



FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

PERCEPCIÓN DE BIENESTAR PSICOLÓGICO EN ADULTOS MAYORES DE
ENTRE 70 Y 80 AÑOS QUE ASISTEN A UN PROGRAMA PARA LA
TERCERA EDAD EN LA CIUDAD DE QUITO

Trabajo de Titulación presentado en conformidad con los requisitos
establecidos para optar por el título de Psicólogo Mención Clínico

Profesor guía

Mgt. Mario Arturo Márquez Tapia

Autora

Paola Estefanía Navarro Reyes

2014

DECLARACIÓN DEL PROFESOR GUÍA

Declaro haber dirigido este trabajo a través de reuniones periódicas con la estudiante Paola Estefanía Navarro Reyes, orientando sus conocimientos y competencias para un eficiente desarrollo del tema escogido y dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación.

Mario Márquez Tapia

Magister en Intervención en la Ansiedad y Estrés

1708219306

DECLARACIÓN DE AUTORÍA DEL ESTUDIANTE

Declaro que este trabajo es original, de mi autoría, que se han citado las fuentes correspondientes y que en su ejecución se respetaron las disposiciones legales que protegen los derechos de autor vigentes.

Paola Estefanía Navarro Reyes
1719110643

AGRADECIMIENTOS

A mis profesores, mi tutor, y principalmente a mi madre y mi esposo que han sido un apoyo incondicional

DEDICATORIA

Dedico esta investigación a
mi familia y los participantes
de esta investigación

RESUMEN

El adulto mayor se sitúa en la última etapa de la vida, dentro de la cual debe atravesar varios cambios de distinta índole, debido a esto es posible que la percepción de bienestar psicológico se vea afectada; el término “bienestar psicológico” será abordado desde una perspectiva de la psicología positiva misma que propone el estudio de la salud mental desde la promoción y prevención, destacando la importancia de que la persona posea fortalezas que le permitan sobreponerse a las situaciones externas que sean causa de inestabilidad.

La muestra se compuso por 60 participantes, 30 de sexo femenino y 30 de sexo masculino, los participantes fueron asistentes de los distintos talleres que voluntariamente aceptaron involucrarse en la investigación.

Se procedió a aplicar la escala de bienestar psicológico propuesta por Carol Ryff, en su adaptación española compuesta por 39 items que evalúan seis dimensiones del bienestar psicológico, desarrollada por Díaz, et al. (2006).

Los resultados se obtuvieron en forma de medias porcentuales y demuestran que auto-aceptación con 80.27 % es la dimensión que mayor puntúa, después aparece dominio del entorno con 79.58 %, seguido de autonomía con 77.95 %, con 75.09 % está propósito en la vida, después con 71.16 % están las relaciones positivas y finalmente con 65.63 % se encontró a crecimiento personal.

Existe una diferencia a entre el bienestar psicológico de hombres vs. Mujeres, siendo los hombres de la muestra quienes poseen mayor bienestar, a estos dos grupos se les aplicó la prueba U de Mann Withney obteniendo un valor $U=350$ y $u=550$, el valor crítico de U es 290 mismo que se comparó con el resultado menor ($U=550$) y fue superado con un nivel de significación $p<0.05$ con lo cual se determina que la diferencia es estadísticamente significativa.

ABSTRACT

Elderly People are part of the population that experience the last stage in life within which must go through different kinds of situations due to this mentioned changes, it is possible that their psychological well-being is affected; the term “psychological well being” will be addressed from the perspective of positive psychology, which proposes the study of the mental health from the promotion and prevention by highlighting the importance of the individual’s strengths in order to allow them to overcome the external situations that are causing his or her instability.

The sample was composed of 60 participants, from which 30 were female and 30 male, the participants went to different workshops and they voluntarily accepted to be involved in this research.

The scale of psychological well-being given by Carol Ryff was applied in its Spanish adaptation composed of 39 items that evaluate six dimensions: (self-acceptance, positive relationships, autonomy, environmental mastery, personal growth and purpose in life) developed by Diaz et al.

The results were obtained in percentual values and show that self-acceptance with 80.27 % it’s the highest rated followed by environmental mastery with 79.58 % and then autonomy with 77.95 %, purpose in life is rated with 75.09 %, positive relationships have a 71.16 % score, and final personal growth with a percentage of 65.63 % is found.

There is a difference between the psychological well-being of men vs women, being men from the sample the ones who possess a higher welfare, the two research groups were evaluated by the U test from Mann Withney, obtaining a value $U=350$ and $u= 550$, the U critical value is 290 which was compared to the minor result ($U=550$) and was surpassed with a significance level of $p<0.05$, therefore it is determined that the difference is statistically significant.

ÍNDICE

1. Introducción	1
2. Marco Teórico y Discusión Temática	5
2.1. Adulto Mayor	5
2.1.1 Etapas de la vida.....	5
2.1.2 Etapa de adultez tardía.....	7
2.1.3 Manifestaciones Clínicas.....	9
2.1.4 Evaluación Psicológica	13
2.1.5 Psicogerontología	16
2.1.6 El adulto mayor en la sociedad	16
2.1.7 El adulto mayor, una persona frágil	19
2.1.8 El Adulto Mayor en el Ecuador	20
2.1.9 Programa del Adulto Mayor.....	22
2.2 Psicología Positiva y Bienestar Psicológico	23
2.2.1 Psicología Positiva	23
2.2.2 Calidad de vida.....	25
2.2.3 Carol Ryff y el Bienestar Psicológico.....	26
2.2.4 Modelo de Prevención y Promoción de Salud.....	27
2.3 Discusión Temática	28
3. Objetivos	31
3.1 Objetivo General	31
3.2 Objetivos Específicos	31
4. Hipótesis	32
5. Método	32
5.1 Tipo de diseño y enfoque	32
5.2 Muestra/ Participantes	33
5.3 Recolección de datos	34
5.4 Procedimiento	35

5.5 Análisis de datos	37
6. Resultados	38
6.1 Primera Hipótesis	45
6.2 Segunda Hipótesis:	46
6.3 Tercera Hipótesis	47
7. Discusión y Conclusiones	57
REFERENCIAS	65
ANEXOS	71

1. Introducción

La presente investigación tiene como objetivo analizar la percepción de bienestar psicológico que tienen los adultos mayores entre 70 y 80 años que asisten a un programa para la tercera edad, ubicado en el norte de la ciudad de Quito.

En el apartado correspondiente a método se detallará la herramienta utilizada, de manera general, se puede mencionar que la escala de Bienestar Psicológico utilizada fue desarrollada por la estadounidense Carol Ryff (1989), y a la cual posteriormente Díaz (et. Al) (2006) la adaptaron a un contexto español y redujeron a 39 items que indagan el bienestar con respecto a las seis dimensiones propuestas inicialmente:

1. Auto-aceptación
2. Relaciones positivas con otros
3. Autonomía
4. Dominio del entorno
5. Propósito en la vida
6. Crecimiento personal

(Citado desde Ortiz y Castro, 2009, p 27) (Citado desde Vázquez, 2009, p 18).

En esta investigación se entenderá al bienestar como el resultado de potencializar las fortalezas personales que son las cuales ayudarán a recuperar el equilibrio después de enfrentar una situación que sea estresante para la persona, así como la importancia de tener afectos positivos en la vida para llegar a disfrutarla a plenitud.

En la revisión del marco teórico se encontrará una revisión más exhaustiva alrededor de la psicología positiva, misma que se encuentra en un modelo de promoción y prevención de la salud, contrastando con la ideología tradicional que propone que es necesaria la existencia de una patología para realizar una intervención.

La escala fue aplicada en la mayoría de los casos por la investigadora y algunas auto-aplicadas por preferencia del participante, se evaluó a 60 voluntarios para el estudio, de estos, 30 (participantes del 1 al 30) fueron de sexo masculino y 30 (participantes del 31 al 60) de sexo femenino.

Se obtuvo como resultados que auto-aceptación con 80.27 % es la dimensión que mayor puntúa, después aparece dominio del entorno con 79.58 %, seguido de autonomía con 77.95 %, con 75.09 % está propósito en la vida, después con 71.16 % están las relaciones positivas y finalmente con 65.63 % se encontró a crecimiento personal.

Se determinó la existencia de una diferencia entre el bienestar psicológico de hombres versus mujeres, siendo los hombres de esta muestra quienes poseen mayor bienestar, y tras aplicar la prueba U de Mann Withney se demuestra que la diferencia es estadísticamente significativa.

Es importante determinar que la vejez en este estudio se entendió como las personas de edad avanzada que están cursando la última etapa del ciclo de la vida, y por este concepto se derivan varios factores que son de especial tratamiento y cuidado.

La relevancia del estudio de este tema gira en torno al crecimiento de la población de adultos mayores en el mundo y al aumento de su esperanza de vida, para el año 2007 en el Ecuador país se registró que el 7.27% de la población total corresponde a personas que se encuentran en la tercera edad (65 años en adelante).

Se realizará una revisión teórica de lo que implica alcanzar la tercera edad desde distintos aspectos, tales como el físico, social, psicológico, entre otros. Inicialmente, se puede denotar que en los problemas de tipo físico se encuentra con alta prevalencia la afección en la capacidad de respuesta ante las agresiones naturales de la vida, (Alonso et al, 2007, p3) y la Organización Mundial de la Salud sitúa como principales problemas psicológicos a la depresión y las demencias, principalmente el Alzheimer.

Se considera las personas más propensas a padecer depresión son las mujeres, las personas viudas, con nivel socio económico bajo y sufrir algún tipo de incapacidad física por un trastorno propio de la edad (Adulto Mayor: Una nueva Etapa de Vida, p11).

El Alzheimer representa entre el 50 y 60% de las demencias que se presentan en los adultos mayores; en Estados Unidos hasta un 6% de la población mayor de 65 años padecen este trastorno, y hasta un 40% la padecen quienes superan los 85 años, lo cual se debe a que la posibilidad aumenta según aumenta la edad (Romano, Nissen, Huerto, 2007, p10).

En el Ecuador las enfermedades del área urbana más comunes son: osteoporosis, diabetes, problemas del corazón y enfermedades pulmonares (El Comercio, 2011), en el 2011 el Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos (INEC) reporta que existen 1 229.089 adultos mayores, tomando en cuenta que para este dato se consideró que un adulto mayor es una persona a partir de sus 60 años de edad; en nuestro país la esperanza de vida es de 74.2 años y los hombres poseen mayor mortalidad.

La edad, además, puede ser una variable que estratifica a la persona en la sociedad y por ende están impuestas pautas de comportamiento en la vejez, a lo cual se añade la perspectiva de que lo joven, nuevo e innovador es lo que merece ser apreciado, punto de vista que es común en la cultura Occidental, dándose lo contrario en el Oriente (Rodríguez, 2008, p35).

Es importante que en este período no exista una ruptura con la sociedad, y por el contrario la inclusión sea activa entre ambas partes, tal como lo es en las otras etapas de la vida (Aranibar, 2001, p15), dentro del mismo estudio se resalta la importancia de la participación activa del individuo en la familia, ya que son la principal fuente de apoyo.

En este sentido Rodríguez (2008, p32) coincide y además añade que los adultos mayores deberían ser considerados un aporte para la sociedad por los conocimientos que han adquirido en el transcurso de su vida, sugiere que una

forma beneficiosa de inclusión social puede ser formar parte de programas especializados que se dirigen a ellos.

El lugar donde se desarrolló la investigación es un programa que ofrece actividades ocupacionales, socio recreativas y de integración dentro de una amplia variedad que incluye programas de actividad física como de actividad cognitiva.

Los conceptos y resultados antes introducidos serán ampliados durante el desarrollo de este estudio.

2. Marco Teórico y Discusión Temática

2.1. Adulto Mayor

2.1.1 Etapas de la vida

Para tratar el tema que concierne al título de este capítulo es importante dar una breve revisión de las etapas de la vida del ser humano con el fin de contextualizar la etapa en la cual se enfocará esta investigación.

El ser humano desde su concepción se encuentra expuesto a un proceso de envejecimiento, el mismo que puede ser primario o secundario; el primero va asociado con el desarrollo físico y genético que, con el tiempo, va deteriorando avejentado y cambiando ciertas características sin que este proceso pueda ser atribuido a una enfermedad.

Por otro lado, el envejecimiento secundario se da por factores como las enfermedades o la homeostasis para poder alcanzar un equilibrio natural en la vida (Alonso, Sansó, Díaz, Carrasco, Oliva, 2007, p3). Según Santiuste (p1) se entiende por homeostasis el equilibrio necesario para el mantenimiento de la vida y la capacidad humana para mantener la homeostasis es lo que permite permanecer saludable, siendo imprescindible la adaptación a los cambios para la sobrevivencia y paso por todas las fases de la vida.

Según varios autores la vida se divide en etapas. La primera que se distingue es el periodo pre natal, mismo que inicia en la concepción y se extiende hasta el nacimiento. Durante esta etapa el ser humano en su condición de feto se desarrolla de manera más rápida que en los subsiguientes periodos, con la característica notable de mostrar desde muy temprano en su desarrollo reconocimiento y preferencia por la voz materna.

Después aparece el periodo de lactancia y los primeros pasos, que comprende desde el nacimiento hasta los 3 años de edad. En esta etapa el cerebro se desarrolla en forma rápida, así como las habilidades motrices que son regidas por éste. El niño es capaz de recordar desde las primeras semanas debido a su memoria sensomotriz y tiene habilidad para resolver pequeños problemas tales

como acomodar su cuerpo en una postura que le resulte cómoda, obtener por sus medios los juguetes de su preferencia o buscar alimento en caso de tener hambre, entre otros; en esta etapa el niño aprende el control de esfínteres lo cual representa un gran reto en su desarrollo. Llegado al final del segundo año de vida, el infante en su desarrollo psicosocial demuestra un interés por otros niños, el conocimiento de sí mismo así como y la relación afectiva con sus padres se vuelve más importante, existe una conciencia de sí mismo y el paso gradual a la autonomía (Papalia, Wendkos, Duskin, 2001, p14).

Freud sitúa en esta edad a las fases oral y anal, y menciona que las experiencias vividas durante este periodo pueden ser trascendentales en la vida de la persona, Bowlby y Erickson mencionan la importancia de las relaciones sociales cercanas para un buen desarrollo (citado desde Raheb, p2).

Entre los 3 y 6 años aparece la etapa de la infancia temprana durante la cual se muestra una disminución del apetito así como problemas de sueño, las habilidades motrices fina y gruesa mejoran, se desarrolla su habilidad verbal así como su memoria e identidad sexual. La familia es el centro de la vida social del niño (Papalia, Wendkos, Duskin, 2001, p14).

La infancia intermedia comprende entre los 6 y 11 años, la salud es buena y el crecimiento físico es más lento. Las habilidades cognitivas permiten adquirir nuevos conocimientos, aparece una marcada importancia por los amigos (Papalia, Wendkos, Duskin, 2001, p14).

Subsiguiente a esta etapa se encuentra la adolescencia. Va desde los 11 hasta los 20 años de edad aproximadamente. Cuando esta etapa llega a su fin se puede denotar que el desarrollo físico está completo, se ha desarrollado la capacidad de pensamiento abstracto y el razonamiento lógico, la búsqueda de aceptación en los pares así como de la identidad sexual, y estos aspectos se vuelven lo más relevante de esta etapa (Papalia, Wendkos, Duskin, 2001, p15).

Entre los 20 y 40 años está la adultez temprana, esta etapa incluye dos décadas dentro de las cuales la persona toma decisiones trascendentales en su vida

tales como casarse, tener hijos y criarlos, estudiar, definir su profesión y ámbito laboral, entre otras (Fernández, p8).

La adultez intermedia se desarrolla entre los 40 y 65 años de edad. En esta etapa puede aparecer un deterioro en las capacidades sensoriales y de la salud, las habilidades cognitivas básicas alcanzan el tope de su desarrollo, puede generarse estrés por la responsabilidad de cuidar a los hijos así como verlos partir; la responsabilidad de cuidar a los padres y posiblemente verlos morir también es generadora de estrés durante este periodo de la vida (Papalia, Wendkos, Duskin, 2001, p15).

Posteriormente y como etapa final de este proceso se encuentra la adultez tardía, misma que es estudiada por la ciencia conocida como gerontología (Gómez, 2003, p3); y cuyas características serán desarrolladas con detenimiento a continuación.

2.1.2 Etapa de adultez tardía

En un artículo de la revista Esperanza para la Familia se define a la tercera edad como el último periodo de la vida ordinaria de un hombre (Sánchez, p1).

La OMS en 1989 define al envejecimiento como los cambios fisiológicos que ocurren en un organismo a través del tiempo (citado desde Rodríguez, 2008, p32), también define que un adulto mayor es una persona de entre 60 y 80 años de edad, a partir de los 80 en adelante de lo consideraría un anciano.

Algún autor en el diccionario on-line definición de ha mencionado que la vejez es la cualidad de viejo, que hace referencia a una persona de edad avanzada, este concepto coincide con la definición propuesta por el diccionario de la Real Academia de la Lengua (<http://www.rae.es/drae/>), sin embargo, el primero añade que cursa la edad senil y socialmente es parte de las personas de la tercera edad (<http://definicion.de/vejez/>).

El diccionario The Free Dictionary define a la vejez como: “Estado natural de la persona que ha llegado a una edad avanzada” o “último periodo de la vida de

una persona, cuando tiene una edad avanzada” (<http://es.thefreedictionary.com/vejez>).

Erick Erickson divide las etapas de la vida en estadios, a la vejez la ubica en el octavo estadio y menciona que ésta es a partir de los 50 años de edad, ha nombrado a esta etapa como: Integridad versus desespero – sabiduría, durante este periodo las personas vuelven a dar significado a las experiencias pasadas y tratan de aceptarse a sí mismas y a sus historias personales procurando dejar un legado importante para cuando hayan muerto; en este estadio se pueden dar pérdidas de suma importancia para la persona, mismas que pueden causar desespero, desesperanza o desdén (citado en Bordignon, 2005, p 68).

En contraste con Erickson otros autores y sociedades consideran a las personas como adultos mayores a partir de los 65 años, como es el caso del Ecuador, en otros países esta edad varía, por ejemplo en Cuba un adulto mayor es una persona que ha llegado a los 60 años de edad (Alonso et al, 2007, p2).

Es importante conocer que en las últimas décadas ha existido un aumento considerable de la población de la tercera edad alrededor del mundo, y se estima que para el año 2025 existirán aproximadamente 1200 millones de ancianos, tomando como ejemplo a Cuba se conoce que este país ha demostrado un incremento notable en la población de adultos mayores, y se proyecta que para el año 2050 será uno de los países más envejecidos del mundo (Gómez, 2003, p8), así mismo en Estados Unidos durante los últimos cien años el aumento de la población de personas de la tercera edad se ha triplicado (Mella, Gonzalez, D Appolonio, Maldonado, Fuenzalida y Díaz, 2004, p1).

Durante esta etapa de la vida los cambios más evidentes son los biológicos, sin embargo, los cambios psicológicos, sociales, entre otros, son de gran importancia. (Equipo Nacional de Formación Programa Tercera Edad de Cáritas Cubanas, 2009, p1), se puede denotar que la salud y las aptitudes físicas disminuyen y existe un marcado decremento de la velocidad, las

personas permanecen mentalmente atentas a pesar de que la inteligencia así como la memoria pueden verse deterioradas, existen cambios trascendentales en su vida, se enfrentan a pérdidas, amenazas y adaptación a nuevos estados por lo cual el adulto mayor necesita sentir apoyo para poder desarrollarse de la mejor manera (Ortiz y Castro, 2009, p 27).

En países orientales la vejez es considerada una virtud, es una muestra de estatus y los ancianos son tratados con privilegios, mientras que en los países occidentales el envejecer puede ser algo que no se desea ya que esta etapa está atravesada por varios estereotipos (Papalia, Wendkos, Duskin, 2001, p 635)

A pesar de que la vejez es algo esperable en el ser humano, alcanzar esta edad puede ser considerado algo desagradable ya que culturalmente se puede tener la creencia de que lo viejo es desechable y pierde valor, así mismo, la persona puede remarcar que el próximo paso será la muerte (González y Herrera, 2009, p 2).

2.1.3 Manifestaciones Clínicas

En esta etapa de la vida se ve afectada principalmente la capacidad de respuesta ante las agresiones naturales de la vida, al inicio de la vejez la afectación puede notarse solo ante situaciones que generen intenso estrés pero posteriormente se evidenciará ante pequeñas situaciones que desestabilicen a la persona (Alonso et al, 2007, p 3)

Debido a que la edad adulta se ubica en el ciclo más avanzado de la vida pueden aparecer molestias o enfermedades propias de la edad que requieren una atención especial, una edad promedio en la que aparecen en mayor o menor cantidad signos de necesidad de cuidados es a los 75 años. (Equipo Nacional de Formación Programa Tercera Edad de Cáritas Cubanas, 2009, p2).

Entre las enfermedades físicas que se presentan con mayor frecuencia en adultos mayores encontramos: Trastornos relacionados con el sueño (insomnio sostenido, apnea del sueño, mioclonía nocturna, cambios del sueño con el

envejecimiento), incontinencia urinaria, que es la pérdida involuntaria de orina (por ejemplo incontinencia de urgencia, incontinencia de estrés, incontinencia refleja, incontinencia funcional), trastornos del equilibrio y mareo que pueden producir caídas, entre otras problemáticas (Vega y Villalobos, p 4 – 34).

Es común también en esta edad que exista una afectación sensorial, puede aparecer un déficit auditivo que puede conllevar la dificultad de comprensión del habla, de manera general incide en la comunicación (Cañete, 2010, p58), también podría haber deficiencias auditivas que producen mayor dependencia, y por ende se complicará y dependiendo de la gravedad de los trastornos podrían suspenderse las actividades comunes que realiza el adulto mayor (Ródenas, García, Borda, Flores, Martínez, p251).

En el Ecuador las enfermedades del área urbana más comunes son: osteoporosis, diabetes, problemas del corazón y enfermedades pulmonares (El Comercio, 29/07/2011).

Existen cambios fisiológicos normales propios de la edad tales como: disminución de masa celular activa, consumo de oxígeno, tasa basal a nivel general y celular, agua corporal, función renal, masa ósea, actividad enzimática y hormonal, y de la respuesta inmune. (Ruiz, Artacho, López, 2000, p 103);

Para que todos los cambios, trastornos y déficit mencionados anteriormente sean más fáciles de sobre llevar es muy importante que la persona cuide su alimentación y nutrición incluyendo en su dieta alimentos que contengan de manera balanceada los distintos nutrientes y vitaminas que el organismo requiere (Ruiz, et. al, 2000, p 104 - 105).

En esta etapa de la vida también pueden aparecer trastornos psicológicos y cognitivos, entre los cuales podemos mencionar depresión, Alzheimer, demencias y trastornos alimenticios:

- Depresión

Se considera que la depresión puede ser uno de los trastornos más comunes durante la tercera edad, se considera que las personas más propensas a

sufrirla son las mujeres, las personas viudas, con nivel socio económico bajo y sufrir algún tipo de incapacidad física por un trastorno propio de la edad (Adulto Mayor: Una nueva Etapa de Vida, p11).

Hasta un 15% de adultos mayores puede sufrir de depresión y se estima que hasta un 50% de esta población sufre al menos un episodio depresivo, siendo también posible que además de las causas antes mencionadas este trastorno esté asociado a un efecto secundario por el consumo de algún medicamento continuo. (Nance, p 243 - 244)

Dependiendo de la gravedad de la depresión de la persona esta puede afectar en mayor o menor medida el desarrollo de la vida cotidiana de la persona, por ejemplo en el caso de un trastorno depresivo grave la persona posiblemente no sea capaz de realizar ni disfrutar sus actividades con normalidad, distinto del trastorno distímico cuyos síntomas son de menor gravedad por lo cual la persona no estará incapacitada tan gravemente para el desarrollo de sus actividades, pero en cambio el problema puede extenderse por largos periodos (Nance, p242).

- Alzheimer

Esta enfermedad representa entre el 50 y 60% de las demencias que se presentan en los adultos mayores; en Estados Unidos hasta un 6% de la población mayor de 65 años padecen este trastorno, y hasta un 40% la padecen quienes superan los 85 años, lo cual se debe a que la posibilidad aumenta según aumenta la edad.

El Alzheimer puede ser de inicio precoz (antes de los 65 años) o de inicio tardío (después de los 65 años), existe una mayor posibilidad de tener esta enfermedad si existe un antecedente familiar, en caso de que no lo haya se trata de un Alzheimer de tipo esporádico. (Romano, Nissen, Huerto, 2007, p10).

La evolución de esta enfermedad es progresiva, se vuelve evidente la pérdida de memoria en la persona, y a pesar de ser el síntoma más conocido no es el único, pueden existir también otros daños en las funciones cognitivas como:

atención, función ejecutiva, lenguaje, funciones viso espaciales, praxias, habilidades psico motoras y conducta (Fontán, 2012, p36).

Dentro de las demencias también se pueden encontrar: enfermedad por cuerpos de Lewy, degeneración lobar fronto temporal, Parkinson, parálisis supranuclear progresiva, degeneración cortico basal, atrofia multisistémica, otras tauopatías, enfermedad de Huntington y enfermedad por cuerpos argirofílicos (Villapando, 2006, p372).

- Trastornos de conducta alimentaria (TCA)

Se considera que este tipo de trastornos usualmente tienen un inicio en la adolescencia motivo por el cual en la edad adulta pueden re-aparecer, o bien, presentarse por primera vez siendo lo más común que anteriormente hayan existido problemas alimenticios que no llegaron a ser trastorno; lo que aparece con mayor incidencia es la anorexia nerviosa; por el contrario, la bulimia nerviosa aparece en una minoría de casos, tomando en cuenta que es posible que por la edad las personas en esta etapa de la vida utilicen laxantes con mayor frecuencia. (Ruiz, 2011, p 1613).

Según la Organización Mundial de la Salud menciona que en los adultos mayores la depresión y las demencias tienen mayor incidencia que otros trastornos de la salud mental.

Citando a Gómez (2003, p17) en su estudio “El anciano frágil”, se debe evaluar el estado general del paciente, en esta evaluación se debe incluir la parte mental. La evaluación consta de una parte estructurada y una no estructurada, la estructurada hace referencia a los test que se puede aplicar a la persona, el autor sugiere el Cuestionario Abreviado de Estado Mental de Pfeiffer, Escala de Incapacidad Mental de la Cruz Roja (CRM) y el Mini Examen Cognoscitivo de Lobo (MEC).

En lo que a la parte no estructurada se refiere, el mismo autor menciona algunos aspectos que considera deben ser evaluados si están alterados: agresividad verbal y física, conductas sexuales inadecuadas, desinhibición

social, alteraciones del pensamiento, de la percepción, nivel de conciencia, orientación espacial, temporal y personal, y, alteraciones de la memoria.

Así mismo es imprescindible incluir la evaluación psicológica.

2.1.4 Evaluación Psicológica

El ámbito de la evaluación es bastante extenso, existen diversas formas de evaluar los distintos aspectos que conciernen la psicología en el adulto mayor, entre las principales maneras se puede encontrar:

- Evaluación por entrevista

Según el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española entrevistar se puede entender como tener una conversación con una o varias personas para un fin determinado o para informar al público de sus respuestas.

Bleger (1964 / 1985, p1) menciona que la entrevista se puede utilizar para diversos tipos de investigación, y delimita que la entrevista psicológica puede ser entendida como aquella que se utiliza persiguiendo objetivos psicológicos.

Se pueden encontrar entrevistas de tipo: abiertas y cerradas, siendo las segundas aquellas en las que las preguntas y su orden ya están determinados y no se pueden alterar, y la entrevista abierta es en la cual el entrevistador puede flexibilizar las preguntas según considere necesario en el transcurso de la entrevista. (Bleger 1964 / 1985, p2), el mismo autor plantea que es importante reconocer que la entrevista no es una consulta ni una anamnesis ya que para la primera es una técnica y en la segunda el objetivo es la recopilación de datos (p4).

- Evaluación psicofisiológica

La psicofisiología estudia la relación entre los estados y procesos corporales y la conducta (Pino, p2), un artículo publicado por la Universidad Autónoma de México menciona que la psicofisiología estudia la conducta humana suponiendo que los procesos psicológicos tienen su reflejo en los cambios fisiológicos. (Universidad Autónoma de México, p1)

El mismo artículo menciona que este tipo de evaluación ha incluido la mayoría de los procesos psicológicos básicos: sensación, percepción, atención, motivación, emoción, aprendizaje, memoria, pensamiento, lenguaje y estados de conciencia.

Para evaluar esta relación se utiliza instrumentos de medición, los cuales pueden ser: aparatos poligráficos convencionales (varios registros), aparatos poligráficos portátiles (un registro), aparatos telemétricos portátiles (un registro) (Pino, p20 /21), y menciona que las principales técnicas de registro son: registro de la actividad cardíaca, registro de la actividad muscular, análisis de la temperatura corporal, registro de la actividad eléctrica de la piel, análisis de la sudoración y análisis de parámetros respiratorios.

Una adecuada monitorización de variables psicofisiológicas dará cuenta de situaciones, momentos y contextos donde la actividad corporal asociada a emociones placenteras o aversivas son pronunciadas con el fin de operar en consecuencia los respectivos cambios facilitadores del mayor bienestar de la persona adulta mayor.

- Evaluación por observación

Tiene como objetivo obtener y cuantificar los elementos que mantienen una conducta, la observación puede variar según: quién, cómo, cuándo, dónde y cómo se observa (Kirchner, Torres, Forns, 1998, p 107/108); las mismas autoras mencionan que para la aplicación de esta evaluación se han desarrollado distintas técnicas entre las cuales se puede destacar:

Registros narrativos: el observador toma nota de lo que observa, a manera de narración.

Escalas de apreciación: pretenden determinar si el sujeto se ajusta o no, o en qué grado lo hace, a un perfil pre-establecido por el observador.

Códigos de conducta: se realizan listados de conductas que se relacionan entre ellas y con situaciones ambientales.

Autorregistros: son cuadros de doble entrada en los cuales la persona anota regularmente sus parámetros comportamentales para posteriormente observar las situaciones de riesgo en las cuales aparece la conducta.

En el adulto mayor para fines de evaluación en ocasiones se apela a la observación por terceros (hétero-observación) la cual puede hacerse de forma simultánea o sustitutiva respecto a la auto-observación.

- Pruebas psicométricas

Hacen referencia a la medición objetiva y estandarizada para tratar de prever la manifestación de un comportamiento (Rodríguez, 2010, p3).

González (2007, p13) menciona que los test psicométricos son instrumentos estructurados en los cuales se presentan alternativas al evaluado quien escoge la que mejor se adecúe a su caso personal.

La misma autora ha clasificado este tipo de evaluación en los siguientes sub-tipos:

Existen los test de aplicación individual y los de aplicación colectiva, los segundos tienen como ventaja que se reduce la influencia del examinador y el uso del recurso tiempo, sin embargo, no todos son viables de aplicación dentro de esta modalidad.

También se puede clasificar los test según los aspectos que estos medirán, por ejemplo test de inteligencia, de personalidad, entre otros. Para los ancianos son relevantes, por ejemplo: test de memoria, de atención, etc.

Se distingue también los test según el material que se utiliza para la aplicación: test de lápiz y papel, test de ejecución y test verbal.

Todas las anteriores formas de evaluación pueden ser adaptadas al contexto de evaluación del adulto mayor dependiendo lo que la investigación busque obtener, en el presente estudio se aplicó un test psicométrico, la Escala de Bienestar psicológico que fue desarrollada inicialmente por Carol Ryff en 1999 y posteriormente tras varias validaciones se acepta como su traducción a la

escala propuesta por Díaz, Rodríguez, Blanco, Moreno, Gallardo, Valle y Van Dierendonck en el 2006.

2.1.5 Psicogerontología

Inicialmente es importante conocer que existen algunas ramas médicas así como psicológicas que han enfocado sus estudios en la población de adultos mayores; es así que la gerontología aparece para estudiar a las personas que cruzan la tercera edad, con un proceso de envejecimiento no patológico (Fernandez, 2009, p21) tomando en cuenta una perspectiva bipsicosocial y multidisciplinar (Aristizábal, p97), y la geriatría es la ciencia que estudia la vida del anciano con respecto a las enfermedades propias de la edad, se enfoca en posponer la pérdida de la autonomía y el desarrollo de la incapacidad, por tanto se procura la mejora en la calidad de vida. (Gómez, 2003, p4).

La psicogeriatría es una rama que hace referencia al estudio de los fenómenos psicológicos producidos por las enfermedades que aparecen en la edad adulta, en contraste con la psico gerontología que se enfoca en el estudio de la psicología de la edad adulta (Fernandez, 2009, p21).

La última mencionada aparece de manera relativamente reciente, Francis Galton figura como uno de los pioneros en este estudio ya que al investigar ciertas funciones psicológicas en personas de entre 5 y 80 años determina que existen notables diferencias relacionadas con la edad, es por tanto que una de las tareas primordiales de esta rama psicológica es la creación de planes que puedan responder a las necesidades de la población envejeciente y vieja (Aristizábal, p97).

2.1.6 El adulto mayor en la sociedad

Con el transcurso de los años, en esta edad tan delicada aparecen varios problemas sociales y el adulto mayor puede no estar listo para afrontarlos debido a la dificultad que le representa adaptarse a los cambios (Gómez, 2003, p18).

En este aspecto existen puntos de gran importancia que pueden ser los generadores de inestabilidad en las personas de la tercera edad, Gómez, (2003, p19) menciona que es importante conocer la historia del cuidador primario, el tipo de vivienda que tiene y las comodidades que encuentra en ésta, si recibe pensión económica, si recibe ayuda social y asistencia médica y como son sus relaciones sociales, con lo cual Montenegro (et, al, 2009, p169) coincide.

La Organización Panamericana de la Salud (p85) menciona que existen varias características demográficas y sociales que deben ser atendidas en la tercera edad, entre ellas: la edad, ya que se ha demostrado que las personas mayores de 60 años tienen mayor tendencia a enfermedades crónicas; el sexo: los hombres tienen mayores indicadores de salud que las mujeres, sin embargo, ellas tienen menor mortalidad y finalmente se determina que la participación social es un fuerte factor protector en adultos mayores y que inclusive puede llegar a disminuir la mortalidad.

La edad además puede ser una variable que estratifica a la persona en la sociedad y por ende la sociedad impone pautas de comportamiento en la vejez, es por eso que aparece el concepto de generaciones para así poder visualizar fácilmente el ciclo de la vida, a lo cual se añade la perspectiva de que lo joven, nuevo e innovador es lo que merece ser apreciado (Rodríguez, 2008, p35).

Debido a que la vejez forma parte del ciclo de la vida, como se mencionó anteriormente, es importante que en este período no exista una ruptura con la sociedad, y por el contrario la inclusión sea activa entre ambas partes, tal como lo es en las otras etapas de la vida (Aranibar, 2001, p15), dentro del mismo estudio se resalta la importancia de la participación activa del individuo en la familia, ya que son la principal fuente de apoyo.

En este sentido Rodríguez (2008, p32) coincide y además añade que los adultos mayores deberían ser considerados un aporte para la sociedad por los conocimientos que han adquirido en el transcurso de su vida, sin embargo, son escasos los espacios en los cuales se promueve el servicio de estos

conocimientos para la sociedad, siendo posible que se obtenga mayor éxito con la combinación de la experiencia del adulto mayor y el entusiasmo de una persona joven.

Rodríguez (2008, p 32) añade que una forma beneficiosa de inclusión social para las personas que estén cursando la tercera edad puede ser formar parte de programas especializados que se dirigen a ellos, dentro de éstos se evitaría que la persona padezca de inactividad y soledad, factores que frecuentemente amenazan en esta etapa.

- Autoestima

Se ha incluido a la autoestima como parte de este sub-tema debido a la gran importancia que tiene la sociedad para el mantenimiento de la buena o mala autoestima en el adulto mayor.

Bustamante en 1998 (p3) realiza un estudio dentro del cual define a la autoestima como el concepto del propio valor, que se podría entender como el significado o sentido de validez dado por la propia persona a sí misma, incluyendo auto comprensión y el autocontrol.

Coopersmith en 1978 acuña que la autoestima es la actitud favorable o desfavorable que el adulto mayor tiene hacia sí mismo (citado desde Rodríguez, 2008, p33), lo cual deriva en la conducta que la persona refleja hacia ella misma, a lo cual Ballesteros en 1999 aporta mencionando que la autoestima es una cognición que se forma en base a la experiencia adquirida por la persona (citado desde Rodríguez, 2008, p33).

La autoestima puede ser generada por la propia apreciación de la persona o por el afecto que recibe de quienes lo rodean (Bustamante, 1998, p3), siendo desde el inicio de la vida, la familia la principal encargada de fortalecerla durante todas las etapas de la vida y los cambios de roles que se presentan en cada una de ellas (Bustamante, 1998, p16).

Debido al desarrollo actual de la sociedad es posible que la percepción del adulto mayor en esta etapa de la vida sea de pérdida y minusvalía debido a la

probabilidad de que se presente una marginación social, por ende, la autoevaluación se vería notablemente afectada, produciendo que la persona se aleje de sus roles sociales generando una alta ansiedad que deriva en una baja autoestima. (Rodríguez, 2008, p33)

Acentuando el argumento anterior Bustamante (1998, p16) considera que la sociedad tiene una perspectiva negativa del adulto mayor lo cual acentúa que la auto percepción de la persona también sea negativa.

La mala percepción social del adulto mayor puede conllevar una baja calidad de vida, aspecto que se revisará con mayor profundidad en páginas posteriores.

2.1.7 El adulto mayor, una persona frágil

La palabra fragilidad ha sido utilizada por Alonso, et al(2007, p4)en su estudio acerca del envejecimiento poblacional, para referirse a las personas que tienen mayor dependencia del medio y deterioro de las funciones hasta llegar a la muerte, en este mismo estudio se determinó que los adultos mayores con polifarmacia (consumo de más de tres medicamentos), así como los mayores de 80 años son quienes tienen más tendencia a la fragilidad; Montero (et al, 2009, p169) ha reportado que la relación socio familiar deteriorada es un marcador importante de fragilidad en esta población.

Montero (et, al, 2009, p169) menciona que el anciano frágil tiene mayor tendencia a complicaciones durante los tratamientos debido a que presentan mayor necesidad de ayuda, la cual está asociada a su creciente incapacidad funcional y cognitiva que viene con el envejecimiento.

Es importante lograr discernir entre la dependencia propia de la edad y la dependencia generada por una enfermedad, en el segundo caso es importante que el adulto mayor tenga un acompañamiento médico para tratar su enfermedad (Gómez, 2003, p10).

Todo ser humano se desarrolla dentro de una sociedad y el núcleo de esta es la familia siendo así que, en todas las etapas de vida, ésta tiene mucha relevancia. En las primera etapas de la vida, el niño depende de sus

cuidadores primarios para cubrir sus necesidades, posteriormente se vuelve más independiente hasta que en la edad adulta tardía aparecen nuevamente rasgos de dependencia y necesidad por lo cual aparece la persona requiere de cuidado, usualmente son los hijos quienes asumen la responsabilidad de cuidar al adulto mayor en esta etapa de fragilidad.

Basándose en los puntos expuestos durante el desarrollo de este capítulo aparece la necesidad de procurar un buen nivel de bienestar psicológico para el adulto mayor.

2.1.8 El Adulto Mayor en el Ecuador

Para el año 2007 en nuestro país se registró que 987.279 habitantes lo cual representa el 7.27% de la población total (13 574.918) corresponde a personas que se encuentran en la tercera edad (65 años en adelante), dentro de los cuales se estima que 550.000 personas poseen discapacidades; además se determinó que el 58.6% pertenecen a población urbana y para la población rural se estipula un 41.4% (Secretaría de Planificación y Desarrollo, 2007).

Un artículo publicado por el Diario el Comercio en el año 2011 cita que según el Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos (INEC) existen 1 229.089 adultos mayores, tomando en cuenta que para este dato se consideró que un adulto mayor es una persona a partir de sus 60 años de edad; se determinó que en la Sierra (596.429) habitan más adultos mayores que en la Costa (589.431); durante el mismo artículo se determina que la mayor parte de esta población corresponde a mujeres y se sitúan entre los 60 y 65 años de edad.

Se añade también que el 11% de ellos viven solos, y de quienes viven acompañados el 49% vive con un hijo, el 16% con un nieto y con un 15% se sitúan las personas que viven con su pareja; se determinó que el 81% de la población de adultos mayores en el Ecuador ha reportado que se encuentran satisfechos con su vida y que las personas que viven acompañadas sienten más satisfacción en comparación a quienes viven solos (citado desde El Comercio, 2011)

La esperanza de vida es de 74.2 años, registro que pertenece a los años 2000 – 2005 siendo las mujeres quienes tienen menor mortalidad por tanto existe una notable mayoría de mujeres que se encuentran en la tercera edad, sin embargo, los hombres tienen mejor solidez socio – económica, tomando en consideración que solo un 30% de personas mayores de 65 años están afiliados a algún tipo de seguro lo cual puede estar ligado a que un 82.9% de esta población declara que sus ocupaciones son de tipo manual y tienen poca acreditación (Secretaría de Planificación y Desarrollo, 2007).

El Comercio (2011) menciona que la mayoría de los adultos mayores indican que sus estudios son de nivel primario y que a pesar de que desean trabajar no lo pueden hacer por diversos factores, lo cual complica su situación económica considerando que en los 4 meses previos un 69% de personas necesitaron atención médica y de este grupo el 28% tuvieron que cubrir los gastos ellos mismos.

La población de adultos mayores registra un índice de pobreza menor al que el promedio nacional, lo que indica que existen otros sectores del país que tienen mayor afectación de pobreza, sin embargo, si se toma en cuenta todos los países de América Latina, el Ecuador es uno de los más desfavorecidos en lo que a nivel de pobreza en adultos mayores hace referencia. (Secretaría de Planificación y Desarrollo, 2007).

Existen varios artículos legales que están en el Código Civil y Código Penal y van orientados a la protección de los derechos de los adultos mayores, entre los cuales se encuentran: arresto domiciliario por la ejecución de cualquier delito; descuentos en transporte, servicios públicos, servicios privados y espectáculos; derecho a la salud gratuita; y derecho a la jubilación (Fundación Solidaria “Adultos Mayores Proactivos y Profesionales”, 2007, párrafos 1 – 2).

Hermida (2013) en un artículo publicado en el diario el Telégrafo menciona que a pesar de los derechos y privilegios obtenidos por los adultos mayores éstos no deben ser asociados con el desempleo ya que considera que el adulto

mayor debe trabajar siempre, y con “trabajar” hace referencia a mantenerse en actividad.

Dentro de las obligaciones del Estado para con los adultos mayores se encuentra establecer programas dirigidos propiamente a esta población.

2.1.9 Programa del Adulto Mayor

En nuestro país existen programas privados y públicos que están orientados a la población de la tercera edad y que dependiendo de la orientación de las actividades puede depender el ingreso de las personas a las mismas.

El lugar donde se desarrolló la investigación es un programa que ofrece actividades ocupacionales, socio recreativas y de integración dentro de una amplia variedad que incluye programas de actividad física como de actividad cognitiva.

Entre las actividades que se proponen se encuentran:

Baile, gimnasia, yoga, medicina alternativa, cocina saludable, educación gerontológica, entre otras.

Existe una parte del programa denominada “Actividades de prevención de la Salud Mental” dentro de la cual hay talleres de autoayuda y autoestima, estimulación de memoria, fortalecimiento de las actividades cognitivas y actividades de mantenimiento psicomotriz.

Además de las actividades programadas por la institución las personas que acuden se pueden beneficiar de las instalaciones que tienen canchas (fútbol, básquet, volley) para alentar la práctica de deporte, de actividades extras como viajes organizados por instituciones externas o de actividades relacionadas al cuidado personal como la pintura de uñas.

En páginas anteriores se mencionó la importancia de promover estos espacios con el fin de ayudar al adulto mayor a incluirse socialmente de una manera satisfactoria, es por tanto, que en nuestro país este tipo de programas han

cochado mucha relevancia y son fructíferos para la población a la cual se dirigen.

2.2 Psicología Positiva y Bienestar Psicológico

La Psicología incluye varias disciplinas de estudio así como perspectivas teóricas y prácticas, el presente estudio pretende abordar al término “bienestar psicológico”, al cual algunos autores han acuñado dentro de sus teorías, y en esta investigación se lo desarrollará desde la perspectiva de la psicología positiva, por tanto, para la mejor comprensión es relevante el conocimiento de esta corriente.

2.2.1 Psicología Positiva

La Psicología Positiva surge por el cuestionamiento de conocer que aporte tiene la Psicología en las personas que aparentemente no poseen ningún trastorno que sugiera la necesidad de un tratamiento.

El modelo tradicional de la psicología proponía la búsqueda de salud mental desde una perspectiva de existencia de una enfermedad, siendo la psicología la encargada de un tratamiento necesario cuando para una patología existente, por ende se desarrollaron modelos que parten desde este principio, se considera que la segunda Guerra Mundial pudo ser un evento relevante para esta apreciación ya que posterior a este suceso surgió una considerable necesidad de intervención para atenuar los efectos psicológicos causados. (Contreras, Esguerra, 2006, p312).

Martin Seligman, psicólogo que fue presidente de la Asociación Americana de Psicología es un autor que aportó inmensamente al desarrollo de esta corriente psicológica, incluso es considerado precursor de la misma, en 1998 menciona que la “Psicología Positiva estudia las cualidades positivas que todos los seres humanos poseen y cómo potenciarlas por medio de intervenciones basadas en evidencia empírica” y posteriormente añade que su estudio debe centrarse en el bienestar (citado desde Mariñelarena, 2011, p12).

Además, determinó que las personas pueden obtener lo mejor de sí mismas cuando logran potenciar sus fortalezas y por ende esto les generará mayor bienestar en la vida cotidiana y cuando se presenten inconvenientes que amenacen con desequilibrar a la persona, con estos antecedentes define a la psicología positiva como “el estudio científico del funcionamiento óptimo del ser humano” (Gómez, p3).

Contreras y Esguerra (2006, p313) citan que Seligman (2005) propone que el bienestar puede ser hereditario y que se encuentra presente en todas las personas de una manera prácticamente fija, puede disminuir o aumentar dependiendo de las situaciones experimentadas, pero siempre volverá a la medida inicial, siendo las emociones positivas las generadoras de bienestar y éstas pueden centrarse en el pasado, presente o futuro.

En el mismo estudio citado anteriormente se menciona que Lykken (2000) propone que los sujetos pueden fortalecer y desarrollar de manera intencional su capacidad para experimentar emociones positivas.

Así mismo existen otros aportes relevantes como el de Martina Casullo, representante argentina de esta corriente quien menciona que la psicología positiva busca la promoción de la salud, y los ejes que la sustentan son:

- Aportes desde la psicología humanística, pretendiendo el desarrollo de las potencialidades de psiquismo.
- Investigaciones independientes acerca del funcionamiento del psiquismo tales como el bienestar psíquico, la resiliencia, entre otros.
- La propuesta teórica de Aaron Antonovsky que menciona a la salud y la enfermedad como dos extremos y estudia los factores que producen movimiento del uno al otro extremo.

(Mariñelarena, 2011, p10)

Retomando lo mencionado acerca de las fortalezas se considera que éstas pueden ser diversas y son aquellas que se encuentran presentes por un largo tiempo en la vida del sujeto y que en caso de ausentarse generan inestabilidad,

el Values in Action Institute (citado desde Prada, 2005, p7-8) realiza una clasificación de las fortalezas humanas:

- Sabiduría y conocimiento, son las que implican adquisición y uso del conocimiento: curiosidad e interés por el mundo, amor por el conocimiento y el aprendizaje, mentalidad abierta, creatividad, perspectiva.
- Coraje, fortalezas emocionales que permiten cumplir una meta a pesar de las adversidades: valentía, perseverancia, honestidad, vitalidad.
- Humanidad y amor, están relacionadas a las relaciones interpersonales: amor, apego, capacidad de amar y ser amado; amabilidad, generosidad, bondad; inteligencia emocional, personal y social.
- Justicia, promueven una buena vida en comunidad: civismo y trabajo en equipo; sentido de la justicia, equidad, imparcialidad; liderazgo.
- Templanza, las que ayudan a la protección de los excesos: capacidad de perdonar, misericordia; modestia y humildad; prudencia; auto – control, auto – regulación.
- Trascendencia, proveen significado a la vida: apreciación de la belleza y excelencia; gratitud; esperanza; sentido del humor y entusiasmo; espiritualidad.

2.2.2 Calidad de vida

González (p 366 – 367) menciona que es difícil definir este término a causa de que existen varias disciplinas que participan en su desarrollo, sin embargo, distingue que se lo puede asociar con: el nivel y estilo de vida, el bienestar y la salud, y, con la satisfacción; esta dificultad de definición puede ser un derivado de que cada persona tiene una cognición distinta a su alrededor.

Tras un esfuerzo en precisar el concepto para el desarrollo de su estudio procedió a tomarlo como: un constructo multifactorial, en el cual aparece una dualidad subjetiva-objetiva siendo la primera la asociada al bienestar o satisfacción con la vida y la segunda la cual hace referencia a los aspectos del

funcionamiento social, físico y psíquico; y la interacción de ambas compone la calidad de vida (González (p 367)

Flores, Alonso, Cruz y Cerquera (2011, p87) toman a la calidad de vida como un concepto amplio y subjetivo que se compone de factores de: salud, estado emocional, aspectos sociales, económicos, culturales y espirituales; y se distingue que la calidad de vida no es un estado sino un fenómeno social.

Vera (2007, p 285) determina que calidad de vida es un término subjetivo que se asocia a la personalidad de la persona, su bienestar, y la vida que lleva; y cita que para Velandia (1994) la calidad de vida en el adulto mayor hace referencia a la interacción de las características de la vida humana ya que afectan al bienestar de la persona.

Yasuko en el 2005 menciona que el bienestar es un factor determinante para mantener una buena calidad de vida y que a esto le acompaña el realizar una evaluación positiva de las experiencias de vida lo cual producirá satisfacción (citado desde González p 368)

Para mejorar la calidad de vida del adulto mayor hay que considerar algunos aspectos preventivos que pueden ayudar, entre ellos se encuentran la actividad física, mantener una dieta adecuada y realizar un control de peso y talla de manera anual, disminuir el consumo de sustancias tóxicas, y tomar medidas en el domicilio que disminuyan la posibilidad de que se susciten accidentes (Alonso et al, 2007, p28).

2.2.3 Carol Ryff y el Bienestar Psicológico

Desde la aparición de la Psicología Positiva esta ha estado estrechamente relacionada con el bienestar psicológico dado que diversos autores consideran fundamental este término para sustentar la teoría.

Se menciona que el bienestar psicológico está compuesto por hedonismo y eudaimonia, el primero hace referencia a la presencia de afecto positivo y a la ausencia de afecto negativo; y la segunda hace referencia a buscar una vida plena a través de elegir al menos un fin muy valioso que perseguir y unos medios adecuados para hacerlo (Vázquez, 2009, p16).

La perspectiva eudaimonia, en Psicología, tiene como una de sus principales representantes a la estadounidense Carol Ryff quien define al bienestar psicológico como el desarrollo del verdadero potencial de uno mismo, siendo así que el bienestar psicológico se convierte en el resultado de una vida satisfactoria y plena. (Vázquez, 2009, p18)

Ryff propone un modelo que contiene seis dimensiones con las cuales se puede determinar el bienestar psicológico de una persona:

- Auto aceptación: experimentar una actitud positiva hacia sí mismo y hacia el pasado a pesar de conocer las propias limitaciones.
- Relaciones positivas con otros: mantener relaciones con confianza y empáticas.
- Autonomía: capacidad de mantener la propia individualidad y libertad personal.
- Dominio del entorno: capacidad para escoger o adecuar ambientes que satisfagan sus deseos y necesidades.
- Propósito en la vida: tener metas y objetivos.
- Crecimiento personal: desarrollo de las habilidades y capacidades.

(Citado desde Ortiz, Castro, 2009, p 27)

(Citado desde Vázquez, 2009, p18).

Con los conceptos antes expuestos en esta investigación el bienestar será entendido como la presencia de afecto positivo que promueve la potenciación de las fortalezas causando la búsqueda de una vida plena y la capacidad de enfrentar positivamente situaciones que amenacen con desequilibrar a la persona.

2.2.4 Modelo de Prevención y Promoción de Salud

La psicología positiva busca aquellos parámetros que permiten que la persona lleve una vida satisfactoria basándose en un modelo de promoción y prevención de la salud mental.

La Secretaría de Prevención y Promoción de la Salud de México (2007, p27 - 28) menciona que la promoción de la salud consiste en capacitar a las personas para ejercer un mayor control sobre los determinantes de la salud y así mejorarla.

Y se entendería por prevención de la salud las medidas que se adoptan para evitar o disminuir los riesgos y daños de la salud, dentro de la prevención existen: prevención primaria: pretende evitar o reducir nuevos casos de la enfermedad; prevención secundaria: trata de detectar tempranamente la enfermedad para así poder darle un tratamiento adecuado; finalmente, la prevención terciaria que son las medidas que se toman para reducir las limitaciones que surgieron a raíz de una enfermedad.

2.3 Discusión Temática

Alrededor de este tema “Percepción de bienestar psicológico en adultos mayores”, se han realizado algunos estudios relacionados como los citados a continuación:

En Chile, Ortiz y Castro (2009, p25) realizan una revisión teórica acerca de la relación entre el bienestar psicológico con la autoestima y la auto eficacia en adultos mayores, en esta revisión determinan que la autoestima es un pilar fundamental para el bienestar psicológico ya que si es suficientemente elevada se genera con mayor facilidad un ajuste emocional y cognitivo, sin embargo, en muchas ocasiones la sociedad no reconoce el valor de los ancianos y cuando ellos perciben esto su autoestima se ve afectada.

En cuanto a la auto eficacia mencionan que para el adulto mayor esto implica la resolución de conflictos que propone la vida cotidiana así como la cognición de sentirse capaz de realizar las actividades que necesite, por tanto la autoestima y la auto eficacia se encuentran relacionadas y es importante promover que estas se encuentren en óptimas condiciones para que exista bienestar psicológico.

Vivaldi y Barra (2012, p 23) realizan un estudio en el cual determinan bienestar psicológico en base a la percepción de salud y al apoyo social percibido, como resultado obtuvieron que el apoyo social tiene gran incidencia sobre el bienestar psicológico y encuentran que la percepción de salud es importante pero no tiene tanta relevancia.

En el estudio de Vivaldi y Barra (2012, p 23 - 25) que fue realizado en una población de 250 personas entre ellas 146 mujeres y 104 hombres, siendo la edad promedio de los participantes 70,8 años, encuentran que, además de que el apoyo social es muy importante para el bienestar psicológico, los hombres y las personas con pareja estable tienen mayor bienestar psicológico, para encontrar estos resultados utilizan la escala de bienestar psicológico propuesta por Ryff y la escala multidimensional de apoyo social percibido de Zimet.

Pelcastre, Treviño, González y Márquez (2011, p 460) mencionan que una proyección demográfica realizada en México muestra que para el 2050 la población de mayores de 60 años puede llegar a ser superior que la de menores de quince años y por tanto existe una gran necesidad de cuidar a esta población, con este antecedente realizaron un estudio cualitativo para estudiar el apoyo social en adultos mayores de escasos recursos económicos.

La edad promedio de las personas que participaron el estudio fue 70,5 años, como parte importante para la percepción de un buen apoyo social se encontraba la relación que estas personas tenían con sus familias, cuando viven con ellos los adultos mayores sienten la necesidad de cooperar con distintas labores que los hacen sentir que así ganan el derecho de estar ahí, otra fuente de apoyo social son los pares y las instituciones de cuidado de adultos mayores, sin embargo la familia sigue siendo la principal fuente de apoyo social (Pelcastre et al., 2011, p 465).

Mella, González, D Appolonio, Maldonado, Fuenzalida y Díaz (2004) estudian los factores asociados al bienestar subjetivo en adultos mayores, en el estudio participaron 1582 personas, en este estudio se determinó que los factores que

se encuentran relacionados directamente con el bienestar subjetivo son: depresión, apoyo social percibido y salud percibida.

Molina y Meléndez (2006, p25 - 31) investigan el bienestar psicológico en Envejecientes de la República Dominicana, el estudio se realizó con personas de 60 años en adelante, la muestra estuvo constituida por 111 personas a las cuales se les aplicó la escala de bienestar propuesta por Ryff, para las personas encuestadas los puntos de menor importancia fueron crecimiento personal y propósito en la vida, las puntuaciones más altas hicieron referencia a auto-aceptación, relaciones positivas, dominio del ambiente y autonomía.

El bienestar psicológico también puede estar asociado a la salud física de la persona, Carol Ryff con su equipo de trabajo realizó un estudio con mujeres adultos mayores que determinó que aquellas que tenían mayor nivel de propósito en la vida, sensación de crecimiento personal y mejores relaciones interpersonales presentaban menor riesgo cardiovascular, menor peso corporal, menos ratios cintura – cadera, tasas más elevadas de colesterol bueno y mejor regulación endócrina (citado en Vásquez, 2009, p21).

Como se revisó en páginas anteriores calidad de vida y bienestar se encuentran relacionados por lo cual citaré el estudio de Vera (2007 p 2985 - 289) cuyo tema es Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia, el estudio es de tipo cualitativo y se desarrolló en Lima, la investigadora consideró 16 adultos mayores de entre 65 y 80 años de edad y sus respectivos grupos familiares (entre 3 y 4 integrantes)

Se determinó semejanzas y diferencias en torno al significado de calidad de vida para el adulto mayor y para su familia; en lo referente a semejanzas se obtuvo: que el conocimiento de lo que representa esta etapa en la vida de la persona es importante para asumirla con normalidad y procurar mejorar su calidad de vida, el adulto mayor necesita ser cuidado y recibir apoyo por parte de su familia para lograr bienestar, como tercera semejanza estableció que los valores y actitudes hacia el adulto mayor lo hacen sentirse útil y valorado, y

finalmente se consideró que el adulto mayor debe conservar su libertad de acción y comunicación.

Como diferencias se obtuvo que para el adulto mayor la calidad de vida está aliada a tener tranquilidad mientras que para su familia hace referencia a que se satisfagan sus necesidades básicas; el adulto mayor considera importante mantener un espacio físico en su vivienda y que se respeten sus bienes materiales, mientras la familia considera que este aspecto no es importante; y finalmente, la persona considera que tomar decisiones sobre la vida cotidiana puede mejorar su calidad de vida y la familia no cree que este aspecto deba ser tomado en cuenta.

Con esto concluye que para el adulto mayor la calidad de vida se relaciona con tener paz, derecho de libre expresión, recibir afecto y respeto a él y a sus bienes; y para la familia significa principalmente cubrir con sus necesidades básicas.

3. Objetivos

3.1 Objetivo General

Analizar la percepción de bienestar psicológico que tienen los adultos mayores entre 70 y 80 años que asisten a un programa para la tercera edad.

3.2 Objetivos Específicos

1. Determinar cuáles son las dimensiones que puntúan como mayores generadoras de bienestar para la población de la investigación
2. Estipular cuáles son las dimensiones que tienen menor puntuación en la percepción de bienestar en población de la investigación.
3. Establecer las diferencias perceptivas de bienestar psicológico entre hombres y mujeres adultos (as) mayores.

4. Hipótesis

1. De las dimensiones de bienestar psicológico las que más alto puntúan son: Auto-aceptación, relaciones positivas con otros, autonomía y dominio del entorno.
2. De las dimensiones de bienestar psicológico las que más bajo puntúan son: crecimiento personal y propósito en la vida
3. Los hombres tienen mayor percepción de bienestar psicológico que las mujeres

Variables:

Bienestar psicológico, edad, sexo, auto-aceptación, relaciones positivas con otros, autonomía, dominio del entorno, crecimiento personal y propósito en la vida.

5. Método

5.1 Tipo de diseño y enfoque

La investigación se desarrolló con el método hipotético – deductivo, mismo que propone la suposición de un evento para posteriormente demostrar si, efectivamente, así sucede o si no lo hace de esa manera y relaciona la realidad con la teoría llevando a que se aporte información a favor o en contra de lo estipulado previamente, es decir, de la hipótesis (Laborda, p 295).

El estudio tiene un enfoque cuantitativo ya que se trató de encontrar datos numéricos a favor o en contra de las hipótesis propuestas por medio de la obtención de datos reales, tras la aplicación de la herramienta seleccionada para el estudio; en este tipo de investigación se recogen y analizan los datos sobre las variables, es objetiva y se orienta a los resultados con datos sólidos y se puede considerar que uno de los aportes más importantes de este tipo de investigación es que permite la generalización de los resultados que se obtienen, siempre y cuando se satisfagan requisitos imprescindibles de muestreo. (Pita, Pértegas, 2002, p 2-3).

Además es de tipo exploratorio debido a su búsqueda de exploración de la realidad que viven las personas que formaron parte de la investigación, tomando en cuenta que es un tema poco estudiado. Posteriormente deviene en estudio descriptivo y comparativo entre subgrupos internos de la muestra, porque se pretendió relatar la realidad de la población estudiada dando detalles de los resultados confrontando los subgrupos de interés.

Finalmente se considera que es un estudio correlacional ya que el trabajo fue relacionar las variables que conforman las hipótesis que se plantearon, tomando en consideración los indicadores psicométricos con las que se las operativizó.

Debido a lo descrito anteriormente no se propuso controlar las variables externas que pudieron afectar en el bienestar psicológico del grupo estudiado, sino describir la realidad de aquellos participantes.

5.2 Muestra/ Participantes

Para el estudio se tomaron en cuenta los adultos mayores que acuden a un programa para la tercera edad en la ciudad de Quito, el universo fueron todas personas que acudían a las distintas actividades que se desarrollan en horas de la mañana, de entre las 8h00 hasta las 12h00, siendo aproximadamente 300 personas (N=300), la muestra total se constituyó por 60 participantes de los cuales la mitad fueron varones (1 – 30 participantes) y la otra mitad correspondió a mujeres (31 – 60 participantes), los participantes fueron las personas que voluntariamente aceptaron formar parte de la investigación.

Era obligatorio que la muestra de la población sea mixta debido a que por su planteamiento el estudio así lo requería, por lo cual se solicitó la participación en todos los cursos a los cuales permitieron el acceso de la investigadora ya que siempre se encontraban poblaciones mixtas, siendo en su mayoría asistentes de sexo femenino; sin embargo en los patios e instalaciones, principalmente en las canchas en su mayoría se encontraba grupos de hombres.

Debido a que se planteó una muestra no probabilística se tomó en cuenta que los participantes cumplan, para su participación en el estudio, con los siguientes criterios:

Como criterios de inclusión se tomaron en cuenta:

- Personas de entre 70 y 80 años
- Hombres y mujeres

Los criterios de exclusión fueron:

- Hipoacusia
- Alzheimer
- Demencia senil

5.3 Recolección de datos

Para la recolección de datos a los participantes del estudio se les administró la adaptación española de la escala de bienestar psicológico de Ryff que fue desarrollada por Díaz et al. (39 preguntas – español), misma que fue aplicada por la investigadora y en casos puntuales fue de modo auto – aplicada por preferencia del participante.

Dado que los objetivos del estudio eran la búsqueda de las dimensiones de la escala que mayor y menor puntuación tienen en esta población y poder distinguir si existe diferencia de bienestar psicológico percibido a causa del sexo del individuo (masculino – femenino) la mejor fuente de información fueron ellos mismos.

La escala de bienestar psicológico fue desarrollada en Estados Unidos por Carol Ryff, en 1989, inicialmente se propuso 80 ítemes para evaluar cada una de las dimensiones obteniendo un total de 480 ítemes, lo cual convertía a la escala en una herramienta extensa, motivo por el cual, tras varias validaciones y adaptaciones se eliminaron aquellas preguntas que se consideraron menos relevantes y así la misma autora fue reduciendo el número de preguntas hasta

dejar un total de 120 aseveraciones dentro de las cuales se permite evaluar todas las dimensiones del modelo de bienestar psicológico propuesto.

Debido a que la escala inicial se encuentra en inglés, diversos autores determinaron la necesidad de realizar una validación y traducción al español, es en ese punto que Van Dierendonck realiza su validación en España con una versión que constaba del mismo número de ítems que la original (120), sin embargo, esta no cumplió con los parámetros necesarios como para ser aceptada como la traducción, en el 2004 el mismo autor realiza una validación psicométrica para acortar la escala pero nuevamente encuentra insatisfactorios los parámetros de validación y finalmente más tarde Díaz, Rodríguez, Blanco, Moreno, Gallardo, Valle y Van Dierendonck (2006, p 573) realizan una revisión y validación de la escala anterior y además de traducirla y adaptarla al contexto español la reducen a 39 ítems en los cuales se evalúa las seis dimensiones propuestas por Ryff (auto aceptación, dominio del entorno, crecimiento personal, propósito en la vida, relaciones positivas y autodominio), usando una escala de Likert que va desde totalmente en desacuerdo (1) hasta totalmente de acuerdo (6) (Díaz, Rodríguez, Blanco, Moreno, Gallardo, Valle, Van Dierendonck, 2006)

En la última validación se muestra que todas las dimensiones mencionadas tienen una consistencia interna buena con valores de entre 0.71 y 0.83 exceptuando la dimensión "Crecimiento personal" en donde la validación llega a ser aceptable con un valor de 0.68 (Díaz, et al, 2006, p 574 - 576); en cuanto al ajuste factorial en este estudio fue favorable con un valor de 0.94 (Díaz, Rodríguez, Blanco, Moreno, Gallardo, Valle, Van Dierendonck, 2006); por tanto, con su favorable validación, fue esta última escala la que se utilizó para la presente investigación.

5.4 Procedimiento

Antes de proponer el tema a investigarse se tomó contacto con la persona que se encuentra a cargo del centro donde se desarrolló el estudio, la apertura fue muy buena por lo cual la encargada emitió una carta de autorización para el

ingreso de la investigadora y por ende para la aplicación de la escala a los participantes voluntarios; previo el desarrollo de la investigación se entregó el plan final preparado en la Universidad para permitir claridad en el conocimiento de los objetivos que se perseguían y de las metodologías que se plantearon, así como indicar que la investigación es de índole académica.

Debido a que la Institución en la que se desarrolló el estudio no es privada su exigencia era que una vez emitida la carta de autorización se proceda a la toma de la escala, tomando en consideración que hacía pocos días en el país se había concluido un proceso electoral que podía afectar la dirección de la Institución, por tanto, para no perder el acceso a la muestra este procedimiento se lo realizó en Marzo 2013.

Por factor tiempo y por la necesidad de la pronta aplicación de la escala no se tomó en consideración la aplicación de una prueba de sinceridad, con el antecedente de que la escala no la tenía incluida, por tanto posteriormente apareció la necesidad de validar si las respuestas otorgadas por los participantes eran sinceras, es por eso que realizando un proceso estadístico que se detalla en el punto 6 se logró solucionar este inconveniente para proseguir con la investigación.

La investigadora se comprometió a tratar con discreción los resultados que se obtuvieron así como a no revelar públicamente el nombre de la institución ni de los participantes, para la segunda parte cada uno de los participantes firmó un Consentimiento Informado que aseguraba que los datos identificatorios de los participantes serían conocidas únicamente por la investigadora, además de dejar constancia de su aceptación de participar voluntariamente en el proceso y permitir la interrupción de la aplicación de la escala en caso de considerarlo necesario.

La forma de contacto con los participantes fue propuesta por el centro, y consistió en que después de los cursos los / las instructores (as) presentaban a la investigadora frente al grupo y se procedía a una breve explicación del tema que se estaba estudiando y se solicitó a todos su participación, aclarando que

era voluntaria, de manera directa se preguntaba cada participante si deseaba que las preguntas sean leídas por la investigadora o si preferían contestarlas solos; la mayoría optó por la primera opción.

Además, se permitió un libre acercamiento las personas que acudían a este programa para adultos mayores, es decir, había la posibilidad de abordarlos en cualquier parte de la institución y solicitar su colaboración con el estudio.

El acercamiento a la muestra fue directo debido a que casi toda esta población acude sola a la institución, se valen por sus propios medios y no tienen la necesidad de un cuidado especial y constante, además, los voluntarios se expresaban de manera elocuente, sin dificultades y en caso de así requerirlo solicitaban la aclaración o re-lectura de los ítems de la escala.

La experiencia en el acercamiento con la muestra fue gratificante ya que la mayoría de personas se mostraban colaboradoras y prestas a otorgar la información solicitada, fue un grupo de personas de trato fácil que además de responder las preguntas optaban por argumentarlas o contar experiencias, lo cual alargó la toma de la escala pero sin repercusión demostrada en el estudio.

Un factor que de cierta manera dificultó la aplicación de la escala fue la falta de un espacio específico que facilite la el desarrollo del test, sin embargo, se logró adaptar los recursos disponibles para procurar una correcta aplicación de la escala.

5.5 Análisis de datos

Una vez aplicada la escala a los participantes del estudio se procedió a organizar la información por sexo separando femenino de masculino, y cada grupo constaba del mismo número de sujetos (30), se organizó una tabla que contenía la información de cada participante y la puntuación obtenida en todas las dimensiones de la escala y se unificó las puntuaciones transformándolas a puntajes porcentuales.

Para el desarrollo y la obtención de los resultados se realizó un desarrollo estadístico con distintas fórmulas que permitían ir avanzando en cada uno de los objetivos y las hipótesis que planteó la investigación

El desarrollo estadístico se compuso por fórmulas estadísticas paramétricas y no paramétricas, siendo la estadística paramétrica la cual realiza suposiciones específicas acerca de la población que se muestrea tomando como fundamento el supuesto de normalidad; y la estadística no paramétrica es aquella que no plantea supuestos de distribución en la población ya que si alguno de los supuestos es erróneo puede generar una mala interpretación de los resultados por lo cual este tipo de pruebas ofrece mayor flexibilidad (Rojas, 2003, p 26-29).

6. Resultados

En el estudio realizado se siguió las hipótesis señaladas para buscar evidencia a su favor o en su contra.

Para tabular la información obtenida se distinguieron a los 60 participantes numerándolos de tal forma que del 1 al 30 corresponde a participantes de sexo masculino y del 31 al 60 son participantes de sexo femenino, posteriormente dentro de la misma tabla se identificó las puntuaciones directas obtenidas en la escala de evaluación de bienestar psicológico de Díaz, et al. (2006), la tabla de esta información es la siguiente (ver tabla 1, pág. 40).

Debido a que, a pesar de que todas las dimensiones se calificaban de la misma manera y que la puntuación máxima por ítem es la misma (6), no todas tenían la misma puntuación máxima total (al haber distinto número de ítems que conforman cada variable) por lo cual fue necesario transformar la información de puntuaciones directas a valores porcentuales sobre el total teórico alcanzable con el fin de trabajarla bajo el mismo estadístico y hacer los datos fácilmente comparables entre sí, a esta información se añadió la media individual así como la media por cada una de las dimensiones, con el fin de empezar un acercamiento para despejar las hipótesis planteadas en la

investigación, con esta información se obtuvo la siguiente tabla (ver tabla 2, pág. 42).

Como se mencionó en el apartado 5.4 (Procedimiento), la escala utilizada no posee preguntas de sinceridad y por diversos factores junto con la aplicación de la escala no fue tomado un test que demuestre la sinceridad de las respuestas otorgadas por los participantes, por tanto, previo a otros análisis de los datos fue imprescindible estudiar la sinceridad en las respuestas para determinar si los valores obtenidos eran válidos o no, por tanto, se procedió a revisar pares de preguntas que de forma directa o inversa pregunten lo mismo (las re-preguntas); es así que se obtuvo tres pares a los cuales se les aplicó la prueba r de correlación de Pearson (ver figura 1, ver pág. 44) para puntuaciones directas; para mayor confiabilidad este procedimiento se siguió con los 60 participantes.

Tabla 1. Resultados escala de Bienestar Psicológico Díaz et al.
Puntuaciones Directas

Participante	Sexo M= Masculino F= Femenino	Auto aceptación	Relaciones positivas	Autonomía	Dominio del entorno	Crecimiento personal	Propósito en la vida	TOTAL
1	M	34	16	33	32	35	31	181
2	M	31	16	34	26	31	28	166
3	M	27	28	39	21	19	29	163
4	M	29	32	33	35	36	31	196
5	M	33	33	40	31	35	33	205
6	M	21	33	34	19	24	24	155
7	M	32	32	38	33	35	31	201
8	M	29	35	45	25	34	28	196
9	M	32	35	41	26	39	27	200
10	M	33	28	40	33	38	32	204
11	M	24	25	35	21	29	24	158
12	M	35	25	24	36	34	29	183
13	M	25	20	32	25	31	20	153
14	M	34	30	28	29	32	27	180
15	M	35	9	44	32	15	31	166
16	M	31	17	29	17	19	29	142
17	M	25	26	27	29	32	29	168
18	M	30	31	37	30	24	30	182
19	M	33	21	30	31	35	27	177
20	M	29	28	38	17	29	30	171
21	M	34	34	45	35	39	34	221
22	M	35	8	40	28	21	31	163
23	M	32	30	45	32	27	31	197
24	M	33	24	45	35	35	31	203
25	M	30	20	46	31	31	11	169
26	M	33	31	45	34	22	28	193
27	M	31	33	39	33	31	19	186
28	M	35	34	46	34	37	33	219
29	M	32	26	45	33	30	20	186
30	M	33	25	46	30	29	21	184
31	F	32	36	38	33	35	32	206
32	F	33	25	33	22	27	27	167
33	F	31	21	38	31	37	35	193
34	F	35	27	40	36	25	31	194
35	F	25	20	34	27	37	32	175
36	F	18	22	27	24	26	15	132

Participante	Sexo M= Masculino F= Femenino	Auto aceptación	Relaciones positivas	Autonomía	Dominio del entorno	Crecimiento personal	Propósito en la vida	TOTAL
37	F	34	30	48	30	19	24	185
38	F	27	25	31	34	37	26	180
39	F	33	35	35	33	31	32	199
40	F	28	16	41	34	37	35	191
41	F	33	25	31	14	13	19	135
42	F	27	33	42	30	40	28	200
43	F	34	24	41	29	13	27	168
44	F	34	15	32	25	18	19	143
45	F	31	22	36	28	21	30	168
46	F	32	22	35	23	9	21	142
47	F	35	33	30	32	36	32	198
48	F	34	34	45	28	36	31	208
49	F	34	22	34	32	14	13	149
50	F	29	16	46	35	30	30	186
51	F	35	22	47	32	34	34	204
52	F	21	33	31	34	16	34	169
53	F	32	33	26	22	33	9	155
54	F	18	24	46	19	16	29	152
55	F	32	25	29	17	13	24	140
56	F	35	26	47	35	16	32	191
57	F	28	17	38	20	22	31	156
58	F	34	21	26	24	33	21	159
59	F	21	16	33	25	25	25	145
60	F	33	27	36	32	30	23	181

Tabla 1. Resultados escala de Bienestar Psicológico Díaz et al. Puntuaciones Directas (cont.)

Tabla 2. Resultados escala de Bienestar Psicológico Díaz et al.
Puntuaciones Porcentuales, media individual y media total por cada dimensión

Participante	Sexo M= Masculino F= Femenino	Auto aceptación	Relaciones positivas	Autonomía	Dominio del entorno	Crecimiento personal	Propósito en la vida	Total	Media Individual
1	M	94.44	44.44	68.75	88.89	83.33	86.11	465.97	77.66
2	M	86.11	44.44	70.83	72.22	73.81	77.78	425.20	70.87
3	M	75.00	77.78	81.25	58.33	45.24	80.56	418.15	69.69
4	M	80.56	88.89	68.75	97.22	85.71	86.11	507.24	84.54
5	M	91.67	91.67	83.33	86.11	83.33	91.67	527.78	87.96
6	M	58.33	91.67	70.83	52.78	57.14	66.67	397.42	66.24
7	M	88.89	88.89	79.17	91.67	83.33	86.11	518.06	86.34
8	M	80.56	97.22	93.75	69.44	80.95	77.78	499.70	83.28
9	M	88.89	97.22	85.42	72.22	92.86	75.00	511.61	85.27
10	M	91.67	77.78	83.33	91.67	90.48	88.89	523.81	87.30
11	M	66.67	69.44	72.92	58.33	69.05	66.67	403.08	67.18
12	M	97.22	69.44	50.00	100.00	80.95	80.56	478.17	79.70
13	M	69.44	55.56	66.67	69.44	73.81	55.56	390.48	65.08
14	M	94.44	83.33	58.33	80.56	76.19	75.00	467.86	77.98
15	M	97.22	25.00	91.67	88.89	35.71	86.11	424.60	70.77
16	M	86.11	47.22	60.42	47.22	45.24	80.56	366.77	61.13
17	M	69.44	72.22	56.25	80.56	76.19	80.56	435.22	72.54
18	M	83.33	86.11	77.08	83.33	57.14	83.33	470.34	78.39
19	M	91.67	58.33	62.50	86.11	83.33	75.00	456.94	76.16
20	M	80.56	77.78	79.17	47.22	69.05	83.33	437.10	72.85
21	M	94.44	94.44	93.75	97.22	92.86	94.44	567.16	94.53
22	M	97.22	22.22	83.33	77.78	50.00	86.11	416.67	69.44
23	M	88.89	83.33	93.75	88.89	64.29	86.11	505.26	84.21
24	M	91.67	66.67	93.75	97.22	83.33	86.11	518.75	86.46
25	M	83.33	55.56	95.83	86.11	73.81	30.56	425.20	70.87
26	M	91.67	86.11	93.75	94.44	52.38	77.78	496.13	82.69
27	M	86.11	91.67	81.25	91.67	73.81	52.78	477.28	79.55
28	M	97.22	94.44	95.83	94.44	88.10	91.67	561.71	93.62
29	M	88.89	72.22	93.75	91.67	71.43	55.56	473.51	78.92
30	M	91.67	69.44	95.83	83.33	69.05	58.33	467.66	77.94
31	F	88.89	100.00	79.17	91.67	83.33	88.89	531.94	88.66
32	F	91.67	69.44	68.75	61.11	64.29	75.00	430.26	71.71
33	F	86.11	58.33	79.17	86.11	88.10	97.22	495.04	82.51
34	F	97.22	75.00	83.33	100.00	59.52	86.11	501.19	83.53
35	F	69.44	55.56	70.83	75.00	88.10	88.89	447.82	74.64
36	F	50.00	61.11	56.25	66.67	61.90	41.67	337.60	56.27

Participante	Sexo M= Masculino F= Femenino	Auto aceptación	Relaciones positivas	Autonomía	Dominio del entorno	Crecimiento personal	Propósito en la vida	Total	Media Individual
37	F	94.44	83.33	100.00	83.33	45.24	66.67	473.02	78.84
38	F	75.00	69.44	64.58	94.44	88.10	72.22	463.79	77.30
39	F	91.67	97.22	72.92	91.67	73.81	88.89	516.17	86.03
40	F	77.78	44.44	85.42	94.44	88.10	97.22	487.40	81.23
41	F	91.67	69.44	64.58	38.89	30.95	52.78	348.31	58.05
42	F	75.00	91.67	87.50	83.33	95.24	77.78	510.52	85.09
43	F	94.44	66.67	85.42	80.56	30.95	75.00	433.04	72.17
44	F	94.44	41.67	66.67	69.44	42.86	52.78	367.86	61.31
45	F	86.11	61.11	75.00	77.78	50.00	83.33	433.33	72.22
46	F	88.89	61.11	72.92	63.89	21.43	58.33	366.57	61.09
47	F	97.22	91.67	62.50	88.89	85.71	88.89	514.88	85.81
48	F	94.44	94.44	93.75	77.78	85.71	86.11	532.24	88.71
49	F	94.44	61.11	70.83	88.89	33.33	36.11	384.72	64.12
50	F	80.56	44.44	95.83	97.22	71.43	83.33	472.82	78.80
51	F	97.22	61.11	97.92	88.89	80.95	94.44	520.54	86.76
52	F	58.33	91.67	64.58	94.44	38.10	94.44	441.57	73.59
53	F	88.89	91.67	54.17	61.11	78.57	25.00	399.40	66.57
54	F	50.00	66.67	95.83	52.78	38.10	80.56	383.93	63.99
55	F	88.89	69.44	60.42	47.22	30.95	66.67	363.59	60.60
56	F	97.22	72.22	97.92	97.22	38.10	88.89	491.57	81.93
57	F	77.78	47.22	79.17	55.56	52.38	86.11	398.21	66.37
58	F	94.44	58.33	54.17	66.67	78.57	58.33	410.52	68.42
59	F	58.33	44.44	68.75	69.44	59.52	69.44	369.94	61.66
60	F	91.67	75.00	75.00	88.89	71.43	63.89	465.87	77.65
	MEDIA	85.09	70.93	77.74	79.31	66.94	75.46	455.47	

Tabla 2. Resultados escala de Bienestar Psicológico Díaz et al.
Puntuaciones Porcentuales, media individual y media total por cada dimensión
(cont.)

$$r = \frac{n(\sum xy) - (\sum x)(\sum y)}{\sqrt{[n\sum x^2 - (\sum x)^2][n\sum y^2 - (\sum y)^2]}}$$

Figura 1. Fórmula r de Pearson

Tomado de: <http://www.statisticshowto.com/how-to-compute-pearsons-correlation-coefficients/>

De esta aplicación se obtuvo: $r_{xy}=0.69$ en el primer par; $r_{xy}=0.66$ en el segundo par y $r_{xy}=0.67$ en el tercer par, por tanto se consideró aceptable esta validación para determinar que las respuestas eran sinceras y proseguir a los análisis pertinentes según lo requerido en las hipótesis planteadas, los pares planteados fueron, ítems 23 y 29 (inversas), ítems 13 y 31 (directas) e ítems 2 y 26 (inversas):

1. Primer par (inversas)
 - a. Pregunta 23: Tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida
 - b. Pregunta 29: No tengo claro que es lo que intento conseguir en la vida

2. Segundo par (directas)
 - a. Pregunta 13: Si tuviera la oportunidad, hay muchas cosas de mí mismo que cambiaría
 - b. Pregunta 31: en su mayor parte, me siento orgulloso de quien soy y la vida que llevo

3. Tercer par (directas)

- a. Pregunta 2: A menudo me siento solo porque tengo pocos amigos íntimos con quienes compartir mis preocupaciones
- b. Pregunta 26: No he experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza.

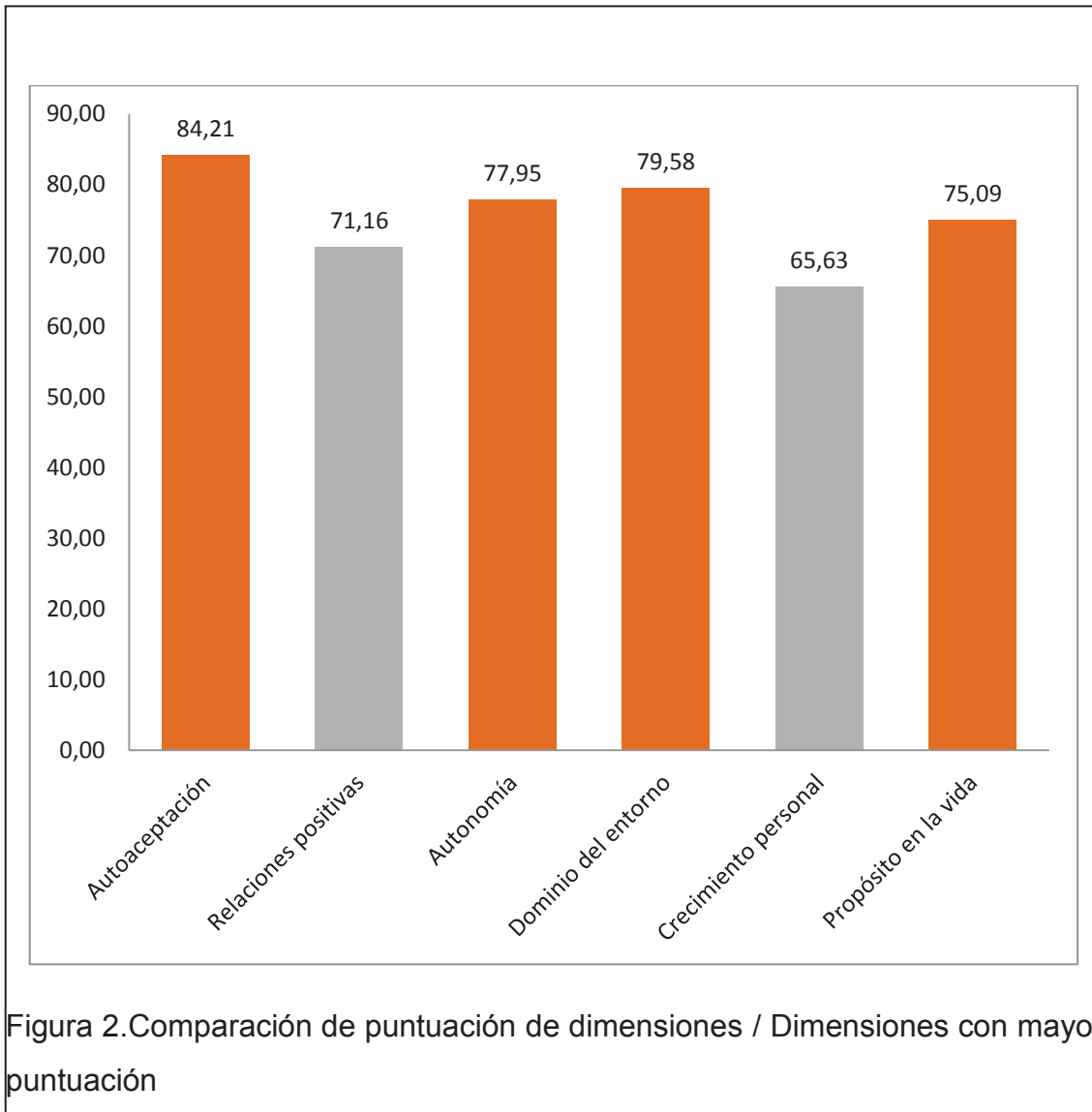
6.1 Primera Hipótesis

La primera hipótesis fue “De las dimensiones de bienestar psicológico las que más alto puntúan son: auto-aceptación, relaciones positivas con otros, autonomía y dominio del entorno”, misma que se encuentra ligada al primer objetivo específico que planteaba “Determinar cuáles son las dimensiones que puntúan como mayores generadoras de bienestar para la población de la investigación”, y para esclarecerla se realizó un proceso estadístico.

Esta hipótesis surge a partir de los resultados obtenidos en el estudio de Molina y Melendez realizado en 2006 en República Dominicana (Discusión Temática, p30).

En base a los datos de la tabla 2 se procedió a realizar un gráfico de barras que permita visualizar las diferencias de puntuación que existen entre las dimensiones de la escala; se obtuvo que las primeras tres dimensiones son: auto-aceptación con 84.21% situándose como la de más alta puntuación, después aparece dominio del entorno con un 79.58%, a la cual le sigue autonomía con un 77.95% y finalmente encontramos a propósito en la vida con un 75.09% (ver figura 2, pág.46).

Con estos resultados se puede verificar que se obtuvo evidencia parcialmente a favor de la primera hipótesis planteada ya que según el supuesto, las dimensiones que mayor puntuarían eran auto-aceptación, autonomía, dominio del entorno y relaciones positivas; y únicamente la última no coincidió con los datos obtenidos ya que propósito en la vida consiguió un puntaje mayor, situándose así como la cuarta variable en orden decreciente de puntuación.



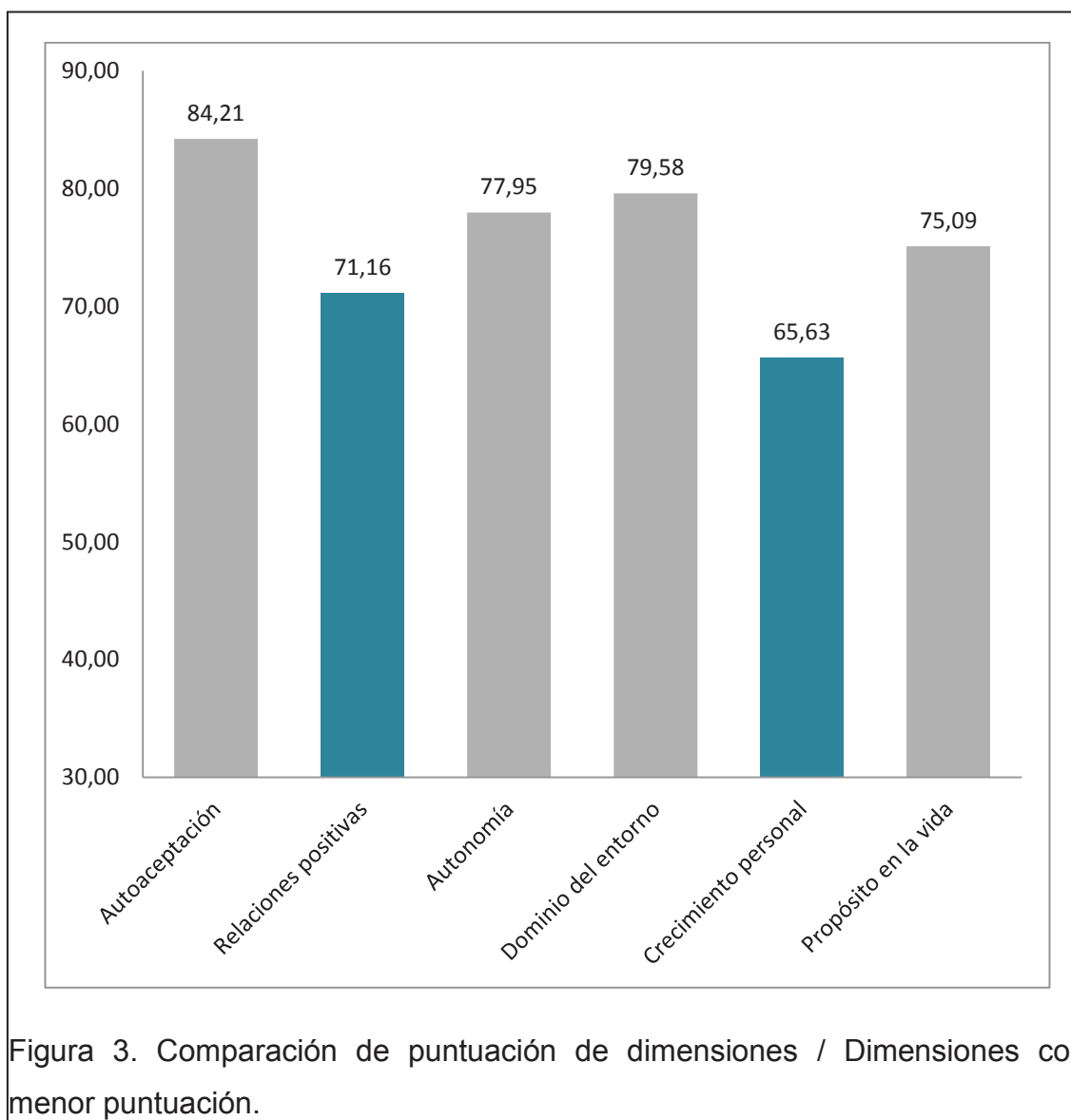
6.2 Segunda Hipótesis:

En la segunda hipótesis el supuesto fue “de las dimensiones de bienestar psicológico las que más bajo puntúan son: crecimiento personal y propósito en la vida” misma que se relacionaba con el segundo objetivo de la investigación que menciona “estipular cuáles son las dimensiones que tienen menor puntuación en la percepción de bienestar en población de la investigación”.

Para encontrar evidencia para esta hipótesis se utilizó la figura 3 (ver pág. 47), en la cual se evidencia que las dimensiones con menor puntuación son

relaciones positivas con un 71.16% y finalmente con un 65.63% se encontró a crecimiento personal.

Con este resultado al igual que en la hipótesis anterior la evidencia es parcialmente a favor ya que de las dos dimensiones propuestas como las que menor puntuación obtendrían sólo en crecimiento personal se cumplió el supuesto.



6.3 Tercera Hipótesis

El tercero objetivo del estudio fue establecer las diferencias perceptivas de bienestar psicológico entre hombres y mujeres adultos (as) mayores, y de éste

surgió la tercera hipótesis, misma que plantea que “los hombres tienen mayor percepción de bienestar psicológico que las mujeres”, misma que se planteó a partir de la revisión teórica y estudios que se han realizado alrededor del tema.

En primera instancia se analizaron por separado los datos de los participantes con sexo femenino y los de sexo masculino, revisar tabla 3 (ver pág. 49) y la figura 4 para la información de varones; y, la tabla 4 (ver pág. 50) y la figura 5 (ver pág. 51) para la información de mujeres.

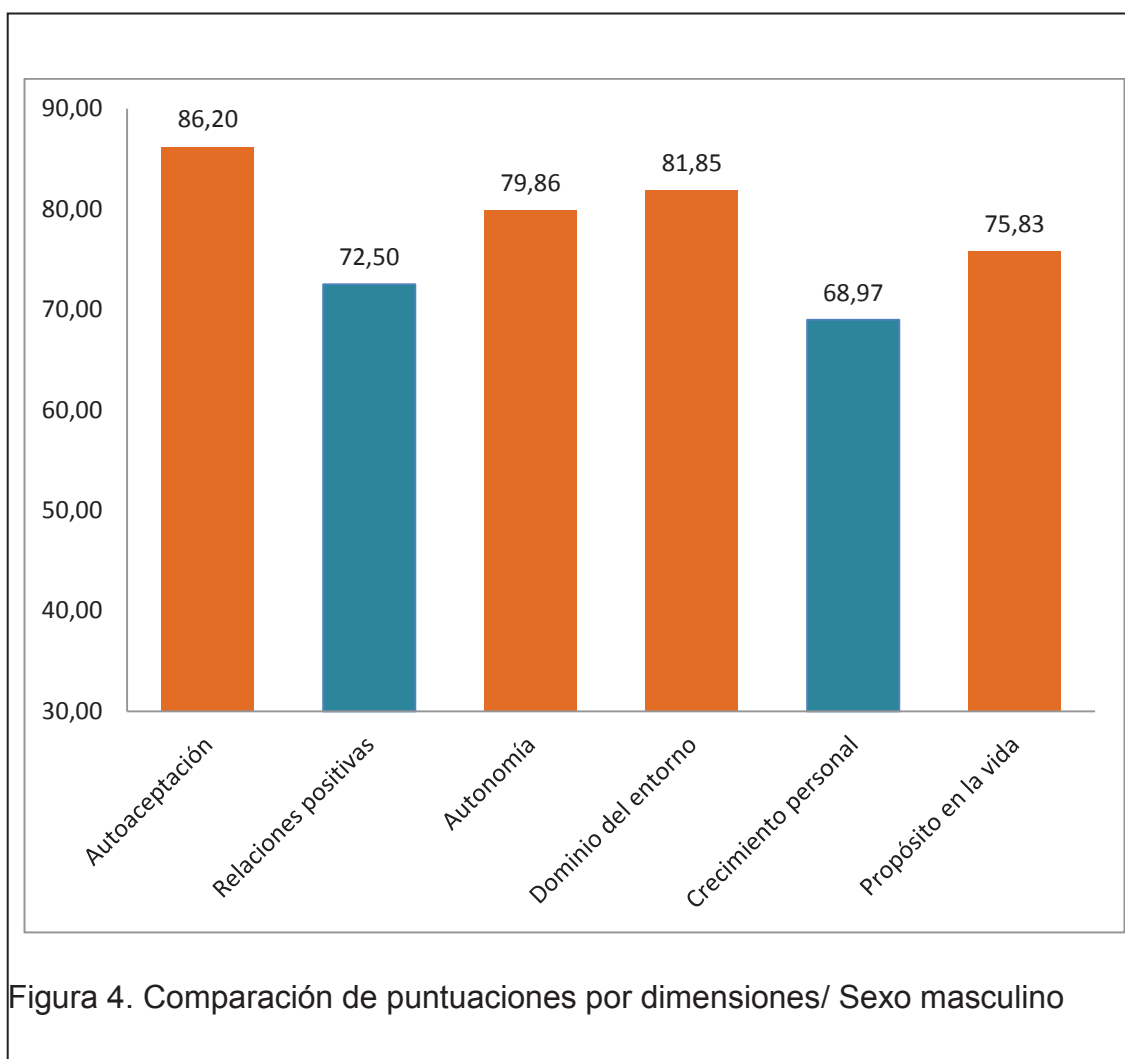
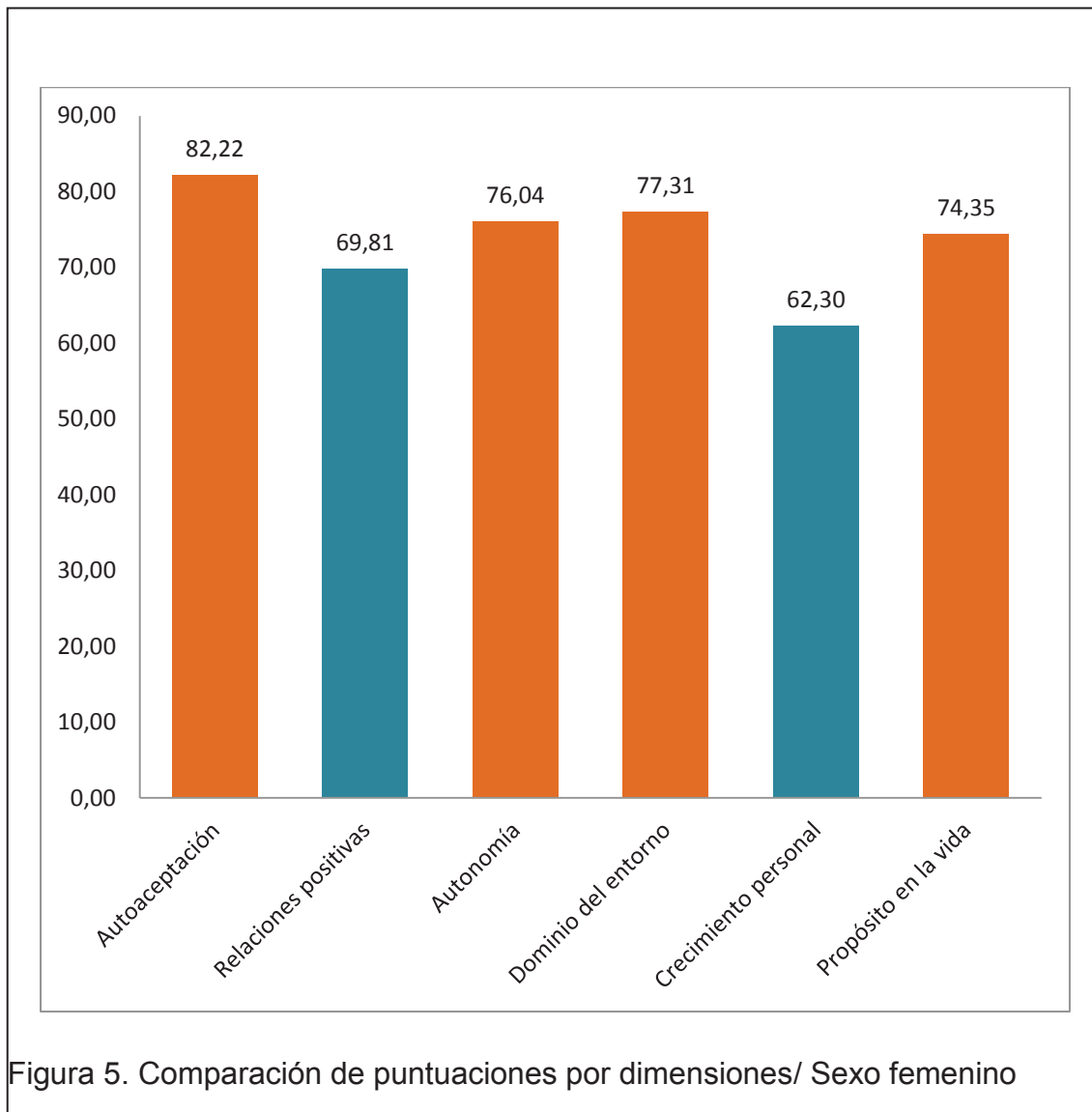


Tabla 3. Puntuaciones porcentuales, media individual y por dimensión de participantes de sexo masculino

Participante	Sexo M= Masculino F= Femenino	Auto aceptación	Relaciones positivas	Autonomía	Dominio del entorno	Crecimiento personal	Propósito en la vida	TOTAL	Media Individual
1	M	94,44	44,44	68,75	88,89	83,33	86,11	465,97	77,66
2	M	86,11	44,44	70,83	72,22	73,81	63,89	411,31	68,55
3	M	80,56	69,44	81,25	72,22	45,24	80,56	429,27	71,54
4	M	83,33	88,89	68,75	97,22	85,71	88,89	512,80	85,47
5	M	91,67	91,67	85,42	86,11	83,33	86,11	524,31	87,38
6	M	58,33	100,00	70,83	52,78	57,14	69,44	408,53	68,09
7	M	88,89	88,89	79,17	91,67	83,33	86,11	518,06	86,34
8	M	80,56	94,44	93,75	72,22	80,95	75,00	496,92	82,82
9	M	88,89	97,22	85,42	72,22	92,86	75,00	511,61	85,27
10	M	91,67	77,78	83,33	91,67	7,14	86,11	437,70	72,95
11	M	66,67	63,89	72,92	58,33	69,05	66,67	397,52	66,25
12	M	97,22	69,44	50,00	100,00	80,95	86,11	483,73	80,62
13	M	69,44	55,56	66,67	69,44	73,81	55,56	390,48	65,08
14	M	94,44	83,33	58,33	80,56	76,19	66,67	459,52	76,59
15	M	97,22	27,78	91,67	88,89	35,71	86,11	427,38	71,23
16	M	86,11	47,22	60,42	47,22	45,24	72,22	358,43	59,74
17	M	69,44	72,22	56,25	77,78	73,81	80,56	430,06	71,68
18	M	83,33	86,11	83,33	83,33	57,14	72,22	465,48	77,58
19	M	91,67	58,33	68,75	83,33	83,33	75,00	460,42	76,74
20	M	80,56	77,78	79,17	63,89	71,43	83,33	456,15	76,03
21	M	94,44	94,44	93,75	97,22	90,48	94,44	564,78	94,13
22	M	88,89	22,22	83,33	80,56	42,86	83,33	401,19	66,87
23	M	88,89	83,33	93,75	88,89	64,29	88,89	508,04	84,67
24	M	91,67	55,56	93,75	97,22	83,33	86,11	507,64	84,61
25	M	83,33	66,67	95,83	86,11	73,81	58,33	464,09	77,35
26	M	91,67	91,67	93,75	94,44	52,38	77,78	501,69	83,61
27	M	86,11	91,67	81,25	91,67	73,81	52,78	477,28	79,55
28	M	97,22	97,22	95,83	94,44	88,10	91,67	564,48	94,08
29	M	88,89	72,22	93,75	91,67	71,43	47,22	465,18	77,53
30	M	94,44	61,11	95,83	83,33	69,05	52,78	456,55	76,09
	MEDIA	86,20	72,50	79,86	81,85	68,97	75,83	465,22	77,54

Tabla 4. Puntuaciones porcentuales, media individual y por dimensión de participantes de sexo femenino

Participante	Sexo M= Masculino F= Femenino	Auto aceptación	Relaciones positivas	Autonomía	Dominio del entorno	Crecimiento personal	Propósito en la vida	TOTAL	Media Individual
1	F	75,00	100,00	79,17	91,67	83,33	88,89	518,06	86,34
2	F	83,33	69,44	68,75	61,11	64,29	75,00	421,92	70,32
3	F	80,56	72,22	79,17	86,11	88,10	83,33	489,48	81,58
4	F	97,22	75,00	83,33	100,00	59,52	86,11	501,19	83,53
5	F	69,44	55,56	70,83	75,00	88,10	88,89	447,82	74,64
6	F	50,00	61,11	56,25	66,67	61,90	41,67	337,60	56,27
7	F	94,44	83,33	100,00	83,33	45,24	66,67	473,02	78,84
8	F	61,11	63,89	64,58	94,44	88,10	72,22	444,35	74,06
9	F	91,67	97,22	72,92	88,89	73,81	91,67	516,17	86,03
10	F	77,78	44,44	85,42	94,44	88,10	97,22	487,40	81,23
11	F	91,67	69,44	64,58	38,89	33,33	52,78	350,69	58,45
12	F	75,00	91,67	87,50	83,33	95,24	77,78	510,52	85,09
13	F	94,44	66,67	85,42	80,56	30,95	75,00	433,04	72,17
14	F	94,44	41,67	66,67	69,44	45,24	66,67	384,13	64,02
15	F	86,11	72,22	75,00	77,78	57,14	77,78	446,03	74,34
16	F	88,89	61,11	70,83	63,89	21,43	58,33	364,48	60,75
17	F	97,22	91,67	62,50	88,89	85,71	88,89	514,88	85,81
18	F	94,44	94,44	93,75	75,00	85,71	86,11	529,46	88,24
19	F	94,44	61,11	70,83	88,89	35,71	38,89	389,88	64,98
20	F	80,56	44,44	95,83	97,22	71,43	83,33	472,82	78,80
21	F	88,89	61,11	97,92	88,89	80,95	94,44	512,20	85,37
22	F	58,33	91,67	64,58	94,44	38,10	94,44	441,57	73,59
23	F	88,89	91,67	54,17	61,11	78,57	27,78	402,18	67,03
24	F	50,00	66,67	95,83	52,78	38,10	77,78	381,15	63,53
25	F	94,44	69,44	60,42	47,22	30,95	72,22	374,70	62,45
26	F	97,22	72,22	97,92	97,22	38,10	88,89	491,57	81,93
27	F	66,67	47,22	79,17	55,56	52,38	86,11	387,10	64,52
28	F	94,44	58,33	54,17	58,33	78,57	58,33	402,18	67,03
29	F	58,33	44,44	68,75	69,44	59,52	69,44	369,94	61,66
30	F	91,67	75,00	75,00	88,89	71,43	63,89	465,87	77,65
	MEDIA	82,22	69,81	76,04	77,31	62,30	74,35	442,05	73,67



Con la obtención de los datos de cada sexo se procedió a realizar una comparación de cada dimensión por sexo, obteniendo el cuadro comparativo que se plasma en la figura 7 (ver pág. 53).

Estos datos dejan en evidencia que si existe una diferencia entre el bienestar psicológico de los hombre en relación al de las mujeres, se puede apreciar que en todas las dimensiones las puntuaciones del sexo masculino son mayores que las del sexo femenino.

A pesar de estos resultados es importante determinar si la diferencia encontrada es estadísticamente significativa, para lo cual se realizó un proceso estadístico con una prueba paramétrica (t de Student) y con una prueba no paramétrica (u de Mann Withney).

Para la aplicación de la prueba t de Student (figura 6) se organizaron los datos de tal manera que X_1 corresponde a valores de hombres y X_2 a valores de mujeres, se obtuvo de esta manera la tabla 5 (ver pág. 54).

La prueba t se aplicó con la siguiente fórmula:

$$t_0 = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{\sqrt{s^2 \times \left[\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} \right]}}$$

Figura 6. Fórmula t de Student

Tomado de: http://es.wikipedia.org/wiki/Prueba_t_de_Student

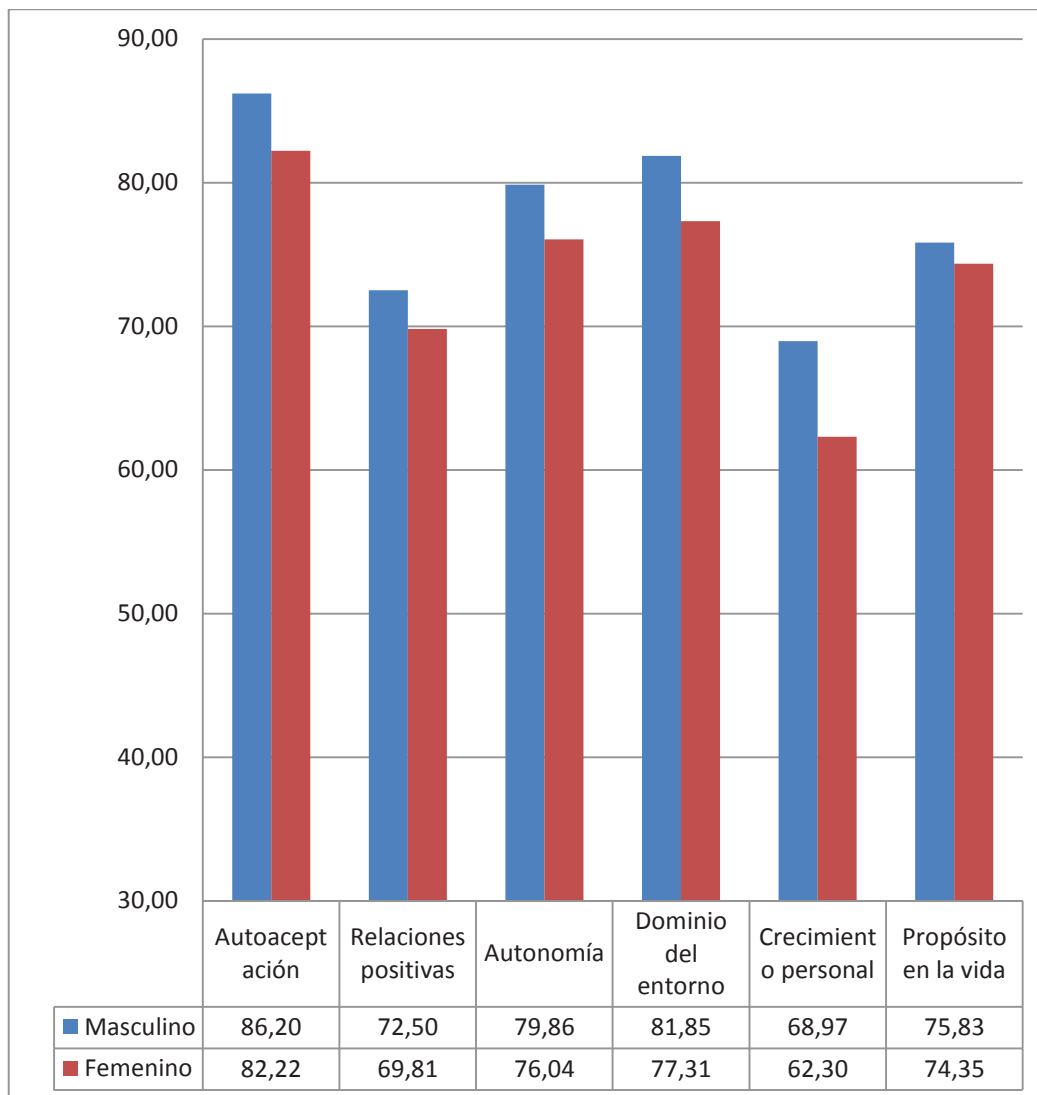


Figura 7. Comparación de puntuaciones por dimensiones/ Sexo masculino y sexo femenino

Tabla 5. Organización datos por sexo y puntuación

Fórmula t de Student

n	x_1	X_2	x_1^2	x_2^2
1	77.66	88.66	6031.39	7860.14
2	70.87	71.71	5022.05	5142.27
3	69.69	82.51	4857.04	6807.34
4	84.54	83.53	7147.07	6977.55
5	87.96	74.64	7737.48	5570.57
6	66.24	56.27	4387.31	3165.92
7	86.34	78.84	7455.04	6215.11
8	83.28	77.30	6936.18	5975.02
9	85.27	86.03	7270.61	7400.89
10	87.30	81.23	7621.57	6598.88
11	67.18	58.05	4513.05	3370.06
12	79.70	85.09	6351.42	7239.62
13	65.08	72.17	4235.32	5208.89
14	77.98	61.31	6080.29	3758.86
15	70.77	72.22	5008.00	5216.05
16	61.13	61.09	3736.59	3732.55
17	72.54	85.81	5261.53	7363.96
18	78.39	88.71	6144.92	7868.93
19	76.16	64.12	5799.95	4111.42
20	72.85	78.80	5307.20	6209.90
21	94.53	86.76	8935.38	7526.60
22	69.44	73.59	4822.53	5416.16
23	84.21	66.57	7091.27	4431.23
24	86.46	63.99	7475.04	4094.48
25	70.87	60.60	5022.05	3672.18
26	82.69	81.93	6837.39	6712.18
27	79.55	66.37	6327.72	4404.85
28	93.62	68.42	8764.28	4681.20
29	78.92	61.66	6228.15	3801.55
30	77.94	77.65	6075.13	6028.82
TOTAL	2339.14	2215.61	184482.93	166563.20

El resultado fue $t= 1.71$ con lo cual se pudo determinar que la diferencia no es estadísticamente significativa con el uso de esta prueba, sin embargo, por el planteamiento de la hipótesis se consideró de mayor utilidad la aplicación de una prueba no paramétrica.

Previo a la aplicación de la prueba no paramétrica fue necesario la organización de los datos por sexo y por puntuación desde numerándolos del 1 al 60 (tabla 6 ver pág. 56)

A estos datos se les aplicó la fórmula no paramétrica U de Mann Withney (figura 8).

$$U_1 = n_1 n_2 + \frac{n_1(n_1 + 1)}{2} - R_1$$

$$U_2 = n_1 n_2 + \frac{n_2(n_2 + 1)}{2} - R_2$$

Figura 8. Fórmula U de Mann Withney

Recuperado desde <http://nickredfern.wordpress.com/2011/05/12/the-mann-whitney-u-test/>

Tabla 6. Organización datos por sexo y puntuación

Fórmula U de Mann Withney

		R1			R2
Valor	Genero	Posición	Valor	Genero	Posición
77,66	Masculino	3	88,66	Femenino	1
70,87	Masculino	11	71,71	Femenino	2
69,69	Masculino	12	82,51	Femenino	4
84,54	Masculino	13	83,53	Femenino	5
87,96	Masculino	16	74,64	Femenino	6
66,24	Masculino	17	56,27	Femenino	7
86,34	Masculino	19	78,84	Femenino	8
83,28	Masculino	20	77,30	Femenino	9
85,27	Masculino	21	86,03	Femenino	10
87,30	Masculino	23	81,23	Femenino	14,5
67,18	Masculino	28	58,05	Femenino	14,5
79,70	Masculino	29	85,09	Femenino	18
65,08	Masculino	30	72,17	Femenino	22
77,98	Masculino	31	61,31	Femenino	24
70,77	Masculino	32	72,22	Femenino	25
61,13	Masculino	33	61,09	Femenino	26
72,54	Masculino	34	85,81	Femenino	27
78,39	Masculino	36	88,71	Femenino	35
76,16	Masculino	39	64,12	Femenino	37
72,85	Masculino	40	78,80	Femenino	38
94,53	Masculino	44	86,76	Femenino	41
69,44	Masculino	46,5	73,59	Femenino	42
84,21	Masculino	46,5	66,57	Femenino	43
86,46	Masculino	48	63,99	Femenino	45
70,87	Masculino	50	60,60	Femenino	49
82,69	Masculino	52	81,93	Femenino	51
79,55	Masculino	55,5	66,37	Femenino	53
93,62	Masculino	57	68,42	Femenino	54
78,92	Masculino	59	61,66	Femenino	55,5
77,94	Masculino	60	77,65	Femenino	58

Se obtuvo: $U = 359.50$ y $U' = 540.50$, siguiendo la correcta aplicación se tomó el valor U menor para la comparación con el valor U crítico que es 290 y con $p < 0.05$ se demostró que la diferencia entre ambos grupos si es estadísticamente significativa, finalmente con este resultado se pudo aportar con evidencia a favor de la tercera hipótesis planteada.

7. Discusión y Conclusiones

En el presente estudio se pretendió cumplir el objetivo general propuesto por medio del cumplimiento de los objetivos específicos y la comprobación de las hipótesis, por tanto siguiendo el antecedente:

- Objetivo general: Analizar la percepción de bienestar psicológico que tienen los adultos mayores entre 70 y 80 años que asisten a un programa para la tercera edad.

En primera instancia se procuró duplicar una parte del estudio de Molina y Meléndez (2006, p25 - 31) en el cual investigan el bienestar psicológico en Envejecientes de la República Dominicana, a sus participantes aplicaron la escala de bienestar psicológico propuesta por Ryff, se tomó en consideración una muestra mixta, como resultados se determinó que para las personas evaluadas las dimensiones de menor puntuación fueron crecimiento personal y propósito en la vida, y, las puntuaciones más altas hicieron referencia a auto-aceptación, relaciones positivas, dominio del ambiente y autonomía, el detalle del estudio se revisó en el apartado Discusión temática.

Tomando en cuenta los resultados antes mencionados se elaboraron los objetivos uno y dos así como las hipótesis con la misma numeración; en los cuales se menciona:

- Objetivo específico 1: Determinar cuáles son las dimensiones que puntúan como mayores generadoras de bienestar para la población de la investigación

- Hipótesis 1: De las dimensiones de bienestar psicológico las que más alto puntúan son: Auto-aceptación, relaciones positivas con otros, autonomía y dominio del entorno.
- Objetivo específico 2: Estipular cuáles son las dimensiones que tienen menor puntuación en la percepción de bienestar en población de la investigación.
- Hipótesis 2: De las dimensiones de bienestar psicológico las que más bajo puntúan son: crecimiento personal y propósito en la vida

Como se pudo evidenciar en el Apartado 6 (Resultados) las dimensiones que mayor puntúan son auto-aceptación, propósito en la vida, autonomía y dominio del entorno, siendo propósito en la vida la cual no coincide con la hipótesis planteada; y en cuanto a las de menor puntuación se encuentran crecimiento personal y relaciones positivas con otros, siendo la última la cual no concuerda con las deducciones del estudio citado.

Las coincidencias en los resultados pueden deberse en auto aceptación a que en esta etapa de la vida las personas han logrado aceptar positivamente las experiencias vividas y que a pesar de que hay aspectos que mencionan quisieran cambiar o hubiesen deseado se den de otra manera, están conformes y se sienten realizados con lo vivido.

En autonomía, se considera que en su mayoría estas personas perciben y/o reportan que están logrando coordinar y ejecutar con libertad sus actividades, se evidencia que quienes formaron parte del estudio poseen autonomía en su diario vivir.

La alta puntuación en la dimensión dominio del entorno puede estar relacionada con que la mayoría de los entrevistados reportaron vivir solos o tener su espacio independiente dentro de la casa que habitaban, por ende, se puede asumir que les sería sencillo adecuar los espacios según sus necesidades lo requieran.

Otra de las dimensiones con alta puntuación, y, la que discrepa con lo propuesto en la hipótesis, es propósito en la vida, resultado que puede estar ligado a que estas personas parecen capaces de planificar y programar actividades así como plantearse objetivos a corto y mediano plazo, o, a que los propósitos que tenían fueron cumplidos y pocos quedan pendientes. En cuanto a las preguntas alrededor de esta dimensión los participantes no se mostraron ambiciosos, por el contrario, relacionaron las preguntas a un futuro cercano.

En este sentido, una recomendación sería duplicar este estudio en una población distinta, ya que en la institución en la cual se dio lugar la investigación las personas se encuentran en un estado de salud física y mental altamente funcional que les permite desarrollarse casi sin inconvenientes que causen que sus actividades cotidianas se detengan, tal es así que acuden sin compañía a los diversos talleres e incluso algunos mantienen voluntariamente una vida laboral activa.

Por lo antes expuesto, sería considerable que una muestra proveniente de una población distinta pueda presentar otras puntuaciones para cada una de las dimensiones que evalúa la escala de Bienestar Psicológico de Díaz et al, 2006, tomando en consideración que la esperanza de vida en el Ecuador es de 74.2 años y distinta a la de los países donde se elaboró el instrumento original y su versión castellana.

Un aspecto que resultó inesperado en los resultados de la investigación fue que la dimensión relaciones positivas con otros haya obtenido una de las puntuaciones más bajas de la escala, ya que por observación de la interacción de las personas en el centro se podría asumir que esta dimensión es bastante sólida. Según la percepción de la investigadora una posible causa a la discrepancia en la puntuación de esta dimensión fue que las personas perciben que se encuentran en compañía, pero momentáneamente, es decir, el tiempo que están en la institución y por ende las relaciones que mantienen ahí pueden ser consideradas poco profundas o hasta cierto punto superficiales, a pesar de que comparten mucho tiempo juntos e incluso realizan viajes grupales. Otra posible causa es que por su edad la mayoría de ellos están desvinculados de

un ambiente laboral lo cual puede conllevar una disminución de relaciones con los demás; o, posiblemente, dentro de la familia no son valorados como se lo merecen y por ende tienen una sensación de lejanía con respecto a las relaciones positivas dentro del hogar.

En base a esto se podría utilizar los elementos de la escala que ya fue aplicada para realizar un análisis alrededor de todas las preguntas que se relacionaron a la dimensión “Relaciones positivas con otros” para así determinar los aspectos de las relaciones con los cuales las personas de esta muestra no se sienten satisfechos o detectan falencias.

Como se plasmó en la revisión del Marco Teórico los hombres poseen mejor percepción acerca de su calidad de vida, así como del bienestar e incluso su desempeño social es más activo que el de las mujeres lo cual puede estar relacionado con que, en su mayoría, tienen una situación económica más estable que las mujeres, dato que es típico en el actual contexto ecuatoriano.

Este antecedente infirió para el planteamiento de la tercera hipótesis con la idea de determinar si este parámetro se replica como resultado estadístico en esta muestra, y, encontrar si efectivamente los hombres tienen una mejor percepción de bienestar psicológico que las mujeres.

- Objetivo específico 3: Establecer las diferencias perceptivas de bienestar psicológico entre hombres y mujeres adultos (as) mayores.
- Hipótesis 3: Los hombres tienen mayor percepción de bienestar psicológico que las mujeres.

Después de aplicada una prueba estadística no paramétrica (U de Mann Withney), misma que emitió como resultado que la diferencia existente entre el sexo masculino y el sexo femenino es estadísticamente significativa, se determinó que los hombres en esta investigación tienen mejor percepción de bienestar psicológico propio que las mujeres, las puntuaciones obtenidas por ellos fueron más altas en todas las dimensiones y por ende en la escala de manera general, de este modo se aportó con evidencia a favor de la hipótesis planteada y se cumplió con el tercer objetivo.

En base a la bibliografía revisada se puede considerar que este resultado posiblemente está relacionado con que las mujeres tienen mayor longevidad que los hombres (dato común en varios países del mundo incluyendo al Ecuador), y por ende ellas viven más tiempo sin su pareja, además de tener que afrontar esta pérdida que amenaza con desequilibrar su vida, también puede influir que los varones tienen mayor estabilidad económica y mejor inclusión social en comparación a las mujeres.

Durante el desarrollo de esta investigación se consideró que para una futura revisión alrededor del tema propuesto se podría reflexionar incluir la variable de vivir solo o acompañado para contrastar su incidencia en el bienestar psicológico, esta sugerencia surge a raíz de que algunos autores (mencionados en Marco Teórico) han comprobado que los adultos mayores que se encuentran cursando la tercera edad y viven con su pareja sienten mayor satisfacción con respecto a su vida, otros mencionan la compañía sin especificar que ésta sea de su pareja.

Alrededor de lo investigado y de la experiencia empírica obtenida se ha considerado relevante destacar que la familia tiene que mostrarse como un constante apoyo en la vida de la persona, y más aún en esta etapa en la cual los constantes cambios propios de la edad afectan de manera biopsicosocial a los adultos mayores.

En caso de padecer alguna enfermedad que afecte el desempeño regular de las actividades de la persona se vuelve imprescindible recibir el cuidado adecuado, y usualmente este cuidador primario es un miembro de la familia, en otros casos puede suscitarse que el adulto mayor sea capaz de valerse por sí mismo y que lleve una vida activa.

Casi sin importar cuál sea la situación, la persona necesita apoyo y empatía con los cambios que tiene que afrontar, ya que en mayor o menor medida se volverá dependiente y sin acompañamiento puede ser muy vulnerable desatando que su salud física y mental se deteriore por la soledad.

Idealmente la familia debe ser la primera en escuchar lo que el anciano tiene que decir, su opinión merece ser validada y tomada en cuenta, recordando que aunque su vida ha cambiado, y su rol actualmente es distinto, igual merece ser tratado con respeto y dignidad.

Como se pudo denotar en un estudio citado en la Discusión Temática, aunque, para la familia la calidad de vida del anciano represente suplir sus necesidades básicas, para la persona en la tercera edad la calidad de vida se asocia a mucho más que eso, básicamente es ser tratado consideradamente.

En segunda instancia la sociedad también tiene un rol fundamental para el adecuado desenvolvimiento del adulto mayor, es de suma importancia promover los programas en los cuales estas personas puedan realizar diversas actividades que los alejen del sedentarismo, así como en todas las fases del ciclo de la vida el permanecer en constante actividad es beneficioso.

En cuanto a este tema se quiere otorgar un reconocimiento especial a los programas que dirigen su labor a los adultos mayores ya que contribuyen en gran medida a su bienestar, no solamente con los conocimientos que pueden adquirir sino también con brindarles un espacio en el cual se sienten valorados y encuentran a personas de edad similar con quienes compartir; se puede visualizar que sienten acogida y que buscan ayuda psicológica o de trabajo social según sea su requerimiento.

A pesar de que conlleve la ruptura de un paradigma, se podría considerar espacios en los cuales las personas de la tercera edad puedan trabajar ya que aprovechar la experiencia de ellos resultaría un beneficio para ambas partes, además se estaría promoviendo un ingreso económico adicional para que su situación sea más estable y los gastos se tornen más fáciles de cubrir.

En lo que respecta a otro de los temas mencionados en el transcurso de este estudio se considera importante reconocer que, también a criterio de la investigadora, la Psicología Positiva ha generado una perspectiva distinta a la tradicional acuñando un enfoque en el cual se puede procurar una salud mental

sin que esto conlleve que exista una enfermedad que deba someterse a tratamiento en búsqueda de una curación.

Esta perspectiva se adentra en el modelo de promoción y prevención de la salud que puede llegar a ser ampliamente aplicado en diversas formas dentro de la Psicología y que si su objetivo llega a ser cumplido a cabalidad las personas podrán tener un equilibrio mental lo suficientemente fuerte como para asumir los cambios que proponga la vida. El campo de acción de la Psicología Positiva puede aplicarse en todos los individuos desde temprana edad para que puedan apreciar y potencializar al máximo sus fortalezas; cabe recalcar que con esta apreciación no se pretende desmerecer las corrientes en las cuales se aborda a la Psicología desde otro punto de vista.

La investigación logró abarcar satisfactoriamente los objetivos e hipótesis propuestas, siguiendo los lineamientos requeridos para completar cada apartado con éxito, sin embargo, a causa del planteamiento del estudio es posible que algunos puntos no hayan sido ponderados como lo merecían.

Un ejemplo a lo mencionado son las entrevistas que derivaron de la aplicación de la escala ya que con el objetivo de no apartarse de la propuesta de estudio presentada no se dio lugar a registrarlas ni a hacerlas parte de la investigación.

Durante el desarrollo del estudio surgieron varias dudas acerca de diversos factores que pueden estar directamente relacionados con el bienestar psicológico de los adultos mayores, uno de los que se mencionó anteriormente fue si poseen compañía en su vivienda, otro aspecto a considerarse podría ser el nivel socio económico de la persona, asumiendo que si existe una mayor solidez económica sería más sencillo la adquisición de bienes y servicios que procuren mejorar la calidad de vida.

También sería digno de análisis con un estudio a través del tiempo determinar si con el paso de los años el bienestar de la persona se ve deteriorado o si es posible que aumente o se mantenga.

Estas ideas pueden quizá servir como guía para quienes se encuentren interesados en profundizar el tema que se ha propuesto ya que como se puede denotar existen muchos aspectos a ser abordados en investigaciones futuras.

REFERENCIAS

- Aranibar, P. (2001). *Acercamiento Conceptual a la Situación del Adulto Mayor en América Latina*. Proyecto Regional de Población. Publicación de las Naciones Unidas. Santiago, Chile. Recuperado el 26 de febrero de 2014 de <http://www.facso.uchile.cl/observa/acercamiento%20conceptual%20a%20la%20situacion%20del%20adulto%20mayor%20en%20america%20latina.pdf>
- Aristizábal, N. *La Psicogerontología un desafío para el Siglo XXI*. Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología. Vol 1 N1 97-102. Recuperado el 11 de noviembre de 2013 de http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/cuadernos_hispanoamericanos_psicologia/volumen1_numero1/articulo_8.pdf
- Bleger, J. (1964 / 1985). *La entrevista psicológica*. Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires. Recuperado el 26 de febrero de 2014 de <http://www.cholonautas.edu.pe/modulo/upload/Bleger.pdf>
- Bustamante, S. (1998). *Autoestima y Asertividad*. Comité Nacional para el Adulto Mayor. Chile. Recuperado el 28 de febrero de 2014 de http://www.institutodelenvejecimiento.cl/upload_img/Autoestima_y_Asertividad_2004.pdf
- Cañete, O. (2010). *Procesamiento auditivo en adultos mayores: Reporte de Casos*. Revista Otorrinolaringología. Versión on line ISSN 0718-4816. Santiago. Recuperado el 18 de febrero de 2014 de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48162010000100010&script=sci_arttext
- Contreras, F, Esguerra, G. (2006). *Psicología positiva: una nueva perspectiva en psicología*. Universidad Santo Tomás. Revista Diversitas – Perspectivas en Psicología. Vol2 – Nro. 2. Colombia. Recuperado el 16 de diciembre de 2013 de http://www.usta.edu.co/otraspaginas/diversitas/doc_pdf/diversitas_4/vol.2 no.2/articulo_10.pdf
- Definición.de. Diccionario On line. *Vejez*. Recuperado el 15 de noviembre de 2013 de <http://definicion.de/vejez/>
- Díaz, D., Rodríguez, R., Blanco, A. Moreno, B., Gallardo, I., Valle, C., Van Dierendonck, D. (2006). *Adaptación española de las escalas de*

bienestar psicológico de Ryff. Psicothema. Extraído el 18 de febrero de 2013 de <http://www.psicothema.com/pdf/3255.pdf>

Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española. *Entrevistar*. Recuperado el 26 de febrero de 2014 de <http://lema.rae.es/drae/?val=entrevista>.

El Comercio. (2011). *En el Ecuador hay 1229.089 adultos mayores, 28% se sienten desamparados*. Recuperado el 3 de marzo de 2014 de http://www.elcomercio.com.ec/sociedad/Ecuador-adultos-mayores-siente-desamparado_0_526147483.html

Flores, M., Alonso, G., Cruz, M., Cerquera, A. (2011). *Concepto de calidad de vida en relación con el adulto mayor*. Condiciones sociales y calidad de vida en el adulto mayor. Universidad de Guadalajara. Centro Universitario de Ciencias de la Salud. México. Recuperado el 27 de febrero de 2014 de http://www.cucs.udg.mx/revistas/libros/CONDICIONES_SOCIALES_Y_CALIDAD_DE_VIDA_ADULTO_MAYOR.pdf

Fontán, L. (2012). *La Enfermedad de Alzheimer: elementos para el diagnóstico y manejo clínico en el consultorio*. BIOMEDICINA. Uruguay. Recuperado el 10 de febrero de 2014 de <http://www.um.edu.uy/docs/alzheimer.pdf>

Fundación Solidaria: "Adultos Mayores Proactivos y Profesionales" (AMPRO). (2013). *Defensa de los Derechos del Adulto Mayor a Nivel Nacional y Mundial*. Ecuador. Recuperado el 3 de marzo de 2014 de <http://www.adultosmayoresproactivos.org/blog/derecho-territorial-maritimo-del-ecuador/derechos-del-adulto-mayor/>

Galbán, P, Sansó, F, Díaz, A, Carrasco, M, Oliva, T. (2006). *Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor*. Instituto superior de Ciencias Médicas de La Habana. Cuba. Recuperado el 20 de junio de 2013 de http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol33_1_07/spu10107.htm

Gómez, J. (2006). El anciano frágil: *Detección, prevención e intervención en situaciones de debilidad y deterioro de su salud*. Promoción de la salud personas mayores. España. Recuperado el 16 de junio de 2013 de <http://www.publicaciones-isp.org/productos/t022.pdf>

González, A. *Calidad de vida en el adulto mayor*. Instituto de Geriatria. México. Recuperado el 27 de febrero de 2014 de <http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/34.pdf>

- González, F. (2007). *Instrumentos de Evaluación Psicológica*. Editorial Ciencias Médicas. Recuperado el 26 de febrero de 2014 de http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/pt/Acervo_files/InstrumentosEvaluacionPsicologica.pdf
- Hermida, C. (2013). *Adulto mayor y trabajo*. El Telégrafo. Recuperado el 3 de marzo de 2013 de <http://www.telegrafo.com.ec/opinion/columnistas/item/adulto-mayor-y-trabajo.html>
- Kitchner, T., Torres, M., Forns, M. (1998). *Evaluación psicológica: modelos y técnicas*. Ediciones Paidós Ibérica, S.A. 1ª edición. Barcelona
- Laborda, X. *Métodos Científicos*. La gramática de Port Royal: fuentes, contenido e interpretación. Capítulo 34. Recuperado el 27 de febrero de 2014 de <http://www.sant-cugat.net/laborda/tl34.pdf>
- Mella, Gonzalez, D'Appollonio, Maldonado, Fuenzalida y Díaz. (2004). *Factores Asociados al Bienestar Subjetivo en el Adulto Mayor*. Psykhe. Vol.13, Nº 1, 79-89. Chile. Recuperado el 18 de junio de 2013 de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-22282004000100007&script=sci_arttext
- Montenegro, L., Salazar, C., De la Puente, C., Gómez, A., Ramírez, E. (2009). *Aplicación de la evaluación geriátrica integral en los problemas sociales de los adultos mayores*. Recuperado el 22 de diciembre de 2013 de <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v26n3/a05v26n3.pdf>
- Nance, D. *Depresión en el Adulto Mayor*. Instituto de Geriátrica. México. Recuperado el 10 de febrero de 2014 de <http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/24.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2013). *La salud mental y los adultos mayores*. Nota descriptiva No. 381. Recuperado el 24 de febrero de 2014 de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>
- Organización Panamericana de la Salud. *Evaluación Social del Adulto Mayor*. Parte I: Módulos de Valoración Clínica. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 11 de noviembre de 2013 de <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/modulo7.pdf>
- Ortiz, J y Casto, M. (2009). *Bienestar psicológico de los adultos mayores, su relación con la Autoestima y la Autoeficacia*. Contribución de Enfermería. Ciencia y Enfermería v15. N1 versión on – line ISSN 0717-9553. Universidad de Concepción. Chile. Recuperado el 11 de noviembre de

2013 de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532009000100004&script=sci_arttext

Papalia, D., Wendkos, O., Duskin, F. (2001). *Psicología del Desarrollo*. Edición 8va. Editorial McGraw Hill. Colombia, Bogotá.

Pino, R. *Los procesos psicofisiológicos como indicador comportamental*. Recuperado el 26 de febrero de 2014 de <http://defidepor25.ugr.es/acrd/alumnos/document/clases/8.pdf>

Pita, S., Pértegas, S. (2002). *Investigación cuantitativa y cualitativa*. Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Coruña, España. Recuperado el 3 de marzo de 2014 de http://www.fisterra.com/mbe/investiga/cuanti_cuali/cuanti_cuali2.pdf

Prada, E. (2005). *Psicología Positiva & Emociones Positivas*. Recuperado el 9 de septiembre de 2013 de <http://www.psicologia-positiva.com/Psicologiapos.pdf>

Programa del Adulto Mayor. IESS. Recuperado el 10 de febrero de 2014 de <https://www.iess.gob.ec/en/web/pensionados/programa-del-adulto-mayor>

Raheb, C. *Características del Desarrollo en la Infancia*. Universidad Autónoma de Barcelona. Recuperado el 2 de septiembre de 2013 de <http://www.paidopsiquiatria.cat/archivos/14-texto-caracteristicas-desarrollo-infancia.pdf>

Ródenas, I., García, M., Bordas, J., Flores, M., Martínez, C. *Deprivación Sensorial*. Síndromes Geriátricos. Tratado de Geriatria para residentes. Recuperado el 18 de febrero de 2014 de https://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=8&cad=rja&sqi=2&ved=0CEIQFjAH&url=http%3A%2F%2Fwww.segg.es%2Fdownload.asp%3Ffile%3D%2Ftratadogeriatria%2Fpdf%2Fs35-05%252024_ii.pdf&ei=4bUDU6HBHbDksATum4DADQ&usg=AFQjCNHB--m8diw6SDIZ2Zo62cLzdW6djw&sig2=Ygbi-86wqRZDRrB5penVGQ&bvm=bv.61535280,d.cWc

Rodríguez, E. (2010). *Pruebas psicométricas en la entrevista de reclutamiento de personal*. Universidad José Antonio Páez. San Diego. Recuperado el 26 de febrero de 2014 de <http://d3ds4oy7g1wrqq.cloudfront.net/recursoshumanosujap/myfiles/Pruebas-psicometricas.pdf>

Rodríguez, M. (2008). *La percepción de la persona adulta mayor en la sociedad ramonense actual*. Revista Pensamiento Actual. Universidad de Costa

- Rica. Volumen No 10 – 11. Recuperado el 27 de febrero de 2014 desde http://www.latindex.ucr.ac.cr/pnsac004/003_capitulo.pdf
- Romano, M., Nissen, M., Del Huerto, N. (2007). *Revista de Postgrado de la VIA Cátedra de Medicina*. No 175. Argentina. Recuperado el 10 de febrero de 2014 desde http://med.unne.edu.ar/revista/revista175/3_175.pdf
- Rojas, M. (2003). *Técnicas Estadísticas Paramétricas y No Paramétricas Equivalentes: Resultados Comparativos por Simulación*. Escuela Superior Politécnica del Litoral. Instituto de Ciencias Matemáticas. Ingeniería en Estadística Informática. Guayaquil, Ecuador. Recuperado el 3 de marzo de 2014 desde <http://www.iuma.ulpgc.es/~nunez/mastertecnologiatelecomunicacion/RecursosGenerales/TesisEstadisticaParametricayNoParametrica.pdf>
- Ruiz, I. (2011). *Trastornos de la conducta alimentaria en adultos mayores*. Instituto de Ciencias de la Conducta, SCP. C/Virgen del Monte 31, CP: 41011. Sevilla. Recuperado el 24 de febrero de 2014 de http://www.tcasevilla.com/archivos/tca_en_adultos_mayores.pdf
- Ruiz, M., Artacho, M., López, M. (2000). *Recomendaciones nutricionales para los ancianos*. Dpto. de Nutrición y Bromatología. Facultad de Farmacia. Universidad de Granada. Recuperado el 18 de febrero de 2014 de <http://farmacia.ugr.es/ars/pdf/185.pdf>
- Santiuste, Y. *La Homeostasis*. Línea Alba. Educación y Salud. Recuperado el 17 de febrero de 2014 de http://www.lineaalba.com/descargas/La_Homeostasis_en_el_cuerpo_humano.pdf
- Sánchez, G. *El Adulto Mayor en la Familia*. Revista Esperanza para la Familia. México. Recuperado el 3 de julio de 2013 de www.esperanzaparafamilia.com/Rev/Articulos/PDFs/PDF0234.pdf
- Secretaría de Planificación y Desarrollo (SENPLADES). (2007). Plan Nacional de Desarrollo 2007 – 2010. Resumen Adultos Mayores. Quito, Ecuador. Recuperado el 3 de marzo de 2014 de <http://plan.senplades.gob.ec/web/guest/resumen1>
- Sub secretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Dirección General de Promoción de la Salud. (2007). *Estrategia Nacional de promoción y prevención para una mejor salud*. México. Recuperado el 26 de febrero de 2014 de http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/estrategia_nacional.pdf

The free dictionary. *Vejez*. Recuperado el 13 de noviembre de 2013 de <http://es.thefreedictionary.com/vejez>

Universidad Autónoma de México. *Psicofisiología*. Facultad de Psicología. Programa único de especialización en Psicología. Recuperado el 26 de febrero de 2014 de [http://www.psicologia.unam.mx/contenidoEstatico/archivo/files/PUEP/Psi ofisiologia/PN%20-%20Perfiles%20-%20Psicofisiolog%C3%ADa%20rev010911.pdf](http://www.psicologia.unam.mx/contenidoEstatico/archivo/files/PUEP/Psi%20ofisiologia/PN%20-%20Perfiles%20-%20Psicofisiolog%C3%ADa%20rev010911.pdf)

Vázquez, C., Hervás, G., Rahona, J., Gómez, D. (2009). *Bienestar psicológico y salud: Aportaciones desde la Psicología Positiva*. Anuario de Psicología Clínica y de la Salud 15-28. Universidad Complutense de Madrid. Recuperado el 9 de septiembre de 2013 de https://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&ved=0CC4QFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.researchgate.net%2Fpublication%2F228459956_Bienestar_psicolgico_y_salud_aportaciones_desde_la_Psicologa_Positiva%2Ffile%2F32bfe5118bfe978502.pdf&ei=39YcUrTiCZDVsATzzIHAAw&usg=AFQjCNFoVjAcfUQOU1jUFJtJ6x8ihvw1Fw&sig2=HaQ7xV0PrgZs23CeG04qKw

Vera, M. (2007). *Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia*. Artículos Especiales. Anales de la Facultad de Medicina. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. ISSN 1025 – 5583. Recuperado el 3 de marzo de 2014 de <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v68n3/a12v68n3>

Vivaldi, F y Barra, E. (2010). Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores. *Terapia Psicológica*. 2012, Vol 30 N2, 23-29. Universidad de Concepción. Chile. Recuperado el 11 de noviembre de 2013 de <http://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v30n2/art02.pdf>

ANEXOS

Anexo 1

Modelo de Escala de Bienestar Psicológico (Díaz, et al., 2006)

ESCALA DE BIENESTAR PSICOLÓGICO DIAZ (ET AL. 2006)

A continuación se presentan afirmaciones con las que usted puede estar de acuerdo o en desacuerdo. Utilizando la siguiente escala del 1 al 6 indique con una "X" el grado de acuerdo o desacuerdo con cada una. Por favor responda todas las preguntas **sinceramente**.

TOTALMENTE EN DESACUERDO	1
MUY EN DESACUERDO	2
ALGO EN DESACUERDO	3
ALGO DE ACUERDO	4
MUY DE ACUERDO	5
TOTALMENTE DE ACUERDO	6

	1	2	3	4	5	6
1 Cuando repaso la historia de mi vida estoy contento con cómo han resultado las cosas						
2 A menudo me siento solo porque tengo pocos amigos íntimos con quienes compartir mis preocupaciones						
3 No tengo miedo de expresar mis opiniones, incluso cuando son opuestas a las opiniones de la mayoría de la gente						
4 Me preocupa cómo otra gente evalúa las elecciones que he hecho en mi vida						
5 Me resulta difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga						
6 Disfruto haciendo planes para el futuro y trabajar para hacerlos realidad						
7 En general, me siento seguro y positivo conmigo mismo						
8 No tengo muchas personas que quieran escucharme cuando necesito hablar						

9	Tiendo a preocuparme sobre lo que otra gente piensa de mí						
10	Me juzgo por lo que yo creo que es importante, no por los valores que otros piensan que son importantes						
11	He sido capaz de construir un hogar y un modo de vida a mi gusto						
12	Soy una persona activa al realizar los proyectos que propuse para mí mismo						
13	Si tuviera la oportunidad, hay muchas cosas de mí mismo que cambiaría						
14	Siento que mis amistades me aportan muchas cosas						
15	Tiendo a estar influenciado por la gente con fuertes convicciones						
16	En general, siento que soy responsable de la situación en la que vivo						
17	Me siento bien cuando pienso en lo que he hecho en el pasado y lo que espero hacer en el futuro						
18	Mis objetivos en la vida han sido más una fuente de satisfacción que de frustración para mí						
19	Me gusta la mayor parte de los aspectos de mi personalidad						
20	Me parece que la mayor parte de las personas tienen más amigos que yo						
21	Tengo confianza en mis opiniones incluso si son contrarias al consenso general						
22	Las demandas de la vida diaria a menudo me deprimen						
23	Tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida						
24	En general, con el tiempo siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo						
25	En muchos aspectos, me siento decepcionado de mis logros en la vida						
26	No he experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza						
27	Es difícil para mí expresar mis propias opiniones en asuntos polémicos						

28	Soy bastante bueno manejando muchas de mis responsabilidades en la vida diaria						
29	No tengo claro qué es lo que intento conseguir en la vida						
30	Hace mucho tiempo que dejé de intentar hacer grandes mejoras o cambios en mi vida						
31	En su mayor parte, me siento orgulloso de quien soy y la vida que llevo						
32	Sé que puedo confiar en mis amigos, y ellos saben que pueden confiar en mí						
33	A menudo cambio mis decisiones si mis amigos o mi familia están en desacuerdo						
34	No quiero intentar nuevas formas de hacer las cosas; mi vida está bien como está						
35	Pienso que es importante tener nuevas experiencias que desafíen lo que uno piensa sobre sí mismo y sobre el mundo						
36	Cuando pienso en ello, realmente con los años no he mejorado mucho como persona						
37	Tengo la sensación de que con el tiempo me he desarrollado mucho como persona						
38	Para mí, la vida ha sido un proceso continuo de estudio, cambio y crecimiento						
39	Si me sintiera infeliz con mi situación de vida daría los pasos más eficaces para cambiarla						

Anexo 2

Modelo de Consentimiento Informado

Universidad de las Américas

Investigación cuantitativa

Consentimiento Informado

Yo, _____, he sido convocado/a para colaborar en el proyecto de investigación científica acerca de Bienestar Psicológico en Adultos Mayores.

Esta investigación se realiza en el marco de formación en Investigación Cuantitativa de la carrera de Psicología de la Universidad de las Américas.

Mi participación en este estudio contempla la aplicación de una escala de bienestar psicológico. Entiendo que la información que entregue será absolutamente confidencial y solo conocida integralmente por la investigadora y el docente-supervisor.

Estoy en mi derecho durante la aplicación de la escala de evaluación de bienestar psicológico de suspender mi participación si así lo encuentro conveniente, sin que esta decisión tenga ningún efecto.

He leído esta hoja de consentimiento informado y acepto participar de este estudio

Firma participante

C:I. _____

En _____, al _____ de _____ de 2013