
Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas

Facultad de Ciencias Sociales

Departamento de Psicología



TESIS PRESENTADA EN OPCIÓN AL TÍTULO DE

MÁSTER EN PSICOLOGÍA MÉDICA

**BIENESTAR PSICOLÓGICO EN ADULTOS MAYORES QUE CONVIVEN EN
FAMILIAS EXTENSAS**

Autora: Lic. Yisel López Mesa.

Tutora: Dra. Idania María Otero Ramos.

Asesor Estadístico: MSc.Félix Arley Díaz Rosell.

Santa Clara

2018

Exergo



*La mejor edad es cuando dejas de contar años y
cumplés sueños.*

(Anónimo)

Agradecimientos

Al Dios de mi vida, quien sustenta mis pasos y me atrae así mismo con cuerdas de amor. Eben-ezer.

A mi mamá: A quien debo todo lo que soy, por su amor, cuidados y dedicación, si ti no hubiera podido llegar hasta aquí, gracias por cuidar de mí con tanta dedicación, por pelear por este sueño como si fuera tuyo.

A mi papá: Por estar siempre en cada etapa de mi vida, por tu amor, entrega y dedicación.

A todos mis familiares que con tanto amor me brindaron su apoyo incondicional. Les amo.

A mi tutora Idania Otero Ramos: Por tomarme de la mano y no darme oportunidad de soltarme, por estimularme y no dar lugar al temor, por insertarme en este mundo de la investigación, por ser tan modesta al brindarme de su gran sabiduría, por su calidez y ternura al enseñar.

A Félix Arley, asesor estadístico. Por todo tu apoyo, por poder contar contigo, por brindarme tu sabiduría y hacer posible la realización de mi tesis.

A Ariadna Matos, por estar siempre dispuesta cada vez que necesité tu ayuda, lo valoro mucho, por tu colaboración y esfuerzo en la realización de mi tesis. Gracias.

A Aily: Por ser un regalo del Padre para mí, por ser de las personas más importantes en mi vida, por ayudarme a crecer como persona, por ofrecerme tu apoyo incondicional y cuidar de mí, con tanto amor. Por estar cuando más lo he necesitado, hermanita amada. Gracias.

A Malle: Mi hermanita amada, en todo lo bueno que me pasa, ahí estás tú, de una manera u otra, y si de dar gracias se trata, pues el solo hecho de tenerte ya es una bendición. Por todo tu amor y sacrificio. Por estar ahí cuando más las necesito. Gracias por tu fidelidad.

Deidy Cley: Por tu amor perseverante, por ser tan fiel al animarme y exhortarme día tras día, por cuidar de mí sin rendirte, te agradezco cada palabra, apoyo, sacrificio, llamado de atención, abrazo y consuelo, son resultado de que hoy esté aquí, mi hermanita amada. Gracias.

Ili: Te Agradezco hermanita por tanto amor, por permanecer en mi vida, por poder contar con tu apoyo y palabras de exhortación. Es lindo tenerte.

A Alice: Porque aún en la distancia, a pesar de las barreras del idioma y tus muchas cargas, siempre tuviste un lugarcito para mí en tu corazón y fuiste siempre muy sanadora con cada una de tus palabras.

A Oscar: Por tu cariño, por apoyarme en los momentos que más lo necesité, por sacrificar tu tiempo y regalarme un lugar especial, sin ti no lo hubiera logrado. Mi hermana y tú, son una bendición.

A Israel: Por lo detallista que siempre has sido, por brindarme tú apoyo cuando más lo necesité, tu esposa y tú, son una bendición en mi vida. Gracias.

A Geraldo y Rosy: su apoyo fue de gran valor para la realización de mi tesis, gracias por dedicarme tanto tiempo y regalarme de tus conocimientos y habilidades, fuiste de gran ayuda.

A Jorge Eduardo y Dailyn: Mi hermanito, fuiste de los que siempre creyó en mí, de ti solo recibí palabras de ánimo, fuiste de los que me hizo creer que este momento llegaría y siempre me dejó claro, que quería ser testigo presencial de él. Detrás de un gran hombre hay una especial mujer.

A Juanitín mi querido hermano, que siempre me ha apoyado con tanto cariño.

A Adonys, que siempre me brindó su cariño y fue de gran ayuda en disímiles situaciones.

A Liane y Greisy: Por su gran ayuda en la revisión e impresión de mi tesis. Liane por traer a este mundo a una de mis mejores amigas.

A mi grupo de maestría: fue bueno conocerles, cada uno de ustedes tocó mi vida de manera singular, en especial Aurora y Dalena, que siempre estuvieron a mi lado brindándome de su amor y sabiduría, agradezco por la amistad que aún, hoy conservamos.

A mis profesores: Ustedes que con mucha dedicación contribuyeron a mi formación y crecimiento profesional, por su excelencia en la enseñanza y su trato amigable, por toda su colaboración. A María de los Ángeles Arrabales, por su apoyo incondicional.

A los adultos mayores, de la muestra, por su colaboración y disciplina.

A todos los que de alguna manera contribuyeron a la realización de este trabajo.

Gracias

Resumen

La investigación se dirigió a caracterizar el bienestar psicológico de los adultos mayores, que conviven en familias extensas del Consultorio Médico 17-12, pertenecientes al Policlínico Docente Universitario “Chiqui Gómez-Lubián Urioste” de Santa Clara, Cuba. Se desarrolló en el tiempo comprendido entre los meses de enero del 2017 hasta el mes de diciembre del 2017.

Se asumió un paradigma mixto de investigación, mediante un estudio exploratorio-descriptivo, con un diseño explicativo secuencial (DEXPLIS). La muestra o unidad de análisis se trabajó mediante un muestreo no probabilístico que incluyó, 24 personas coincidiendo con la población diana objeto de estudio. Se aplicó la “Escala de Bienestar Psicológico”, el Cuestionario “Mi visión Personal”, entrevistas semiestructuradas y la técnica de triangulación.

Para el procesamiento de la información se utilizó el paquete estadístico SPSS/Windows versión 22.0, auxiliado en el programa EXCEL 2013. Se usó además la estadística descriptiva y las pruebas no paramétricas, U de MANN-WHITNEY y Kruskal Wallis. La interpretación cualitativa de los datos se fundamenta en el análisis de contenido,

Los resultados arrojaron una tendencia a expresar niveles “bajos” de bienestar psicológico; sin embargo, hacia el interior de los indicadores propuestos, se hallan niveles “medios” en las dimensiones: autoaceptación, relaciones positivas, autonomía y crecimiento personal. Los resultados indicaron la inexistencia de diferencias significativas del bienestar psicológico percibido, en las variables: edad, estado civil, género, ocupación, nivel escolar y cantidad de miembros con los que conviven.

Palabras claves: bienestar psicológico, bienestar subjetivo, adulto mayor.

Abstract

The research aim was to characterize the psychological wellbeing of elderly people that live with large families and belong to the Medical Office 17-12 of the University Polyclinic “Chiqui Gómez-Lubián Urioste” in Santa Clara, Cuba.

The research was carried out in 2017 from January to December. Following a research mixed paradigm, an explanatory sequential design (DEXPLIS by its acronym in Spanish) was selected by means of a descriptive-exploratory study.

The sample or analysis unit of our research was studied through a non-probabilistic sampling that included 24 individuals that coincided with the study object target population.

The “Psychological Wellbeing Scale”, the questionnaire “My Personal View”, half-structured interviews and the triangulation technique were applied.

To process the information, the statistical package SPSS/Windows version 22.0 was used along with the program Excel 2013. Descriptive statistics and tests without parameters were also used, such as: U de MANN-WHITNEY and Kruskal Wallis. The qualitative interpretation of the data is based on the content analysis.

The results show there is a tendency to express “low” levels of psychological wellbeing; however, toward the inside part of the proposed indicators “medium” levels are found on the dimensions of self-acceptance, positive relations, autonomy and personal growth. The results indicated the absence of meaningful differences of perceived psychological wellbeing in the variables of marital status, gender, occupation, education and amount of family members they live with.

Key words: psychological wellbeing, subjective wellbeing, elderly people.

Índice

Introducción	1
Capítulo 1. Fundamentos teóricos del problema investigado.....	7
1.1 El envejecimiento: tendencias mundiales.....	7
1.2 El proceso de envejecer: Acercamiento a su estudio.	8
1.3. Envejecimiento activo.	12
1.4. Factores de riesgo y bienestar psicológico en el adulto mayor.	15
1.5. Aproximaciones para el estudio del bienestar psicológico.	16
Capítulo 2: Diseño metodológico de la investigación empírica	24
2.1 Concepción metodológica.....	24
2.2 Alcance o tipo de investigación.....	24
2.3 Diseño de la investigación.....	24
2.4 Descripción de la población y muestra.	24
2.4.1 Definición y Operacionalización de las variables.	26
2.5. Métodos y técnicas empleados:.....	27
2.5.1. Métodos del nivel teórico.	27
2.5.2 Métodos del nivel empírico.....	28
2.5.2.1 Escala de bienestar psicológico: (Anexo 3).	28
2.5.2.2. Cuestionario: “Mi visión personal”. (Anexo 4). Descripción de la técnica:	29
2.5.2.3. Entrevistas semiestructuradas (Anexos 5)	30
2.5.2.4. Técnica de triangulación.	30
2.5.3 Procedimiento de recolección de los datos.	31
2.6. Procedimiento y análisis matemático/estadístico de los datos.....	32
Capítulo 3. Análisis y discusión de los resultados.....	33
3.1. Análisis cuantitativo y cualitativo de los datos.	33
3.2. Discusión triangulada.	41
Conclusiones.....	44
Recomendaciones.....	46
Referencias	47
Anexos.....	59

Introducción

El creciente aumento de la población anciana, es uno de los cambios más significativos, que se ha dado en las sociedades desarrolladas en la segunda mitad del siglo XX. El envejecimiento poblacional se presenta ante todos, como un fenómeno global que exige rápidas respuestas a todos los niveles de la sociedad. Hoy el ser humano vive como promedio 20 años más de vida, se manifiesta así una implosión demográfica, donde se relacionan las tasas de fecundidad con el progresivo aumento de la esperanza de vida, lo que inevitablemente conduce a un proceso de cambio gradual en la estructura por edades de la población, caracterizada por un incremento relativo en la proporción de personas de sesenta años y más. (Rodríguez, Álvarez, y Sanabria, 2015).

El ser humano está viviendo más años de vida. Actualmente, una persona de 60 años puede esperar vivir hasta los 81, es decir 21 años más. En las últimas cinco décadas, se ganaron en promedio más de 20 años. En las Américas, más del 80% de las personas que nazcan hoy, vivirán 60 años, y 42% de ellos pasarán los 80 (Ministerio de Salud Pública [MINSAP], 2015).

Nuestro país no se aparta de tal fenómeno, al contrario, múltiples trabajos lo señalan como uno de los países más envejecidos del mundo. (Anuario Estadístico. Departamento Estadístico Provincial, 2015)

El porcentaje de adultos mayores en el país, es alto y se estima que para el 2025, uno de cada cuatro cubanos, tendrá más de 60 años. (Rodríguez y Albizu-Campos, 2015).

Algunos investigadores han referido que Cuba se encuentra en la segunda transición demográfica; sin embargo, otros autores refieren que el país se halla en una etapa postransicional, con un importante e irreversible proceso de envejecimiento, acarreado fundamentalmente, por el acentuado y prolongado descenso de la fecundidad (la cual descendió del nivel de reemplazo a partir de 1978) lo que se vincula estrechamente con el desarrollo económico y social a corto, mediano y largo plazos alcanzado por el país. La combinación de estos factores ha incidido no solo en el tamaño y ritmo de crecimiento poblacional, sino en la estructura por edades, dando lugar a un desprendido proceso de envejecimiento. (Louro, Bayarre, & Alvarez Lauzarique, 2015). (Rodríguez y Albizu-Campos, 2015). (Vega, 2014).

Este proceso no se manifiesta de igual modo en todas las provincias. La zona occidental, con excepción de Pinar del Río, y la zona central presentan mayor envejecimiento.

Según datos estadísticos brindados por Villega, L. (2018) miembro del departamento de Estadística Provincial de Villa Clara, Santa Clara, en (comunicación personal) desde el 2016, la provincia cuenta con un índice de envejecimiento de 23,3 % y el Policlínico Docente Universitario “Chiqui Gómez-Lubián Urioste”, donde se enmarca nuestro estudio, presenta una población de 12091 adultos mayores.

Tal impronta, ha conducido a la búsqueda de respuestas que puedan potenciar un proceso salutogénico en dicha población, surgiendo múltiples categorías que permiten su abordaje. Precisamente, la categoría bienestar psicológico, (BP), se presenta ante nosotros con fuerza teórica–metodológica para este estudio, en tanto posibilita una perspectiva de análisis del adulto mayor, desde una visión dinámica y proactiva.

Los momentos o hitos más importantes que desde el punto de vista teórico han facilitado estos estudios, nos sitúa en la década de los 70 y 80 del pasado siglo, allí comienzan a proliferar teorías afines, de este modo, constructos como "bienestar subjetivo" de (Diener, 1994), "optimismo aprendido" de (Seligman, 2003; Seligman, 2004), o "felicidad objetiva" de (Kahneman, 2003), sientan las bases para enfatizar una disposición hacia la felicidad o desde lo positivo. Según Diener, Lucas, Schimmack & Helliwell (2009) esta aproximación hedónica, aborda cómo y por qué la gente experimenta su vida de forma positiva, incluyendo tanto juicios cognitivos como reacciones afectivas.

Desde otra perspectiva, el bienestar no se sustenta únicamente en la maximización de experiencias positivas y minimización de las negativas, sino que realza las opciones de vida, de potenciación humana, centrándose así en el desarrollo de las plenas capacidades del individuo. Esta perspectiva ha sido denominada eudaimonia (Diener, et al., 2009). La perspectiva eudaimónica ha sido sistematizada por Ryff & Singer (2008) en su modelo multidimensional de bienestar psicológico conformado por seis dimensiones. Esta segunda vía de acercamiento atiende más las circunstancias del entorno del individuo y sus recursos personales para interactuar constructivamente con dicho entorno, alude a la adquisición de aquellos valores que posibilitan la autorrealización. En un estudio cualitativo con personas mayores, la autora comprobó cómo muchos de los participantes mencionaban la importancia tanto de la felicidad como de los desafíos. Desde un enfoque cuantitativo, Ryff & Keyes

(1995) indican que algunas dimensiones del bienestar psicológico como la autoaceptación y el dominio del ambiente, parecen estar relacionadas con medidas de felicidad y satisfacción con la vida, es decir, con medidas de bienestar subjetivo, mientras que las dimensiones que quizás representan de manera más genuina el sentido del bienestar psicológico (propósito en la vida y el crecimiento personal) muestran escasamente relación con las medidas de bienestar subjetivo.

Este planteamiento fue ratificado posteriormente por Keyes, Shmotkin & Ryff (2002) quienes utilizaron una muestra representativa de la población de Estados Unidos y mediante el análisis factorial confirmatorio, obtuvieron que el modelo de relación que más se ajustaba a los datos era precisamente el indicado por Ryff & Keyes (1995).

A pesar de estos puntos de confluencia y controversias, Ryff (1995) ya había señalado que una caracterización más acabada del más alto de los bienes humanos, es definir el bienestar psicológico, como el esfuerzo encaminado a la perfección y al crecimiento, y está estrechamente relacionado con tener un propósito en la vida, con los desafíos y con encaminar los esfuerzos para superarlos en pos de metas valiosas.

Uno de los primeros trabajos y de mayor relevancia en la comunidad científica, fue el desarrollado por Ryff (1989; 2014) donde intentó encontrar criterios y cualidades concretas y estables que permitan hablar de bienestar y explorar en qué medida la persona cumple esos criterios o posee esas cualidades. Siguiendo su propuesta es que definimos de forma sintética las dimensiones del bienestar psicológico como:

Autoaceptación: significa algo más que conocerse a sí mismo y tener una percepción precisa de las propias acciones, motivaciones y sentimientos, incluye la necesidad de alcanzar una visión positiva de uno mismo y tener conciencia de sus limitaciones.

Relaciones positivas con los demás: implica la capacidad de mantener unas relaciones estrechas con otras personas, basadas en la confianza mutua y la empatía, así como ser capaz de preocuparse genuinamente por el bienestar propio y del otro.

Dominio del ambiente: existencia de un sentido de dominio y control en el manejo de los entornos en los que se está implicado.

Autonomía: cualidades de autodeterminación y capacidad para resistir la presión social, evaluarse a sí mismo y evaluar las situaciones en las que se está inmerso, pero en función de criterios personales.

Propósito en la vida: definido como el sentido de que la vida tiene significado y que este significado es capaz de integrar las experiencias pasadas con el presente, proyectando el futuro.

Crecimiento personal: visión de uno mismo como abierto a nuevas experiencias que enriquezcan y permitan la autorrealización personal.

Basados en esta perspectiva, surgen múltiples interrogantes: ¿cómo se expresan las configuraciones del BP del adulto mayor ante los cambios que la etapa promueve?, ¿cómo reorganizan sus expectativas de vida?, ¿cómo generan planes y proyectos?, ¿cómo construyen sus sentidos de vida y orientan sus acciones en el marco de sus propias experiencias?, ¿son congruentes el ideal pensado y asumido en la consecución de metas vitales, satisfacción armoniosa, crecimiento personal?

Es cierto que a nivel internacional y nacional, se realizan trabajos que desde una u otra mirada retoman el bienestar psicológico como categoría de análisis, podemos citar a modo de ejemplo las investigaciones desarrolladas por Gallardo y Moyano-Díaz (2012), Stavradi, Blanco & Gandarillas (2015), Kállay & Rus (2014), Ramírez, Ortega y Martos (2015), Tomás, Galiana, Gutiérrez, Sancho y Oliver (2016), Urzúa, Silva, Páez y Celis (2013), Sandoval, Donel y Véliz (2017), Moreta, Gabior y Barrera (2017), quienes han verificado no solo la validez de instrumentos para su medición, sino, la relación de esta categoría con diferentes variables de estudio.

En Cuba, han resultado interesantes las pesquisas desarrolladas por Grau (2012), Oramas, Santana y Vergara (2006), quienes enfocan el bienestar psicológico desde una visión de la salud; por su parte, autores como Villafuerte et al. (2017), lo relacionan con calidad de vida. De nuestra provincia, Villa Clara, nos interesa resaltar aquellas investigaciones centradas en el bienestar psicológico del adulto mayor, así, por ejemplo, podemos señalar los trabajos orientados a valorar el bienestar psicológico en adultos mayores institucionalizados Fernández, Arrabal y Molerio (2014) así como el bienestar psicológico en adultos mayores semi-institucionalizados. Borges y Arrabal (2014). A pesar de los resultados obtenidos, no queda resuelta la problemática y se abren nuevas interrogantes de búsquedas científicas, por lo que el punto de partida en la presente investigación se encuentra determinado por los siguientes elementos:

Problema de investigación:

- ¿Qué características presenta el bienestar psicológico de los adultos mayores, que conviven en familias extensas del Consultorio Médico 17-12, pertenecientes al Policlínico Docente Universitario “Chiqui Gómez-Lubián Urioste” de Santa Clara, Cuba?

Para dar respuesta a esta problemática y tomando como categoría psicológica de análisis el bienestar psicológico, se propone el siguiente **objetivo general**:

- Caracterizar el bienestar psicológico de los adultos mayores, que conviven en familias extensas del Consultorio Médico 17-12, pertenecientes al Policlínico Docente Universitario “Chiqui Gómez-Lubián Urioste”, Santa Clara. Cuba.

Objetivos específicos:

- Identificar el bienestar psicológico de los adultos mayores que conviven en familias extensas, a partir de las variables: edad, género, nivel de escolaridad, estado civil, estado ocupacional y convivencia.
- Describir las particularidades de las diferentes dimensiones del bienestar psicológico de los adultos mayores investigados, que conviven en familias extensas.

Novedad y aportes de la investigación.

En la ciudad de Santa Clara, en la provincia y a nivel nacional, no se constatan estudios específicos de la temática abordada, trascendiendo con este trabajo los hallazgos detectados hasta el momento.

Teóricamente se aporta a la profundización del estudio del bienestar psicológico de los adultos mayores, que conviven en familias extensas, aspecto que caracteriza de forma general nuestro contexto cubano.

Desde el punto de vista metodológico, se ofrece a los profesionales de la Psicología, técnicas e instrumentos para investigar dicho objeto de estudio, ofreciendo mayores oportunidades de utilizar la información con fines investigativos, diagnósticos o interventivos.

El informe investigativo está estructurado en tres capítulos.

En el primero se fundamenta el estado del arte sobre el objeto de estudio indagado, destacándose las consideraciones teóricas fundamentales sobre los principales conceptos,

categorías y elaboraciones personales sobre el bienestar psicológico de los adultos mayores, en el dominio específico investigado.

En el segundo capítulo se define el paradigma de investigación, el tipo de estudio realizado, el diseño asumido, las características de la muestra, los métodos, técnicas y procedimientos utilizados.

En el tercer capítulo se realiza el análisis y discusión de resultados, se presentan los hallazgos obtenidos con la finalidad de dar respuesta al problema científico y a los objetivos planteados en la investigación, los mismos se acompañan de tablas y gráficos ilustrativos. Finalmente se ofrecen las conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos.

Capítulo 1. Fundamentos teóricos del problema investigado

1.1 El envejecimiento: tendencias mundiales.

El envejecimiento de un país es consecuencia de su progreso, el envejecimiento poblacional, constituye un triunfo del desarrollo como tendencia mundial contemporánea. Sin embargo, la extensión de la vida humana hacia edades muy prolongadas de forma masiva, es un reto a enfrentar por las sociedades modernas. (Jackson, Strauss, Howe, Aparicio y Nakashima, 2009).

La vejez puede ser una etapa de la vida tan positiva como cualquier otra, llena de satisfacciones y calidad de vida y no debe establecerse ningún tipo de discriminación hacia las personas por razón de su edad. Aunque la edad constituye un elemento importante, se considera insuficiente como criterio aislado para evaluar, cuantificar y definir las necesidades de una persona adulta mayor enferma. (Ramírez, 2008).

Según los cálculos se estima para el 2025 en más de 1 100 millones las personas que en todo el planeta tendrán 60 años o más, de ellos la mayor parte, el 71,4 %, vivirá en los países subdesarrollados. Para el año 2050 se estima que sea el 22 % de la población total, casi 2 000 millones de personas. Las diferencias entre países son notorias. Mientras que en 1999 en las regiones más desarrolladas el 19 % de la población estaba en este rango de edad, en las menos desarrolladas era el 8 %, y a su vez, en los países menos desarrollados el 5 %. América Latina y el Caribe presentaban un 8 %, precedidos por Oceanía (13 %), Norteamérica (16 %) y Europa (20 %) (Martínez y Fernández, 2008).

Cuba que en 1990 contaba con un 11,9 % de personas con 60 años y más, experimentó el incremento de esta cifra a un 19,0% para el 2014. En el término de 24 años el envejecimiento se incrementó en 7,1 puntos porcentuales. La población de adultos mayores en el país está conformada por aproximadamente 2,12 millones de personas. (MINSAP. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticos de Salud. Anuario estadístico de Cuba, 2016).

En 15 años, Cuba estará arribando a un 26 % de su población con 60 años o más, siendo ya en ese momento el país más envejecido del América Latina y el Caribe, y para el 2050, con un 38 % de adultos mayores, Cuba se encontrará entre los once países más envejecidos del mundo. (Betancourt, 2010).

Hoy, existe una preocupación multidisciplinaria y multisectorial en la atención al adulto mayor por parte de todos los organismos, instituciones, organizaciones y actores de la sociedad cubana, insertados todos en el Plan de Acción de Cuba sobre Envejecimiento y en los Lineamientos de la Política Económica y Social Cubana (Espinosa, Romero y Espinosa, 2009).

Para alcanzar una longevidad satisfactoria, debe lograrse un envejecimiento saludable, condición que comienza mucho antes de los 60 años. Esta, solo puede obtenerse al desarrollar desde edades tempranas hábitos, estilos de vida saludables y con la prevención temprana de algunas enfermedades y discapacidades. Si bien la mayor parte de los adultos mayores tiene la posibilidad de mantenerse libre de discapacidad, la falta de un envejecimiento saludable desemboca en una vejez "patológica", y una proporción de ellos, que aumenta con la edad, se torna frágil y necesita apoyo, atención o institucionalización, muchas veces por el resto de sus vidas. Esto determina que el crecimiento de la población de adultos mayores conduzca a una creciente demanda de servicios sociales y de salud. (Medford, Cruz, Mateu, Calderón y Garzo, 2010).

1.2 El proceso de envejecer: Acercamiento a su estudio.

El envejecimiento desde el enfoque histórico-cultural propuesto por Vigotsky (1987) ha sido concebido como una nueva etapa de desarrollo, como un proceso natural, progresivo, de transiciones y cambios psicológicos, sociales, y biológicos que aparecen en el tiempo.

La vejez es concebida como período evolutivo que se sitúa a partir de los 60 años en lo adelante y se habla de la llamada cuarta edad para referirse a las personas que pasan de los 80 años. Por ello aparecen expresiones acerca de “viejos jóvenes” o adultos mayores de las primeras décadas y de los “viejos – viejos” o ancianos añosos para enmarcar la idea de cambios. En realidad, la abordo como una sola etapa: la del adulto mayor de la tercera edad. Etapa en la que se experimentan potencialidades, donde a pesar de los años y el deterioro que trae aparejado consigo la edad, los adultos mayores experimentan nuevas vivencias y continúan tributando, siendo útiles a la sociedad. (Orosa, 2003).

Envejecer es un proceso natural, gradual, complejo y heterogéneo, multicausal que origina cambios bioquímicos, fisiológicos, morfológicos, psicológicos, sociales y funcionales como resultado de la acción del tiempo sobre los seres vivos. Se produce en

cada sujeto de manera particular o sea, todas las personas no envejecen de la misma forma. En él intervienen la genética, la nutrición, la salud y diversos factores ambientales. El envejecimiento se debe analizar no como un problema, sino como un proceso, en tanto logro u oportunidad de la sociedad. (Castanedo, 2011; López y Ortigosa, 2014).

Es una etapa evolutiva como lo pueden ser la infancia o la adolescencia, aunque sin duda con características peculiares. La competencia intelectual continúa hasta edades muy avanzadas, sobre todo si las habilidades cognitivas se ejercitan de forma habitual (Aparicio, 2013).

El adulto mayor transita por una etapa de importantes cambios que particularizan la nueva situación social de desarrollo y van propiciando la aparición de necesidades y características diferentes a las de etapas anteriores. Los eventos vitales que generalmente son vivenciados por el propio adulto mayor en el sentido de pérdidas (jubilación, muerte de coetáneos, pérdida del cónyuge, entre otros), pueden originar sentimientos y estados de ánimo negativos, pero también aparecen eventos vitales favorecedores que no son vivenciados negativamente, como por ejemplo: la llegada de los nietos, la transmisión de experiencias, el ser soporte y ayuda de los demás. La familia se convierte en la principal preocupación del adulto mayor. Los nietos se vuelven una fuente de alegría. La necesidad de autotranscendencia, (neoformación principal de la etapa) es una adquisición que ocupa un lugar importante en la jerarquía motivacional del anciano. Se entiende como auto trascendencia todo lo que dejará una vez desaparecido físicamente el individuo. Actúa como reguladora del comportamiento en la senectud, define todas las relaciones sociales del anciano y le genera sentimientos de utilidad. La comunicación se ve satisfecha en los conocimientos que transmiten a estos. Una necesidad básica en la adultez mayor es la comunicación (familia y coetáneos) y dos de sus características radican en la necesidad de ser tenido en cuenta y transmitir su experiencia. (Orosa, 2003, p.5)

En la esfera social los adultos mayores también indican necesidades de integración e intercambio social, se retiran del trabajo y los que están enfermos o viven en situación de discapacidad pueden seguir contribuyendo activamente con sus familias, semejantes, comunidades y naciones. Es de vital importancia el desmontaje de la creencia que por ser mayores se detiene el proceso motivacional. La adultez mayor puede ser una etapa de

auténtico desarrollo motivacional. Con nuevas metas, proyectos de vida propios asociados a los contextos significativos.

El envejecimiento humano comprende dos esferas: el envejecimiento biológico y el cognitivo. El primero, es un proceso progresivo, intrínseco y universal. Son alteraciones que se producen en el organismo con el paso del tiempo y que conducen a pérdidas funcionales y la muerte (Gómez, Lecunal y Saiach. 2000).

El Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE, 2011). División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2012). Señala que existen diversos modelos para entender y conceptualizar la vejez como etapa de vida, entre los que destacan el de edad cronológica, el de edad fisiológica y el de edad social, sin embargo, es necesario partir de un concepto principal para el diseño de nuestras políticas, ya que ello orientará las intervenciones dirigidas a este grupo poblacional.

Para conocer la edad efectiva de las personas, se debe tomar en cuenta cuatro tipos de edades: la edad cronológica que se define por la cantidad de años cumplidos, la biológica que se centra en la afectación física del organismo, la social que establece el rol individual que se debe desempeñar en la sociedad y la psicológica que tiene que ver con la adaptación a las condiciones del medio.

Con relación al estudio del envejecimiento se encuentran autores que ponen de relieve una visión positiva del mismo y los que subrayan los aspectos negativos de este proceso. Entre las teorías o modelos que subrayan los aspectos negativos, están las teorías biologists, que en su mayoría abordan las causas del envejecimiento orgánico y se centran en las pérdidas que en él acontecen. La teoría sociológica de la modernización de Cowgill y Holmes parte de que en edades avanzadas los sujetos se encuentran en condición de inferioridad, así también la teoría de la desvinculación de Cummings y Henry (como se citó en López y Ortigosa, 2014) defienden que la desconexión es un proceso inevitable proporcionado por el propio envejecimiento, que trae como consecuencia que la relación entre el individuo y la sociedad se altere e incluso llegue a desaparecer.

Si bien los conceptos de edad cronológica y edad fisiológica son útiles, se toma como concepto de base el de edad social, aplicado "a las actitudes y conductas que una sociedad

considera adecuadas para una determinada edad cronológica..." (Fericgla, citado en op.cit. pp. 2-3), entendiendo que la concepción que se tenga sobre la vejez, independientemente de la relación directa que tenga con la edad cronológica, está básicamente determinada por las pautas impuestas por cada sociedad.

Desde esta perspectiva, se distingue el concepto de vejez, como resultado de una construcción social e histórica que posee el significado que una sociedad otorga a los procesos biológicos que la caracterizan, pero es preciso discutir esta construcción cultural, en tanto no permite atender de manera justa y adecuada a las personas adultas mayores; ya que las intervenciones en políticas públicas deben comprender de manera crítica a la vejez, a partir de su construcción social, permitiéndonos así intervenir en ciertos factores sobre los que hay que trabajar para lograr una sociedad más integrada, solidaria y justa para la población adulta mayor. (CELADE, 2011).

Entre las teorías psicológicas o modelos evolutivos que poseen una visión positiva a la hora de explicar los cambios que se generan con la edad, se encuentran las que se basan en estadios (E. Erikson, 1950; E. Erikson, 1968; E. Erikson, 1985; Loevinger 1976; Peck, 1959) y parten del supuesto de que el hecho de que el ser humano recorra diferentes fases evolutivas escalonadas por sus diferentes crisis, supone la idea de potencialidad, es decir, la capacidad para la maduración y el progreso. Se destaca también, la teoría del ciclo vital que dentro de sus principales asunciones se halla la idea de que el desarrollo no se completa en la edad adulta, sino que se extiende a lo largo de toda la vida y que desde la concepción progresa a través de procesos de adquisición, mantenimiento, transformación y desgaste implicados en estructuras y funciones psicológicas. Este enfoque también acepta los procesos de asimilación, acomodación y adaptación en la vejez como forma de adecuarse a las ganancias y compensar las pérdidas (Baltes y Baltes, 1990). Una de las aportaciones de este enfoque es el reconocimiento a las diferencias individuales y a la capacidad de reserva o plasticidad (López, 2008). Precisamente Baltes y Baltes (1990) proponen el modelo de optimización selectiva con compensación (SOC), que suscribe el carácter activo del individuo, al valorar que el sujeto reconociendo sus capacidades y limitaciones, se plantee objetivos y busque estrategias para alcanzar dichas metas.

Por su parte, la teoría de la actividad propuesta por Tartler en 1961, desde una perspectiva psicosocial del envejecimiento defiende la idea de que para lograr un envejecimiento satisfactorio, es necesario estar o permanecer activo. Esta propuesta plantea que el número y la calidad de las actividades realizadas son un factor determinante para el bienestar psicológico de la persona (López y Ortigosa, 2014).

1.3. Envejecimiento activo.

En el documento "Envejecimiento activo: un marco político", desarrollado por el Programa de Envejecimiento y Ciclo Vital de la Organización Mundial de la Salud OMS (2002) se señala que el envejecimiento activo es el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad, con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen. Esta concepción se aplica tanto a los individuos como a los grupos de población, proporcionándoles la posibilidad de alcanzar el potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital al mismo tiempo de proveer protección, seguridad y cuidados adecuados cuando necesitan asistencia.

El marco político para el envejecimiento activo se enmarca en los Principios de las Naciones Unidas para las Personas Mayores: independencia, participación, asistencia, realización de los propios deseos y dignidad, así como en el análisis de los factores relacionados con el envejecimiento activo y su influencia en el envejecimiento de las personas. (ONU, 2002).

Varios autores han establecido tres tipos de envejecimiento para la comprensión de este proceso: normal, patológico y exitoso (Baltes, & Baltes, 1990). Garfein y Herzog (1995) (como se citó en Fernández-Ballesteros et al., 2010)

El envejecimiento normal es aquel que evoluciona sin patologías inhabilitantes, mientras el patológico se desarrolla en un organismo enfermo. Rowe & Kahn (1987), (Citados por Fernández-Ballesteros et al., 2010) dicha concepción establece así, una diferencia entre envejecimiento normal y envejecimiento saludable, encerrando en este último concepto, una menor proporción de sufrir enfermedades, manteniendo las capacidades conservadas y participando activamente en la sociedad. En este sentido, se llega a un momento social en el que la persona, no envejece por circunstancias incontrolables a ella, sino que se convierte en el responsable de su propio envejecimiento.

Múltiples términos son los que se han utilizado para conceptualizar y tratar el buen envejecer tales como: envejecimiento "activo" "saludable", "exitoso", "óptimo", "vital", "productivo" (Baltes y Baltes, 1990; Fernández-Ballesteros, 2011; Fríes, 2012; OMS, 2002; Rowe & Kahn ,1987).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1990, empleo el término envejecimiento saludable, el mismo fue empleado por y posteriormente con motivo de la formulación del II Plan Internacional de Acción sobre Envejecimiento de Naciones Unidas en 2002, fue sustituido por el de envejecimiento activo, concepto multidimensional que abarca, trasciende y supera la buena salud y que está compuesto por un amplio conjunto de factores biopsicosociales (Fernández-Ballesteros, 2011).

El término envejecimiento "exitoso" y "óptimo" puede en algunos casos volverse impreciso, porque definir el "éxito" está en dependencia de la situación individual concreta, de las metas deseadas o de una circunstancia personal como una enfermedad o la pérdida de un ser querido. No obstante, desde la perspectiva de los teóricos, el envejecimiento con éxito está compuesto por un amplio conjunto de factores biopsicosociales, por ejemplo Rowe & Kahn (1987) lo definen con los siguientes componentes: baja probabilidad de enfermedad y de la discapacidad asociada, alto funcionamiento físico y mental y alta participación social. Sin embargo, otros autores como Lher (1982) y Siegrist, Knesebeck, & Pollack (2004) enfatizan la valoración subjetiva y la satisfacción con la vida como elementos indispensables del envejecimiento exitoso, destacando la importancia de la actividad y productividad social.

La participación es el involucramiento activo, personal o colectivo como sujeto de la actividad, participar significa ser parte de algo, tomar parte, compartir, implicarse, decidir. (Alonso et. al 2013 citados en Romero y M, 2014).

En "envejecimiento activo" es un término que ha ido consolidándose en los últimos años en la literatura científica. La OMS (2002), lo define como el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad, con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen.

A pesar de que este concepto ha sido descrito mediante factores biopsicosociales, la investigación empírica lo ha reducido a variables funcionales y salud física y aunque los autores consideran que los determinantes de este tipo de envejecimiento son también multi-dominio, su búsqueda e investigación ha sido igualmente reducida a los estilos de vida (Fernández-Ballesteros et al., 2010).

Hoy en día se trata de superar la concepción que enfatiza en la salud como determinante principal del buen envejecer. como se puede observar, se resalta el papel de la acción y responsabilidad del individuo en su propio proceso de envejecimiento, involucrando todo el ciclo vital y el ir envejeciendo con calidad de vida.

Fernández-Ballesteros et al. (2010) plantea que se podrían clasificar en cuatro las dimensiones sobre las que intervenir a nivel de la "persona" en la promoción de un envejecimiento activo, siendo éstas: el estilo de vida y funcionamiento físico, el funcionamiento cognitivo, el funcionamiento afectivo y afrontamiento y el funcionamiento social y participación.

En esta concepción de envejecimiento, lo "activo" se hace referencia a la participación continua en las cuestiones sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas, no sólo a la capacidad para estar físicamente activo o trabajar. Deets (2000) (citado por Engler, 2002) considera que la participación social es la fuerza que determina, reconoce y expresa el derecho de todo adulto mayor a decidir cómo aprovechar su dividendo personal de longevidad.

El Informe de la Segunda Asamblea Mundial de Envejecimiento en la ONU (2002) aborda la cuestión de la participación activa en la sociedad y en el desarrollo, planteándose que los adultos mayores deben tener la oportunidad de seguir contribuyendo a la sociedad, no solo desde el punto de vista económico, sino en otras funciones cruciales en la familia y la comunidad, como son el cuidado de otros, mantenimiento de los hogares, actividades voluntarias en la comunidad y la contribución en la preparación de las generaciones futuras.

El envejecimiento se había centrado en características exclusivamente patológicas y en un modelo de déficit, pero con el surgimiento de la psicología positiva, (Vázquez, 2009), se cambia el foco de interés centrándose en encontrar las cualidades humanas para que

funcionen como amortiguadores de la adversidad consiguiendo así, una mejor calidad de vida y un mayor bienestar, no tratándose solamente de la cantidad de años vividos, sino de vivir mejor y en mejores condiciones la vejez.

1.4. Factores de riesgo y bienestar psicológico en el adulto mayor.

A lo largo de la vida son muchos los factores sociales, psíquicos y biológicos que determinan el proceso salud-enfermedad de las personas. Al enfocarnos en el adulto mayor, se evidencian múltiples tensiones, como el hecho de que se ven privados de la capacidad de vivir independientemente por dificultades de movilidad, dolor crónico, fragilidad u otros problemas mentales o físicos, de modo que necesitan asistencia a largo plazo. En los ancianos son más frecuentes vivencias relacionadas con la experiencia del dolor por la muerte de un ser querido; existe un descenso del nivel socioeconómico como consecuencia de la jubilación, o se va instaurando la discapacidad debido al deterioro. Todos estos factores pueden ocasionarles aislamiento, pérdida de la independencia, soledad y angustia. (OMS, 2016).

Los adultos mayores también son vulnerables al maltrato, sea físico, sexual, psicológico, emocional, económico o material; al abandono, a la falta de atención y a graves pérdidas de dignidad y respeto. Los datos actuales indican que una de cada 10 personas mayores sufre maltrato. El maltrato no se limita a causar lesiones físicas sino también graves problemas psíquicos de carácter crónico, como la depresión y la ansiedad. (OMS, 2016).

La violencia es tan antigua como la humanidad misma y se reconocen la violencia infantil, contra la mujer y el anciano, siendo este último grupo una población en ascenso por las mayores expectativas de vida. Como resultado de ello, el número de casos de abuso en el anciano se incrementará y el impacto de este abuso sobre la salud debe ser considerado de forma adecuada. El abuso físico está definido como actos de violencia que causan dolor, daño o lesión, deterioro o enfermedad, e incluye ataduras, empujones, alimentar por la fuerza y uso inapropiado de restricciones físicas o medicación.

Campillo (2002), aborda diferentes tipos de violencia como factores de riesgos. Resalta.

- El psicológico o emocional: es la conducta que causa angustia mental; por ejemplo, amenazas, insultos verbales y no verbales, aislamiento y humillación.

-
- El financiero es el abuso del dinero o bienes de la persona anciana para ganancia personal del abusador o también haciendo uso de la coerción (cambio de testamento o concesión de poderes,).
 - El abuso por negligencia es el fallo de la persona que está al cuidado del anciano, para proveerle las necesidades básicas de la vida diaria y esa negligencia puede ser física, emocional o financiera.
 - La física puede ser el fallo para proveerle de los espejuelos, la dentadura, las medidas de seguridad y la higiene; la negligencia emocional incluye aquellos fallos para proveer al anciano de estimulación social, como por ejemplo: dejarlo solo por largos períodos; y la negligencia financiera se produce con los fallos para usar los recursos disponibles para restaurar o mantener el bienestar del anciano.
 - El abuso sexual está definido como el contacto íntimo no consensual, o la exposición o alguna otra actividad cuando el anciano es incapaz de dar su consentimiento (Campillo, 2002).
 - El abandono, este viene a significar el descuido, la desatención y el aislamiento de las personas encargadas del cuidado de un individuo y por esta acción se convierte en la falta de un deber, compromiso u obligación para hacer efectivo el derecho de ellos. Una de las principales causas para que suceda el abandono, es que la persona adulta mayor ya no posea una vida laboral útil, refiriéndose a la productividad ante la sociedad, lo que comienza a generar gastos en la familia. Situación que causa tensión y transforma el trato de hijas e hijos, amistades y parientes cercanos.

No obstante a los datos ofrecidos anteriormente, existen estudios que confirman cómo el adulto mayor, es capaz de aceptar y concientizar sus conflictos internos, trazarse estrategias de afrontamiento y encontrar soluciones creativas, tomar las riendas de su vida y dirigirlas en función de sus intereses, planes, sentimientos, necesidades y motivaciones, situándose en actitudes proactivas y acciones que favorecen sus niveles de bienestar psicológico; desde esta perspectiva es que nos adentramos en su estudio.

1.5. Aproximaciones para el estudio del bienestar psicológico.

La psicología desde sus orígenes al igual que la medicina comenzó interesándose exclusivamente por la enfermedad, las disfunciones y el dolor. Paralelamente a este

justificado y necesario interés por los malestares psicológicos y por cómo aliviarlos, la psicología mostraba un interés prácticamente nulo por los estados de bienestar psicológico.

En los últimos años el foco de interés va cambiando y sin abandonar el campo de la psicopatología del adulto mayor, se aprecia un mayor interés en el conocimiento de la felicidad (Csikszentmihalyi, 2012; Seligman y Csikszentmihalyi, 2000).

La búsqueda del bienestar subjetivo percibido por cada individuo y de los criterios para ordenar la propia vida hacia el logro y mantenimiento de dicho bienestar, han ocupado un lugar considerable en la historia del pensamiento humano.

Como señalan Kahneman, Diener y Schwartz (2003) el interés de la psicología académica por los estados de bienestar psicológico surge en la década de los 70 y 80 del pasado siglo. Comienzan así a surgir constructos como "bienestar subjetivo" de Diener (1980) "optimismo aprendido" de Seligman (1992) o "felicidad objetiva" de Kahneman (2003). Todos ellos se interesan, por lo que en una definición muy general de la psicología positiva se le describe como "el estudio científico sobre lo que hace que la vida merezca la pena de ser vivida" (Peterson, en Cebolla, García-Campayo & Demarzo, 2014, p. 174).

Blanco y Díaz (2005) distinguen dos tradiciones o dos vías de aproximación de la psicología al estudio del bienestar y la satisfacción personal: la hedónica y la eudaemónica.

La primera se ha centrado en el estudio del bienestar subjetivo, considerándolo como el bienestar que un sujeto siente por razones íntimas o por predisposición emocional propia y que guarda muy poca relación con las condiciones objetivas de su existencia.

La segunda, siguiendo la distinción de Blanco y Díaz (2005) es más reciente, sustituye el calificativo "subjetivo" por el de "psicológico" y tiene respecto a este "bienestar psicológico" una perspectiva menos "pasiva". Se interesa por las actitudes proactivas y acciones que el individuo pueda hacer para mejorar sus niveles de satisfacción con su vida, es decir, se interesa por cuestiones como el establecimiento de metas, la identificación y desarrollo de capacidades personales, etc. Siguiendo esta clasificación, que como toda clasificación pudiera ser discutible o matizable, comenzaremos por tratar la primera tradición, la hedónica o del "bienestar subjetivo".

- Aproximación hedónica: bienestar subjetivo

Según Diener (1994) “la literatura sobre el bienestar subjetivo trata de cómo y por qué la gente experimenta su vida de forma positiva, incluyendo tanto juicios cognitivos como reacciones afectivas” (p 67).

Diener es el autor del constructo "satisfacción con la vida" y da una breve y fiable escala para medirlo. Define esta satisfacción con la propia vida como “un proceso de juicio mediante el cual los individuos valoran la calidad de sus vidas sobre la base de su propio conjunto único de criterios”. (Pavot & Diener, 1993, p. 164).

Son los propios individuos quienes juzgando según sus prioridades personales los diferentes aspectos de su vida la valorarán como más o menos satisfactoria. Esto es conforme incluso con la propia etimología del término "subjetivo", que remite a algo único y propio de un sujeto concreto.

La (OECD, 2011; 2012; 2013b) no contempla el bienestar como mero sinónimo de "felicidad" (happiness), el bienestar subjetivo (subjective well-being) es tenido en cuenta, de manera general, como buenas disposiciones mentales (good mental states) incluyendo todas las diferentes evaluaciones, positivas y negativas, que las personas hacen de sus vidas y las reacciones afectivas de las personas a sus experiencias. Al respecto, pese a que se reconoce la pretensión de una definición inclusiva desde la que medir el modo en el que las personas evalúan sus propias vidas de manera integral, los aspectos centrales de esta medición se centran en indicadores materiales (en términos de evaluación de vida -life evaluation-, en tanto que "evaluación reflexiva sobre la vida de una persona o de algún aspecto concreto de la misma"), también psicológicos (en términos de afecto -affect- como "sentimientos de una persona o estados emocionales, por lo general miden con referencia a un particular, el punto en el tiempo") e incluso filosófico-psicológicos (bajo el concepto griego de "eudaimonia", definido como el "sentido de significado y propósito en la vida, o el buen funcionamiento psicológico") Sin embargo, cuidado y territorio aparecen sólo como elementos laterales en las más recientes operacionalizaciones e indicaciones de medición de bienestar subjetivo (OECD, 2013b, p.10).

Como se observa, la tradición hedónica concibió originalmente el bienestar como un indicador de la calidad de vida basado en la relación entre las características del ambiente y

el nivel de satisfacción experimentado por las personas (Campbell, Converse, y Rodgers, 1976).

Varios autores pasaron posteriormente a definirlo en términos de satisfacción con la vida: juicio global que las personas hacen de su vida (Diener, 1994; Veenhoven, 1995; Atienza, Pons, Balaguer, y García-Merita, 2000), o en términos de felicidad: balance global de los afectos positivos y los afectos negativos que han marcado nuestra vida, tal y como lo concibió Argyle (1987).

- Aproximación eudaemónica: bienestar psicológico

Una segunda vía de aproximación al bienestar o satisfacción de las personas, la denominada por Blanco y Díaz (2005) "bienestar psicológico", atendería más a circunstancias del entorno del individuo y a sus recursos personales para interactuar constructivamente con dicho entorno; alude a la adquisición de aquellos valores que posibilitan la autorrealización.

A decir de Freire, Ferradás, Núñez y Valle (2017) el enfoque eudaimonista del bienestar, ha inspirado numerosos conceptos vinculados al funcionamiento psicológico positivo tales como la autoactualización (Maslow, 1968), la madurez (Allport, 1961), o el funcionamiento personal satisfactorio (Rogers, 1961).

Buscando la integración de estas posturas, es que Ryff (1989) operativizó un modelo de bienestar eudaimónico integrado por seis dimensiones: autoaceptación, relaciones positivas con otras personas, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal y diseñó un instrumento de medida de estas seis dimensiones, las Escalas de Bienestar Psicológico, que, hasta la fecha, constituye el más utilizado para la evaluación del bienestar eudaimónico y que será explicada posteriormente.

Tras la definición ofrecida por Ryff (1989) de los componentes que formarían parte del bienestar psicológico, se ha tratado de hacer una distinción entre éste y el bienestar subjetivo, y explorar si existía alguna relación entre estas dimensiones del bienestar psicológico y las medidas de bienestar subjetivo. Los datos hasta el momento, parecen indicar que el bienestar psicológico tal y como es medido por Ryff es un concepto relacionado, aunque distinto, del bienestar subjetivo. Por ejemplo, en un estudio cualitativo con personas mayores y de mediana edad, Ryff (1989), comprobó cómo muchos de los participantes mencionaban la importancia tanto de la felicidad como de los desafíos en su

definición. Desde un enfoque cuantitativo, Ryff & Keyes (1995) indican que algunas dimensiones del bienestar psicológico (en concreto, la autoaceptación y el dominio del ambiente) parecen estar relacionadas con medidas de felicidad y satisfacción con la vida (es decir, con medidas de bienestar subjetivo), mientras que las dimensiones que quizá representan de manera más genuina el sentido del bienestar psicológico (propósito en la vida y el crecimiento personal) no muestran apenas relación con las medidas de bienestar subjetivo. Este planteamiento fue corroborado posteriormente por Keyes, Shmotkin & Ryff (2002) quien utilizó una muestra representativa de la población de Estados Unidos y mediante el análisis factorial confirmatorio, obtuvo que el modelo de relación que más se ajustaba a los datos era precisamente el indicado por Ryff & Keyes (1995).

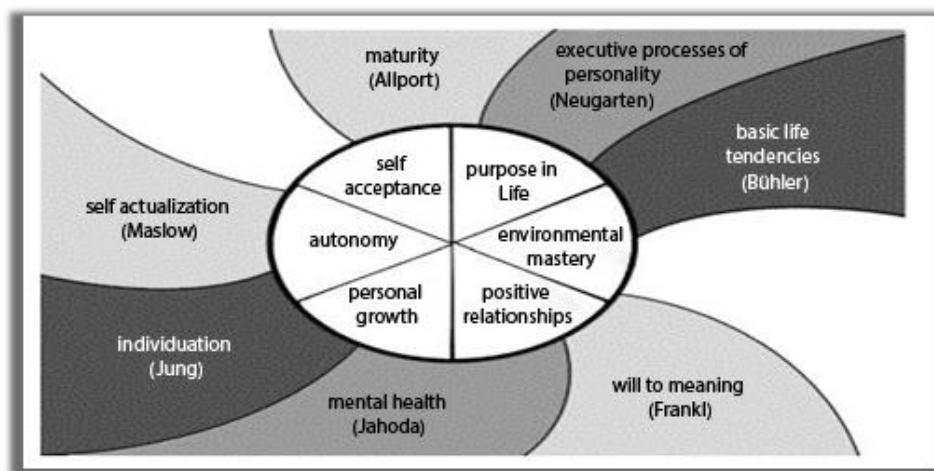
Según Keyes et al, (2002) el modelo presentaba las siguientes características:

- Ambos constructos (bienestar subjetivo y bienestar psicológico) estaban relacionados de una manera global.
- Pese a ello, ambos poseían dimensiones únicas que no compartía el otro. En el caso del bienestar psicológico, estas dimensiones únicas incluían el propósito en la vida y el crecimiento personal.
- Existían áreas de solapamiento entre los dos constructos, áreas que incluían las dimensiones de autoaceptación y competencia ambiental, que parecían estar relacionadas tanto con el bienestar psicológico como con el subjetivo.

A pesar de estos hallazgos y controversias, Ryff desde 1995 ya había señalado que una caracterización más ajustada del más alto de los bienes humanos, es definir el bienestar psicológico, como el esfuerzo por perfeccionarse y la realización del propio potencial. Así, el bienestar psicológico tendría que ver con tener un propósito en la vida, con que la vida adquiriera significado para uno mismo, con los desafíos y con un cierto esfuerzo con superarlos y conseguir metas valiosas, mientras que el bienestar subjetivo tendría que ver más con sentimientos de felicidad, de ausencia de problemas y de presencia de sensaciones positivas. Por poner un ejemplo extremo, una persona que esté experimentando sufrimiento y dolor (es decir, un bajo bienestar subjetivo) podría al mismo tiempo experimentar un gran bienestar psicológico si contempla ese sufrimiento como algo con significado desde su perspectiva que le hace convertirse en mejor persona.

En resumen, y como comenta George (2000) la perspectiva del bienestar psicológico enfatiza el funcionamiento positivo más que los sentimientos positivos.

Ryff (1989) desarrolló uno de los primeros trabajos y de mayor relevancia en la comunidad científica, donde intenta encontrar criterios y cualidades concretas y estables que permitan hablar de bienestar y explorar en qué medida la persona cumple esos criterios o posee esas cualidades, mientras que, en el caso del bienestar subjetivo, la única medida es la experiencia subjetiva.



Gráfico# 1. Modelo multidimensional de Bienestar Psicológico. Ryff (1989)

Para establecer estos criterios Ryff (1989) se basa en distintos precedentes, recogiendo corrientes tanto médicas como psicológicas, que abogan por la definición positiva de la salud más allá de la ausencia de enfermedad, como las propuestas de Jahoda (1958) que analizan no tanto la patología, sino más bien, la posibilidad de alcanzar un funcionamiento psicológico pleno, como las propuestas de Maslow (1968) o que se basan en una concepción evolutiva que enfatiza el cambio y el progreso de la persona a lo largo de la adultez, como la propuesta de Erikson (1959).

Pero, posiblemente, el cambio central fue integrar todas estas perspectivas en algo coherente en su conjunto, identificando los puntos de convergencia de todas estas formulaciones de pensamiento positivo. Como se enunció anteriormente y a partir de estos antecedentes, Ryff (1989) define las dimensiones del bienestar psicológico:

- **Autoaceptación:** Significa algo más que conocerse a sí mismo y tener una percepción precisa de las propias acciones, motivaciones y sentimientos; incluye la necesidad de alcanzar una visión positiva de uno mismo. Tal y como indica Triado (2003)

esta dimensión implica el mantenimiento de una actitud positiva hacia sí mismo, reconociendo y aceptando la multiplicidad de aspectos que lo componen, incluyendo componentes positivos y no tan positivos. De este modo, se parte de que las personas intentan sentirse bien consigo mismas, incluso siendo conscientes de sus propias limitaciones.

- **Relaciones positivas con los demás.** Para Jahoda (1958) el afecto a los demás es una de las fuentes principales del bienestar, siendo la capacidad de amar el componente central de la salud mental positiva. Para Triado (2003) esta dimensión implica la capacidad de mantener relaciones estrechas con otras personas, basadas en la confianza mutua y la empatía, así como ser capaz de preocuparse genuinamente por el bienestar del otro.

- **Dominio del ambiente:** se refiere a la existencia de un sentido de dominio y control en el manejo de los entornos en los que se está implicado. Las personas con un alto dominio del entorno poseen una mayor sensación de control sobre el mundo y se sienten capaces de influir sobre el contexto que les rodea.

- **Autonomía:** se relaciona con las cualidades de autodeterminación y la capacidad para resistir la presión social y evaluarse a sí mismo y las situaciones en las que se está en función de criterios personales. Para poder sostener su propia individualidad en diferentes contextos sociales, las personas necesitan asentarse en sus propias convicciones (autodeterminación) y mantener su independencia y autoridad personal (Ryff & Keyes, 1995). Las personas con autonomía son capaces de resistir en mayor medida la presión social y auto-regulan mejor su comportamiento (Ryff & Singer, 2002).

- **Propósito en la vida:** definido como el sentido de que la vida tiene significado, y que este significado es capaz de integrar las experiencias pasadas con el presente y lo que traerá el futuro. Incluye la presencia de objetivos vitales definidos.

- **Crecimiento personal:** hace referencia a la visión de uno mismo como abierto a nuevas experiencias que enriquezcan y permitan realizar todo el potencial. Así, de todos los aspectos del bienestar, este es el más cercano al significado de la eudaimonía, relacionado explícitamente con la autorrealización del individuo.

De sus pesquisas investigativas surge y se valida las Escalas de Bienestar Psicológico, que, hasta la fecha, constituye el instrumento más utilizado para la evaluación del bienestar

eudaimónico, a pesar de ello la propia autora ha planteado la posibilidad de que el modelo de 6 dimensiones de primer orden incluya un factor latente de segundo orden. Otros autores como Kafka & Kozma (2002) han propuesto una solución de cinco dimensiones de primer orden, al evidenciar que la autoaceptación y el dominio del entorno saturaban en un único factor.

Una de las cuestiones que se ha discutido es si las personas divergen en la forma en que experimentan el bienestar psicológico de acuerdo al período evolutivo que atraviesan. Desde esta visión Gallardo y Moyano-Díaz (2012) lo confirman, enfatizando que esta variable influye en las características psicométricas del instrumento, considerando por lo tanto que el modelo original de Ryff (1989) de 6 dimensiones de primer orden sin factores latentes, se ajusta a los estudios que se pretendan realizar.

Tomás, Meléndez y Navarro (2008) evidenciaron que los modelos de 5 y 6 factores mostraban índices de ajuste muy similares, por lo que podrían ser utilizados indistintamente en estudios de personas mayores.

Tomando como referencia las aportaciones de los trabajos revisados, en el presente estudio, será utilizado el modelo teórico-metodológico de Ryff (1989) el cual continúa con actualidad y vigencia, demostrando como núcleo central el bienestar eudaimónico, manteniendo refrendo empírico en investigaciones con adultos mayores.

Capítulo 2: Diseño metodológico de la investigación empírica

Las valoraciones teóricas expuestas en el capítulo anterior, conducen a que en este capítulo, se asuma un paradigma mixto de investigación, de corte transversal o transaccional, en tanto pretendemos ofrecer interpretaciones de una realidad individual-social. Se describe el tipo de estudio, la muestra, se operacionalizan las variables, se explicitan los métodos y técnicas empleadas, así como los procedimientos utilizados en el proceso investigativo.

2.1 Concepción metodológica.

La investigación se sustenta en el paradigma mixto de investigación científica, el mismo permite dar respuesta al problema de investigación planteado y a los objetivos derivados de él (Hernández, Fernández-Collado y Baptista, 2006, 2010, 2014).

2.2 Alcance o tipo de investigación.

El alcance de la investigación es exploratorio-descriptivo. Es exploratorio porque constituye un acercamiento a un tema poco estudiado en este contexto, y descriptivo en tanto permite “especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice”, (Hernández, Fernández-Collado y Baptista, 2010, p.80).

2.3 Diseño de la investigación.

Se selecciona un diseño explicativo secuencial (DEXPLIS), el cual se caracteriza por partir de la búsqueda de datos cuantitativos, la cual conduce a otra donde se evalúan los datos cualitativos, la mezcla mixta ocurre cuando ambas etapas se integran en la interpretación y elaboración del reporte del estudio. Para el presente trabajo ambos análisis poseen el mismo peso. (Hernández, Fernández y Baptista, 2014)

2.4 Descripción de la población y muestra.

La muestra o unidad de análisis de nuestra investigación se trabajó mediante un muestreo no probabilístico (intencional) y coincide con la población de los adultos mayores que conviven en familias extensas del consultorio médico 17-12, pertenecientes al policlínico Docente Universitario “Chiqui Gómez-Lubián Urioste” de Santa Clara, la que quedó conformada por 24 sujetos, los cuales cumplieron con los criterios establecidos para la selección muestral, que precisamos a continuación:

Los sujetos fueron seleccionados bajo los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Edades comprendidas entre 60-70.
- Que convivan en familias extensas.
- No presentar deterioro cognitivo.
- No presentar patologías psiquiátricas.
- Consentimiento informado para participar en la investigación.

Criterios de exclusión:

- Los adultos mayores que no cumplan los criterios anteriores.

Criterios de salida:

- Personas que expresen el deseo o necesidad de salir del estudio, o dejen de asistir a las sesiones de trabajo.

La investigación se desarrolló en el tiempo comprendido entre los meses de enero del 2017, hasta el mes de diciembre del 2017.

De esta manera la muestra quedó conformada por 24 adultos mayores, cuya descripción sociodemográfica se presenta en la tabla #1:

Tabla# 1. Distribución muestral por variables

Categoría	Sub- Categoría	Cantidad
Género	Femenino	16
	Masculino	8
Edad	60-65 años	9
	66-70 años	15
Nivel de Escolaridad	Primario	2
	Medio	8
	Medio Superior	13
	Superior	1
Estado Ocupacional	Ama de Casa	9
	TCP	2
	Trabajador	2
	Jubilado	8
	Jubilad Recontratado	3
Estado Civil	Casado	14
	Divorciado	6
	Viudo	4
Extensión de la Familia	Bigeneracional	5
	Trigeneracional	17
	Multigeneracional	2

Fuente: Procesamiento de los datos, SPSS: versión 22.0

2.4.1 Definición y Operacionalización de las variables.

A continuación, se muestra la operacionalización de cada una de las variables objeto de estudio respecto a la presente investigación teniendo en cuenta los postulados teóricos-metodológicos asumidos en la misma. Por un lado, se muestra las descripciones desde el punto de vista constitutivo de la variable y por otro desde una perspectiva operativa acerca de cómo se realiza su medición, exploración, etc. Estos elementos se encuentran más detallados en la Tabla # 2 que aparece a continuación.

Tabla # 2. Variables de estudio y operacionalización.

Variable	Dimensiones	Técnicas
Bienestar psicológico del adulto mayor: Proceso caracterizado por actitudes proactivas y acciones que potencien sus niveles de satisfacción con la vida. El sujeto utiliza recursos personales para interactuar constructivamente con su entorno, posibilitándose la autorregulación en función del crecimiento personal (Blanco y Díaz, 2006). (Ryff, 1989).	Autoaceptación: Aceptación y actitud positiva hacia si mismo. (Triadó, Osuna, Solé y Villar, 2003).	Escala de bienestar psicológico de Ryff
	Relaciones positivas con los demás: Sistema de relaciones basadas en la confianza mutua y la empatía. Triadó et al (2003).	
	Dominio del ambiente: Sentido de dominio y control de su entorno, lo que posibilita una posición activa ante este. (Ryff & Keyes, 1995).	Entrevistas semiestructuradas.
	Autonomía: Autodeterminación para asumir posiciones personales ante la presión social y las nuevas situaciones de vida en las que está inmerso. (Ryff & Keyes, 1995). (Ryff & Singer, 2002).	
	Propósito en la vida: Sentido de que la vida tiene significado, y que este significado es capaz de integrar las experiencias pasadas con el presente proyectándolo para el futuro. Incluye la presencia de objetivos vitales definidos. (Ryff & Singer, 2008).	Cuestionario "Mi visión personal". (Naughton, 2006). (Porter y Otero, 2006).
	Crecimiento personal: Visión de si mismo como abierto a nuevas experiencias que enriquezcan y permitan realizar todo su potencial. (Ryff, 1995). (Ryff & Singer, 2002).	

Fuente: Elaboración personal basada en fundamentos teóricos revisados.

2.5. Métodos y técnicas empleados:

2.5.1. Métodos del nivel teórico.

Los métodos teóricos permiten revelar las relaciones del objeto de la investigación no observables directamente; se utilizan en la etapa de fundamentación del proceso, en la etapa

de la concepción del diseño, así como en el propio análisis de los resultados. Sin separarlo del resto de los métodos resaltamos los siguientes:

- **El método histórico-lógico.** Permite realizar el análisis histórico del objeto de estudio, conocer su evolución y desarrollo a lo largo del proceso investigativo.
- **El método sistémico-estructural.** En nuestro estudio facilita la orientación general en la concepción del proceso investigativo, el cual incluye momentos o etapas que conducen a valoraciones integrales del fenómeno analizado.
- **Método analítico-sintético e hipotético-deductivo,** para la obtención de los datos y la interpretación de los mismos.

2.5.2 Métodos del nivel empírico

2.5.2.1 Escala de bienestar psicológico: (Anexo 3).

El debate académico ha traído como resultado múltiples instrumentos para evaluar el bienestar, (Deaton, 2008; Diener, Lucas, Schimmack, & Helliwell, 2009). No obstante, para este trabajo se utiliza la “Escala de Bienestar Psicológico” (EBP) de Ryff (1989) la cual ha sido objeto de diferentes validaciones, (Díaz et al., 2006; Kállay & Rus, 2014) y ya ha sido utilizada en nuestro territorio (Borges y Arrabal, 2014).

Descripción: La técnica tiene como objetivo: Evaluar los niveles de bienestar experimentados por los adultos mayores que conviven en familias extensas.

Está compuesta por 39 ítems, con un formato de respuesta tipo Likert de seis alternativas, desde "completamente de acuerdo" a "completamente en desacuerdo". Incluye seis escalas: auto-aceptación (6 ítems), relaciones positivas con otros (6 ítems), autonomía (8 ítems), dominio del entorno (6 ítems), propósito en la vida (6 ítems) y crecimiento personal (7 ítems).

Para la corrección se invierten los ítems: 2, 4, 5, 8, 9, 13, 15, 20, 22, 25, 26, 27, 29, 30, 33, 34, y 36; siguiendo la siguiente pauta: (1=6) (2=5) (3=4) (4=3) (5=2) (6=1)

Para la escala total, se suman los 39 ítems, teniendo cuidado de usar los puntajes recodificados:

$$\text{Auto-aceptación} = (1 + 7 + 13\text{rec} + 19 + 31 + 25\text{rec})$$

Relaciones positivas = $(2\text{rec} + 8\text{rec} + 14 + 20\text{rec} + 26\text{rec} + 32)$

Autonomía = $(3 + 4\text{rec} + 9\text{rec} + 10 + 15\text{rec} + 21 + 27\text{rec} + 33\text{rec})$

Dominio del Entorno = $(5\text{rec} + 11 + 16 + 22\text{rec} + 28 + 39)$

Crecimiento personal = $(24 + 30\text{rec} + 34\text{rec} + 35 + 36\text{rec} + 37 + 38)$

Propósito en la vida = $(6 + 12 + 17 + 18 + 23 + 29\text{rec})$

Calificación: para clasificar el bienestar psicológico se suman los valores alcanzados en cada ítem y se analiza el grado de bienestar psicológico, el cual se ubica en tres categorías según la puntuación obtenida. (Borges y Arrabal, 2014).

Nivel bajo: cuando la puntuación es menor de 125 puntos y sus indicadores representan una menor percepción del bienestar psicológico, expresándose en la escasa construcción de proyectos de vida, de esfuerzos encauzados en la corrección y el crecimiento del potencial humano, y al no encaminar los esfuerzos para superarlos en pos de metas valiosas.

Nivel medio: cuando la puntuación es de 125 a 143 puntos. Sus indicadores manifiestan sentidos y proyectos que revelan relación de positividad en cuanto a la construcción de propósitos en la vida, metas valiosas y crecimiento del potencial humano.

Nivel alto: cuando la puntuación es mayor de 143 puntos, representando así, una mayor percepción del bienestar psicológico, expresándose en el esfuerzo encauzado a la corrección y al crecimiento el desarrollo del potencial humano, estrechamente relacionado con tener un propósito en la vida, y con encaminar los esfuerzos para superarlos en pos de metas valiosas.

2.5.2.2. Cuestionario: “Mi visión personal”. (Anexo 4). Descripción de la técnica:

Esta técnica consiste en un cuestionario, el cual consta de 20 ítems, indagándose en aspectos relacionados con la imagen que posee el sujeto de sí mismo, sus planes, sentido y proyectos de vida. (Naughton, 2006). (Porter y Otero, 2006).

Objetivo: Explorar sentido y proyectos de vida en los sujetos de la muestra.

Procedimiento de aplicación: Se le entrega una hoja de papel a cada sujeto con la siguiente consigna: “Complete el siguiente cuestionario y trate de responder a todas las preguntas.”.

Se recomienda a los encuestados la lectura de las instrucciones y se ofrece información oral sobre las mismas. El escenario de aplicación fue el consultorio y la duración se extendió entre los 30 y 40 minutos.

Calificación: El análisis de esta técnica se realiza de una manera cualitativa. En su lugar se establecen unidades de información con carácter relevante, de cuya interrelación, se obtienen los resultados integrales, considerándose para ello la frecuencia de aparición de los contenidos revelados. Es así que en el análisis de las respuestas, se establecen los indicadores de conflictos (o cualquier expresión significativa) por esfera u áreas (familiar, laboral, personal, social, sexual, salud, entre otros) y se clarifican los aspectos relacionados con la imagen personal que posee el sujeto sobre sí mismo, sus planes y proyectos de vida, así como las aptitudes, intereses, frustraciones y temores en su relación directa o indirecta.

2.5.2.3. Entrevistas semiestructuradas (Anexos 5)

Descripción de la técnica: La entrevista semiestructurada se utilizó para favorecer un diálogo más flexible y susceptible de orientación, pues se trabajó sobre la base de ayudas de pautas, donde se combinaron las preguntas previamente “pensadas” según el tema objeto de estudio, pero a su vez y durante el transcurso de la entrevista, surgían interrogantes colaterales que permitían ampliar o profundizar en la información que nos resultó de interés. (Behar, 2008).

Para la realización de esta entrevista, se estructuraron algunos indicadores que orientaron el cumplimiento de los objetivos.

Calificación: Interpretación cualitativa por categorías y análisis de contenidos.

2.5.2.4. Técnica de triangulación.

Partiendo de las aportaciones de Denzin (1989) y Creswell (2002) se utiliza la triangulación como técnica de investigación, mediante la cual el objeto de estudio es abordado desde diferentes perspectivas de contraste. Se asume la clasificación en la que se articulan cuatro tipologías básicas: triangulación de datos, en tanto se confrontan los diferentes datos obtenidos en el estudio; la triangulación teórica, la que posibilita la comparación y adopción de una teoría

mediante el análisis de diferentes supuestos teóricos; la triangulación metodológica, pues se utilizan diferentes métodos para abordar el mismo objeto de estudio y la triangulación de investigadores, para evaluar desde diferentes perspectivas y experiencias, las distintas aproximaciones respecto al problema investigado.

2.5.3 Procedimiento de recolección de los datos.

Primeramente, se dialogó con la dirección del centro asistencial: Policlínico Docente Universitario “Chiqui Gómez-Lubián Urioste” de Santa Clara, Villa Clara, donde se les solicitó la autorización, el consentimiento informado para el proceso investigativo, (Ver Anexo #1) posteriormente se realizó este proceso de intercambio con el equipo básico de salud y consultorio de donde se procedió a seleccionar entre ellos la muestra con la que se realizó el estudio. A continuación, se solicitó el consentimiento informado de los adultos mayores que formarían parte de la investigación, (Anexo #2) y se les estimula la disposición para participar en el estudio. Se estableció un contrato en el que se colegió con cada adulto mayor el horario, lugar y día en que se aplicarían las técnicas, el tiempo necesario, las sesiones de trabajo y los objetivos que se perseguían con la investigación.

El trabajo de campo se realizó en dos sesiones. Buscando la “comodidad” de los sujetos, se procedió a la aplicación de las técnicas de modo individual, teniendo en cuenta el estado de salud presentado por los adultos mayores, el ritmo de trabajo, comprensión de cada sujeto, así como las características de personalidad. Se observó en cada momento a los adultos mayores y se les motivó para lograr una mayor implicación en cada una de las sesiones, también se tuvieron en cuenta las condiciones de iluminación, ventilación, ruido y privacidad.

En un primer momento se trabajó con la Escala de Bienestar Psicológico, (Anexo #3) la cual se acompañó de la entrevista semiestructurada 1. (Anexo #5)

Pasado una semana se citan nuevamente a los sujetos y se aplica el Cuestionario “Mi visión personal” (Anexo # 4) de forma similar, se acompaña de la entrevista semiestructurada #2. (Anexo #5) la cual nos ayudó a profundizar en el interior de algunas de las categorías que resultaron de interés en el proceso de evaluación.

El escenario de aplicación fue el consultorio y la duración de cada sesión fluctuó entre los 30 y 40 minutos, en cada una de estas se estimuló y fortaleció constantemente la relación con cada adulto mayor.

2.6. Procedimiento y análisis matemático/estadístico de los datos

Para procesar los datos desde una perspectiva cuantitativa se utilizó la estadística descriptiva, como de la inferencial. En todos los casos se trabajó con un nivel de confianza del 95%, lo cual es adecuado para este tipo de investigaciones. Los cálculos y pruebas se realizaron usando programas computacionales profesionales, tal es el caso del *Statiscal Product and Service Solutions* (SPSS) versión 22.0 y el Microsoft Excel 2013. (IBM Corp. Released 2013)

Entre los procedimientos utilizados están las tablas de frecuencia con el objetivo de describir los valores de las variables estudiadas; acompañado de valores descriptivos como la media, mediana y el coeficiente de variación, que permitieron comprender la naturaleza de los datos.

Se realizaron varias pruebas de contraste de hipótesis, en este caso se aplicaron las pruebas no paramétricas como la U de Mann-Whitney (Mann & DR Whitney, 1947, p. 18: 50-60.) Además, se aplicó la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis, (Kruskal & Wallis, 1952, p. 525-540) la cual es una prueba estadística no paramétrica que contrasta a la vez, si existen diferencias significativas entre tres o más grupos de muestras independientes. La prueba, por tanto, no requiere de un análisis de normalidad de los datos. El tipo de datos que pueden utilizarse son datos cuantitativos y cualitativos ordinales. Esta prueba es una extensión de la prueba U de Mann-Whitney y la alternativa no paramétrica a la prueba ANOVA.

Capítulo 3. Análisis y discusión de los resultados

En el presente capítulo se analizan e interpretan los resultados cuantitativos y cualitativos sobre el problema de investigación, efectuándose las triangulaciones necesarias para este fin.

3.1. Análisis cuantitativo y cualitativo de los datos.

Los datos aportados en la Tabla #1 del Capítulo #2, nos permiten establecer características generales de los adultos mayores investigados: el promedio de las edades es de 66.2 años. En el hogar conviven como promedio entre cuatro y cinco personas. El 58% son casados, el 25% divorciado y el 17% son viudos.

Se realizaron varias pruebas de contraste de hipótesis, en este caso se aplicaron las pruebas no paramétricas como la U de Mann-Whitney (Mann & DR Whitney, 1947) y la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis, (Kruskal & Wallis, 1952), la cual contrasta a la vez, si existen diferencias significativas entre tres o más grupos de muestras independientes. Como se plasma en la Tabla #3, la frecuencia absoluta y relativa del estado ocupacional, demuestra una tendencia mayoritaria a “ser ama de casa” o “estar jubilados”, aspecto que los desvincula de la actividad laboral. Permanecen trabajando 2 sujetos y 5 se reincorporan en la categoría de “jubilados recontratados”, esto lo diferencia de la categoría anterior, en el hecho de que perciben además de su salario como jubilados, el que remunera la opción laboral asumida.

Tabla # 3. Frecuencia absoluta y relativa del estado ocupacional

Estado ocupacional	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Ama de casa	9	0,38
Jubilado	8	0,33
Trabajando	2	0,08
Recontratado	5	0,21
Total	24	1

Fuente: Procesamiento estadístico de los datos, SPSS: versión 22.0

En el Gráfico #2 se muestra que el nivel escolar predominante es el medio superior (38%), seguido por el nivel medio, (34%). El 4% es graduado universitario, y el 8% alcanza el nivel primario.

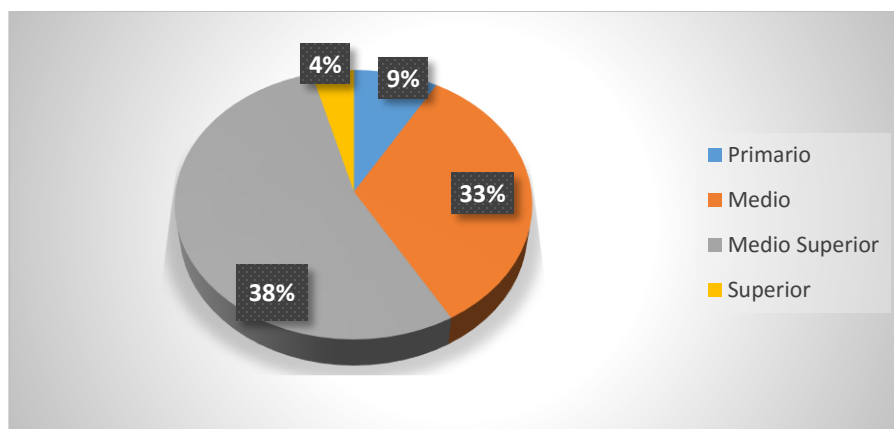


Gráfico #2. Nivel de escolaridad de la muestra.

El análisis de la EBP, (Tabla #4) demuestra que en el 87,5% existen niveles bajos de BP. El 12,5% muestran niveles medios. Asimismo, cuando se analizan los valores de la media ($m = 106$) de las puntuaciones obtenidas por los adultos mayores, el coeficiente de variación es solamente del 12%.

Tabla #4. Niveles de bienestar psicológico

Niveles de bienestar psicológico	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Menores de 125 (Bajo)	21	0,875
Entre 125 y 143 (Medio)	3	0,125
Mayores que 143 (Alto)	0	0
Total	24	1

Fuente: Procesamiento estadístico de los datos: EBP. SPSS: versión 22.0

Sin embargo, al hacer un análisis hacia el interior de las dimensiones que componen la escala, se plasman algunas características que diversifican los resultados anteriores. De esta forma, las dimensiones: *autoaceptación*, *relaciones positivas*, *autonomía* y *crecimiento personal* adquieren valores medios.

Desde una perspectiva interpretativa de las técnicas “cualitativas”, se encuentra que la autoaceptación se expresa en el reconocimiento de motivaciones, sentimientos y conciencia de sus limitaciones: “...soy alguien útil y bien definida en cuanto a mi carácter...”; “soy una adulta mayor con virtudes y defectos...”; “...me gustaría trabajar, pero no puedo por mi enfermedad...”.

Las relaciones positivas con los demás, se caracterizan fundamentalmente por el sistema de relaciones que establecen con los otros significativos, en estos casos con la familia, valorándolo como red de apoyo fundamental: “...compartir con la familia...”; “...unidad familiar...”; “...apoyar y ser apoyo para mi familia...”.

La autonomía se devela como un criterio de autodeterminación personal, pero muy vinculado a aspectos económicos y materiales: “...seguir trabajando para mejorar las condiciones de vida...”; “...ser independiente, arreglar la casa...”; “seguir luchando por la vida, y “estar activa para ayudar a otros...”.

La apertura a nuevas experiencias que enriquezcan y permitan la autorrealización personal, (crecimiento personal), aparece más como una necesidad idealizada, como un deseo, pero no como una meta que promueva el cambio: “...aprender más de cocina, costura, y seguir creciendo como persona...”; “...quisiera mejor calidad de vida y salud...”.

No obstante, en *las dimensiones dominio del entorno y propósitos en la vida*, persisten los valores bajos. En todos los casos el coeficiente de variación oscila entre 15 y 26%, lo cual indica que no existe en la muestra gran variación en las respuestas.

Estos resultados son triangulados con los obtenidos en la técnica “Mi visión personal” y las entrevistas semiestructuradas, pudiéndose comprobar en los **niveles bajos de bienestar psicológico**, verbalizaciones que enfatizan la escasa construcción de proyectos de vida. Las expectativas y percepción de realidades están muy matizadas por una visión negativa de la etapa, aparecen con intensidad y frecuencia ideas que afectan el sistema de sus sentidos personales: “...soy una vieja enferma sin aspiraciones”; “...no sé a dónde voy”; “...no estoy

satisfecho, porque tengo cosas que resolver”. El temor a las enfermedades y muerte constituyen un canal de autoexpresión personal y revelación de su propia vida “... voy con años, caminando hacia la muerte”; “...impotente porque no tengo ayuda...”; “...el retiro, ya estoy agotado...”.

A pesar de estas valoraciones, vuelve a aparecer “la familia”, con fuerza en la jerarquía motivacional de los adultos entrevistados. La misma es valorada en un sentido positivo: “...una madre ama de casa que cuida su hogar”; “...salud para mis hijos”; “...suerte y tener bisnietos”; “...compartir con la familia”; “...el bienestar de mi familia, de mi hogar...”; “...unir a la familia...”; “...la unidad familiar, conservar mi matrimonio y salud...”.

En los *niveles medios de bienestar psicológico*, se expresan sentidos y proyectos que revelan alguna relación de positividad. “...incorporarme al círculo de abuelos...”; “...sentirme bien, caminar, ser independiente...”; “...seguir luchando por la vida...”; “...vivir más años estando activa para ayudar a otros...”; “...me siento satisfecho...”; “...concluir satisfactoriamente mi vida laboral...”.

Se aplicó la prueba no paramétrica de Kruskal Wallis, demostrándose que no existen diferencias significativas al 99% de confianza, en las variables “extensión de la familia”, “estado ocupacional” y “estado civil”. (Tablas #5, #6, y #7).

Tabla # 5. Extensión familiar.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	4	12	50,0	50,0	50,0
	5	3	12,5	12,5	62,5
	6	7	29,2	29,2	91,7
	7	2	8,3	8,3	100,0
Total		24	100,0	100,0	

Resumen de contrastes de hipótesis

	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1	La distribución de Escala del bienestar psicológico es la misma entre las categorías de extensión familiar.	Prueba de Kruskal-Wallis para muestras independientes	,789	Conserve la hipótesis nula
Se muestran significaciones asintóticas.		El nivel de significancia es ,05.		

Fuente: Procesamiento estadístico de los datos. SPSS: versión 22.0

Tabla #6. Estado ocupacional

Estado ocupacional	N	Mean Rank
,00	9	14,33
1,00	8	14,81
2,00	2	4,50
3,00	5	8,70
Total	24	

Test Statistics^{a,b}	
Escala del bienestar psicológico	
Chi-Square	5,481
df	3
Asymp. Sig.	,140

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Estado ocupacional

Fuente: Procesamiento estadístico de los datos. SPSS: versión 22.0

Tabla #7. Estado civil. Kruskal Wallis Test

Estado civil	N	Mean Rank
,00	14	11,29
1,00	6	15,25
2,00	4	12,62
Total	24	

Escala del bienestar psicológico	
Chi-Square	1,326
df	2
Asymp. Sig.	,515

a. Kruskal Wallis Test

Fuente: Procesamiento estadístico de los datos. SPSS: versión 22.0

Se aplicó además la prueba no paramétrica para dos muestras independientes U de Mann-Whitney, obteniéndose que no existen diferencias significativas al 99% de confianza, en la variable género.

Tabla #8. Género. Prueba U de Mann-Whitney.

Género	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Femenino	16	13,81	221,00
Masculino	8	9,88	79,00
Total	24		

Test Statistics ^b	
Escala del bienestar psicológico	
Mann-Whitney U	43,000
Wilcoxon W	79,000
Z	-1,288
Asymp. Sig. (2-tailed)	,198
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,214 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: Sexo

Fuente: Procesamiento estadístico de los datos. SPSS: versión 22.0

En esta variable, los resultados de las entrevistas y técnicas “Mi visión personal”, confirman la existencia de estereotipos de género. En el caso de las féminas giran en torno a los ejes: atención de la pareja, cuidado del hogar, hijas, hijos, nietos: “...hacer comida a mis nietos, complacerlos ...”; “...ayudar a mi familia en todo lo que pueda, y cuidar de mi esposo...”; “seguir siendo mejor madre y abuela...”; “...soy mujer y lucho por conservar el amor de mi familia...”. En los hombres, los proyectos de vida, al parecer dependen de los contextos socioculturales en los que se han desarrollado, deviniendo en la identidad de género asignada: “...soy dueño de mi hogar, responsable de mi esposa...”; “...un buen ciudadano...”; “...poder trabajar para sustentar a mi familia...”; “... cuidar de la familia y estar para las necesidades de ellos...”.

Se obtienen similares resultados en la variable edad. (Tabla#6). Para su análisis se establecieron dos rangos de comparación: de 60 a 65 y de 66 a 70, los resultados muestran la

inexistencia de diferencias en estas dos categorías, (Anexo 7). No obstante, en el análisis cualitativo de las técnicas utilizadas, aparece el estar vinculado laboralmente como categoría movilizadora de ajuste social y generadora de satisfacción personal “...el trabajo me brinda satisfacción...”, “...ser un trabajador incansable... Se denota la fuerza que adquiere la familia como estimuladora de sentimientos de utilidad: “...seguir trabajando, para sustentarnos”; “...poder trabajar para sustentarme yo y a mi familia”. En los sujetos desvinculados laboralmente emergen verbalizaciones que al parecer son indicador de estados emocionales displacenteros: “... me gustaría trabajar, pero no puedo por mi enfermedad...”; “...seguiría trabajando, creando, si no fuera por mis limitaciones de la vista...”.

Se obtienen similares resultados en la variable edad. (Tabla#9). Para su análisis se establecieron dos rangos de comparación: de 60 a 65 y de 66 a 70, los resultados muestran la inexistencia de diferencias en estas dos categorías.

Tabla#9. Frecuencia y significado de U de Mann-Whitney: edad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	60-64	10	41,7	41,7	41,7
	65-70	14	58,3	58,3	100,0
	Total	24	100,0	100,0	

Resumen de contrastes de hipótesis			
	Hipótesis nula	Prueba	Sig.
1	La distribución de Escala del bienestar psicológico es la misma entre las categorías de Edad.	Prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes	,235¹
Se muestran significaciones asintóticas. El nivel de significancia es ,05. ¹ Se muestra la significación exacta para esta prueba.			

Fuente: Procesamiento estadístico de los datos. SPSS: versión 22.0

3.2. Discusión triangulada.

En el análisis de los resultados se demostró como tendencia la prevalencia de niveles bajos de bienestar psicológico en los adultos mayores investigados, aspecto que coincide con las aportaciones realizadas por Martí, Martínez, Martí, Marí (2007) quienes avalan la existencia de un decrecimiento del bienestar psicológico a lo largo de los diferentes momentos vitales, siendo este decrecimiento especialmente acusado al comparar personas de mediana edad y personas mayores. Sin embargo, existe un distanciamiento de los hallazgos alcanzados por Borges y Arrabal (2014) quienes afirman la prevalencia de niveles altos de bienestar psicológico. No obstante, estos últimos estudios fueron realizados en pacientes semi-institucionalizados, aspecto que puede haber influido como experiencia que resignifica nuevos sentidos personales en el bienestar percibido. Quedan entonces abiertas nuevas interrogantes para el futuro investigativo.

Los niveles medio de BP, aparecen relacionados fundamentalmente con el sistema de relaciones positivas que establecen en los grupos de referencia/pertenencia: familia y amigos, y con los procesos de autodeterminación personal, aunque estos al parecer se limitan a una autonomía algo cerrada: hogar, bienes materiales, pero de una u otra manera, esta percepción es movilizadora del comportamiento asumido. Ryff y Singer (2008) plantean que las personas con autonomía son capaces de resistir las diferentes presiones sociales y autorregular mejor su comportamiento.

Los resultados encontrados en las verbalizaciones que de forma general se centran en el bienestar material, nos conducen a considerar, por un lado, que en su mayoría no poseen un nivel académico alto, y por otro, que son adultos mayores que conviven con al menos 2 generaciones y los salarios que devengan aquellos que trabajan, no cubren las necesidades de nuestro país, bloqueado y con una economía no exenta de dificultades, aspectos que al parecer redundan en la limitación de sus metas. Los trabajos de Torres (2003) hallan que los individuos menos preocupados por las condiciones materiales de su existencia, prefieren enfocar su trayectoria vital a partir del planteamiento de metas y objetivos cuya consecución, implica una considerable dosis de esfuerzo, donde son congruentes las metas deseadas y las obtenidas.

No son consistentes las evidencias investigativas internacionales en cuanto a posibles diferencias de género en el BP de los adultos mayores. En nuestro trabajo no se hallaron

diferencias significativas en esta variable, coincidiendo con los hallazgos mostrados por Cuadra y Florenzano (2003) y Francis (1998). Sin embargo, al comparar los resultados, algunos estudios han encontrado que las mujeres reportan menores niveles de bienestar (Alvarado, Zunzunegui, Béland, Bamvita, 2008; Barrantes 2006) pero también hay estudios que han confirmado mayores niveles de bienestar en las mujeres, por su mayor estabilidad emocional con el aumento de la edad (Hicks, Epperly, Barnes, 2015; Pinguart, Sörensen, 2001). Otras investigaciones avalan niveles bajos de BP en los hombres y los fundamentan a partir de la pérdida del rol laboral que los define socialmente, (Stefani, 2004).

Al aplicar la EBP, no se evidencian diferencias significativas en las variables estado ocupacional, estado civil, extensión de la familia, edad y nivel escolar. Es cierto que poseemos como limitante del estudio la muestra seleccionada, que aunque coincide con la población objeto de estudio, es pequeña, lo que reduce las posibilidades de relación o diferencias entre las variables. El 70% de la muestra, no es activo laboralmente y aproximadamente el 42% son viudos o divorciados. El nivel escolar demuestra que sólo el 8% es graduado universitario. Las entrevistas y la técnica “Mi visión personal”, sí permitieron realizar interpretaciones más cercanas al papel que juega el estar activo laboralmente, en tanto se expresaban emociones positivas, autoaceptación, dominio del entorno y crecimiento personal. Los efectos del empleo en el BP han sido probados en distintos países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, (Fleche, Smith, Sorsa, 2011).

A diferencia de lo encontrado en otras sociedades, Diener, Gohm, Suh y Oishi (2000) hallaron que tener pareja no mostraba asociaciones significativas con el bienestar. Para Pinguart y Sorensen (2001) los adultos mayores casados poseen un importante recurso de apoyo y validación de parte de su pareja, aspecto que concuerda con lo que fue verbalizado en las técnicas abiertas aplicadas en nuestra pesquisa.

Como se ha plasmado en el trabajo, reiteramos la idea de que el incremento de las expectativas de vida en nuestro país, obliga a reconsiderar los múltiples factores que se interrelacionan en el bienestar psicológico de los adultos mayores y conduce a la necesidad de continuar con estudios enmarcados en el conocimiento específico de ese grupo etario. Los componentes cognitivos/valorativos, pudieran incluirse como predictores del BP y orientar

programas interventivos para el subsistema primario de salud en aras de estimular un proceso de bienestar psicológico desde una visión salutogénica, quedan así abiertas nuevas interrogantes para la continuidad investigativa.

Conclusiones

- La caracterización general de los adultos investigados demuestra un promedio de edad de 66.2 años; prevalecen los adultos mayores casados, seguidos por los divorciados y viudos. En su generalidad conviven en familias extensas conformadas entre cuatro y cinco personas coincidiendo al menos 2 generaciones.
- Aunque el nivel escolar predominante es el medio superior, se halla una tendencia mayoritaria a “ser ama de casa” o “estar jubilados”, aspecto que de una u otra manera los desvincula de la actividad laboral. Los activos laboralmente expresaban más emociones positivas relacionadas con la autoaceptación, dominio del entorno y crecimiento personal.
- Predominan en los adultos mayores investigados los niveles bajos de bienestar psicológico. Sin embargo, al hacer un análisis hacia el interior de las dimensiones que componen la escala de bienestar psicológico, se plasman algunas particularidades que diversifican dichos resultados; de esta forma, adquieren valores medios las dimensiones: *autoaceptación, relaciones positivas, autonomía y crecimiento personal*.
- Los niveles medio de BP, aparecen relacionados fundamentalmente con el sistema de relaciones positivas que establecen en los grupos de referencia/pertenencia: familia y amigos, y con los procesos de autodeterminación personal, aunque estos al parecer se limitan a una autonomía algo cerrada: hogar, bienes materiales, pero de una u otra manera, esta percepción es movilizadora del comportamiento asumido.
- La autoaceptación se expresa en el reconocimiento de motivaciones, sentimientos y conciencia de sus limitaciones.
- Las relaciones positivas con los demás, se caracterizan fundamentalmente por el sistema de relaciones que establecen con los otros significativos, en estos casos con la familia, valorándolo como red de apoyo fundamental.
- La autonomía se devela como un criterio de autodeterminación personal, pero muy vinculado a aspectos económicos y materiales.
- El crecimiento personal, aparece más como una necesidad idealizada, como un deseo, pero no como una meta que promueva el cambio.

-
- La prueba no paramétrica de Kruskal Wallis, demostró que no existen diferencias significativas en el BP y las variables “extensión de la familia”, “estado ocupacional”, y “estado civil”.
 - La prueba no paramétrica U de Mann-Whitney demostró de forma similar, que no existen diferencias significativas en el BP y las variables género, y edad.

Recomendaciones.

- Continuar la presente línea investigativa, dirigiéndolo a una muestra más significativa, de forma tal que nos permita establecer generalizaciones de sus resultados.
- Orientar próximas investigaciones hacia la comprensión del dinamismo sobre el que transcurren las relaciones funcionales entre las dimensiones del bienestar psicológico investigado.
- Socializar los resultados obtenidos en las instituciones de salud, de manera que puedan ser incorporados por los profesionales en su trabajo.
- Divulgar los resultados en revistas especializadas y eventos científicos.

Referencias

- Alvarado, B., Zunzunegui, M., Béland, F., y Bamvita, J. (2008). Life course social and health conditions linked to frailty in Latin American older men and women. *Journals of Gerontology: Medical Sciences*, 63, 1399-1406
- Albizu-Campos Espiñeira JC. (2016). Escenarios demográficos hacia 2030. *Rev Nov Pob*, 11(21). Recuperado de <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=Sciarttext&pid-S1817-40782015000100001&lng=es&tlng=es>. Recuperado el 3 de junio de 2017.
- Allport, G. W. (1961). *Pattern and growth in personality*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Aparicio, C. (2013). *Educación y envejecimiento activo. Una experiencia comunitaria*.(tesis doctoral). Universidad de Alcalá. Alcalá de Henares. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10017/20295>
- Atienza, F. L., Pons, D., Balaguer, D. y García M. M. (2000). Propiedades psicométricas de la escala de satisfacción con la vida. *Psicothema*, 12(002), 314-319.
- Baltes, M., y Baltes, P. (1990). *Successful Aging*. Nueva York: Cambridge University Press.
- Betancourt, R. (2010) Frente a una población envejecida. ¿Qué necesitan conocer los planteadores y emprender los decisores?. *Novedades en Población*, 6 (11) Recuperado de: http://www.redib.org/recursos/Record/oai_articulo667133-frente-poblacion-envejecida-que-necesitan-planificadores-emprender-decisores.
- Behar, S. (2008). *Metodología de la Investigación*. Editorial Shalom.
- Blanco, A. y Díaz, D. (2005). El bienestar social: su concepto y medición. *Psicothema*, 17(4), 582-589.
- Borges, D. y Arrabal, M. (2014). Caracterización del bienestar psicológico subjetivo en adultos mayores semi-institucionalizados (*tesis de grado en*

psicología médica). Santa Clara, Cuba: Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas.

Campbell, A., Converse, P., y Rodgers, W. (1976). *The quality of american life: Perceptions, evaluations, and satisfaction*. Nueva York: Russell.

Campillo, M., (2002) SCielo. [Online].; Recuperado de:
<http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd26/fulltexts/0236.pdf>.

Castanedo, C. (2011). *Consideraciones generales sobre el envejecimiento*. Universidad de Cantabria (tesis).

Castell-Florit S.P., y Gispert E.A. (2013). La intersectorialidad y el desarrollo de la Salud Pública en Cuba. *Rev Cubana Salud Pública* 2009, 35(1). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662009000100004&lng=es

Cebolla A., García-Campayo, J. y Demarzo, M. (1992). *Mindfulness y ciencia. De la tradición a la modernidad*. Madrid: Alianza Editorial.

Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía - División de Población y Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2011). *Los derechos de las personas mayores. Materiales de estudio y divulgación*. Santiago de Chile, Naciones Unidas. Recuperado de
<http://www.cepal.org/noticias/páginas/9/46849/Cuba.pdf>

CEPAL. (2012). *Informe Nacional Cuba a Tercera Conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento en América Latina y el Caribe*. Recuperado de <http://www.cepal.org/noticias/páginas/9/46849/Cuba.pdf>

Creswell, J. W. (2002). *Educational Research: planning, conducting, and evaluating quantitative and qualitative research*. New Jersey: Merrill/ Prentice Hall. Recuperado de
http://datateca.unad.edu.co/contenidos/403019/Entorno_de_Conocimiento/Unidad_2.Marcos_teoricos/Como_me_comporto_socialmente_/Tema1._Procesos_psico_sociales_2/Crespo_E._1982_-Los_Procesos_Atribucion.pdf

Csikszentmihalyi, M. (2012). *Fluir. Una psicología de la felicidad*. Barcelona: Kairós.

Cuadra, H., y Florenzano, R. (2003). El bienestar subjetivo: hacia una psicología positiva. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, XII, 83-986.

Deaton A. (2008). Income, aging, health and well-being around the world. Evidence from the Gallup World Poll. *Journal of Economic Perspectives.*, 22(2), 53-72. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1257%2Fjep.22.2.53>

Denzin, N. K. (1989). Strategies of Multiple Triangulation. *The Research Act: A theoretical Introduction to Sociological Methods*.

Díaz, D., Stavradi, M., Blanco, A. y Gandarillas, B. (2015). The eudaimonic component of satisfaction with life and psychological well-being in Spanish cultures. *Psicothema.*, 3, 247-53. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.7334/psicothema2015.5>

Diener, E., Lucas, R., Schimmack, U., y Helliwell, J. (2009). *Well-being for public policy*. Oxford: Oxford University Press.

Diener, E. (1994). El bienestar subjetivo. Intervención Psicosocial. *Revista sobre Igualdad y Calidad de Vida.*, 3(8), 67-113. Recuperado de https://books.google.com/books/about/El_bienestar_subjetivo_Intervención_Psi.html?i

Diener, E. (1980). Subjective Well-being. *Psychological Bulletin* (95), 542-575.

Engler, T. (2002). Marco conceptual del envejecimiento exitoso, digno, activo, productivo y saludable. En *Más vale por viejo: lecciones de longevidad de un estudio en el Cono Sur*. Recuperado de <https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/244/M%C3%A1s%20vale20por20viejo.pdf?sequence=1>.

Erikson, E. (1985). *The life cycle completed*. New York: Norton.

Erikson, E. (1950). *Childhood and society*. New York: Norton.

-
- Erikson, E. (1968). *Identity: Youth and crisis*. New York: Norton.
- Erikson, E. (1959). Identity and the life cycle. *Psychological Issues*, 18-164.
- Escalona, Y., Martínez, y Loevinger, J. (1976). *Ego development: Conceptions and theories*. San Francisco: Jossey Bass.
- Espinosa, A.D., Romero, A.J., y Espinosa, A. (2009). La geriatrización de los servicios y de los profesionales de la salud. *Rev Cubana Med.*, 48(4), 135-8. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232009000400001&lng=es
- Fernández, B., Arrabal, M., y Molerio, O. (2014). *Caracterización del bienestar psicológico subjetivo en adultos mayores institucionalizados* (tesis de postgrado). Santa Clara, Cuba: Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas.
- Fernández-Ballesteros, R. (2011). Envejecimiento saludable. *Congreso sobre Envejecimiento. La investigación en España*. Recuperado de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/fernandez-borradorenvejecimiento-01.pdf>
- Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M., López, M., Molina, M., Díez, J., Montero, P., y Schettini, R. (2010). Envejecimiento con éxito: criterios y predictores. *Psicothema*, 22(4), 641-647. Recuperado de <http://www.uniovi.es/reunido/index.php/PST/article/view/8930/8794>
- Freire, C., Ferradás, M., J Núñez, J., y Valle, A. (2017). Estructura factorial de las Escalas de Bienestar Psicológico de Ryff en estudiantes universitarios. *European Journal of Education and Psychology*, 10, 1-8.
- Gallardo I.G., Moyano-Díaz E. (2012). Análisis psicométrico de las escalas Ryff (versión española) en una muestra de adolescentes chilenos., 11. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64724634021>
- Villega, L. (2 febrero 2018). Comunicación personal. Departamento Estadístico Provincial de Santa Clara. Villa Clara. Cuba. García

George, L. K. (2000). Well-being and sense of self: What we know and what we need to know. *The evolution of the aging self*, 1-35.

Gómez, J., Lecunal, N., y Saiach, S. (2000). Envejecimiento. *Revista de Postgrado de la Cátedra La Medicina*, 100(5), 21-23.

Grau, J., (2012). Psicología de la Salud: diversos paradigmas. En *Psicología de la Salud, bienestar y calidad de vida*.

Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación*. (4ta ed.). México: Mc Graw Hill.

Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw Hill.

Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación* (4 ed.). México: McGraw-Hill.

Hicks, J., Epperly, L., y Barnes, K. (2001). Gender, emotional support, and well-being among the rural elderly. *Sex Roles*, 45, 15-30.

Huenchuan, S. (2009) *Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas*. Santiago, Chile: (CEPAL), Naciones Unidas. 225.

Jackson R., Strauss R., Howe N., Aparicio G., y Nakashima K. (2009). El Desafío Del Envejecimiento en América Latina. *Center for Strategic and International Studies*. Washington, DC. Recuperado de [http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2012/](http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2012/Ageing%20Report%20Executive%20Summary%20SPANISH%20Final.pdf)
[Ageing%20Report%20Executive%20Summary%20SPANISH%20Final.pdf](http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2012/Ageing%20Report%20Executive%20Summary%20SPANISH%20Final.pdf)

Jahoda, M. (1958). *Current concepts of positive mental health*. Nueva York: Basic Books.

JC., A.-C. E. (2015). Escenarios demográficos hacia 2030. *Rev Nov Pob*, 21. Disponible en [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sciarttext&pid-S1817-40782015000100001 &lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sciarttext&pid-S1817-40782015000100001&lng=es&tlng=es)

Martí J., Martínez F., Martí M., y Marí R.(2007) Responsabilidad social universitaria: acción aplicada de valoración del bienestar psicológico en personas adultas mayores institucionalizadas, *Polis*. Recuperado de: <http://polis.revues.org/4161;DOI:10.4000/polis.4161>

Kafka, G. y Kozma, A. (2002). The construct validity of Ryff's scales of psychological well-being (SPWB) and their relationship to measures of subjective well-being. *Social Indicators Research*, 57(2), 171-190. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1023/A:1014451725204>

Kahneman, D., Diener, E., y Schwartz, N. (2003). *Well-being. The foundations of hedonic psychology*. New York: Russell Sage Foundation.

Kállay, E., Rus, C., Kállay E., y Rus, C. (2014). Psychometric properties of the 44-item version of Ryff's Psychological Well-Being Scale. *European Journal of Psychological Assessment*, 30(1), 15-21. Recuperado de <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000163>

Keyes C., Shmotkin, D., y Ryff, C. (2002) Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(6):1007-22. Disponible en: <http://psycnet.apa.org/psycinfo/2002-02942-010>

Kruskal, W. . (1952). *A nonparametric test for the several sample problem*. The Annals of Mathematical Statistics, 525-540.

Lher, U. (1982). Socio-psychological correlates of longevity. *Annual Review of Gerontology* (3), 102-147.

López, A., y Ortigosa, J. (2014). Teorías sobre el envejecimiento. En T. Orosa, *Temas de Psicogerontología*. La Habana: Félix Varela.

López, M. (2008). El rol profesional del psicólogo en la promoción del envejecimiento activo.

Louro B., Bayarre, H., y Alvarez, M. (2015). Implicaciones familiares y sanitarias del envejecimiento poblacional en la cobertura universal. 41, 80-96.

Mann, H., y Whitney D. (1947). On a test of whether one of two random variables is stochastically larger than the other. *The Annals of Mathematical Statistics*, 18, 50-60.

Maslow, A. (1968). *Toward a psychology of being*. New York: D.van Norstrand.

Medford, M., Cruz, M., Mateu, N., y Calderón Coronado, O., Garzo Rueda, R.L. (2010). Servicio asistentes sociales a domicilio en la atención al geronte: ¿desarrollo o necesidad en Cuba? *Rev Med Electrón*, 32(5). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242010000500010

Meléndez, J., Tomás, J. y Navarro, E. (2008). Análisis del bienestar en la vejez según la edad. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 43, 90-95.

Ministerio de Salud Pública (MSP). (2016). *Anuario Estadístico de Salud 2015. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas en Salud*. Recuperado de http://files.sld.cu/dne/files/2016/04/Anuario_2015_electronico-1.pdf

Moreta, R., Gabior, I., Barrera, L. (2017). El bienestar psicológico y la satisfacción con la vida como predictores del bienestar social en una muestra de universitarios ecuatorianos. *Salud y Sociedad*, 172-84. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=439752880005>

OECD. (2013b). *Guidelines on Measuring Subjective Well-being*. Paris: OCDE Publishing.

OECD. (2011). *How's Life?* Paris: OECD Publishing.

OECD. (2012). *Why inequality keeps rising*. Paris: OECD Publishing.

OMS. (2002). *Envejecimiento activo: un marco político*. Recuperado de <http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/docintenvjecimiento.pdf>

ONU. (2002). *II International Plan of Actions on Aging*.

Oramas, A., Santana, S., y Vergara A. El bienestar psicológico, un indicador positivo de salud mental. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, 2006; 7(1-2):34-39. Recuperado de: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/insat/rst06106.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2016). *La salud mental y los adultos mayores*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>.

Orosa, F., (2003). *La tercera edad y la familia. Una mirada desde el adulto mayor*. La Habana: Editorial Félix Varela.

Pavot, W., y Diener, E. (1993). Review of the Satisfaction with Life Scale. *Psychological Assessment*, 5(2).

Peck, R. (1959). Psychological developments in the second half of life. En *Psychological aspects of aging*. Washington, DC: American Psychological Association.

Pinguart, M., y Sorensen, S. (2001). Gender differences in self-concept and psychological well-being in old age: A meta-analysis. *Journal of Gerontology*, 56, 195-214

Porter, N., Otero, I. (2006). *Programa “Latido de Vida” Para estimular el Sentido de Vida en Pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico* (tesis de grado). Facultad de Psicología. Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas.

Programa de Envejecimiento y Ciclo Vital de la Organización Mundial de la Salud. (2002). "Envejecimiento activo: un marco político". *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 37(52), 74-105.

Ramírez E., Ortega A., y Martos R. (2015). Las fortalezas en personas mayores como factor que aumenta el bienestar. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*., 187-95. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5388779.pdf>

Ramírez, S. (2008). El Hospital Universitario Camilo Cienfuegos ante el envejecimiento de la población espiritana. *Gaceta Médica Espiritana*.

Recuperado de

<http://revgmespirituana.sld.rij/index.php/gme/artide/view/1236/1321>.

Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C., y Van, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18 (3), 572-577.

Rodríguez A., Álvarez L., y Sanabria G. (2015). Realities in the Sexuality of the Cuban Elderly. *Horizonte sanitario.*, 64-70. Recuperado de http://www.sendasenior.com/El-envejecimiento-en-cifras_a638.html

Rodríguez G., y Albizu-Campos J.C. (2015). La población de Cuba hoy. *Revista Novedades en Población* (22), 1-9. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-40782015000200001

Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person*. Boston: Houghton Mif-flin.

Rowe, J. W., y Kahn, L. (1987). Human aging: Usual and succesful. *Science* (233), 1771 -1276.

Ryan R., y Deci E. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annu Rev Psychol*, 52, 141-66. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3338866>

Ryff, C. (2014). Psychological well-being revisited: Advances in the science and practice of eudaimonia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 2014; 83(1):10-28. Recuperado de: <http://doi:10.1159/000353263>

Ryff, C. (1989). Happiness is Everything, or Is It? Exploration on the Meaning of Psychological Well-Being. *Journal of Personality an Social Psychology.*, 57(6), 1069-81. Recuperado de <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>

Ryff, C. y Singer, B. (2002). From social structure to biology. En C. S. López (Ed.), *Handbook of positive psychology* (pp. 63-73).

Ryff, C., y Keyes, C. (1995). The Structure of Psychological Well-Being Revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719-727.

Ryff, C. (1989). Scale of Psychological Well-being. The structure of Psychological well-being revisited. *Journal of personality and social psychology.*, 69, 719-727.

Ryff, C. y Singer, B. (2002). From social structure to biology. En S. y. C. Lopez, *Handbook of positive psychology* (pp. 63-73). Londres: Oxford University Press.

Ryff, C. y Singer, B. (2008). Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, 9, 13-39.

Sandoval, S., Dorner, A., y Véliz A. (2017). Bienestar psicológico en estudiantes de carreras de la salud. *Investigación en Educación Médica.*, 260-66. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.riem.2017.01.004>

Seligman, M. (2004). *Aprenda optimismo*. Barcelona: Debolsillo.

Seligman, M. (1992). *Learned optimism*. New York: Pocket Books and Simon and Schuster Inc.

Seligman, M. y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*. 55(1). Recuperado de <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd26/fulltexts/0236.pdf>.

Stefani, D. (2004). Gender and coping in old age. Interdisciplinaria. Revista de Psicología y Ciencias Afines. Recuperado de <http://www.redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=18009908>.

Tomás J., Galiana L., Gutiérrez M., Sancho P., y Oliver A. (2016). Predicción del bienestar hedónico y eudaimónico envejecimiento con éxito. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education.*, 139-49. Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org/9fde/4d710298ca10aeea3e40350d5b1f0bf5a9d1.pdf>

Tomas, J., Meléndez, J. y Navarro, E. (2008). Modelos factoriales confirmatorios de las escalas de Ryff en una muestra de personas mayores. *Psicotema*, 20(2), 304-310.

Torres, A. (2003). *Utilización de internet y bienestar psicológico en estudiantes universitarios de alto y bajo nivel de acceso a la tecnología de información por computadora*. (Tesis doctoral). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú. Recuperado de:

<http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/Tesis/Salud/torres aw/T completo.pdf>

Triado, C., Villar, F., Solé, C., y Celdrán, M. (2007). Construct validity of Ryff's Scales of Psychological well-being in Spanish older adults. *Psychological Reports*, 100, 1151-1164.

Triado, C. (2003). *Envejecer en entornos rurales*. (19). Madrid: IMSERSO.

Triado, C. y Villar, F. (1997). Modelos de envejecimiento y percepción de cambios en una muestra de personas mayores. *Anuario de psicología*, 73, 4355.

Triado, C., Osuna, M.J., Solé, C. y Villar, F. (2003). Bienestar, adaptación y envejecimiento: cuando la estabilidad significa cambio. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 13(3), 152-162.

Urzúa, A., Silva, J.R., Pávez, P. y Celis Atenas, K. (2013). Escala de Bienestar de Ryff: análisis comparativo de los modelos teóricos en distintos grupos de edad. *Psicología: Reflexión e Crítica*, 106-112.

Vázquez, C. (2009). *Psicología Positiva Aplicada* (2da ed.). Sevilla, España: DESCLÉE DE BROUWER, S.A.

Veenhoven, R. (1995). Developments in Satisfaction Research. *Social Indicators Research*, 7.

Veenhoven, R. (1991). "Is Happiness Relative?" *Social Indicators Research*, 24, 1-34.

Vega, M. (abr.-jun. de 2014). Tendencia de la fecundidad en Cuba, sus principales causas y consecuencias. *Rev Cubana Salud Pública*.

Vera-Villarroel P., Urzúa M.A., Silva J.R., Pávez P., y Celistenas K. (2016). Escala de Bienestar de Ryff: análisis comparativo de los modelos teóricos en distintos grupos de edad. *Psicologia: Reflexao e Critica*, 106-12. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18826165012>

Vigotsky, L. (1987). *Historia de las funciones psíquicas superiores*. La Habana: Editorial.

Villafuerte J., Alonso Y., Alcaide Y., Leyva I., y Arteaga Y. (2017). El bienestar y calidad de vida del adulto mayor, un reto para la acción intersectorial. *MediSur*, 85-92. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/medisur/msu2017/msu1711.pdf>

Anexos

Anexo # 1

Consentimiento informado.

Director (a):

Nos dirigimos a Ud. con el fin de solicitar su colaboración y aprobación, para realizar un trabajo investigativo cuyo objetivo es caracterizar el bienestar psicológico de los adultos mayores, que conviven en familias extensas del Consultorio Médico 17-12, pertenecientes al policlínico Docente Universitario “Chiqui Gómez-Lubián Urioste” de Santa Clara, Cuba. Este trabajo responde a la culminación de estudios de la Maestría en Psicopedagogía, cursada en la Carrera de Psicología, en la Universidad Central “Marta Abreu”, de las Villas, y pretendemos, sean de valor científico, para la labor asistencial.

Esperando su consentimiento.

Cordialmente:

Lic. Yisel López Mesa

Nombre y apellidos del director (a)

Nombre y apellidos del investigador

Firma

Firma

Anexo # 2

Consentimiento informado.

Yo _____ he sido informado por la investigadora _____ de los objetivos de la investigación para la cual seré muestra de estudio. Además, se me informó que se puede abandonar la misma cuando sea pertinente, sin dañarse para ello las relaciones con la psicóloga y la institución a la que pertenece.

Firmo mi disposición de aceptar mi participación en el estudio.

Firma del adulto mayor Firma del testigo

Lugar: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Anexo #3. Escala de Bienestar Psicológico.

Objetivo: Evaluar los niveles de bienestar psicológico experimentados por los adultos mayores que conviven en familias extensas.

Datos Generales:

Nombre y apellido: _____ Edad _____. Sexo: _____. Estado civil _____.

Instrucciones: Ubique sus respuestas utilizando un formato de respuesta con puntuaciones comprendidas entre 1 (totalmente en desacuerdo) y 6 (totalmente de acuerdo).

1__	2__	3__	4__	5__	6__
Totalmente					Totalmente
de acuerdo					en desacuerdo.

ÍTEMS.

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.

Calificación:

Auto-aceptación = $(1 + 7 + 13\text{rec} + 19 + 31 + 25\text{rec})$

Relaciones positivas = $(2\text{rec} + 8\text{rec} + 14 + 20\text{rec} + 26\text{rec} + 32)$

Autonomía = $(3 + 4\text{rec} + 9\text{rec} + 10 + 15\text{rec} + 21 + 27\text{rec} + 33\text{rec})$

Dominio del Entorno = $(5\text{rec} + 11 + 16 + 22\text{rec} + 28 + 39)$

Crecimiento personal = $(24 + 30\text{rec} + 34\text{rec} + 35 + 36\text{rec} + 37 + 38)$

Propósito en la vida = $(6 + 12 + 17 + 18 + 23 + 29\text{rec})$

Para clasificar el bienestar psicológico se suman los valores alcanzados en cada ítem y se analiza el grado de bienestar psicológico, el cual se ubica en tres categorías según la puntuación obtenida.

Calificación: para clasificar el bienestar psicológico se suman los valores alcanzados en cada ítem y se analiza el grado de bienestar psicológico, el cual se ubica en tres categorías según la puntuación obtenida.

Nivel bajo: cuando la puntuación es menor de 125 puntos. Y sus indicadores representan una menor percepción del bienestar psicológico, expresándose en la escasa

construcción de proyectos de vida, de esfuerzos encauzados en la corrección y el crecimiento del potencial humano, y al no encaminar los esfuerzos para superarlos en pos de metas valiosas.

Nivel medio: cuando la puntuación es de 125 a 143 puntos. Sus indicadores manifiestan sentidos y proyectos que revelan relación de positividad en cuanto a la construcción de propósitos en la vida, metas valiosas y crecimiento del potencial humano.

Nivel alto: cuando la puntuación es mayor de puntos 143 representando así una mayor percepción del bienestar psicológico, expresándose en el esfuerzo encauzado a la corrección y al crecimiento el desarrollo del potencial humano, estrechamente relacionado con tener un propósito en la vida, y con encaminar los esfuerzos para superarlos en pos de metas valiosas.

Anexo # 4

Cuestionario: “Mi visión personal”

Es la imagen futura de tu persona, tomando en cuenta tu realidad actual, o sea, la realidad en la cual te desarrollas. Es necesario resaltar los distintos aspectos considerados relevantes para usted. Necesitamos que complete las siguientes propuestas.

¿Quién Soy?

¿Hacia dónde voy?

¿Cómo me veo en el futuro?

¿Cómo quiero que me vean en el futuro?

Misión Personal

Es la imagen actual pero que enfoca los esfuerzos que realizas para conseguir tus objetivos, proyectos o planes futuros. La misión debe ser concreta y capaz de indicar los siguientes aspectos:

Lo que buscas: Son los cambios y/o cosas que quieres conseguir y/ o lograr en la realidad. ¿Cuáles son las cosas que quisieras buscar?

Detente ahora a pensar en por qué lo haces: Son los valores, principios motivaciones personales. ¿Cuáles son esos valores en tu caso particular?

¿Qué cosas quieres tener o poseer?

¿Qué cosas quieres hacer (experiencias)?

¿Qué cualidades quisiera modificar?

¿Cuáles crees que son tus mejores cualidades (físicas, sociales, espirituales, intelectuales)?

¿Qué cualidades crees te atribuyen otras personas?

Entre todas tus actividades ¿Cuáles son las que te brindan una profunda satisfacción?

Si contaras con el tiempo suficiente y con recursos ilimitados ¿Qué elegirías hacer?

Cuando piensas en algo, ¿Qué actividades te parecen más valiosas?

¿Qué cosas crees deberías hacer, aunque la hayas descartado muchas veces de tus planes?

¿Cuáles son las metas permanentes más importantes que deseas alcanzar?

¿Cuán satisfecho estás en tu actual nivel de realización en los diversos ámbitos de tu vida?

¿Qué resultados distintos de los actuales desearía alcanzar en los diferentes ámbitos de mi vida?

Si tuvieras solo un mes de vida ¿Qué harías en ese tiempo?

Anexo # 5. Entrevistas semiestructuradas.

- **Entrevista semiestructurada #1.**

Objetivo: Valorar formaciones psicológicas como reguladoras del bienestar psicológico en el adulto mayor.

- ✓ Autovaloración: representación de sí mismo.
- ✓ Autoestima.
- ✓ Actividades que satisfacen su vida
- ✓ Motivaciones
- ✓ Conflictos
- ✓ Niveles de autorregulación.

- **Entrevista semiestructurada #2.**

Objetivo: Interpretar diferentes dimensiones del bienestar psicológico de los adultos mayores investigados.

- ✓ Apertura de la persona hacia el dominio del futuro.
- ✓ Autoaceptación.
- ✓ Sistemas de actividad y comunicación.
- ✓ Metas actuales y perspectiva anticipada de acontecimientos futuros.
- ✓ Capacidad creadora y de realización.
- ✓ Empleo del tiempo: composición y duración de las actividades que realiza cotidianamente, su naturaleza social y psicológica.
- ✓ Autodeterminación: posiciones personales ante las nuevas situaciones de vida en las que está inmerso.
- ✓ Interacción en contexto de las relaciones sociales.
- ✓ Crecimiento y realización personal.