantes naturales del envejecimiento (Papalia et.al; 2005). Por otra parte la capacidad de adaptación suele disminuir por el miedo ante situaciones desconocidas, mientras que la personalidad no suele alterarse a menos que se produzcan alteraciones patológicas (Dela Uz Herrera., 2009).

La vejez conlleva a una serie de situaciones. Conflictos tales como la jubilación, la pérdida de seres queridos, marcha de sus hijos, enfermedades crónicas, discapacidad, dependencia y proximidad a la muerte, con lo que será lógico pensar que todos estos eventos producirán en



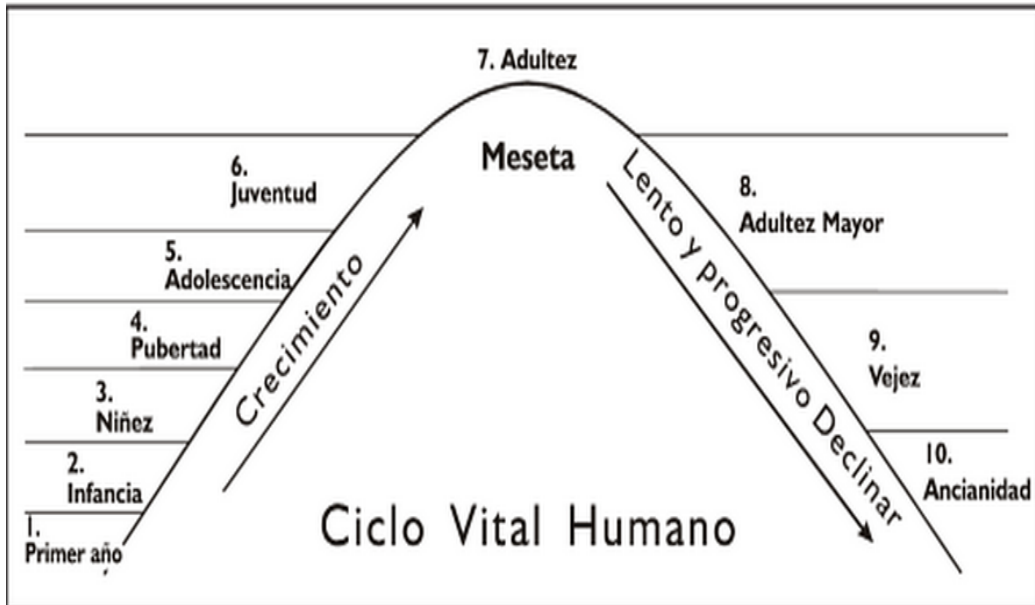
los adultos mayores reacciones afectivas negativas como depresión, soledad, malestar etc. (Ballesteros 2004). Sin embargo la reacción de cada persona al envejecimiento depende de su personalidad previa y no necesariamente es una etapa de desorganización, muchas obras importantes por la humanidad se han hecho en esta etapa y lo más importante es la calidad de vida, (autonomía) más no la cantidad. “Dar vida a los años” dicen los geriatras, pues tener muchos discapacitados no es el objetivo.

La psicología al igual que la biología y sociología aporta al estudio del proceso del envejecimiento. Al presentar teorías y modelos que hacen referencia a los aspectos psicológicos de las personas adultas mayores y cómo estos se adoptan o no a los cambios presentados durante esta etapa. Dichas teorías son presentadas gracias al aporte de varios autores que veremos a continuación.

1.2.3.1 ENFOQUE DEL CICLO VITAL

Los cambios que acontecen en la segunda mitad de la vida han sido entendidos únicamente desde una perspectiva de pérdidas, es decir que si en las primeras etapas de vida la persona progresaba en varios aspectos, en las últimas etapas parecía predestinado a perder. Por lo tanto el curso evolutivo humano seguirá una trayectoria en forma de U invertida (ver fig. 1.), donde las primeras etapas son de crecimiento y mejoras, seguidas de una fase de estabilidad para en las últimas décadas de la vida acabar con un periodo de declive y pérdida (Posada 2005, y Cornachione 2006).

Curva del desarrollo del hombre



Paúl Baltes plantea una nueva forma de estudiar el envejecimiento desde la psicología evolutiva, de manera que aparezca como un proceso integrado dentro del conjunto de la trayectoria vital humana. Esta alternativa conocida como enfoque del ciclo vital es considerada como un conjunto de principios que estudia el cambio evolutivo independientemente del punto temporal en el que acontezca, incluidas las últimas décadas de la vida. (Posada 2005).

Para este enfoque la vejez es una etapa más en el proceso total del ciclo vital, es decir que la vejez no implica necesariamente una ruptura en el tiempo ni el ingreso a un etapa terminal, sino que es parte de un proceso donde el individuo aun continua “dialogando” con la sociedad al igual que en etapas anteriores, por lo tanto no se debería tomarla como una etapa sólo de pérdidas. Pues esta perspectiva del ciclo vital reconoce que en cualquier momento de nuestras vidas existen tanto pérdidas como ganancias (Dulcey y Uribe 2002). Por lo tanto la vejez no puede ser tomada como una etapa final única de la vida de la persona, ya que los niños y adolescentes no son inmortales (Dulcey y Uribe 2002), es decir que si la muerte llega en estas edades, el ciclo de la vida termina sin haber llegado a la vejez.



Paul B Baltes y sus colegas han identificado seis principios clave de este enfoque que sintetizan lo visto anteriormente: 1. El desarrollo dura toda la vida 2. El desarrollo involucra ganancias y pérdidas 3. Las influencias provenientes de la biología y de la cultura cambian a lo largo del ciclo de vida 4. El desarrollo involucra una distribución cambiante de recursos 5. El desarrollo es modificable 6. El desarrollo es influido por el contexto histórico y cultural (Papalia et.al; 2005).

1.2.3.2. TEORÍA DEL DESARROLLO PSICOSOCIAL DE ERIK ERIKSON (1902-1994)

Erikson considera 8 etapas a lo largo del ciclo vital, cada etapa involucra una crisis de la personalidad, las cuales deben ser resueltas satisfactoriamente para mantener un desarrollo saludable del Yo. Cada etapa requiere del equilibrio entre una tendencia positiva y una negativa correspondiente, donde el resultado apropiado de cada etapa termina en el desarrollo de una virtud o fortaleza en particular (Papalia et.al; 2005).

La etapa que corresponde a la vejez, Erikson la denomina edad adulta tardía, en la cual la persona anciana logra aceptación de su propia vida, lo que permite la aceptación de la muerte o se desespera por la incapacidad de volver a vivir la vida. Es decir que se debaten estas dos tendencias: la integridad del Yo frente a desesperación, donde la virtud en esta etapa es la sabiduría. Con respecto a la sabiduría Erikson decía que significa aceptar sin grandes arrepentimientos la vida que le tocó vivir, sin detenerse en premisas como “debería haber hecho” o “podría haber sido”. Supone aceptar la propia muerte como el final inevitable de una existencia vivida lo mejor que pudo (Papalia et.al; 2005).

En esta última etapa la persona debe alcanzar un acuerdo con la forma en que ha vivido la vida, o sucumbir a la desesperación por la incapacidad o falta de recursos que le ayuden a volver a vivir. Es decir que en esta última etapa de la vida, la contradicción se expresa entre el deseo de envejecer satisfactoriamente y la ansiedad que le producen los pensamientos de pérdida de autonomía y muerte (Martínez 2006). Erikson creía que a pesar de que las funciones del cuerpo se debilitan, la gente debe mantener un compromiso vital en la sociedad (Papalia et.al; 2005).



1.2.3.3 APORTES DE ROBERT PECK AL ENVEJECIMIENTO

El psicólogo Roberth Peck intento ampliar las tareas evolutivas propuestas por Erikson y afirma que las decisiones tomadas en los primeros años de vida, sientan las bases de las soluciones en la adultez y las personas maduras comienzan ya a resolver los desafíos que se les presentaran en la senectud. De acuerdo a eso Peck presenta tres tareas principales para el envejecimiento (Martinez, 2006).

1 Diferenciación del ego frente a preocupación por el trabajo: para evitar las crisis relacionadas con la jubilación y el abandono de los hijos, se sugiere que antes de la jubilación y la vejez en sí, la persona necesita desarrollar alternativas actividades con el fin de usar el tiempo libre de forma más eficaz, logrando una valoración de sí mismo (Martinez 2006).

2 trascendencia corporal frente a preocupación corporal: debido a que el anciano podría ser consciente de sus enfermedades o reducción de capacidades, es obligado a trascender los problemas físico-corporales centrandos sus metas vitales en el rendimiento mental y espiritual, y en las relaciones sociales.

3 trascendencia del ego frente a preocupación por el ego: el temor a la propia muerte debe verse sustituido por otras aportaciones personales a cualquier nivel; por medio de los hijos y del legado material o cultural para las futuras generaciones (Martinez 2006). Es decir que en esta etapa el adulto mayor debería dedicar energías al bienestar de las futuras generaciones y evitar el excesivo interés por su propia muerte.

En conclusión Peck sostiene que con el declive del funcionamiento físico y sexual, la autoestima del adulto mayor se puede resentir si se fundamenta en tales cambios. Sin embargo la capacidad de juicio suele aumentar con la experiencia, de forma que la valoración del uso de la propia cabeza se convierte en una alternativa positiva para conservar la autoestima. Las personas necesitan flexibilidad para variar las conexiones y revertir las emociones en otras personas u objetos, así como también necesita de flexibilidad mental para permitir nuevas soluciones a los problemas en vez de mostrarse dogmáticos y gobernados por experiencias pasadas (Lewis, Heitkemper y Dirksen 2004).

1.2.3.4 TEORÍA DE ROBERT HAVIGHURST



Este autor se refiere al envejecimiento como el final de la etapa de madurez, que inicia desde los 65 años hasta la muerte; al iniciar esta última etapa el adulto mayor se desliga de algunas de las funciones que tuvo en la madurez, lo cual le deja tiempo libre para que pueda implicarse en otras funciones.

Havighurst establece que el adulto mayor deberá adoptar una tarea principal denominada adaptación que le permita adaptarse a los cambios de edad, roles, a los cambios físicos etc. (Martínez, 2006). Respecto a la tarea de adaptación Havighurst propone seis tareas evolutivas a las que debe hacer frente el adulto mayor, la consecución con éxito de una tarea produce felicidad y facilita el éxito de tareas posteriores, mientras que el fracaso lo conduce a la infelicidad, desaprobación por parte de la sociedad y dificultad para las tareas posteriores (Lewis, Heitkemper y Dirksen 2004). Por tanto el adulto mayor debe:

1. Adaptarse a una fuerza física y a una salud en descenso
2. Adaptarse a la jubilación y a los ingresos reducidos
3. Adaptarse a la muerte del cónyuge
4. Establecer una afiliación explícita con el grupo de edad a fin
5. Adaptarse a las funciones sociales de un modo flexible
6. Establecer unos planes satisfactorios de vida.

Desde los años 50 los adultos mayores han empezado a acomodar sus estilos de vida a climas más cálidos, ahora un número relativamente pequeño de ancianos busca vivir en comunidades formadas en su mayoría por personas adultas mayores. Varios autores consideran que el adulto mayor se encuentra mejor adaptado en su propio contexto, es decir al que ya están habituados.

1.2.3.5 TEORÍA DE DANIEL LEVINSON

Daniel Levinson, psicólogo norteamericano propuso una teoría del desarrollo del adulto, estructurada en una serie de etapas llamadas eras o estaciones. Postuló que en el centro de todo proceso de desarrollo está la estructura de la vida. Mediante este constructo Levinson adelantó la idea de que en todo individuo hay un patrón estable de conducta que se manifiesta



a lo largo del tiempo, convirtiéndose en el centro de su personalidad, lo cual lo hace único y lo distingue de los demás.

En su teoría de la estructura de la vida, Levinson identificó unos periodos del desarrollo los cuales se vinculan las edades que se van desplegando a lo largo del tiempo en una secuencia ordenada y universal. La estructura de la vida es dinámica y se producen cambios predecibles conformen los individuos recorren sus vidas. (Lewis, Heitkemper y Dirksen 2004).

Estos periodos se caracterizan por momentos de relativa estabilidad pero de corta duración, proporcionando oportunidades para construir y conservar las estructuras vitales necesarias para conseguir ciertos objetivos personales; y por momentos de transición con una fuerte intensidad emocional, considerados épocas para introducir cambios y redirigir el crecimiento hacia los objetivos personales (Lewis, Heitkemper y Dirksen 2004). Los cinco periodos identificados por Levinson son:

- pre-adultez: desde el nacimiento hasta los 22 años
- aduldez temprana desde los 17^a los 45 años
- aduldez media: desde los 40 a los 65 años
- aduldez tardía: desde los 60 a los 65 años
- aduldez realmente tardía: desde los 80 años en adelante

1.2.3.6 APORTES DE SIGMUND FREUD AL ENVEJECIMIENTO

Sigmund Freud también estudió el problema de las tareas evolutivas que se presentan en esta última etapa. No describió detalladamente las tareas evolutivas, sin embargo menciona que una tarea importante para el adulto es amar y trabajar en armonía. Y si una persona tiene conflictos en esta área, sus posibilidades de llevar a cabo las tareas evolutivas descritas por los autores antes mencionados, serán menores y a veces imposible.

Freud respecto a este tema señala tres premisas importantes:

- si una persona sufrió graves conflictos en su temprana infancia con pocas posibilidades de resolverse, sus posibilidades de tener una edad adulta feliz serán reducidas.



- el fracaso a la hora de resolver conflictos conduce a un abuso de mecanismo de defensa, reduciendo la posibilidad de llevar una vida feliz.

-cuanto más la persona abuse de los mecanismos de defensa para reducir su nivel de preocupación, más difícil será que se comporte de manera normal.

Vander Zanser (1978) sostenía que Freud veía a la edad adulta como un reflejo de la infancia, en especial de los seis primeros años.

1.2.3.7 TEORÍA DE LAS NECESIDADES DE MASLOW

Un importante estudio de la vejez ha sido realizado por un teórico de la personalidad como lo es Abraham Maslow, quien concibió la idea de una jerarquía de necesidades que se manifiestan según un determinado orden. A través de esta teoría, entendemos a la vejez cómo una etapa en la que se puede lograr la satisfacción (Mishara y Riedel 2000; y Vivar, Silva 2015).

Dentro de estas necesidades, Maslow abarca tanto las de orden fisiológico como las de orden psicológico; planteando una pirámide explicativa como la que vemos en la siguiente figura.



Espinoza 2005 y Durán 2012, citados por Vivar y Silva (2015) afirman que la calidad de vida en la vejez dependerá de las posibilidades que tengan cada persona de satisfacer adecuadamente sus necesidades humanas fundamentales. En muchos casos, la satisfacción



de las necesidades de los adultos mayores pasan a ser la responsabilidad de la familia o representantes legales, quienes deben proveer al adulto de vivienda, salud, protección permanente, alimentación etc... para contribuir a la satisfacción de sus necesidades afectivas hasta las espirituales.

Según Maslow las necesidades pasan de las más fundamentales a las secundarias, es decir de necesidades que permiten el fundamento del organismo para la subsistencia a necesidades de amor, pertenencia, de sentirse cómodo en un espacio; para desarrollar un sentido de pertenencia que se relaciona directamente con el nivel de autoestima que puede lograr el adulto mayor, quien debe ser considerado como una persona de sabiduría, la cual le ha sido dotada o proporcionada por sus años de vida o experiencias (Vivar y Silva, 2015).

CAPITULO II

DICAPACIDAD



2.1 CONCEPTO DE DISCAPACIDAD

La OMS considera a la discapacidad como “cualquier restricción o pérdida, producto de una deficiencia o habilidad para desarrollar una actividad de manera o dentro del margen considerado como normal para el ser humano” (Informe mundial de discapacidad, 2011). Para la CIF (Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud) las deficiencias son problemas en la función o estructura corporal, tales como una desviación o una pérdida significativa.

Según la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) se ha propuesto diferentes modelos conceptuales para explicar y entender la discapacidad; el modelo médico versus el modelo social. El modelo médico considera a la discapacidad como un problema de la persona directamente causado por una enfermedad, trauma o condición de salud. Por otro lado el modelo social considera a la discapacidad como un problema de origen social y como un asunto centrado en la completa integración de las personas en la sociedad, es decir que la discapacidad no es un atributo de la persona sino un conjunto de condiciones creadas por el contexto/entorno social.

Se considera persona con discapacidad a aquella que como consecuencia de una o más deficiencias físicas, mentales intelectuales o sensoriales, con independencia de la causa que la hubiera originado; ve restringida permanentemente su capacidad biológica, sociológica y asociativa para ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, como por ejemplo: vestirse, comer, evitar riesgos, aseo e higiene personal, ver oír, etc. (Ley Orgánica de Discapacidades, 2012).

Para la sociología el tema de discapacidad no ha sido de gran interés hace algunos años, ya que se ha entendido a la discapacidad principalmente como un tema médico a la vez que como un tema individual. De ahí que se haya derivado este tema a las disciplinas de la medicina y la psicología, como un objeto de preocupación teórica y empírica (Oliver, 1998). La teoría interaccionista de Goffman (1963) citada en el trabajo de Oliver (1998); ha explicado la discapacidad como desviación social, y sugiere que la relación entre discapacidad y desviación se puede entender con referencia a la ausencia de obligaciones y responsabilidades sociales.



La discapacidad individual no impide por sí mismo la capacidad de trabajar, participar y gozar de los derechos ciudadanos. El modelo social de discapacidad de Palacios (2008) hace mención acerca de los derechos para las personas con discapacidad, y desde esta perspectiva se permite considerarlos como individuos que necesitan diferentes servicios para gozar de una situación que los habilite para desempeñarse como ciudadanos activos y participantes. Esto significa que las personas con discapacidad pueden crecer dentro de una familia, acceder a servicios de salud, asistir a la escuela (acceso a la educación), trabajar y participar además en la toma de decisiones sobre aquellas políticas y programas que se generan en favor de las personas con discapacidad (Vázquez, 2006).

2.2 CAUSAS Y TIPOS DE DISCAPACIDAD

En la literatura revisada, se ha encontrado diversos factores que causan o aumentan el fenómeno de la discapacidad, fenómeno que afecta a una gran parte de la población a nivel mundial, según datos reportados por la OMS.

Existen diferentes factores causantes de discapacidad como los conflictos armados, accidentes de todo tipo (laboral, tránsito), uso y abuso de alcohol y drogas, así como también la violencia social. Otras causas que favorecen el aumento de discapacidad son el envejecimiento de la población, (es decir que la vejez que puede estar acompañada de degeneración física o mental), desnutrición, abandono infantil, bajos niveles de instrucción y pobreza extrema (Vásquez, 2006).

La discapacidad puede estar producida además por causas sanitarias, tales como enfermedades infecciosas y parasitarias, por problemas de salud relativos al desarrollo del feto, es decir aquellas que se originan durante el embarazo, las adquiridas al momento del nacimiento, aquellas que son de origen hereditario, y las originadas por una alteración de la salud aunque ya este superada o por secuelas de la misma. Se ha encontrado también que ciertos factores como la contaminación ambiental y sus efectos en la salud, como por ejemplo el uso irracional de plaguicidas; las que podrían ser causantes de un tipo de discapacidad (OMS, 2011; Vásquez, 2006).

2.2.1 DISCAPACIDAD FÍSICA



La discapacidad física puede ser definida en términos de desventajas, las cuales resultan de una imposibilidad que limita o impide el desempeño motor de la persona afectada. Esto significa que las partes afectadas pueden ser las piernas y/o brazos. Algunos ejemplos conocidos de discapacidad física pueden ser parálisis cerebral, espina bífida o amputaciones (Bernal, 2014).

Según la causa de la discapacidad física, la parte neurológica puede también verse afectada, es decir que existe una deficiencia neuromotora; por tanto algunas personas podrían tener dificultad para hablar, caminar, ver, controlar la manos u otras partes del cuerpo, o para controlar sus movimientos. Entiéndase por discapacidad motriz a la dificultad que presenta una persona en el manejo, control, equilibrio, coordinación y postura de diversas partes del cuerpo; y dichas características requerirán de la implementación de diversas adecuaciones para que la persona pueda desenvolverse en los diversos contextos de los que participa. La NOM (2009) señala que existe un tipo de discapacidad neuromotora, la cual la define como una secuela de una afección en el Sistema Nervioso Central, periférico o ambos, y en el Sistema musculo-esquelético.

Respecto a las causas de esta discapacidad, podemos mencionar las siguientes: genéticas que se pueden transmitir de padres a hijos, las congénitas referidas a las características o rasgos con los cuales nace un individuo y que no dependen solo de factores hereditarios sino que pueden ser adquiridas durante la gestación, y por ultimo aquellas que son adquiridas, es decir las ocasionadas por algún accidente o alguna enfermedad.

Las discapacidades físicas se encuentran dentro de dos grupos, pueden ser temporales: deficiencias adquiridas a consecuencia de algún accidente que provoca alguna inmovilidad limitada y cuyo pronóstico de recuperación es predecible, considerando aspectos como la inmovilidad, terapia física o rehabilitación, etc.; permanentes: aquellas cuyo diagnóstico no contempla mejoría independientemente del tratamiento (Guilcamaygua, 2011).

En un estudio realizado por el Dr. Héctor Bayarre Vea en Cuba, se ha identificado varios factores de riesgo de discapacidad física, entre los cuales están: edad avanzada, baja escolaridad, insatisfacción con las actividades cotidianas, desocupación, perdida de roles sociales y familiares, perdida del cónyuge, familiares y amigos; sentimientos de soledad,



sensación de inactividad, condiciones materiales de vida inadecuada, enfermedades crónicas, inadaptación a la jubilación entre otros. En este mismo estudio se reveló que la discapacidad física aparece antes o antecede a la discapacidad mental.

2.2.2 DISCAPACIDAD INTELECTUAL

La discapacidad intelectual debe concebirse hoy desde un enfoque que subraye en primer lugar a las personas como cualquier otro individuo de nuestra sociedad (Alonso, 2003).

En 1980 la OMS definió a la discapacidad intelectual como una restricción o carencia de habilidades para realizar alguna actividad de manera normal (Allen et.al; 2010). En el 2001 se intenta abordar el tema de la discapacidad intelectual desde un enfoque biopsicosocial, donde la OMS la conceptualiza ahora como una “deficiencia mental definida por la presencia de desarrollo mental incompleto o detenido, caracterizado principalmente por un deterioro de las funciones concretas de cada época del desarrollo y que contribuyen a nivel global de inteligencia, como las funciones cognitivas, de lenguaje, motrices y de socialización; en donde la adaptación al ambiente siempre estará afectada”.

La Norma Oficial Mexicana (NOM, 2009) define a la discapacidad intelectual como un “impedimento permanente en las funciones mentales, consecuencia de una alteración prenatal, perinatal, posnatal o alguna alteración que limita a la persona a realizar actividades necesarias para su conducta adaptativa al medio escolar, laboral, familiar o social”.

La discapacidad intelectual es una condición que ha generado un enorme impacto a nivel social ya que afecta no solo a la persona que la experimenta sino también a su familia y a la sociedad en conjunto; pues ésta se caracteriza por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y la conducta adaptativa, expresada en habilidades conceptuales, sociales y prácticas como lo hemos mencionado con anterioridad. Los factores causales pueden ser genéticos, adquiridos, ambientales y socioculturales. La American Association on Mental Retardation (AAMR) señala que en la discapacidad intelectual hay limitaciones asociadas en dos o más de las áreas de habilidades adaptativas que incluyen comunicación, cuidado personal, vida en el hogar, destrezas sociales, competencias académicas, tiempo de



ocio, trabajo..., y la aparición de este trastorno se origina antes de los 18 años de edad (Allen et.al; 2010).

La evaluación del funcionamiento intelectual es uno de los aspectos cruciales para poder diagnosticar el grado de discapacidad intelectual de la persona, y dicha evaluación debe realizarla un psicólogo especializado. Para ello debe tomarse en cuenta las siguientes 5 premisas: 1. capacidad intelectual, 2. conducta adaptativa, 3. participación, interacción y rol social, 4. salud y 5. contexto; a la hora de evaluar correctamente (Alonso, 2003).

2.2.3 DISCAPACIDAD SENSORIAL

La discapacidad sensorial es una discapacidad de los sentidos, y por lo general se utiliza para referirse a la discapacidad visual o auditiva, sin embargo los otros sentidos como el olfato, el gusto o tacto también puede desarrollar discapacidad, denominadas:

- Anosmia: incapacidad para oler
- Disminución de la sensación del gusto
- Discapacidad somato-sensorial: falta de sensibilidad al tacto, calor, frío y dolor.

No obstante la discapacidad auditiva y visual es de mayor frecuencia entre las limitaciones sensoriales, y además generan un mayor impacto social debido a los altos niveles de dependencia que estas generan en las personas. Es por ello que las definiremos a continuación.

- Discapacidad visual

Puede ser considerada como una pérdida total de la capacidad para ver, así como una debilidad visual en uno o ambos ojos. Es decir que es un estado de limitación o de menor eficacia para ver, debido a la interacción entre factores individuales y los de un contexto menos accesible (Guilcamaygua, 2011). La NOM, (Norma Oficial Mexicana, 2009 define a esta capacidad como una agudeza visual corregida en el mejor de los ojos igual o menor de 20/200 o cuyo campo visual es menor de 20°.

Se puede distinguir a las personas con discapacidad visual haciendo referencia a dos términos:

- Ceguera: pérdida total de visión
- Deficiencia visual: pérdida parcial



Para entender la realidad o severidad de este tipo de discapacidad, basta tener en cuenta que a través del sentido de la vista podemos obtener el 80% de información del medio exterior (Guilcamaygua, 2011).

- Discapacidad auditiva

Se refiere a la falta o disminución en la capacidad para oír claramente, o para percibir mensajes verbales u otros mensajes audibles, debido a un problema en algún lugar del aparato auditivo. Por otra parte la NOM (Norma Oficial Mexicana, 2009) la define como una restricción en la función auditiva por alteraciones en oído externo, medio, interno o retro-coleares, que a su vez pueden limitar la capacidad de comunicación. Esta discapacidad auditiva suele aparecer como invisible, ya que por lo general no suele presentar características físicas evidentes que puedan dar cuenta de que la persona padece dicha discapacidad (Guilcamaygua, 2011).

La pérdida de la audición puede fluctuar desde la más superficial hasta la más profunda a la cual comúnmente se le llama sordera, ésta se refiere al impedimento auditivo, cuya severidad no permite a la persona percibir sonidos y el lenguaje hablado. En estos casos se puede evidenciar un escaso desarrollo d lenguaje oral (Guilcamaygua, 2011).

La población que padece algún tipo de discapacidad sensorial es muy vulnerable y tiene necesidades psico-socio-medico-laborales que le permitan obtener un mejor proceso adaptativo. Sin embargo esta condición incapacitante hace que estas personas aun siendo adultas, vivan con sus padres o hermano (o algún cuidador), debido a que presentan un alto grado de dependencia (especialmente de sus familiares). Por ello es importante trabajar conjuntamente con la familia y no considerar a estos pacientes como entes aislados (Tamayo, 2009).

2.3 ENVEJECIMIENTO Y DISCAPACIDAD

El envejecimiento de la población es un fenómeno mundial que se ha ido produciendo paulatinamente a lo largo de décadas especialmente en los países más desarrollados



(Albarrán; et.al, 2001). Este fenómeno suele encontrarse acompañado de algún tipo de discapacidad, la cual es entendida como la falta o limitación de alguna facultad física o mental que imposibilita o dificulta el desarrollo normal de la actividad de una persona, y que a su vez incluye déficits y restricciones de la participación, lo cual se hace más evidente y/o prevalente en la edad adulta. Es decir que condición que favorece el aumento de discapacidad es el envejecimiento de la población (Vázquez, 2006).

En el Ecuador el 6.5% del total de la población son adultos mayores, entre los cuales el 53% son mujeres y el 47% son varones. En la población adulta mayor se puede evidenciar que las mujeres tienen mayores niveles de afectación que los hombres, es decir que el 19% de las mujeres frente al 13% de los varones, poseen algún tipo de discapacidad. De este total de población, el 23% de adultos mayores poseen discapacidad permanente. Sin embargo de acuerdo a los datos obtenidos por el Consejo Nacional para igualdad Inter-generacional, en el Ecuador la esperanza de vida de las mujeres es de 78 años y para los hombres de 72 años. (Villacis, 2010).

Las condiciones de vida para las personas de la tercera edad son generalmente difíciles, pues pierden rápidamente oportunidades de trabajo, actividad social y capacidad de socialización, y en muchos de los casos se sienten postergados y erradicados. La falta de bienestar en las personas adultas mayores ha crecido en el Ecuador de forma alarmante como resultado de la crisis económica, abandono familiar; este último factor repercute en el deterioro de la salud física y mental del adulto mayor (Catalogo de investigaciones realizada sobre Personas Adultas Mayores en el Ecuador, 2011).

El proceso de envejecimiento se percibe como una amenaza para la independencia personal de las personas con discapacidad adultas mayores (Díaz, 2004). La discapacidad puede llevar a un adulto mayor a convertirse en una persona dependiente, la dependencia es entendida como un estado en el que debido a una pérdida física, psíquica o en su autonomía intelectual, necesita de la asistencia o ayuda significativa para manejarse en las actividades de la vida diaria (Ley Orgánica de Discapacidades, 2012). Un número creciente de personas adultas mayores requieren apoyo por problemas de salud y discapacidad, aumentando así los porcentajes de dependencia (Rodríguez, 2003).



Entre los determinantes de la discapacidad y la dependencia, además de la edad y el sexo, hay que tener en cuenta las características de la sociedad donde se vive y envejece. Las personas adultas mayores con discapacidad, están expuestas a una menor participación económica, social y aun mayor empobrecimiento. Son las mujeres, los adultos mayores que viven en extrema pobreza, y con menor escolaridad quienes presentan una mayor prevalencia y severidad de discapacidad. (ENSANUT 2012). Es decir que a nivel individual la clase social y el nivel de instrucción determinan en gran medida el riesgo de discapacidad.

Guralnik, (2002) ha propuesto que el aumento en el nivel de instrucción de una población es la fuerza que empuja la reducción de la dependencia, ya que esto conlleva a un mejor acceso y utilización de recursos, así como un mayor conocimiento sobre la forma de evitar riesgos para la salud.

Las desigualdades socioeconómicas y de género observadas en los adultos mayores, hacen prever un aumento de la discapacidad y limitaciones funcionales en este grupo, ya que estas surgen tanto de procesos patológicos como también de conductas o factores sociales (Albala, et.al; 2011). Para prevenir la dependencia es necesario identificar los determinantes de las distintas tragedias en el proceso de salud-enfermedad-envejecimiento, sobre el cual los determinantes sociales y económicos ejercen una marcada influencia (ENSANUT 2012).

El Ecuador es un país en proceso de envejecimiento, con una proporción cada vez más alta de adultos mayores, y se observa además un aumento proporcional de morbilidad y mortalidad por causas de enfermedades crónicas y degenerativas. Los adultos mayores viven en condiciones socioeconómicas muy variadas, pero una proporción muy importante vive en condiciones desfavorables (Freire et.al; 2010).

En el adulto mayor se ve reflejado el comportamiento saludable que se adquirió en las primeras etapas del ciclo vital individual. Cuando un adulto mayor pierde la habilidad para hacer las cosas por sí solo, no se debe tan solo al envejecimiento; una de las principales razones es la inactividad (Catalogo de investigaciones realizada sobre Personas Adultas Mayores en el Ecuador, 2011). En los problemas de salud-enfermedad que acompañan al envejecimiento, existe un incremento en las incidencias, prevalencias y letalidad de enfermedades crónico degenerativas e incapacitantes (Cardona et.al; 2003). Una menor



exposición a distintos factores de riesgo (de tipo físico, biológico y social) a lo largo de la vida disminuye la probabilidad de padecer trastornos crónicos en la vejez. (Otero et.al; 2004). Independiente mente de la causa o motivo, la discapacidad supone una reducción de la autonomía, lo que puede llevar a un cambio forzoso en las hábitos y forma de vida.

De acuerdo a datos expuestos anterior mente acerca de los porcentajes de adultos mayores con discapacidad, en el Ecuador ha sido necesario la creación de centros de atención para adultos mayores con o sin discapacidad en sus distintas modalidades, lo cuales están orientados a mejorar el proceso de envejecimiento mediante el desarrollo de programas de integración familiar, dichos centros deberán contar con actividades sociales, culturales, recreativas, productivas etc. (Agenda de igualdad para adultos mayores 2012-2013 del MIES).

Hay que diferenciar el envejecimiento de las personas con discapacidad y el envejecimiento de las personas cuyas capacidades se han visto comprometidas por el propio proceso de envejecimiento (Díaz, 2004). Muchos adultos mayores que no son considerados discapacitados presentan similitudes con aquellos que sí, tales como movilidad reducida, pérdida de vista/audición, falta de destrezas, dificultades para manejarse por el medio circundante (Rodriguez, 2003). Es decir que como lo menciona Rodriguez, (2003) en su trabajo “Discapacidad y calidad de vida”, los problemas de discapacidad y envejecimiento son distintos pero tienen puntos en común; en primer lugar con la edad se aumenta la posibilidad de tener alguna discapacidad, además el envejecimiento también afecta a las personas con discapacidad acentuando marcadamente sus limitaciones y consecuencias.

Las limitaciones funcionales, definidas como la restricción de las capacidades físicas o mentales para efectuar las tareas requeridas para mantener una vida independiente, identifican un subgrupo importante de adultos mayores vulnerables y son importantes predictores de discapacidades, morbilidad y mortalidad en el adulto mayor, además se encuentran relacionadas con el aumento de la expectativa de vida y son consideradas como los problemas más graves a enfrentar en la actualidad con respecto al envejecimiento. Estas limitaciones funcionales son el resultado de interacciones entre alteraciones estructurales y funciones del organismo, unido a una multitud de factores psicológicos y sociales. Las



distintas ciencias de la salud han demostrado que lo más importante no es que haya un aumento de la expectativa de vida, sino que sea posible envejecer manteniendo una calidad de vida adecuada, ya que ésta es un indicador de envejecimiento satisfactorio (Albala, et.al; 2011; & Bayarre, et.al; 2008).

2.4 LA DISCAPACIDAD EN EL ECUADOR

La Organización Mundial de la Salud reporta que a nivel mundial el 10% de la población padece algún tipo o grado de discapacidad (Norma Oficial Mexicana, 2009), en el Ecuador se estima que existe un 12.8% de personas con discapacidad aproximadamente. Según datos expuestos por el MIES y el Ministerio de salud pública: Guayas, Pichincha y Manabí son las 3 provincias con mayor incidencia de discapacidad. Con respecto al género se evidencia que es la población masculina quien presenta un mayor porcentaje de discapacidad, el cual está representado por un 56% frente al 46% que representa a la población femenina con discapacidad (Norma técnica del MIES, 2014).

Respecto al tipo predominante de discapacidad, podemos observar que la discapacidad física tiene mayor prevalencia con un 47%, seguida de discapacidad intelectual con un 23%, 13% de discapacidad auditiva y un 12% de discapacidad visual. Por otra parte la discapacidad psicosocial y psicológica representan solo el 2%; y por último la discapacidad menos ocurrenente en el país es la de lenguaje con un 1% (Ley Orgánica de Discapacidades, 2012).



CAPÍTULO III

BIENESTAR

3.1 CONCEPTO DE BIENESTAR

Tradicionalmente la psicología se ha enfocado en el tratado de la patología, pasando desapercibido otros aspectos positivos, como por ejemplo el bienestar, la satisfacción y el optimismo, descuidando las ganancias que los mismos pueden representar para los individuos. Este panorama se modificó con el nacimiento de la Psicología Positiva, siendo Seligman (1998) uno de sus más destacados representantes, pues en este momento el estudio se enfocó en aquellas cualidades y fortalezas que podrían funcionar como amortiguadores frente a las situaciones adversas, propiciando así una mejor calidad de vida y por ende un mayor bienestar.

Pese a que el estudio científico del bienestar, es prácticamente reciente, como temática filosófica la felicidad o bienestar, iniciaba con una doble visión, la misma que hasta la actualidad continúa. Estas dos perspectivas desde las cuales puede estudiarse el bienestar son:

- La visión “hedonista”, que relaciona el bienestar a la obtención de sentimientos tanto de placer como de felicidad, esto es lo que vendría a denominarse como *Bienestar subjetivo*.
- Una visión eudaimonista, que en cambio vincula el bienestar al logro, desarrollo de los potenciales del individuo, y a la consecución de aquello que puede ser, esto se definiría como *Bienestar psicológico*.

3.2 BIENESTAR SUBJETIVO.

Partiendo desde esta visión, el bienestar se encontraría asociado a la experiencia subjetiva de felicidad, que nace como producto de un balance integral tanto entre aquellas situaciones de placer como de displacer. El bienestar subjetivo como tal, implicaría el estado emocional experimentado en un determinado momento, la satisfacción en relación a cada dominio de la



vida, o en su defecto, una valoración global en referencia a la vida como tal (Diener y Lucas, 2000).

Durante las últimas décadas, diversos estudios se han enfocado en definir los componentes que el bienestar incluiría, llegando a concluir, autores como Triadó (2003), que se pueden identificar dos dimensiones básicas del bienestar subjetivo:

-Componente emocional: Vinculado a los sentimientos de placer y displacer experimentados por el individuo, e incluiría, entre otros, el constructo de felicidad. La característica de este componente es que se encuentra sujeto a cambios a mediano y corto plazo.

-Componente cognitivo: Refiere al juicio que merece la trayectoria evolutiva de la persona, esto, vendría a definirse, como la tradicionalmente denominada satisfacción vital; a diferencia del anterior componente, este tiene una mayor estabilidad en el tiempo.

En esta línea de investigación, enfocada en las dimensiones del bienestar subjetivo, diversos autores como Veenhoven (1994) describe el bienestar subjetivo como el nivel en que un individuo valora en términos positivos, de una manera global su existencia; es decir, hasta qué grado la persona se siente a gusto con su vida. Según, tal y como lo indica este mismo autor, para este tipo de discernimiento la persona hace uso de componentes afectivos y cognitivos; en este punto, los elementos cognitivos aluden, como se indicó anteriormente, al nivel de satisfacción con la vida, en otras palabras representa la divergencia entre los logros y las metas planteadas por la persona; por su parte la dimensión afectiva refiere al agrado del individuo en lo concerniente a sus estados anímicos, sentimientos y emociones, es así que un sujeto que estime haber vivenciado un mayor número de experiencias emocionalmente placenteras a diferencia de las consideradas desgraciadas, tendrá una percepción deseable y positiva de su vida. Quedando claro entonces que, una valoración positiva de los eventos de la vida se relaciona con el bienestar subjetivo, se ubica a la salud, la productividad, la seguridad, la intimidad y la relación con la comunidad como factores determinantes del componente cognitivo del bienestar subjetivo (García Martín, 2002).



Continuando con las definiciones en el tratado del bienestar subjetivo, importante es señalar a investigadores como Diener, Suh, Lucas y Smith (1999), para quienes el bienestar subjetivo no es más que las respuestas emocionales, los dominios de satisfacción y aquellos juicios globales de satisfacción con la vida. Siguiendo la línea de definiciones de los autores citados tanto las emociones como los estados de ánimo, encajarían en el concepto de afecto, y representarían las valoraciones de los eventos de sus vidas. En lo que respecta a los juicios globales sobre la satisfacción con la vida, estos conforman las evaluaciones vinculadas con la manera en que los individuos valoran cómo ha sido su desempeño durante su trayectoria, guiados por los proyectos propuestos y determinados valores sociales. Mientras tanto, variables como el grado de satisfacción con la pareja, el trabajo, los ingresos, entre otros, refieren al componente de la satisfacción con los dominios de la vida

3.2.1 DETERMINANTES DEL BIENESTAR SUBJETIVO.

Determinados factores que se han llegado a relacionar con el bienestar subjetivo, incluyen rasgos de la personalidad como la autoeficacia, la autoestima, la capacidad de adaptación, estrategias de afrontamiento y neuroticismo. Paralelamente, ciertas variables sociodemográficas también han sido enlazadas con el bienestar subjetivo, entre ellas figuran el sexo, la edad, estado civil, nivel educativo, ingresos y estatus laboral. Sin embargo, pese a esta relación, estudios en este campo, han establecido que estas variables únicamente justifican entre el 15% y 20% de la varianza en el bienestar subjetivo (Gómez, Villegas, Barrera y Cruz, 2007). Este hallazgo permitiría deducir que, es mucho más importante la influencia de las variables psicológicas al momento de explicar el bienestar subjetivo y de comprender las diferencias individuales en los niveles de bienestar.

Variables sociodemográficas

Edad

Se considera uno de los principales elementos a tener presente, tanto por su influencia en las variables psicológicas, como por las modificaciones propias de cada ciclo vital. En lo referente a la vinculación entre el bienestar y la edad, en sus estudios Stock, Okun, Haring y



Witter (1983), concluyeron que existe una relación positiva entre ambas variables, empero la cantidad de varianza explicada por este factor no supera el 1%. Siguiendo esta misma dirección otros resultados informan que la estabilidad del bienestar subjetivo a lo largo de la vida, puede verse seriamente afectada por aquellas limitaciones físicas que aumentan a medida que la edad avanza (Kunzmann, Little y Smith, 2000).

Género

Una revisión de la literatura indica que son las medidas afectivas de bienestar subjetivo, quienes resultan más susceptibles a las diferencias de género, a diferencia de las cognitivas. Esta diferencia estaría explicada por la mayor expresividad emocional de las mujeres; es decir, que no es que las mujeres reflejen unos niveles de bienestar más bajo, sino que sus emociones son expresadas de manera más abierta, a diferencia de lo que sucede con los hombres (Mirowsky y Ross, 1996). Otros estudios, como los de Hickson, Housley y Boyle (1988) evidencian que variables como el grado de control que la persona percibe tener sobre su vida también ejerce su influencia sobre el bienestar subjetivo. En este sentido, culturalmente son las mujeres quienes pueden haber aprendido un mayor número de actitudes de indefensión, lo que en parte explicaría las puntuaciones más bajas obtenidas por ellas en comparación a los hombres. La afectividad, es una variable más a tener en consideración como mediadora entre el género y el bienestar subjetivo, tal como lo detallan Cardenal y Fierro (2001); en esta dirección, parecería que las mujeres, además de ser más expresivas al momento de manifestar sus emociones, también presentan más sensibilidad frente a los acontecimientos significativos de sus vidas.

Estado civil

Que el matrimonio es uno de los mayores predictores de bienestar subjetivo, y que son las personas casadas quienes reportan un mayor grado de satisfacción con la vida lo demuestran numerosos estudios (Glenn y Weaver, 1981; Wood, Rhodes y Whelan, 1989; Mastekaasa, 1993). Sin embargo, como lo sugieren Barrientos (2005) y García Martín (2002) sería la calidad de la relación matrimonial el indicativo más importante para valorar la satisfacción. En contraste, se presentan controversias al momento de considerar esta variable (estado civil) en función del género; es así que algunos trabajos informan que son los hombres casados



quienes manifiestan niveles de satisfacción más bajos (Ball y Robbins, 1986), y siguiendo esta misma línea Mookherjee (1997) indica en sus estudios que en comparación con los hombres, las mujeres casadas reflejan un mayor grado de satisfacción. La probabilidad de sufrir pérdidas de seres queridos, aumenta a medida que la persona envejece, y es, en este punto donde el fallecimiento de la pareja constituye un escenario de amenaza para la seguridad y el bienestar (económico, afectivo, etc.), de manera particular en el adulto mayor, quien ve limitada la posibilidad de poder rehacer su vida.

Nivel de estudios

Los datos obtenidos en este ámbito sugieren que, a pesar que se presenta una relación entre bienestar subjetivo y educación, los efectos de esta última no parecen ser importantes, mientras se controlen otros factores tales como los ingresos o el status laboral (Palmore, 1979). Se considera la influencia indirecta de la educación sobre el bienestar subjetivo, estimando su rol mediador en el logro de las metas personales, y en la adaptación a los cambios vitales que se suscitan.

Ingresos

Se ha llegado a reportar una correlación positiva entre el bienestar y los ingresos económicos (Barrientos, 2005); sin embargo, según como lo indica Diener (1994), esta relación tendría efectos de mayor importancia en situaciones de pobreza extrema. Al parecer, más relevante que la cantidad del dinero, es la satisfacción con el ingreso en sí (Argyle, 1999). Sin embargo, pese a la relación positiva encontrada entre ambas variables, esta relación se establece como limitada, tal como lo indican Palomar, Lanzagorta y Hernández (2004), puesto que la varianza del bienestar no se explica de manera directa por variables de orden económico sino por variables de naturaleza psicológica y social.

Características personales.

Autoestima y autoeficacia.

La autoestima y la autoeficacia también han sido asociadas al bienestar subjetivo, mostrando entre sí relaciones positivas. En lo que refiere a la autoestima, estudios en el campo han



encontrado una vinculación entre esta y el bienestar subjetivo ((DeNeve y Cooper, 1998; Diener, 1998; Marks y Mac-Dermid, 1996). Siguiendo este resultado, es un hecho real que la autoestima se ve afectada, cuando el individuo atraviesa periodos vitales no afortunados. Importante es indicar, tal como lo recalca Diener (1995), la relación entre estas dos variables, se encuentra mediada por la cultura, expuesto esto, se afirmaría que es en las culturas individualistas, donde la autoestima influiría en mayor nivel en el bienestar subjetivo.

Referente a la autoeficacia, entendida como aquellos elementos referidos a la capacidad que las personas sienten para lograr un reto o superar una situación estresante (Bandura, 1986; Schwarzer, 1993), se evidencia que entre mayor es el grado de confianza que experimenta una persona de lograr sus objetivos, mayor es el bienestar subjetivo que manifestará.

Salud percibida.

La salud percibida, o también definida como salud subjetiva, es la valoración que cada persona hace de su estado de salud, en base a la estimación de una serie de atributos que pueden ser el dolor, la fatiga, capacidades visuales y auditivas, la movilidad, etc. Numerosos trabajos científicos, entre los que destaca el realizado por Campbell (1976), indica que pese a la valoración de la salud como uno de los factores más relevantes para la felicidad, es la satisfacción con aquella, lo que se ubica como el octavo predictor en importancia, en relación a la satisfacción con la vida. En otras palabras, es la influencia de la salud sobre la posibilidad de ejecutar diferentes actividades, lúdicas entre ellas, lo que llega a determinar la relevancia de la salud en el bienestar subjetivo (Mancini y Orthner, 1980).

3.3 BIENESTAR PSICOLÓGICO



Siguiendo la línea de autores como Ryff (1989), esta definición de “bienestar psicológico”, ubica el bienestar en el logro o consecución de aquellos valores que le permiten al individuo sentirse auténtico, vivo y lo hacen crecer como persona.

Uno de los autores que ha trabajado con el término de bienestar psicológico ha sido Fierro (2000) quien realiza una asociación entre el bienestar psicológico y la posibilidad activa de “bien-estar” y “bien-ser”, entendida esta posibilidad como una disposición para cuidar la propia salud mental, de manera que el individuo conscientemente puede generar experiencias positivas. Tomando esta perspectiva el bienestar psicológico se podría entender como un potencial tanto innato como adquirido, producto de una apropiada gestión de la propia experiencia, pero también se posiciona como un indicador de la capacidad que presenta la persona para auto-cuidarse. Compartiendo esta misma dirección, otros autores relacionan el bienestar psicológico con aquellas creencias que dirigen las acciones de las personas, y el significado asignado a sus experiencias previas (González-Méndez, 2005). En esta misma literatura, el bienestar también se encuentra ligado con el poseer experiencias cognitivas y emocionalmente asimiladas y aceptadas, y con la habilidad de acoplarse a circunstancias diversas con una particular flexibilidad.

Como refieren otros autores, entre ellos Salotti (2006), el bienestar psicológico es lo resultante de la percepción a cerca de las metas alcanzadas y el nivel de satisfacción personal con lo que se ha realizado, se está realizando o se podría realizar. Con este postulado coincide Diener (1984), para quien un elevado nivel de bienestar dependerá de si la apreciación positiva a cerca de la existencia es perdurable a lo largo del tiempo, y paralelo a esto, los bajos niveles de bienestar estarán mediados por la discordancia entre las expectativas y lo alcanzado. Desde un enfoque más integral, Ryff (1995), una de las investigadores que más trabajos ha realizado sobre esta temática, expone que el bienestar psicológico tendría que ver con tener establecido un propósito en la vida, con conseguir metas importantes y con los desafíos y el esfuerzo que requiera superarlos; mientras que por su parte el bienestar subjetivo se remitiría a los sentimientos de felicidad y ausencia de problemas; en conclusión y como lo cita George (2000) el enfoque del bienestar psicológico pone de relieve el funcionamiento, en lugar de los sentimientos positivos.



Al momento de definir la estructura del bienestar psicológico, Ryff (1989) desarrolla un trabajo de significativa relevancia, en el que intenta identificar criterios concretos y estables que posibiliten hablar de bienestar, y determinar en qué grado la persona los cumple; mientras tanto en lo que respecta al bienestar subjetivo, la única medida es la experiencia subjetiva como tal.

Es así que Ryff (1989) determina seis dimensiones, de las que estaría constituido el bienestar psicológico, y diseña además un instrumento que facilite su medición. Las dimensiones identificadas son seis: autoaceptación, relaciones positivas con los demás, dominio del ambiente, autonomía, crecimiento personal y propósito en la vida.

- *Autoaceptación:* No solo implica el conocerse a sí mismo, sino que incluye además la necesidad de lograr una visión positiva de uno mismo. Citando lo que refiere Triadó (2003), esta dimensión conlleva el mantener una actitud positiva hacia sí mismo, teniendo como soporte el reconocimiento y aceptación de los aspectos positivos y no positivos.
- *Relaciones positivas con los demás:* El afecto hacia los otros es uno de los pilares principales del bienestar, siendo la capacidad de amar el elemento central de la salud mental positiva (Jahoda, 1958). Para Triadó (2003), esta dimensión supone el mantener vínculos estrechos con otras personas, los mismos que tendrían que basarse en la confianza y la empatía.
- *Dominio del ambiente:* Alude a la existencia de un sentido de control respecto al manejo de los entornos en los que se desenvuelve. Los individuos que reflejan un alto dominio del entorno experimentan la capacidad de ejercer influencia sobre su contexto inmediato.
- *Autonomía:* Se relaciona con la capacidad de evaluarse a sí mismo y las eventualidades, en función de criterios personales, resistiendo la presión social. Para ello las personas requieren establecerse en sus propias convicciones (autodeterminación), y mantener su autoridad personal (Ryff y Singer, 2002).



- *Propósito en la vida:* Comprende la existencia de objetivos vitales definidos; y se define como el sentido de que la vida adquiera significado, significado que a su vez integre tanto las experiencias pasadas, presentes como las futuras.
- *Crecimiento personal:* Se relaciona de manera explícita con la autorrealización de la persona; y refiere a la óptica de uno mismo abierto a vivencias nuevas, que permitan el enriquecimiento y el desarrollo de nuestro potencial.

3.3.1 DETERMINANTES DEL BIENESTAR PSICOLÓGICO.

A través de las investigaciones enfocadas en los aspectos positivos de la vida, se ha logrado reconocer numerosos factores determinantes del bienestar psicológico.

Variables sociodemográficas.

Edad.

Estudios realizados para analizar la influencia de esta variable en las dimensiones del bienestar psicológico, demuestran que los adultos medios reflejaban más altas puntuaciones que los adultos mayores en propósito en la vida, mientras que los adultos mayores consiguieron menores puntajes en crecimiento personal (Ryff, 1989), resultados similares encontraron Meléndez, Tomás y Navarro (2008); es así, que este descenso podría explicarse mediante dos hipótesis: por una parte, mientras el aumento de la esperanza de vida ha sido fenómeno social, el contexto continúa proporcionando oportunidades reducidas para este grupo vulnerable, lo cual no estaría favoreciendo el desarrollo ni el crecimiento personal.

Género.

En lo que refiere a este factor las evidencias no son consistentes, pues mientras unos estudios notifican que las mujeres reportan menores niveles de bienestar que los hombres (Barrantes, 2006), otros trabajos informan mayores niveles de bienestar psicológico en las mujeres, lo que podría estar explicado por su mayor nivel de estabilidad emocional con el paso de los años (Pinguart y Sorensen, 2001). Otra tentativa de explicación sería que al llegar a la adultez mayor los hombres se vuelven más dependientes, frente a la pérdida del rol laboral, que



socialmente los define, mientras que la mujer continúa ejerciendo su rol, al custodiar el grupo familiar.

Estado civil.

Se ha comprobado que las dimensiones referentes al dominio del ambiente y las relaciones positivas, tienen relación con el estado civil del adulto mayor, siendo las personas casadas las que puntúan más alto a diferencia de las solteras (Molina y Meléndez, 2006). Siguiendo esta línea, Pinguart y Sorensen (2001) advierten que los adultos mayores casados cuentan con un significativo recurso de apoyo y validación de parte de sus cónyuges, frente a lo cual las personas divorciadas tendrían una mayor probabilidad de presentar índices mayores de accidentes y mortalidad.

Nivel de estudios.

Trabajos realizados notifican que el nivel de estudios se ha relacionado con las dimensiones del bienestar (Ryff, 2002). Por citar un ejemplo, los estudios de Oliver, Navarro, Meléndez y Molina (2009) evidenciaron que las relaciones del nivel de estudios en todo momento fueron positivas con las dimensiones del bienestar subjetivo y psicológico.

Características individuales.

Autoestima.

Definida como una actitud positiva o negativa hacia la persona, basada en la valoración de sus propias características (Sebastián, Manos, Bueno y Matero, 2007), es un factor esencial en el desarrollo de un adecuado ajuste tanto emocional como cognitivo, ejerciendo una influencia importante en todas las áreas de la vida, tal como lo indica Miranda (2005). Algunos trabajos investigativos señalan que va disminuyendo durante la vejez. La importancia de la autoestima radica en que es un factor clave en el desarrollo de un buen ajuste emocional, cognitivo y práctico, afectando de un modo importante todas las áreas de la vida (Miranda, 2005). En algunas investigaciones se propone que ésta va disminuyendo durante la edad madura y la vejez (Matad, 2004).



Autoeficacia.

Entendida como el conjunto de creencias respecto a las propias capacidades para ejecutar actividades requeridas para determinados logros. La importancia de esta variable radica, en que refiere a la confianza que el individuo tiene sobre sus potencialidades para alcanzar los resultados deseados. En el caso del adulto mayor, la autoeficacia se asocia al sentimiento de poder tener la capacidad de participar en la solución de diversos conflictos, aportando soluciones. Los adultos mayores que perciben niveles inadecuados de autoeficacia realizan una valoración negativa de su vida, lo que a su vez se traduce en niveles bajos de bienestar psicológico (San Juan, Pérez y Bermúdez, 2000).

Salud subjetiva.

La valoración que las personas sanas realizan a cerca de su salud, se encuentra caracterizada por un sentimiento de control personal y una visión positiva del futuro, lo que permitirá al individuo hacer frente a situaciones estresantes e inclusive amenazantes; por tanto gozar de un excelente estado de salud no únicamente debe residir en carecer de enfermedades, sino en disfrutar de recursos que faciliten sobrellevar las adversidades (Almedom y Glandon, 2007).

3.4 “TEORÍA DEL BIENESTAR” SEGÚN MARTIN SELIGMAN.

La Psicología Positiva podría enmarcarse como una de las recientes ramas de la psicología, caracterizada por estudiar y comprender aquellos mecanismos que subyacen a las fortalezas y virtudes del ser humano; pues como lo refieren Seligman y Csikszentmihalyi (2000), el énfasis de la psicología en la patología, le ha llevado a pasar desapercibido, aspectos positivos como el bienestar, la satisfacción y el optimismo, ignorándose consecuentemente los beneficios que estos representan para los individuos. Diversos autores recalcan que desde el enfoque de la Psicología Positiva, el ser humano cuenta con la capacidad de adaptarse y de crecimiento personal frente a las vivencias traumáticas más aterradoras (Gillham y Seligman, 1999; Davidson, 2002).

Vera (2004) afirma que desde la concepción patológica del mundo se concibe al ser humano como débil frente a las desgracias. Desde la re conceptualización que propugna la Psicología



Positiva, el hombre se hace fuerte y capaz de aprender de todas sus experiencias. En este contexto, la Psicología Positiva, tiene como objetivo el investigar acerca de las fortalezas y virtudes humanas; y los efectos de éstas en las vidas de las personas y en las sociedades.

Lo que se puede registrar como uno de los principales aportes de la psicología positiva, es el haber establecido que el sentimiento de felicidad o bienestar duradero se caracteriza por ser muy estable en los individuos, y que se encuentra conformado por un puntaje fijo, quizá hereditario, independiente del entorno donde se vive; puede ser modificado por eventos determinados, sin embargo, en un tiempo regresa a su nivel de línea base. Es así entonces que, el temperamento constituye uno de los predictores más relevantes a cerca de los niveles de experiencias positivas que un individuo sentirá (Seligman, 2005).

En lo referente a las fortalezas de carácter, estas son propias de cada individuo, y son factibles de ponerse en práctica. Las fortalezas, definidas como, características psicológicas que se manifiestan a lo largo del tiempo, y cuyas consecuencias son positivas (Seligman, 2005), actúan a manera de barrera contra las patologías. Las emociones positivas, para Seligman (2003), pueden estar centradas ya sea en el futuro, presente o pasado. En lo que refiere al futuro, se encuentran el optimismo, la esperanza, la fe, y la confianza; con respecto al presente están la alegría, la tranquilidad, el entusiasmo la euforia, el placer y la más relevante, la denominada experiencia óptima, que involucra felicidad, competencia percibida e interés intrínseco por la actividad ejecutada (Csikszentmihalyi, 1990). Mientras tanto, en relación al pasado, las emociones positivas conllevan la satisfacción, la complacencia, la realización personal, el orgullo y la serenidad.

En la actualidad, numerosos trabajos investigativos en el campo, permiten corroborar, tal como lo señalan Fredrickson (20014), Fernandez-Abascal y Palmero (1999), que las emociones positivas, tienen la capacidad de potenciar la salud, el bienestar, facilitando a la vez la vivencia de sentimientos de satisfacción con la vida, ser optimista y percibirse más feliz. Como refiere Seligman (2005), en el momento que los individuos experimentan sentimientos positivos, sus formas de pensamiento y acción sufren transformaciones, incrementándose sus patrones para actuar en situaciones determinadas, a través de la optimización de la propia recursividad en el ámbito tanto físico, psicológico y social,



3.5 AUTOEFICACIA Y BIENESTAR.

La autoeficacia, es un constructo en Psicología muy estudiado, esto por haberse identificado como un significativo predictor de diversas conductas; y es que, una cosa es contar con las aptitudes requeridas para realizar algo, y otra muy diferente es, tener la seguridad absoluta de los recursos de los que se dispone para responder de manera eficaz a las situaciones demandantes.

Como lo refiere Torres, la forma en que las personas perciben el control de lo que se encuentra haciendo, invariablemente afecta su nivel de desempeño; es así que las personas difieren en la realización de actividades de acuerdo a su sentido de eficacia (Bandura, 2001). Las personas que estiman que las potenciales amenazas ambientales escapan de su control, ven el entorno plagado de estas, y debido a la angustia que esto genera, estas personas sufren alta ansiedad y su nivel de funcionamiento se ve afectado (Condori, 2013). Condori, también indica que las creencias de autoeficacia actúan sobre el comportamiento de afrontamiento, de esta manera entonces, conforme el sentido de autoeficacia aumente, las personas tenderán a enfrentar con éxito más situaciones difíciles que generan estrés.

Respecto al soporte social, es conocido que reduce la vulnerabilidad a las enfermedades físicas, el estrés y la depresión, y dado que este soporte social no es una entidad que espera ser usada, los individuos deben buscar generar relaciones de apoyo por ellas mismas. Esto último implica un elevado sentido de eficacia social; por lo tanto, un bajo sentido de eficacia para crear relaciones satisfactorias, que den apoyo a la persona, favorece la depresión directa e indirectamente constriñendo la evolución de soportes sociales

3.6 GRATITUD Y BIENESTAR.

La gratitud conceptualizada como una emoción experimentada tras recibir un beneficio percibido como valioso según García y Gallego (2014), es una de las variables que en la



actualidad se está tratando, puesto que se ha evidenciado que los individuos más agradecidos, también reportan mayores niveles de bienestar (Lyubomirsky, Dickerhoof, Boehm y Sheldon, 2008).

Estudios realizados siguiendo esta línea, notifican que la gratitud correlaciona positivamente con ciertas facetas de los dominios de extraversión, apertura, agradabilidad y esmero; también se evidenció que la gratitud se vincula significativamente con la dimensiones que representan el bienestar subjetivo y la vida social (Wood, Joseph y Maltby, 2009).

Finalmente, el concepto de gratitud puede definirse como una predisposición para reconocer todos aquellos aspectos positivos de la existencia personal, vivenciados como dones recibidos. Por su parte García y Gallego (2014) describen determinadas características que presentarían las personas agradecidas.

- Experimentan un sentido de abundancia.
- Aprecian la contribución de los otros en un mayor grado.
- Aprecian aquellos simples placeres, de fácil accesibilidad a la mayoría.
- Reconocen la importancia de la experimentación y expresión de la gratitud.

3.7 CONTRIBUCIÓN SOCIAL Y BIENESTAR.

La vida social representa una parte muy importante del individuo: constituye el fundamento de su estructura social y representa al conjunto de las relaciones personales que cada individuo mantiene. Esta relación activa se manifiesta a través de las diferentes formas de convivencia que realiza el sujeto con el medio que lo rodea.

En la vejez, al igual que en cualquier otra etapa de vida, los individuos tienen las mismas necesidades psicológicas y sociales de mantenerse activos con y para la sociedad (Muñoz, 2002). El bienestar en los adultos mayores puede variar dependiendo de la integración y la pertenencia social que el individuo mantenga; por lo tanto, una persona con una vida socialmente activa podrá conservar el sentimiento de pertenencia y de continuidad dentro de



su grupo social, lo que repercutirá en su bienestar personal y, consecuentemente, en su bienestar integral (Herzog, et al., 1998).

La vida social se estima de vital importancia, ya que cubre tres necesidades fundamentales en el ser humano, tal como lo refieren (Gil y Schmidt, 2002):

- a) La necesidad de inclusión, que aparece como una tendencia de buscar la comunicación y el contacto
- b) La necesidad de control, que surge de la necesidad de seguridad y de poder sobre otro (estas necesidades aparecen al interiorizar las normas para alcanzar la autonomía)
- c) La necesidad de afecto, que emerge a través de los vínculos de apego.

En esta dirección, la participación en actividades sociales, productivas y de tiempo libre al igual que las relaciones sociales y familiares respaldan el auto concepto y mantienen el bienestar personal. Luna (1999) sostiene que los adultos mayores que tienen una vida social activa mediante las relaciones sociales (familiares, vecinales o comunales) o mediante su participan en actividades como deporte, arte, cultura, turismo y recreación, a través de las cuales se proporcionan una buena salud física y mental, cuentan con mejores armas para hacer frente a situaciones que en otra condición los haría enfermarse o caer en depresión. Por su parte, Herzog et al. (1998) sostienen que la participación en las actividades durante la vejez se asocia con el deseo de pertenecer a un grupo determinado, que proporciona salud física y mental al lograrse.

Como conclusión, el análisis del bienestar en la adultez mayor, adquiere una relevancia significativa, pues al encontrarse limitada cuantitativamente y al aumentar las probabilidades de disfunción, es ésta la etapa del ciclo vital más vulnerable, por ello cobra relevancia la promoción de la calidad de los años que restan por vivir. Además, y desde una perspectiva teórica, al ser la adultez mayor uno de los estadios más desfavorables, por citarlo de alguna manera, ofrece un peculiar contexto para estudiar el cómo aquellos cambios que propicia podrían afectar el bienestar.



Tal como se citó en el cuerpo teórico de este capítulo, el bienestar en el adulto mayor se encuentra mediado por diferentes factores, tanto de índole sociodemográfico, como características personales; sin embargo tal y como lo evidencian los diferentes resultados el peso de las variables psicológicas en la explicación del bienestar es mucho más importante y podrían explicar, en mayor medida, las diferencias individuales en los niveles de bienestar y el carácter subjetivo del concepto.

Respecto a la autoeficacia, gratitud y contribución social, variables asociadas con el bienestar, la literatura analizada demuestra que, en lo que respecta a la autoeficacia, la seguridad en los propios recursos personales, influye significativamente en el desenvolvimiento que el adulto mayor tenga en su entorno, propiciando de esta manera los escenarios para experimentar niveles adecuados o no adecuados de bienestar. Con lo concerniente a la gratitud, definida como una fortaleza humana, se corrobora que aquellos individuos capaces de experimentarla, tienen una mejor perspectiva de su medio, de las personas que los rodean, y de las circunstancias a las que tiene que hacer frente, por más traumáticas que sean; y finalmente, la contribución social refleja la importancia de mantener el vínculo entre el adulto mayor y su medio social, pues como ya se revisó, esta interacción permite satisfacer necesidades netamente humanas, favoreciendo de esta forma la vivencia de una adultez mayor plena.



CAPITULO IV

METODOLOGIA

4.1 ENFOQUE.

La metodología de esta investigación fue de tipo cuantitativa, por ello se utilizaron escalas destinadas a medir el grado de bienestar y auto eficacia percibida en los adultos mayores.

4.2 DISEÑO.

Considerando el período y secuencia de trabajo, se trató de un estudio descriptivo - correlacional.

4.3 ALCANCE DE LA INVESTIGACIÓN.

Partiendo de las características de este trabajo se indica que se trató de un estudio descriptivo. El presente estudio se ha centrado en responder la siguiente pregunta de investigación, y en cumplir los siguientes objetivos:

4.4 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:

¿Existe una correlación significativa entre el nivel de auto eficacia percibida y las medidas de bienestar psicológico experimentadas por los adultos mayores?

4.5 OBJETIVOS

4.5.1 OBJETIVO GENERAL:

Determinar si la auto eficacia, gratitud y la contribución social están relacionadas con el bienestar de personas con o sin discapacidad que se encuentran en la adultez mayor.



4.5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Comparar los niveles de bienestar de los adultos mayores con o sin discapacidad que se encuentran en la adultez mayor.
- Analizar la relación entre la auto eficacia percibida y los niveles de bienestar experimentado por los adultos mayores.
- Analizar la relación entre gratitud y los niveles de bienestar experimentado por los adultos mayores.
- Analizar la relación entre contribución social y los niveles de bienestar experimentado por los adultos mayores.

4.6 PARTICIPANTES

Para efecto de la investigación se contó con un universo de estudio constituido por todos los adultos mayores que residen en la provincia del Azuay. Del universo de estudio se procedió a seleccionar una muestra intencional de 60 adultos mayores que cumplieron con los criterios de inclusión.

4.7 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

Se incluyeron adultos mayores cuyas edades oscilaban desde los 65 años en adelante, con o sin discapacidad o enfermedades físicas crónicas, que residían en la provincia del Azuay y que expresaron su deseo de participar con la investigación.

4.8 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

No participaron en el estudio, adultos mayores cuyas edades comprendían desde los 65 años en adelante, con o sin discapacidad o enfermedades físicas crónicas, que residían en la provincia del Azuay por un tiempo menor a un año y expresaron su deseo de no participar con el estudio.



Adultos mayores cuyas edades oscilaban desde los 65 años en adelante que presentaban discapacidad múltiple y un deterioro cognitivo grave.

Adultos mayores cuyas edades oscilaban desde los 65 años en adelante con discapacidad auditiva y sean analfabetos.

Adultos mayores cuyas edades oscilaban desde los 65 años en adelante con discapacidad intelectual grave.

4.9 PROCEDIMIENTO.

Se acudió como primera instancia a la casa de acogida denominada "Hogar de los abuelos", con la finalidad de solicitar el correspondiente permiso y coordinar acciones con la directora del centro; para tal objetivo se hizo la entrega de un oficio formal solicitando la pertinente autorización para llevar a cabo la investigación; similares acciones se realizaron con el GAD parroquial de San Cristóbal, para poder acceder a los adultos mayores atendidos en visitas domiciliarias y espacios alternativos por la FUNDACION SER. Posteriormente se acudió a los respectivos centros para, la selección de los participantes que cumplieran con los criterios de inclusión señalados. El siguiente paso fue informar a la población de estudio, todo lo referente al trabajo investigativo, esto mediante un consentimiento informado; es así que ratificada su participación se procedió a la aplicación de los instrumentos planteados en el estudio. Empleados los reactivos, para el análisis de la información cuantitativa se diseñó una base de datos a través del programa SPSS v2.0, y se ejecutó los correspondientes análisis estadísticos.

4.10 VARIABLES E INSTRUMENTOS.

4.10.1 VARIABLES DE ESTUDIO.

- Bienestar Psicológico.
- Autoeficacia.
- Gratitud
- Variables Sociodemográficas



4.10.2 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.

Para la medición del bienestar, se empleó la Escala Perma, este instrumento consta de 22 reactivos 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 oscilaban entre 0 (Nunca) y 10 (Siempre). Este instrumento reporta una consistencia interna superior a 0,75.

Se evaluó una de las fortalezas psicológicas, en este caso la gratitud, por ello utilizamos el cuestionario de gratitud que fue creado por McCullogh et al., (2002) con el objetivo 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 debía 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 confirmatoria. Su consistencia interna oscila entre .76 y .84 mediante el alpha de Cronbach (McCullough et al., 2002)”.

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

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

4.11 PROCESAMIENTO DE DATOS.



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

Se ejecutó en primer lugar un análisis descriptivo básico, para luego proceder con un nivel descriptivo relacional, por ello inicialmente se utilizó tablas de contingencia, la prueba T STUDENT, para efectuar la comparación entre grupos (personas con y sin discapacidad). Además, con la finalidad de establecer en qué medida están correlacionadas las variables del estudio se establecieron modelos de regresión lineal simple con un nivel de confianza del 95%.



CAPITULO V

ANALISIS DE RESULTADOS Y DISCUSION

5.1 ANALISIS DE RESULTADOS

5.1.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PARTICIPANTES.

La población de estudio la conformaron 60 adultos mayores; sus edades están comprendidas entre los 65 y 89 años con una media de 77,18 de los cuales 19 de ellos presentaban algún tipo o grado de discapacidad, y 41 adultos no reportaban discapacidad alguna; de esta muestra el 36,6% de los hombres y 63,4% de las mujeres no presentaban discapacidad, mientras que el 42,1% de los hombres y el 57,9% de las mujeres sí la registraban.

El estado civil que predominó en nuestra muestra fue el de adultos mayores “casados” con un 39,0 % en personas sin discapacidad y 63,2% en personas con discapacidad.

Respecto al nivel de instrucción, se evidenció que la mayor parte de la población no tiene bachillerato, tanto en adultos mayores con y sin discapacidad, con un 42,1% y 51,2% respectivamente. Es importante mencionar que es la población sin discapacidad la que ha alcanzado un nivel de estudio superior, marcando un 9,8% frente a un 0,0% de adultos mayores con discapacidad.

Además se indagó si el ingreso económico que perciben mensualmente supera la canasta básica de \$668, es así que se encontró que el 14,6% de adultos mayores sin discapacidad lo superan, mientras que el 85,4% no lo hace; respecto a adultos mayores con discapacidad, el 10,5% si lo superan y el 89,5% no supera la canasta básica.

El 12,2% de los adultos mayores sin discapacidad aún mantienen actividades laborales de diferente tipo, mientras que el 87,8% no. Y los adultos mayores con discapacidad que no trabajan representan el 89,5% frente al 10,5% que si realizan actividades laborales; es decir



que existe un porcentaje elevado de adultos mayores con y sin discapacidad que en la actualidad ya no trabajan.

Tabla 1.

Características sociodemográficas de los participantes.

Variables demográficas.		Sin discapacidad		Con discapacidad		Total	
		n	%	n	%	n	%
Sexo	Hombre	15	36.6	8	42.1	23	38.3
	Mujer	26	63.4	11	57.9	37	61.7
Estado Civil.	Soltero	3	7.3	2	10.5	5	8.3
	Casado	16	39.0	12	63.2	28	46.7
	Separado	4	9.8	1	5.3	5	8.3
	Divorciado	4	9.8	2	10.5	6	10.0
	Viudo	14	34.1	2	10.5	16	26.7
Nivel de Instrucción	Sin instrucción	7	17.1	7	36.8	14	23.3
	Sin Bachillerato	21	51.2	8	42.1	29	48.3
	Con Bachillerato	9	22.0	4	21.1	13	21.7
	Superior	4	9.8	0	0.0	4	6.7
Ingresos Económicos	menor a 668* dólares	35	85.4	17	89.5	52	86.7
	mayor a 668* dólares	6	14.6	2	10.5	8	13.3
Trabaja	No	36	87.8	17	89.5	53	88.3
	Si	5	12.2	2	10.5	7	11.7
Total		41	68.33	19	31.66	60	100



5.1.2 DIFERENCIA EN LOS NIVELES DE BIENESTAR EN PERSONAS CON O SIN DISCAPACIDAD QUE SE ENCUENTRAN EN LA ADULTEZ MAYOR.

La muestra que constituye el estudio fue de 60 participantes, de cuya población se obtiene una media global de 117,45 (siendo la mínima 48 y la máxima 145). De la misma manera, con el objetivo de comparar la media para el bienestar en los dos grupos, se aplicó la prueba T Student para muestras independientes. Previamente se comprobó la normalidad de la distribución a través de la prueba Kolmogorov-Smirnov, comprobando que la distribución de la variable bienestar para los 60 participantes se comporta como una curva normal ($K-S = 1,37$; $p = 0,07$), en consecuencia es posible aplicar T de student. Además, se aplicó la prueba de Levene, a través de la cual se comprobó diferencia de varianzas para los dos grupos. ($F = 0,003$; $p = 0,958$).

Como vemos, las medias registradas para los dos grupos se ubican en niveles altos de bienestar, 118,3684 para las personas con discapacidad y 117,0244 para las personas sin discapacidad, (Tabla 2).

Tabla 2. Bienestar subjetivo en personas con o sin discapacidad física que se encuentran en la adultez mayor.

¿Tiene algún tipo de discapacidad?	N	media	DT	Estadísticos	
				t	p
Si	19	118,3684	20,28	-	,248
No	41	117,0244	19,23		

5.1.3 RELACIÓN ENTRE BIENESTAR Y NIVELES DE AUTO EFICACIA EXPERIMENTADO EN PERSONAS CON O SIN DISCAPACIDAD QUE SE ENCUENTRAN EN LA ADULTEZ MAYOR.



Se registró una relación directa alta entre la variable bienestar y auto eficacia: $r = 0,48$; (Coeficiente de Pearson) $p = 0,00008$. Posteriormente, con el objetivo de conocer si los niveles de auto eficacia de los adultos mayores con o sin discapacidad es un buen predictor de los niveles de bienestar, se efectuó un modelo de regresión lineal simple, del análisis estadístico concluimos lo siguiente:

En el resumen del modelo observamos que el coeficiente de determinación: R^2 que expresa el porcentaje de varianza de la variable dependiente (bienestar) está explicada por la variable independiente (auto eficacia) por un 23,7%. Además se encontró una ecuación de predicción del bienestar en función de la auto eficacia. (Véase Gráfica 1. Tabla 3.)

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 auto eficacia en adultos mayores con o sin discapacidad. Por la tanto ambas variables están linealmente relacionadas. (Véase Tabla 4).

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

Grafica 1.

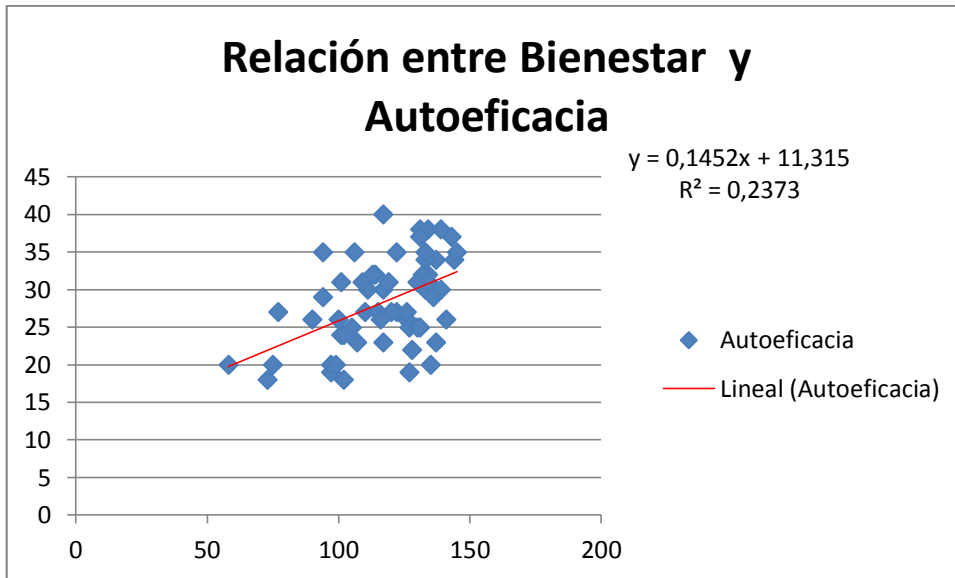


Tabla 3.

Resumen del modelo

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	,487 ^a	,237	,224	17,09420

a. Variables predictoras: (Constante),
AUTOEFICACIATOTAL

Tabla 4.

Tabla 5.

**Coefficientes**

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
	B	Error típ.	Beta		
(Constante)	71,089	11,135		6,384	,000
1 AUTOEFICACIATOTAL	1,634	,385	,487	4,248	,000

ANOVA^a

Modelo	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1 Regresión	5272,580	1	5272,580	18,044	,000 ^b
1 Residual	16948,270	58	292,212		
Total	22220,850	59			

a. Variable dependiente: BIENESTARTOTAL

b. Variables predictoras: (Constante), AUTOEFICACIATOTAL

5.1.4 RELACIÓN ENTRE BIENESTAR Y LOS NIVELES DE GRATITUD EXPERIMENTADO POR LAS PERSONAS CON O SIN DISCAPACIDAD QUE SE ENCUENTRAN EN LA ADULTEZ MAYOR.

Se registró una relación directa entre la variable bienestar y gratitud: $r = 0,501$; (Coeficiente de Pearson) $p = 0,000$. Ulteriormente, con la intención de comprender si existe una relación entre niveles de bienestar y niveles de gratitud de los adultos mayores con o sin discapacidad, se efectuó un modelo de regresión lineal simple, del análisis estadístico obtuvimos los siguientes resultados:



En el resumen del modelo es evidente que el coeficiente de determinación: R^2 el cual expresa el porcentaje de varianza de la variable dependiente (bienestar) está explicada por la variable independiente (gratitud) por un 25%. Además se encontró una ecuación de predicción del bienestar en función de la gratitud. (Véase Gráfica 2. Tabla 6).

Asimismo se encontró un error típico de la estimación: Desviación típica de los residuos (Variabilidad no explicada por la recta de regresión) que corresponde al 16,9397. (Véase Tabla 6).

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

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

Grafica 2.

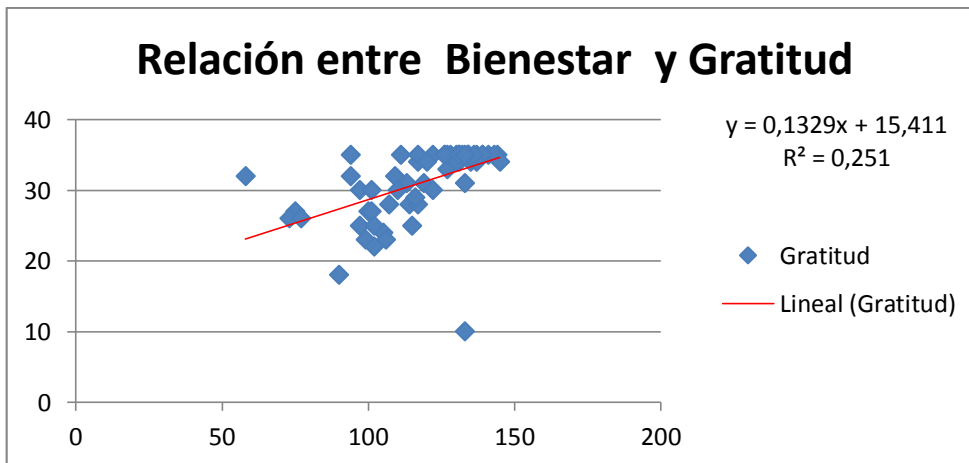


Tabla 6.

**Resumen del modelo**

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	,501 ^a	,251	,238	16,93972

a. Variables predictoras: (Constante), TOTALGRATITUD

Tabla 7.**ANOVA^a**

Modelo	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.	
1	Regresión	5577,508	1	5577,508	19,437	,000 ^b
	Residual	16643,342	58	286,954		
	Total	22220,850	59			

a. Variable dependiente: BIENESTARTOTAL

b. Variables predictoras: (Constante), TOTALGRATITUD

Tabla 8.**Coefficientes^a**

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.	
	B	Error típ.	Beta			
1	(Constante)	58,858	13,469	4,370	,000	
	TOTALGRATITUD	1,889	,428	,501	4,409	,000

a. Variable dependiente: BIENESTARTOTAL

5.1.5 RELACIÓN ENTRE BIENESTAR Y CONTRIBUCIÓN SOCIAL EN PERSONAS CON O SIN DISCAPACIDAD, QUE SE ENCUENTRAN EN LA ADULTEZ MAYOR.



Se registró una relación directa entre la variable bienestar y contribución social: $r = 0,740$; (Coeficiente de Pearson) $p = 0,000$. Ulteriormente, con la intención de comprender si existe una relación entre niveles de bienestar y niveles de contribución social de los adultos mayores con o sin discapacidad, se efectuó un modelo de regresión lineal simple, del análisis estadístico obtuvimos los siguientes resultados:

En el resumen del modelo es evidente que el coeficiente de determinación: R^2 el cual expresa el porcentaje de varianza de la variable dependiente (bienestar) está explicada por la variable independiente (contribución social) por un 54,7%. Además se encontró una ecuación de predicción del bienestar en función de la contribución social. (Véase Gráfica 2. Tabla 9).

Asimismo se encontró un error típico de la estimación: Desviación típica de los residuos (Variabilidad no explicada por la recta de regresión) que corresponde al 13,174. (Véase tabla 9.)

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 contribución social en adultos mayores con o sin discapacidad. Por la tanto ambas variables están linealmente relacionadas. (Véase Tabla 10).

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

Grafica 3.

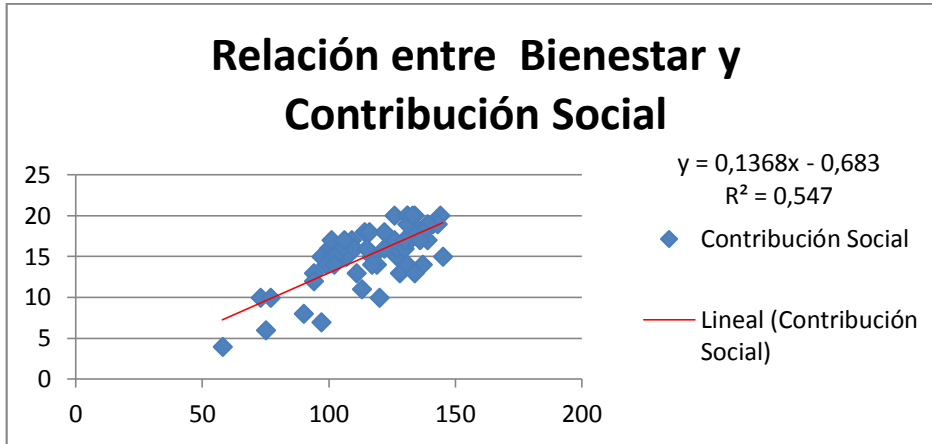


Tabla 9.

Resumen del modelo

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	,740 ^a	,547	,539	13,17428

a. Variables predictoras: (Constante),
CONTRIBUCIONSOCIALTOTAL

Tabla 10.

ANOVA^a

Modelo	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.	
1						
	Regresión	12154,268	1	12154,268	70,028	,000 ^b
	Residual	10066,582	58	173,562		
	Total	22220,850	59			

a. Variable dependiente: BIENESTARTOTAL

b. Variables predictoras: (Constante), CONTRIBUCIONSOCIALTOTAL

Tabla 11.

**Coefficientes^a**

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
	B	Error típ.	Beta		
(Constante)	55,939	7,545		7,414	,000
1 CONTRIBUCIONSOC IALTOTAL	3,999	,478	,740	8,368	,000

a. Variable dependiente: BIENESTARTOTAL

5.2 DISCUSIÓN

El presente trabajo se propuso como objetivo principal determinar si la autoeficacia, gratitud y contribución social están relacionadas con el bienestar de personas con o sin discapacidad que se encuentran en la adultez mayor; es así que a continuación se expondrán los principales resultados obtenidos dando seguimiento a la pregunta de investigación y objetivos específicos planteados previos a esta investigación.

Respondiendo al objetivo general que buscaba investigar la existencia de una relación significativa entre los niveles de autoeficacia, gratitud y contribución social percibida y las medidas de bienestar experimentadas por los adultos mayores con y sin discapacidad, tal y como se ha podido precisar a partir de los resultados del análisis estadístico la variable bienestar está explicada por la variable autoeficacia por un 23,7%, la variable gratitud en un 25% y en contribución social por un 54,7%, lo que permite comprender que existe una relación de dependencia significativa entre todas las variables referidas y los niveles de bienestar,

Haciendo referencia a los objetivos específicos planteados en este trabajo, uno de ellos analizó acerca de la diferencia entre los niveles de bienestar de adultos mayores con y sin discapacidad, obteniéndose como resultado que ambas poblaciones experimentan niveles altos de bienestar, no evidenciándose diferencia alguna entre los adultos mayores con y sin discapacidad. Esto podría explicarse por la incidencia de algunos factores socio-demográficos muy parecidos en ambas muestras de nuestro estudio tales como: el estado



civil y el género, es decir la mayoría de adultos mayores con y sin discapacidad encuestados se encuentran casados y son mujeres. En este sentido, numerosos trabajos demuestran que el matrimonio es uno de los mayores predictores de bienestar, y que son las personas casadas quienes informan de un mayor grado de satisfacción con la vida, a diferencia de las personas solteras, viudas o divorciadas (Acock y Hurlbert, 1993; Glenn y Weaver, 1981; Mastekaasa, 1993); es así, que se puede inferir que el estado civil de la población de estudio, explica la ausencia de diferencia entre los niveles de bienestar percibidos por los adultos mayores con y sin discapacidad física. Respecto al género Algunos estudios han encontrado que las mujeres informan menores niveles de bienestar, mayores niveles de agotamiento y menor actividad física que los hombres (Alvarado, Zunzunegui, Béland y Bamvita, 2008; Barrantes, 2006). Sin embargo, también hay estudios que señalan mayores niveles de bienestar psicológico en las mujeres, lo cual podría explicarse por su mayor estabilidad emocional con el aumento de la edad, y la comparación social que realiza la persona en la evaluación de las circunstancias objetivas que vive (Hicks, Epperly y Barnes, 2001; Pinguart y Sorensen, 2001). Otra posible explicación sería que al envejecer los hombres se tornan más dependientes ante la pérdida del rol laboral que los define socialmente, en tanto las mujeres mantienen en mayor medida su rol social, al cuidar de su grupo familiar (Stefani, 2004).

Otra de las variables que permite explicar la igualdad entre las medias de ambas poblaciones, es el hecho de que, según como lo refiere Rodríguez (2003) muchos adultos mayores que no son considerados discapacitados, presentan similitudes con aquellos que sí, tales como movilidad reducida, pérdida de vista/audición, falta de destrezas, dificultades para manejarse por el medio circundante, condiciones que repercuten en el nivel de bienestar percibido; siguiendo esta dirección se puede citar los estudios realizados por Vázquez y Castilla (2007) donde planteaban la asociación entre el bienestar psicológico y algunos indicadores biológicos de salud, encontrándose que este tipo de bienestar suele tener una relación más consistente con la salud física que las medidas de bienestar hedónico.

En relación a la autoeficacia y niveles de bienestar, en este estudio se pudo constatar, que efectivamente existe una relación directa significativa entre la variable bienestar y autoeficacia. Este resultado es coherente con la literatura analizada sobre el tema, que



destaca una relación significativa entre la autoeficacia percibida y las seis dimensiones que integran el bienestar psicológico. (González, Valle, Freire y Ferradás, 2012; Condori, 2013).

Siguiendo con los objetivos específicos, nuestro segundo objetivo era examinar sobre la relación entre bienestar y los niveles de gratitud experimentados por los adultos mayores con y sin discapacidad, constatándose que, en ambas poblaciones (adultos mayores con y sin discapacidad) existe una relación significativa entre estas dos variables, lo que coincide con las investigaciones efectuadas en el campo, las mismas que han ofrecido datos sobre la asociación positiva de la gratitud con conductas prosociales, emociones positivas, satisfacción con la vida, el optimismo, vitalidad y percepción subjetiva de felicidad (McCullough, Emmons y Tsang, 2002), y con un menor riesgo de desarrollar desórdenes psicológicos como la depresión y la ansiedad, como reseñan Bono y McCullough (2006). Además cabe resaltar otro de los resultados, que indica que las personas mayores incorporan la gratitud como una habilidad, cuando la experimentan incluso en circunstancias adversas (García, Serra, Márquez y Bernabé, 2014).

En lo que respecta al cuarto objetivo señalado, encaminado a examinar si existe una relación entre la contribución social y los niveles de bienestar en adultos mayores con y sin discapacidad, encontramos, al igual que en los apartados anteriores, que sí existe una relación altamente significativa entre ambas variables; es decir que si la percepción de contribución social es positivamente significativa, el adulto mayor experimentará elevados niveles de bienestar también. Sustentado los resultados obtenidos en la relación de estas dos variables (contribución social y bienestar), las investigaciones efectuadas en el campo han encontrado que la edad, la escolaridad, el género y el estrato socioeconómico no se consideran factores que contribuyan a predecir o mantener el bienestar en los adultos mayores, sin embargo los resultados sí indican una relación predictiva significativa de la vida social y la autonomía con el bienestar (Carmona, 2007). En conclusión, es notable la relevancia de la vida social como un factor para lograr el bienestar personal en el adulto mayor. Siguiendo esta dirección numerosos trabajos indican que una buena, cálida y cercana red de relaciones sociales puede hacer del individuo un ser más activo y solidario (Blanco y Díaz, 2005). Las correlaciones que la satisfacción con la vida obtiene con las dimensiones de integración y contribución social confirman la más que fundamentada sospecha de que el bienestar no puede ser



entendido al margen de los lazos que nos unen a otras personas (Erikson, 1996), de los patrones de participación y contribución social (Allardt, 1996).

CAPITULO VI

CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES



Partiendo de la revisión bibliográfica, podemos inferir que el bienestar es un constructo teórico caracterizado por su complejidad y diversidad de variables que lo influyen; el mismo ha sido tratado desde tres fuentes primordiales, siendo el bienestar social una de ellas; este tipo de bienestar infiere de la satisfacción experimentada por las personas perteneciendo a un contexto social. Por otro lado el bienestar psicológico, hace referencia al crecimiento personal que logran los sujetos una vez desarrolladas sus potencialidades, a pesar de las adversidades; y finalmente el bienestar subjetivo en donde la persona evalúa de manera general su vida, en base a sus cogniciones y afectos. En esta dirección el modelo teórico propuesto por Martín Seligman, es viable porque realiza una integración tanto de la corriente psicológica como de la subjetiva.

En el presente estudio, se pudo corroborar a través de la evidencia empírica que las variables de autoeficacia, gratitud y contribución social se encuentran relacionadas de forma positiva con los niveles de bienestar experimentados por los adultos mayores con y sin discapacidad.

En lo concerniente a los niveles de bienestar, la población adulta mayor con y sin discapacidad física puede no presentar diferencias significativas debido a la influencia de características sociodemográficas como el género y el estado civil, puesto que nuestra muestra estuvo en su mayoría conformada por personas casadas y que reportaban ser mujeres. Esto explicado desde la literatura analizada sugiere que las mujeres y personas casadas registran mayores niveles de bienestar, lo que justifica la igualdad en nuestro estudio.

En lo correspondiente a las variables sociodemográficas tratadas, resalta que son los adultos mayores con discapacidad quienes presentan un nivel más bajo de instrucción, lo que a su vez repercute también en que sus ingresos no superen la canasta básica, y que sea en su mayoría una población desempleada.

Respecto a la relación positiva encontrada entre los niveles de bienestar, autoeficacia, gratitud y contribución social, se puede establecer que, si bien existen variables sociodemográficas que pueden ejercer determinada influencia sobre la percepción de



bienestar, empíricamente estudios han expuesto que son los factores psicológicos, los que más pesan al momento de experimentar el bienestar; en este sentido la autoeficacia, la gratitud y la contribución social permiten entender, que las características personales explicarían la diferencia respecto a los niveles de bienestar que presentan los individuos.

6.2 LIMITACIONES

Finalmente mencionaremos ciertas limitaciones que han influido en nuestra investigación, las mismas que tienen que ver en general con la falta de estudios acerca del tema del bienestar en adultos mayores en el Ecuador; que nos permiten comparar los resultados en nuestro contexto cultural

Referente a la muestra con la que trabajamos, se puede decir que el tamaño de esta fue relativamente limitada, por lo tanto los resultados encontrados en nuestra investigación no se pueden generalizar a la población de adultos mayores que existen en el país.

6.3 RECOMENDACIONES

Debido a las limitaciones antes mencionadas, es recomendable que en el Ecuador se amplíe estudios acerca del bienestar en general, con diferentes tipos de población, que a su vez nos permitan comprender mejor los matices de la experiencia de envejecer en Ecuador.

Debido a que en este estudio no se presentaron diferencias significativas en las medias de los niveles de bienestar en los adultos mayores con y sin discapacidad, se recomienda que en posteriores estudios se amplíe el tamaño de la muestra para obtener un mayor grado de confiabilidad.

Para mejorar la calidad de vida y disminuir niveles de dependencia en los adultos mayores, se recomienda plantear proyectos de inserción social, que les permita sentirse productivos y proactivos dentro de la sociedad, lo cual está relacionado con niveles altos de bienestar en adultos mayores, por ello la necesidad de evaluar el bienestar.



CAPITULO VII

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Acuña-Gurrola, M., & González-Celis-Rangel, A. L. (2010). Autoeficacia y red de apoyo social en adultos mayores. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 2(2), 71-81.
- Acock, A. C. y Hurlbert, J. S. (1993). Social networks, marital status, and well-being. *Social Networks*, 15, 309-334.
- Agenda de Igualdad para Adultos Mayores, MIES, (2012-2013), Quito-Ecuador.
- Aguado, A. L. y Alcedo, M. A. (2004). Necesidades percibidas en el proceso de envejecimiento de las personas con discapacidad. *Psicothema*, 16(2), 261-269.
- Albala, C., Sánchez, H., Lera, L., Angel, B., & Cea, X. (2011). Efecto sobre la salud de las desigualdades socio-económicas en el adulto mayor: resultados basales del estudio expectativa de vida saludable y discapacidad relacionada con la obesidad (Alexandros). *Revista médica de Chile*, 139 (10), 1276-1285.
- Albarrán, I., Ayuso, M., Guillén, M., & Monteverde, M. (2001). Medición del envejecimiento y discapacidad de la población en España a partir de la esperanza de vida residual. In *Anales del instituto de actuarios españoles* (Vol. 7, pp. 107-134).
- Allardt, E. (1996). Tener, amar, ser: una alternativa al modelo sueco de investigación sobre el bienestar. En M. Nussbaum y A. Sen (comps.): *La calidad de vida* (pp. 126-134). México: F.C.E.
- Almedom, A. y Glandon, D. (2007). Resilience is not the absence of PTSD anymore than health is the absence of disease. *Journal of Loss and Trauma*, 12, 127-143.
- Arenas, C. (2014). *Psicología positiva en discapacidad intelectual. Programa para el desarrollo emocional y la fortaleza de gratitud.*
- Allen Leigh, B., Katz Guss, G., & Lazcano Ponce, E. C. (2010). Estudio sobre discriminación y discapacidad mental e intelectual.



- Alonso, M. Á. (2003). Análisis de la definición de discapacidad intelectual de la Asociación Americana sobre Retraso Mental de 2002. *Siglo Cero: Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 34(205), 5-19.
- Argyle, M. (1999). Causes and correlates of happiness. En D. Kahneman, E.
- De la Uz Herrera, M., E. (2009), *El envejecimiento. Reflexiones acerca de la atención al anciano*. BIOETICA, págs. 4-8.
- Diener y N. Schwarz (Eds.), *Well-being: The foundations of hedonic psychology* (pp. 353-373). New York: Russell Sage Foundation.
- Avia, M., & Vásquez, C. (1998). *Optimismo inteligente. Psicología de las emociones positivas*. Madrid: Alianza Editorial.
- Ball, R. E. y Robbins, L. (1986). Marital status and life satisfaction among black americans. *Journal of Marriage and the Family*, 48, 389-394.
- Ballesteros, R. F. (2004). La psicología de la vejez. *Encuentros multidisciplinares*, 6 (16), 11-22.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. Macmillan.
- Barrantes, M. (2006). Género, vejez y salud. *Acta Bioethica*, 12, 193-197.
- Barrientos, J. (2005). *Calidad de vida, bienestar subjetivo: una mirada psicosocial*. Santiago de Chile: Universidad Diego Portales.
- Barrientos, J. (2005). *Calidad de vida, bienestar subjetivo: una mirada psicosocial*. Santiago de Chile: Universidad Diego Portales.
- Bayarre Vea, H. D., Pérez Piñero, J. S., Menéndez Jiménez, J., Tamargo Barbeito, T. O., Morejón Carralero, A., Garrido Díaz, D., & González de Piñera Marrero, A. (2008). Factores de riesgo de discapacidad física en ancianos de Ciudad de La Habana, Camagüey, Las Tunas, Granma y Holguín. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 24(2), 0-0.
- Belando Montoro, M. (2000). Cambios físicos y funcionales en el proceso de envejecimiento. ¿Es posible una calidad de vida en la vejez a través de programas socioeducativos?.



- Bernal Vázquez, A. M. (2014). Inconvenientes de los profesores de Educación Física en la aplicación de la asignatura ante los alumnos con discapacidad de la ciudad de Cuenca en el año lectivo 2013-2014.
- Birren, E., & Zarit, M. (1985). Concepts of health, behavior and aging. *Cognition, stress and aging*, 1-20.
- Blazer, D. G., & Steffens, D. C. (2010). *Tratado de psiquiatría geriátrica*. Elsevier España.
- Bono, G y McCullough, M.E. (2006). Positive responses to benefit and harm. Bringing forgiveness and gratitude and subjective wellbeing in daily life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 377-389.
- Butler, J., & Kern, M. L. (2014). The PERMA-Profil: A brief multidimensional measure of flourishing. Unpublished manuscript.
- Cardenal, V. y Fierro, F. (2001). Sexo y edad en estilos de personalidad, bienestar personal y adaptación social. *Psicothema*, 13, 118-126.
- Carmona, S. (2015). La contribución de la vida social al bienestar en la vejez. Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Cardona, A. D., Estrada, A., & Agudelo, G. H. (2003). Envejecer nos toca a todos. *Medellín: Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia*.
- Casado, J. M. R., & Lera, F. G. (2005). *Geriatría desde el principio*. J. F. M. Núñez (Ed.). Editorial Glosa, SL.
- Catálogo de Investigaciones Realizadas sobre Personas Adultas Mayores en el Ecuador, (2011), Loja-Ecuador.
- Cisneros, O, (2008), *El proceso del Envejecimiento humano. Análisis crítico de los factores del Envejecimiento Humano*, California-USA, Windmills Edition.
- Cornachione, M., & María, A. (2006). Psicología del desarrollo. Vejez: Aspectos biológicos, psicológicos y sociales.
- Díaz, A. L. (2004). Necesidades percibidas en el proceso de envejecimiento de las personas con discapacidad. *Psicothema*, 16(2), 261-269.
- Díaz, K. G. (2007). Discapacidad y procesos identitarios. *Rev. Cienc. Salud. Bogotá (Colombia)*, 5(2), 86-91.



- Díaz-Tendero-Bollain, A. (2011). Estudios de Población y enfoques de Gerontología Social en México. *Papeles de población*, 17 (70), 49-79.
- Diener, E. (1984). Subjective Well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542- 575.
- Diener, E. (1994). El bienestar subjetivo. *Intervención Psicosocial*, 3, 67-113.
- Diener, E., Diener, M. & Diener, C. (1995). Factors predicting the subjective well-being of nations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 851-864.
- Diener, E. & Biswas-Diener, R. (2008). Rethinking happiness: The science of psychological wealth. Malden, MA: Blackwell Publishing.
- Diener, E., Suh, E., Lucas, R. & Smith, H. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-302.
- Diener, E. y Lucas, R. E. (2000). Subjective emotional well-being. En M. Lewis y J. M. Haviland (Eds.), *Handbook of emotions* (pp. 325-362). Nueva York: Guilford.
- Domínguez, O. (1982). *La vejez, nueva edad social*. Andrés Bello.
- Dulcey, E. & Uribe, C. (2002). Psicología del ciclo vital: hacia una visión comprehensiva de la vida humana. *Rev. latinoam. psicol*, 34(1/2), 17-27.
- ENSANUT, Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, (2012), Cuernavaca-Mexico.
- Erikson, E. H. (1996). The Galilean sayings and the sense of "I". *Psychoanalysis and Contemporary Thought*, 19, 291-338.
- Fierro, A. (2000). *Sobre la vida feliz*. Málaga: Archidona Aljibe.
- Freire, W., Rojas, E., Pazmiño, L., Fornasini, M., Tito, S., Buendía, P., & Álvarez, P. (2010). Encuesta nacional de salud, bienestar y envejecimiento SABE I Ecuador 2009-2010. *Aliméntate Ecuador/USFQ. Quito-Ecuador*.
- García, A., & Rueda, B. (2004). Análisis comparativo de la competencia percibida general y la específica de salud. *Ansiedad y estrés*, 10(1), 127-139.
- García, J. (1997). *Compartiendo palabras: el aprendizaje de las personas adultas a través del diálogo*.
- García, M. (2002). El bienestar subjetivo. *Escritos de psicología*, 6, 18-39.
- García Martín, M. A. (2002). El bienestar subjetivo. *Escritos de psicología*, 6, 18-39.



- García-Viniegras, V., & González, I. (2000). La categoría bienestar psicológico: Su relación con otras categorías sociales. *Revista cubana de medicina general integral*, 16(6), 586-592.
- George, L. K. (2000). Well-being and sense of self: What we know and what we need to know. En K. W. Schaie y J. Hendricks (Eds.). *The evolution of the aging self* (pp. 1-35). Nueva York: Springer.
- Gergen, K. J. (1973). Social psychology as history. *Journal of personality and social psychology*, 26(2), 309.
- Gil, J. y Schmidt, S. (2002). Análisis de Redes. Aplicaciones en Ciencias Sociales. México: Instituto de Investigaciones en Matemáticas Aplicadas y en Sistemas.
- Glenn, N. D. y Weaver, C. N. (1981). The contribution of marital happiness to global happiness. *Journal of Marriage and the Family*, 43, 161-168.
- Gómez, V., Villegas, C., Barrera, F. y Cruz, J. E. (2007). Factores predictores de bienestar subjetivo en una muestra colombiana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39, 311-325.
- González, F., Massad, C., & Lavanderos, F. (2009). Estudio nacional de la dependencia de las personas mayores. *Rev. Riicotec*, 1, 29.
- Guilcamaygua, P., & Fabián, B. (2011). La carrera de cultura física y su incidencia en el fomento y desarrollo de la cultura física especial en los centros de educación especial de la ciudad de Loja, periodo 2009–2010 propuesta alternativa.
- Giddens, A. (2007), *Sociología*, Madrid-España, Alianza Editorial.
- Guralnik, J. M., Alexih, L., Branch, L. G., & Wiener, J. M. (2002). Medical and long-term care costs when older persons become more dependent. *American Journal of Public Health*, 92(8), 1244-1245.
- Haydée, L. & Ramón-Florenzano, U. (2003). El bienestar subjetivo: hacia una psicología positiva. *Revista de Psicología*, 12, 83-96.
- Hernández Izquierdo, M. (2014). Calidad de vida y ocupación del tiempo libre en la jubilación.
- Hervás, G. (2009). Psicología positiva: Una introducción. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 66, 23-41.



- Herzog, R., Franks, M., Markus, H. y Holmberg, D. (1998). Activities and well being in older age: effects of self concept and educational attainment. *Psychology and Aging*, 13, (2), 179-185.
- Hickson, J., Housley, W. F. y Boyle, C. (1988). The relationship of locus of control, age, and sex to life satisfaction and death anxiety in older persons. *International Journal of Aging and Human Development*, 26, 191-199.
- Hidalgo, J. (2001). *El envejecimiento: aspectos sociales*. Editorial Universidad de Costa Rica.
- Holahan, K., & Holahan, J. (1987). Self-efficacy, social support, and depression in aging: A longitudinal analysis. *Journal of Gerontology*, 42(1), 65-68.
- Informe Mundial sobre la Discapacidad, Organización Mundial de la Salud, (2011).
- Informe Mundial sobre la Discapacidad. *Educación*. (2011), MINDIAL. B, 218(219), 219
- Instituto Nacional de Estadística, Chile. (2008). Proyecciones y estimaciones de población 1950 - 2050. Santiago: INE-CELADE.
- Izal, M. & Montorio, I. (1999). *Gerontología conductual: bases para la intervención y ámbito de aplicación*. Madrid: Síntesis.
- Jahoda, M. (1958). Current concepts of positive mental health. Nueva York: Basic Books.
- Kavanagh, D. J. (1992). Recent developments in expressed emotion and schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 160(5), 601-620.
- Keyes, C., Shmotkin, D. y Ryff, C. D. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 1007-1022.
- Kunzmann, U., Little, T. D. y Smith, J. (2000). Is age-related stability of subjective well-being a paradox? Cross-sectional and longitudinal evidence from the Berlin Aging Study. *Psychology and Aging*, 15, 511-526.
- Lewis, S. M., Heitkemper, M. M., & Dirksen, S. R. (2004). *Enfermería medicoquirúrgica: valoración y cuidados de problemas clínicos. Volumen I*. J. O'Brien, J. F. Giddens, & L.



- Ley Orgánica de Discapacidades, Asamblea Nacional República del Ecuador, (2012).
- Luna, M. (1999). Derechos legales en el envejecimiento. En Comisión Nacional de Población [Conapo], El envejecimiento demográfico en México: Retos y perspectivas (pp.). México: Consejo Nacional de Población.
- Mastekaasa, A. (1993). Marital status and subjective well-being: A changing relationship? *Social Indicators Research*, 29, 249-276.
- Martínez, Á. I. (2006). Psicología del desarrollo de la edad adulta Teorías y contextos. *Revista complutense de educación*, 16(2), 601-619.
- McCullough, M. E., Emmons, R. A. y Tsang, J. A. (2002). The grateful disposition: A conceptual and empirical topography. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(1), 112-127. doi:10.1037//0022-3514.82.1.112.
- McCullough, M. E., Emmons, R.A., & Tsang, J. (2002). The grateful disposition: A conceptual and empirical topography. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 112-137.
- Meléndez, J. C., Tomás, J. M., Oliver, A. y Navarro, E. (2009). Psychological and physical dimensions explaining life satisfaction among elderly: A structural model examination. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 43, 291-295.
- Ministerio de Inclusión Económica y Social (2013). Agenda de igualdad para la Juventud. Quito, Ecuador. 70-71.
- Miranda, C. (2005). Aproximación a un modelo evaluativo de la formación permanente del profesorado chileno. *Estudios Pedagógicos*, 31, 145-166.
- Mirowsky, J. y Ross, C. E. (1996). Fundamental analysis in research on well-being: distress and the sense of control. *The Gerontologist*, 36, 584-594.
- Mishara, B. L., & Riedel, R. G. (2000). *El proceso de envejecimiento*. Ediciones Morata.
- Molina, C y Meléndez, J. C. (2006). Bienestar Psicológico en envejecientes de la República Dominicana. *Revista Iberoamericana de Gerontología y Geriatria, Geriatrika*, 22, 97-105.
- Mookherjee, H. N. (1997). Marital status, gender, and perception of well-being. *Journal of Social Psychology*, 137, 95-105.



- Muñoz, J. (2002). El proceso del envejecimiento. Madrid: Pirámide.
- Norma Oficial Mexicana para la Atención Integral a personas con Discapacidad, (2000), NOM-173-SSA1, (1998) DF-México.
- Norma Técnica de Población Adulta Mayor, Servicios y Programas, (2014), Quito-Ecuador.
- Navarro, A., Bueno, B., Buz, J., & Mayoral, P. (2006). Percepción de autoeficacia en el afrontamiento de los problemas y su contribución en la satisfacción vital de las personas muy mayores. *Revista española de geriatría y gerontología*, 41(4), 222-227.
- Oliver, M. (1998). *¿Una sociología de la discapacidad o una sociología discapacitada?* Madrid-España, Morata editorial.
- Oliver, A., Navarro, E., Meléndez, J. C., Molina, C. y Tomás, J. M., (2009). Modelo de ecuaciones estructurales para predecir bienestar y ABVD en adultos mayores de la Republica Dominicana. *Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health*, 26, 189-196.
- Organización Mundial de la Salud (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Organización Mundial de la Salud, (2011), *Informe mundial sobre la Discapacidad*.
- Organización Mundial de la Salud, (2012), *Estadísticas sanitarias Mundiales*.
- Organización Panamericana de la Salud. (2009). Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión, *OPA*, 8 (1).
- Otero, Á., Zunzunegui, M. V., Rodríguez-Laso, Á., Aguilar, M. D., & Lázaro, P. (2004). Volumen y tendencias de la dependencia asociada al envejecimiento en la población española. *Revista española de salud pública*, 78(2), 201-213.
- Palacios, A. (2008). *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Cermi.
- Palomar, J., Lanzagorta, N. y Hernández, J. (2004). Pobreza, Recursos psicológicos y bienestar subjetivo. México: Universidad Iberoamericana.



- Papalia, D., Wendkos, S., Duskin, R, (2005), *Psicología del desarrollo humano*, D.F-México, McGraw-Hill.
- Pinquart, M. y Sorensen, S. (2001). Gender differences in self-concept and psychological well-being in old age: A meta-analysis. *Journal of Gerontology*, 56, 195-214.
- Posada, F. V. (2005). El enfoque del Ciclo Vital: hacia un abordaje evolutivo del envejecimiento. *SP Hernandis, & MS Martínez, Gerontología*, 147-148.
- Rodríguez-Porrero, C. (2003). Discapacidad y calidad de vida. *Rev Mult Gerontol*, 10(2), 66-9.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Exploration on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.
- Ryff, C. D. (1995). Psychological well-being in adult life. *Current Directions in Psychological Science*, 4, 99-104.
- Ryff, C. D. y Singer, B. (2002). From social structure to biology. En C. Snyder y A. López (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 63-73). Londres: Oxford University Press.
- Salotti, P. (2006). *Estudio sobre estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en una muestra de adolescentes de Buenos Aires*. Universidad de Belgrano.
- Sánchez, P. (1993). Sociedad y población anciana. *Universidad de Murcia*.
- San Juan, P., Pérez, A. & Bermúdez, J. (2000). Escala de Autoeficacia General: Datos Psicométricos de la adaptación para población Española. *Psicothema*, 12, 509-513.
- Sarabia Cobo, C. M. (2009). Envejecimiento exitoso y calidad de vida: Su papel en las teorías del envejecimiento. *Gerokomos*, 20(4), 172-174.
- Schmutte, S., & Ryff, D. (1997). Personality and well-being: reexamining methods and meanings. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73(3), 549
- Schunk, H. & Zimmerman, J. (1997). Social origins of self-regulatory competence. *Educational Psychologist*; 32, 195-208.
- Schwarzer, R. (1993). *Measurement of perceived self-efficacy. Psychometric scales for cross-cultural research*. Berlin, Germany: Freie Universität Berlin.



- Schwarzer, R., & Knoll, N. (2007). Functional roles of social support within the stress and coping process: A theoretical and empirical overview. *International Journal of Psychology*, 42(4), 243-252.
- Sebastián, J., Manos, D., Bueno, M. y Matero, N. (2007). Imagen Corporal y Autoestima en mujeres con Cáncer de mama participantes en un Programa de Intervención Psicosocial. *Revista Ciencia y Salud*, 18, 137-161.
- Seligman, M. (1998). *Learned optimism*. New York: Pocket Books.
- Solari, A. E. (1987). El envejecimiento de la población uruguaya treinta años después: del envejecimiento normal" al envejecimiento" perverso"".
- Stefani, D. (2004). Gender and coping style in old age. *Interdisciplinaria*, 109-125.
- Stock, W. A., Okun, M. A., Haring, M. J. y Witter, R. A. (1983). Age differences in subjective well-being: A meta-analysis. En R. J. Light (Ed.), *Evaluation Studies: Review Annual* (pp. 279-302). Beverly: Sage.
- Tamayo F., M. (2009). LA DISCAPACIDAD SENSORIAL DESDE LA PERSPECTIVA DE UN GENETISTA.. *Revista Medicina*, 31(4), 238-245. Recuperado de: <http://revistamedicina.net/ojsanm/index.php/Revistamedicina/article/view/214>.
- Tello Velázquez, Y., Bayarre Veá, H., Hernández Pérez, Y. M., & Herrera Domínguez, H. (2001). Prevalencia de discapacidad física en ancianos: Municipios" Amancio Rodríguez" y" Jobabo" 1999. *Revista Cubana de Salud Pública*, 27(1), 19-25.
- Torres, G. H. (2009). Psicología positiva: una introducción. *Revista interuniversitaria de formación del profesorado*, (66), 23-41.
- Triadó, C. (2003). *Envejecer en entornos rurales*. Madrid: IMSERSO, Estudios I+D+I, nº19.
- Vander Zanden, J. W. (1993). *Human development*. McGraw-Hill Book Company.
- Vásquez, A. (2006). La discapacidad en América Latina. *Discapacidad. Lo que todos debemos saber*, Organización Panamericana de la Salud.
- Vázquez, C. y Castilla, C. (2007). Emociones positivas y crecimiento postraumático en el cáncer de mama. *Psicooncología*, 4, 385-404.



- Veenhoven, R. (1994). El estudio de la satisfacción con la vida. *Intervención psicosocial*, 3, 87-116.
- Vera, J., Sutelo, T., & Domínguez, M. (2005). Bienestar subjetivo, enfrentamientos y redes de apoyo social en el adulto mayor. *Revista Intercontinental de psicología y educación*, 7, 57-58.
- Vilches, J., Pujol, R., & Abellán, A. (2014). Las pirámides de la población española en un click.
- Villacís B., Carrillo D. (2011). Estadística Demográfica en el Ecuador: Diagnóstico y Propuesta. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). Quito – Ecuador.
- Villar; F., Triadó, C., Resano, C. & Osuna, J. (2003). Bienestar, adaptación y envejecimiento: Cuando la estabilidad significa cambio. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 13, 152-162.
- Vivar, V. y Silva, M. (2015). Factores asociados a la depresión en el adulto mayor institucionalizado. (Trabajo de titulación). Universidad de Cuenca, Cuenca, Ecuador.

CAPITULO VIII



ANEXOS

Formulario No	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fecha:	<input type="text"/>		
Lugar	<input type="text"/>		
Código:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Encuestador:	<input type="text"/>
Supervisor:	<input type="text"/>

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nunca Siempre



0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Nunca Siempre

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Nunca Siempre

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Nunca Siempre

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Nunca Siempre

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Nunca Siempre

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Nunca Siempre

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Nunca Siempre



0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Para 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

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

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Completamente

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

Para
nada

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Completamente

Estas escalas fueron adaptadas por el Proyecto de Investigación de la Facultad de psicología de la Universidad de Cuenca: “**VARIABLES RELACIONADAS CON EL BIENESTAR SUBJETIVO EN PERSONAS ADULTAS CON Y SIN DISCAPACIDAD**”; para su uso se requiere de autorización previa por parte del equipo de investigación de este proyecto.



Sección 2. Adaptación Cuestionario de Gratitud

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

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

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

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

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

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

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

4. Estoy agradecido con muchas personas.

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

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

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

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

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

Estas escalas fueron adaptadas por el Proyecto de Investigación de la Facultad de psicología de la Universidad de Cuenca: "VARIABLES RELACIONADAS CON EL BIENESTAR SUBJETIVO EN PERSONAS ADULTAS CON Y SIN DISCAPACIDAD"; para su uso se requiere de autorización previa por parte del equipo de investigación de este proyecto.



Sección 3. Adaptación Auto-Eficacia Generalizada

A cada una de las siguientes afirmaciones responde en qué medida son ciertas para

Usted; marque con una cruz el recuadro que corresponda a su respuesta.

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

Estas escalas fueron adaptadas por el Proyecto de Investigación de la Facultad de psicología de la Universidad de Cuenca: "VARIABLES RELACIONADAS CON EL BIENESTAR SUBJETIVO EN PERSONAS ADULTAS CON Y SIN DISCAPACIDAD"; para su uso se requiere de autorización previa por parte del equipo de investigación de este proyecto.

Sección 4. Datos demográficos



Marque con una cruz la respuesta correspondiente

1. Sexo

1 Hombre

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

2 Mujer

2. ¿Cuántos años cumplidos tiene?

<input type="text"/>

Escriba su edad en el casillero

3. Estado civil

1 Soltero

2 Casado

3 Unión libre

4 Separado

5 Divorciado

6 Viudo

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

7. Trabaja actualmente

0 No

1 Si

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

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

0 No

1 Si

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

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

0 No

1 Si

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

11. ¿La discapacidad es de tipo?

1 física

2 visual

3 otra

Cuál

.....

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

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

2 sin bachillerato

3 con bachillerato

4 estudios universitarios

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

0 No

1 Si

12. La discapacidad es

1 De nacimiento

2 Adquirida por enfermedad

3 Adquirida por accidente

13. El grado de discapacidad es:

1 leve

2 moderado

3 severo

¡Muchas gracias por su colaboración!

Estas escalas fueron adaptadas por el Proyecto de Investigación de la Facultad de psicología de la Universidad de Cuenca: “**VARIABLES RELACIONADAS CON EL BIENESTAR SUBJETIVO EN PERSONAS ADULTAS CON Y SIN DISCAPACIDAD**”; para su uso se requiere de autorización previa por parte del equipo de investigación de este proyecto.

MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

“VARIABLES RELACIONADAS CON EL BIENESTAR SUBJETIVO EN PERSONAS ADULTAS CON Y 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 Lopez

Mst. Catalina Mora

Mst. Cristina Cedillo

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

Si tengo cualesquier pregunta en el futuro sobre este estudio puedo contactar con la directora del proyecto en el teléfono ubicado 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:** _____