



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

ÁREA SOCIO HUMANÍSTICA

TÍTULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

El impacto en el bienestar psicológico de los adultos mayores partícipes de un proceso de intervención intergeneracional del Centro Municipal de atención al Adulto Mayor N°1 de la Ciudad de Loja.

TRABAJO DE TITULACIÓN

AUTORA: Sarango Cueva, Sthefanía del Cisne

DIRECTORA DE TESIS: Cisneros Vidal, María Aranzazu, Mgtr.

LOJA-ECUADOR

2016.



Esta versión digital, ha sido acreditada bajo la licencia Creative Commons 4.0, CC BY-NY-SA: Reconocimiento-No comercial-Compartir igual; la cual permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra, mientras se reconozca la autoría original, no se utilice con fines comerciales y se permiten obras derivadas, siempre que mantenga la misma licencia al ser divulgada. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>

Septiembre, 2016

APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Magíster.

María Aranzazu Cisneros Vidal.

DOCENTE DE LA TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación: **“El impacto en el bienestar psicológico de los adultos mayores partícipes de un proceso de intervención intergeneracional del Centro Municipal de Atención al Adulto Mayor N°1 de la Ciudad de Loja”** realizado por Sthefanía del Cisne Sarango Cueva, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, Diciembre del 2016

f).....

Mgtr. María Aranzazu Cisneros Vidal

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

“Yo Sthefanía del Cisne Sarango Cueva declaro ser autora del presente trabajo de titulación: **El impacto en el bienestar psicológico de los adultos mayores partícipes de un proceso de intervención intergeneracional del Centro Municipal de Atención al Adulto Mayor N°1 de la Ciudad de Loja**, de la Titulación de Psicología, siendo María Aránzazu Cisneros Vidal directora del presente trabajo; y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además certifico que las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad.

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 88 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente textualmente dice: “Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado o trabajos de titulación que se realicen con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”

f.....

Autora: Sthefanía del Cisne Sarango Cueva

Cédula: 1104798259

DEDICATORIA

Esta tesis se la dedico primeramente a mi Dios por darme la vida y guiar mi camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar ante las dificultades.

Mi eterna gratitud a mis adorados padres Elvio Juanito y Luz María por el cariño, consejos, comprensión y apoyo incondicional a lo largo de este arduo camino.

Queridos papitos, ustedes siempre me han brindado con amor las mejores virtudes, para hacer de mi una persona con valores, principios, carácter, perseverancia y coraje para conseguir mis objetivos.

Luego, doy gracias a mis queridos hermanos: Juan Alberto, Paolita, Miguel y Glendita, que siempre me han animado a continuar superándome cada día, hasta llegar a la meta; y este título va dedicado a ustedes, que son las personas más importantes de mi vida y que nunca me dejaron sola en ningún momento

Gracias por hacer que este sueño sea una realidad y una meta cumplida.

Sthefania del Cisne Sarango Cueva

AGRADECIMIENTO

Al concluir el presente trabajo de tesis primeramente me gustaría agradecerle a ti Dios y a la Virgen María Auxiliadora por bendecirme para llegar hasta donde he llegado, por hacer realidad este sueño tan anhelado.

A mis queridos padres por su amor y apoyo incondicional, en todo momento siempre estuvieron junto a mí para motivarme hasta llegar a la meta.

Mi sincero agradecimiento a cada uno de los catedráticos de la UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA, por compartir generosamente sus conocimientos y brindarme la oportunidad de estudiar y llegar a ser una profesional.

A mi directora de tesis, Magíster María Aranzazu Cisneros Vidal por su infinita paciencia y sabiduría quien con sus conocimientos, su experiencia han motivado en mí el valor del esfuerzo, constancia y la perseverancia para que pueda terminar mis estudios con éxito. Como no agradecer a mis queridos profesores, que durante toda mi carrera profesional han aportado con un granito de arena a mi formación, gracias por sus consejos y enseñanzas, pero sobre todo por su amistad sincera.

Son muchas las personas que han formado parte de mi vida profesional, me encantaría agradecerles su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles de mi vida. Algunas están aquí conmigo y otras en mis bellos recuerdos y en mi corazón, sin importar en donde estén quiero dar las gracias por formar parte de mí, por todo lo que me han brindado y por todas sus bendiciones.

Para ellos mi eterna gratitud y reconocimiento, han sido y siempre serán parte de mi vida, su recuerdo siempre vivirá en mí, entre los más maravillosos del alma.

Muchas gracias y que Dios los bendiga.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CARÁTULA.....	i
APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN	ii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
RESUMEN.....	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN.....	3
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO	5
1.1. Adulto mayor	6
1.1.1. Teorías de desarrollo psicosocial de Erikson del ser humano.....	6
1.1.2. La crisis de la octava etapa según Erickson	7
1.1.3. Proceso de envejecimiento.....	8
1.1.4. Envejecimiento activo.....	9
1.2 El envejecimiento poblacional.....	10
1.2.1. Envejecimiento poblacional a nivel mundial.....	10
1.2.2. Envejecimiento poblacional en América Latina.....	10
1.2.3. Envejecimiento poblacional en el Ecuador.....	11
1.2.4. Envejecimiento en la Ciudad de Loja.....	12
2.1. Bienestar en el adulto mayor.....	14
2.1.1. Definición: Bienestar.....	14
2.2.2 Modelo de bienestar psicológico.....	14
2.2.3 Modelo de bienestar subjetivo.....	15
2.2.4 Bienestar psicológico desde la perspectiva de Carol Ryff.....	17
2.2.5. Consideraciones de bienestar en el adulto mayor.....	19
2.3. Calidad de vida en el adulto mayor.....	20
3.1 Programas Intergeneracionales.....	21
3.1.1 Programas Intergeneracionales desde un Envejecimiento activo.....	21
3.1.2. Los beneficios de los programas intergeneracionales.....	22
3.1.3. Impacto de los programas Intergeneracionales en las Personas Mayores.....	25
CAPÍTULO II: METODOLOGÍA.....	26
2.1. Objetivos:	27
2.1.1. General.....	27
2.1.2. Específicos.....	27
2.1.3. Preguntas de investigación:.....	27

2.1.4 Hipótesis:	27
2.2. Diseño de Investigación	27
2.3. Contexto.....	28
2.4. Muestra.....	29
2.5. Instrumentos de investigación.....	33
2.5.1. Procedimiento:	34
2.5.2. Recursos:.....	36
CAPÍTULO III: RESULTADOS	37
3. Resultados obtenidos: análisis, interpretación de los resultados obtenidos.....	54
CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN	86
4.1. Discusión de los resultados obtenidos.....	87
CONCLUSIONES	96
RECOMENDACIONES	98
BIBLIOGRAFÍA.....	99
ANEXOS.....	107

ÍNDICE DE TABLA

Tabla 1. Población de la Provincia de Loja	12
Tabla 2. Diferencia entre los rangos de edad 2001-2010 de la provincia de Loja.....	13
Tabla 3. Dimensiones del Bienestar psicológico de Carol Ryff	18
Tabla 4. Beneficios del intercambio intergeneracional	24
Tabla 5. Criterios de inclusión y exclusión en la población de estudio.....	29
Tabla 6. El rango de edad de los adultos mayores	30
Tabla 7. Datos descriptivos en la población de estudio de la Escala de Bienestar de Ryff ..	55
Tabla 8. Prueba muestras relacionadas. En la escala de Depresión Geriátrica de Yesavage	65
Tabla 9. Prueba t muestras relacionadas. En la escala de Bienestar de Ryff (EBR) en el Pretest y Post-test.	66
Tabla 10. Prueba t muestras relacionadas. Adaptación del Envejecimiento (FAQ) en el Pretest y Post-test.	67
Tabla 11. Prueba t muestras relacionadas. Puntuaciones totales en la Escala de Calidad de Vida (GENCAT) en el pretest y post-test.....	67
Tabla 12. prueba t muestras relacionadas. Puntuaciones totales estándar en la Escala de calidad de Vida (GENCAT) en el pretest y post-test	68
Tabla 13. Análisis de anova de los Factores Facilitadores de la escala de Bienestar Ryff (EBR).....	69
Tabla 14. Análisis de Anova en los Factores Facilitadores del Yesavage en las Personas Mayores.	71
Tabla 15. Análisis de Anova en los factores Facilitadores de Conocimiento del Envejecimiento (FAQ) en las personas mayores.	72
Tabla 16. Análisis de Anova en los Factores Facilitadores Calidad de vida en las personas mayores	73
Tabla 17. Correlaciones de la Plantilla Sociodemográfica en relación a las variables en el Impacto de Bienestar	76
Tabla 18. Correlaciones de la Plantilla Sociodemográfica en relación a las variables en el Impacto de Bienestar.....	78
Tabla 19. Correlaciones de variables en relación al Impacto de Bienestar en los Adultos Mayores.	81
Tabla 20. Correlaciones de variables en relación al Impacto de Bienestar en los Adultos Mayores.	84

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Pirámide omparativa poblacional de la provincia loja entre los años 1990, 2001 y 2010.....	13
Figura 2. Sexo	30
Figura 3. Estado civil.	30
Figura 4. Nivel de instrucción	31
Figura 5. Con quien viven.....	31
Figura 6. Alfabetismo.....	32
Figura 7. Tipo de ingresos.....	32
Figura 8. Participación de los adulto mayores en la preparación de los alimentos.....	38
Figura 9 . Participación del adulto mayor en las compras de su familia.....	38
Figura 10. Participa el adulto mayor en el cuidado de los nietos.	39
Figura 11. Participación en convivencias familiares de los adultos mayores.....	39
Figura 12. Participación del adulto mayor en decisiones cotidianas de la familia.....	40
Figura 13. Participación decisiones importantes del adulto mayor en la familia	41
Figura 14. Participación de los adultos mayores en novedades familiares.....	41
Figura 15. Pertenece a un club de iglesia	42
Figura 16. Pertenece a un club o asociación	42
Figura 17. Pertenecen a una red amplia social de apoyo.	43
Figura 18. Actitud en relación al tiempo libre al descansar	43
Figura 19. Actitud en relación al tiempo libre al estar aburrido.	44
Figura 20. Visita el adulto mayor a su familia.....	44
Figura 21. El adulto mayor visita sus amigos por lo menos dos veces al mes.	45
Figura 22. Participa en juegos los adultos mayores.....	45
Figura 23. Lee usted diariamente.....	46
Figura 24. Realización de actividad física de los adultos mayores	46
Figura 25. Las personas mayores asisten al centro de salud o centro hospitalario.....	47
Figura 26. Las personas mayores caminan diariamente por lo menos 30 minutos	48
Figura 27. Patologías crónicas	48
Figura 28. Factores psicológicos.....	49
Figura 29. Estado nutricional.....	50
Figura 30. Condición física	50
Figura 31. Condición mental.....	51
Figura 32. Nivel de actividad	51
Figura 33. Nivel de movilidad	52
Figura 34. Juego colectivo.....	52

Figura 35. Bailes de salón	53
Figura 36. La población de adultos mayores de la Escala Geriátrica Depresión de Yesavage. (GDS).....	54
Figura 37. Auto aceptación en los adultos mayores en la escala de bienestar de Ryff (EBR)	56
Figura 38. Relaciones positivas con los demás en la escala de bienestar de Ryff (EBR). ..	56
Figura 39. Autonomía en los adultos mayores de la escala de bienestar de Ryff (EBR).....	57
Figura 40. Dominio del entorno en la escala de bienestar de Ryff (EBR).....	57
Figura 41. Crecimiento personal de la escala de bienestar de Ryff (EBR).	58
Figura 42. Propósito en la vida en la escala de bienestar de Ryff (EBR).....	59
Figura 43. Adaptación de Envejecimiento en el total (FAQ).....	59
Figura 44. Puntaje total de los adultos mayores en el "Bienestar Emocional" en los resultados de la escala de calidad de vida (GENCAT).....	60
Figura 45. Puntaje total de los adultos mayores en "Relaciones interpersonales en la escala de calidad de vida (GENCAT)	60
Figura 46. Puntaje total de los adultos mayores en el "Bienestar Material" de la escala de calidad de vida (GENCAT)	61
Figura 47. Puntaje total de estudio de los adultos mayores en el "Desarrollo Personal" de la escala de calidad de vida (GENCAT).	62
Figura 48 puntaje total de los adultos mayores en el "Bienestar Físico" en la escala de calidad de vida (GENCAT)	62
Figura 49. Puntaje total de los adultos mayores en la "Autodeterminación" en la escala de calidad de vida (GENCAT)	63
Figura 50. Puntaje total de los adultos mayores "Inclusión Social" en la escala de calidad de vida (GENCAT).....	63
Figura 51. Puntaje total de los adultos mayores "Derechos" en la escala de calidad de vida (GENCAT).	64

RESUMEN

Este trabajo investigativo tiene como objetivo principal “Determinar el impacto en el bienestar psicológico de los Adultos Mayores partícipes de un proceso de intervención intergeneracional del Centro de Atención Municipal del Adulto Mayor N°1 de la Ciudad de Loja”.

El diseño metodológico utilizado es de tipo: cuantitativo, longitudinal, descriptivo-correlacional, la muestra estuvo conformada por 18 Adultos Mayores; los instrumentos que se aplicaron en dos fases (Pre-test y Post Test) son: una plantilla sociodemográfica, escala geriátrica depresión de yesavage, escala de bienestar de ryff, escala de adaptación del envejecimiento (FAQ) escala de calidad de vida. Los resultados más relevantes, demuestran que al aplicar la prueba de yesavage, un porcentaje moderado de adultos mayores 55% incrementaron su estado de depresión, por causa del fallecimiento de sus parejas y por falta de acompañamiento directo de su familia. Sin embargo, los adultos mayores partícipes de un proceso de intervención intergeneracional mejoraron notablemente su bienestar psicológico; tienen mejores percepciones sobre la vejez; tienen propósitos en la vida, mantienen relaciones agradables con los demás, lo que influyen en la calidad de vida de los adultos mayores.

PALABRAS CLAVES: Adultos Mayores, Bienestar psicologico, Intervención Intergeneracional

ABSTRACT

This research has as main objective "To determine the impact on the psychological well-being of the Elderly adults participating in a process of intergenerational intervention of the Center of Municipal Attention of the Major Adult N°1 of the City of Loja".

The methodological design used is: quantitative, longitudinal, descriptive-correlational, the sample consisted of 18 elderly adults; The instruments that were applied in two phases (Pre-test and Post Test) are: a sociodemographic template, geriatric scale, yesavage depression, ryff well-being scale, aging scale (FAQ) scale of quality of life. The most relevant results show that in applying the yesavage test, a moderate percentage of older adults 55% increased their state of depression because of the death of their partners and lack of direct accompaniment of their family. However, older adults participating in an intergenerational intervention process markedly improved their psychological well-being; Have better perspicacies on old age; Have purposes in life, maintain pleasant relationships with others, which influence the quality of life of the elderly

KEYWORDS: older adults, Psychological well-being, Intergenerational Intervention.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es un conjunto de cambios morfológicos, funcionales y psicológicos, que con el paso del tiempo se origina de forma irreversible en los organismos vivos. Cada individuo envejece de forma diferente, de acuerdo a la forma de vida que ha tenido. Este hecho determina la pérdida progresiva de la capacidad de adaptación, y la disminución funcional de los distintos órganos y sistemas (Marín,2003). El envejecimiento de la población exige una adecuada intervención, procurando aspectos que determinen el buen vivir del adulto mayor, identificando los factores biológicos, psicológicos y sociales que afecten su bienestar.

En el país, a través del último Censo Poblacional del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INEC], (2010) el 8,8% de la población ecuatoriana son adultos mayores. En su mayoría 53,4% son mujeres; en la Región Sierra son el 9,5%; en la Costa 8,5%; Galápagos 6,1%, y en la Amazonía 6,0%. Según la proyección poblacional del INEC (2010), en Ecuador la esperanza de vida es 75 años y se proyecta que para el año 2050, subirá a 80,5 años. Llama la atención que Loja es una de las provincias con mayor esperanza de vida, 78 años.

Los datos estadísticos implican la necesidad de cuidar de las personas mayores para que se desarrollen en un ambiente de armonía y seguridad, previniendo la explotación, la violencia, la mendicidad, el abandono, vulnerabilidad, el rechazo y la discriminación.

Según Murayama & Fujiwara (2015) señalan que un programa intergeneracional es una forma de servicio humano, que implica la interacción continua y organizada entre los miembros y grupos de mayor edad para el beneficio de todos los participantes; promueven el intercambio intergeneracional entre las personas mayores y los más jóvenes dentro de las comunidades. Los programas intergeneracionales son muy importantes en el desarrollo integral de los adultos mayores; conlleva una mejor participación, fomenta un acercamiento y un mayor entendimiento entre las generaciones (Bentancor, 2015).

En la implementación de Programas de Intervención, es necesario el acompañamiento afectivo, ya que mejora la calidad de vida de los Adultos Mayores y llena en gran medida alegría y esperanza en sus vidas. Según Gutiérrez (2015), existen voluntarios que constantemente brindan acompañamiento afectivo a adultos mayores, cuyos familiares no los visitan o han sido abandonados, contribuyendo a sustituir la ausencia de la familia y su bienestar con tan solo su compañía, mediante una conversación, una llamada telefónica y

sobre todo su tiempo. Este tipo de intervención contribuye a la calidad de vida y a la salud mental del adulto mayor.

En un análisis investigativo que realizó Hatton-Yeo & Watkins (2009), al examinar el impacto que tienen los programas intergeneracionales, sostiene que es de gran interés desarrollar y construir comunidades más saludables cuyos miembros se entiendan mejor y se respetan con el resto de grupos que conviven. En este sentido, es de gran importancia ayudar a las comunidades para que sean más activas y sostenibles, basadas en el respeto social, impulsando relaciones entre generaciones, tratando de eliminar barreras como prejuicios, estereotipos y la desigualdad de edad. Por consiguiente, un programa intergeneracional para adultos mayores es muy importante porque contribuye a mejorar la calidad de un envejecimiento activo y saludable, logrando reducir las causas en el aislamiento, soledad y la percepción de ideas erróneas y estereotipos, entre estas generaciones.

El diseño utilizado en esta investigación es de tipo: cuantitativo, transversal, descriptivo-correlacional, en el que se comparan instrumentos estandarizados que se aplicaron en dos fases a los adultos mayores (Pre-Test y Post-Test) para determinar el impacto en el bienestar de los adultos mayores partícipes de un proceso de intervención intergeneracional; considerando aspectos como: edad, sexo, nivel de instrucción, con quien vive, etc.

Este informe está compuesto por cuatro capítulos: capítulo: I se describen los fundamentos teóricos de la investigación, los mismos que se subdividen en tres apartados. El primero se enfoca en el envejecimiento del adulto mayor, hace referencia a conceptualizaciones y la estructura demográfica poblacional; el segundo, aborda el bienestar del adulto mayor, y el tercero explica la importancia de los programas intergeneracionales, y sus conceptualizaciones; así como el impacto de los mismos. En el capítulo: II se presenta la metodología empleada con sus objetivos, las preguntas de investigación, hipótesis planteada, el diseño investigativo, la descripción de la muestra, los criterios de inclusión y exclusión, los instrumentos, el procedimiento, y el análisis de datos. El capítulo: III expone los resultados obtenidos de la población. El capítulo: IV se abarca la discusión, conclusiones y recomendaciones de la investigación.

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

1.1. Adulto mayor

1.1.1. Teorías de desarrollo psicosocial de Erikson del ser humano.

Dentro de la Teoría de Erickson (2000) claramente determina que el individuo en su desarrollo humano pasa ocho crisis vitales o etapas: 1)“confianza vs desconfianza”; 2) “autonomía vs. vergüenza o duda”; 3)“inciativa vs. la culpa”; 4)“la laboriosidad vs. inferioridad”; 5) “identidad vs. confusión de indentidad”; 6) “intimidad vs. aislamiento”; 7) “generativa vs. entacamiento”; 8) “integridad vs. desesperanza” (Alvarez, 2013). Considera la teoría psicosocial de Erikson, un desarrollo progresivo del ser humano en las diversas etapas de la vida, desde que nace hasta que llega a la edad adulta.

La teoría de Erikson de carácter psicosocial y pone de manifiesto una secuencia de etapas normativas predeterminadas (Villar, 2001). Su contribución es a partir de concepciones psicoanalíticas especialmente cuando hablamos de la adolescencia y por supuesto del desarrollo adulto y envejecimiento.

La visión, que formula Erikson (2000), sobre la teoría del ciclo vital contempla como un proceso abierto en el que pueden existir pérdidas y ganancias en las diferentes edades, en función de cada momento vital. Por su parte hace ampliación sobre la teoría del ciclo vital del desarrollo humano ha permitido expandir su entorno, asumir los errores y éxitos que han conservado su propio devenir del ciclo vital (Villar &Triado, 2006; Posada, 2005). De igual manera Graig, G. (1997) afirma: “El desarrollo del ser humano ha surgido de la manera en que se resuelven conflictos sociales durante puntos de interacción en el desarrollo que corresponde a un proceso dinámico y continuo desde el nacimiento” (como se cita en Paredes, 2010).

Peck (1968), hace una ampliación dentro de la teoría de Erikson, donde afirma: “Que hay otras crisis relacionadas principalmente con los cambios físicos y mentales en la edad adulta y así como los cambios sociales más comunes” (como se cita en Graig, 1990, p.465). Es decir, evidencia la etapa de la vejez como una crisis y características específicas de cada persona, a medida que ocurren estos cambios cada vez se vuelven importantes para los individuos en la edad adulta.

Según la concepción antropológica que afirma Erikson, en el ser humano depende de tres momentos complementarios: a) biológico, que envuelve la organización jerárquica de sistemas biológicos, orgánicos y fisiológicos del desarrollo; b) psíquico, que envuelve las diferencias individuales del “yo” así como los procesos psíquicos de la etapa experiencial y relacional personal; c) social, que envuelve la organización cultural, ética y espiritual de las personas en principios y orden social (Bordignon, 2012). Las tres concepciones antropológicas que menciona Erikson dentro de los tres momentos complementarios tienen una estructura organizada lo cual da forma a su propia personalidad, están organizadas estructuralmente de acuerdo a cada una de las etapas de la vida.

1.1.2. La crisis de la octava etapa según Erickson

Erikson (2000), presenta la crisis de la octava etapa como un proceso progresivo de cambios estructurales en relación a defectos o vulnerabilidad de cada estadio y se envuelve una crisis y conflicto en el individuo que aparece y se desarrollan en un momento específico de la vida (Bordignon, 2012).

Según Erikson (2000) propone en la crisis de la octava etapa de la vejez se presenta: “La Integridad y Desesperanza” donde señala: “La integridad” como la función de promover el contacto con el mundo, con las cosas y sobre todo con la gente” Es la fuerza básica de la sabiduría y el saber acumulado de la vida, capacidad de juicio, la comprensión del significado de la vida y las experiencias vividas (como se citó en Paredes, 2010). La “integridad” constituye un saber acumulado, la capacidad de juicio maduro, comprensión del significado de la vida y la forma de ver, mirar, y recordar todos sus significados (Bordignon, 2012). Por otro lado, “La muerte pierde su carácter atormentador; la pérdida de esa capacidad y/oica acumulada se expresa en temor a la muerte” (Loughlin, 2002).

Mientras la desesperanza es una crisis negativa desde su propia vida de arrepentimientos y remordimientos en el envejecimiento puede ocasionar cierto negativismo como culpa, aislamiento incluso la muerte (Villar & Triádo, 2006). Generalmente lo que sucede en esta crisis son sentimientos de frustración e inseguridad, cuando miran retrospectivamente su vida hasta el momento presente; y la expresan con sentimientos y respuestas de acontecimientos de pérdidas; y consideran que el tiempo es demasiado corto para empezar una nueva vida (Erikson, 2000).

Así mismo, la persona que se desarrolla hacia la gerotranscendencia experimenta una redefinición de sí mismo y de las relaciones con los demás y una comprensión acerca de cuestiones existenciales; trasciende la perspectiva egocéntrica, revalorando, el espacio, la

vida, la muerte, acompañado por un sentimientos de afinidad con las generaciones pasadas y una mayor disposición a la meditación (Krzemien, 2011).

Coinciden Krzemien (2011) y Cardenas (2015) en que la gerotranscendencia es un envejecimiento positivo, donde los sentimientos del adulto mayor tienen una perspectiva diferente de la vida y la muerte, una aceptación más agradable de sí mismo, que le permite dejar de verse como un ser aislado en la sociedad y ganar un sentimiento de pertenencia en las nuevas generaciones. Esto implica que experimenta una nueva concepción del tiempo, del espacio, de la vida y de la muerte. También se vincula a la espiritualidad del adulto mayor, quien experimenta una fuerza interior del yo para convivir más y mejor. De acuerdo a Levin (2001), aporta que la participación en actividades religiosas públicas, a través de menbreccías religiosas, beneficia la salud ya que se promueven conductas y estilos de vida más saludables, y también, porque brindan un apoyo que amortigua los efectos del estrés y el aislamiento. Del mismo modo, los adultos mayores más involucrados en sus comunidades religiosas, también reportaron menor temor a la muerte (Petersen, 2007).

Una vez que hemos entendido y reconocido lo que sucede en el contexto de la crisis de la octava etapa en las personas mayores, se determina que es una etapa de sabiduría producto del tiempo y de las experiencias vividas en forma personal; conocimientos que dan significado a la vida y forman parte de su propia historia; a pesar del aporte que las personas mayores dieron a la sociedad en su juventud, muchas veces la sociedad trata de marginarlos y abandonarlos, no se los incluye por su edad en actividades productivas; de igual manera, no son considerados como personas de sabiduría y conocimiento, lo cual origina un sentido de desesperanza y una crisis de temor al no haber logrado las metas que soñaba.

1.1.3. Proceso de envejecimiento.

El envejecimiento se plantea como un proceso que se inicia desde la concepción del ser humano y concluye con su muerte. Sin embargo, Jiménez (2008), expone: “La manera de envejecer no es algo que surge de un momento a otro, es una derivación de las características de personalidad de un proceso de cambio a lo largo de la vida, que afecta a todos los seres vivos” (p.3). De este modo se inicia un continuo proceso de cambios: físicos, orgánicos y funcionales a lo largo de la vida según sus variables. Por su parte Langarica Salazar (1985) afirma: envejecer es un fenómeno individual de modificaciones morfológicas, fisiológicas y psicológicas que se puede observar a simple vista por las manifestaciones externas en el individuo y en el anciano (como se cita en García & Ballesteros, 2006). En los seres humanos, envejecer produce cambios en la arquitectura muscular y otros factores

relacionados en el sistema nervioso, la disminución de la capacidad para llevar a cabo actividades de la vida diaria (Landinez & Castro, 2012).

Según la perspectiva fisiológica y biológica se dan cambios físicos en el envejecimiento y también de enfermedades crónicas (Jiménez, 2008). La perspectiva Psicológica presenta una serie de modificaciones de las funciones mentales, entorno socio-afectivo, apoyo social, emocional, de estima por parte de su familia y del entorno en donde se desarrolla, sobre todo se ve disminuido el ámbito de la cognición (Millan, 2011). Desde la perspectiva social, la persona mayor es consciente de su evolución, desde el nacimiento hasta la vejez, requiere de ayuda y apoyo en sus actividades diarias y a su vez presenta un deterioro en la calidad de vida (Jiménez, 2008).

En base a lo anteriormente citado, que el envejecimiento es una etapa natural del ser humano, que no se puede detener, van disminuyendo sus capacidades físicas, intelectuales, se limita la realización de actividades cotidianas. Sin embargo el ser humano, en su juventud no acepta, ni se prepara para asumir la vejez de una manera responsable y consciente, soslayando la importancia de esta etapa de la vida, donde el ser humano debe estar consciente que en algún momento llegará su vejez en forma natural e inexorable.

1.1.4. Envejecimiento activo.

En los años 90 a finales se adoptó el término “**Envejecimiento Activo**”. De igual forma la Organización Mundial de la Salud [OMS], (2012) también define “Envejecimiento Activo” como “El proceso de optimización de las oportunidades en salud, participación y seguridad a fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen.” Implica mejorar la calidad de vida de las personas a medida que se envejecen, así dar oportunidades de desarrollo para una vida saludable, participativa y segura (Europeo, 2012). Es decir, facilita un mejor bienestar, físico y social en las personas mayores, para dar una imagen positiva y participativa en un envejecimiento. El envejecimiento activo ha sido considerado como una experiencia positiva que va acompañada de salud participación y seguridad (López, 2011).

Según la OMS (2002) un envejecimiento activo y saludable, se fundamenta en experiencias positivas individuales y colectivas, reconoce los derechos de los adultos mayores, considera principios de respeto, independencia, participación, dignidad, asistencia y autorrealización, que conllevan a tener una vida plena, trascendente y activa; donde el adulto mayor se siente aceptado y querido por las personas que le rodean (Montenegro & Melgar, 2012). Por lo tanto multiplicar oportunidades de bienestar físico, social y mental durante el ciclo de la vida mejora la esperanza de una vida saludable, productiva, y sobre todo las personas mayores

tienen un “envejecimiento activo” (Pugliese, 2014). En síntesis, el envejecimiento activo puede mejorar la autonomía, la salud y la productividad de los mayores de su vida.

1.2 El envejecimiento poblacional.

1.2.1. Envejecimiento poblacional a nivel mundial.

Actualmente en el mundo hay 416 millones de personas mayores de 65 años (Acevedo & López, 2012).

A nivel mundial se incrementa paulatinamente la cantidad de adultos mayores así por ejemplo entre 1950 y 1980 se mantuvo en un porcentaje del 8% al 2000 subió al 10%, para el 2030 este porcentaje crecerá a 16.6% y el 2050 a 21.4 %. Es decir, para el año 2000, uno de cada 10 personas en el mundo fue adulto mayor y a mitad de siglo será 1 de cada cinco (Asociación de Hospitales y Clínicas [ACHC], 2016). Se prevé que en el año 2100 la cantidad de personas de 60 años de edad o mayores aumente más de tres veces.

Existen algunos factores que influyen en el envejecimiento de la población: 1) aumento de la esperanza de vida; 2) mayor índice de supervivencia de las personas de edad avanzada; 3) desarrollo socioeconómico registrado a nivel mundial durante los últimos 50 años. (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2015).

Las proyecciones estadísticas citadas anteriormente, anticipan que la población adulta, a nivel mundial se incrementará significativamente en los próximos años. Este crecimiento acelerado de adultos mayores exhorta a los sistemas de salud y sistemas sociales de los diferentes países del mundo, que se preparen oportunamente y puedan responder a las necesidades de este grupo poblacional, brindándoles oportunidades de tener un mejor estilo y calidad de vida.

1.2.2. Envejecimiento poblacional en América Latina.

El proceso de envejecimiento de la población en América Latina se desarrolla en una transición demográfica (Rivadeneira & Villa, 2003). De acuerdo la Organización de las Naciones Unidas [ONU], (2006) también proyecta que el porcentaje de población adulta mayor latinoamericana de 65 años o más se triplicará creciendo desde 6,3% en el 2005, hasta 18,5% para el año 2050. Existe una ola de envejecimiento en América Latina la más grande en el mundo. Para el 2050, la población de 65 años o más. En algunos países latinoamericanos, incluyendo Brasil, Chile y México, podrían llegar a tener más población anciana que la de los Estados Unidos (como se cita Jackson & Howe, 2009).

Según la Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2016) América Latina atraviesa cambios demográficos principalmente: el crecimiento de la población, urbanización y el envejecimiento de la población. En el año 1900 la población de las Américas era de 194 millones de personas, actualmente ésta supera los 940 millones de personas, para el 2020 ascenderá a 1.027 millones, equivalente al 13,4% de la población mundial. Según OPS en el año 2006, vivían cerca de 100 millones de personas mayores de 60 años; y para el año 2020, esta cifra se duplicará, además la mitad de las personas mayores vivirán en América Latina y el Caribe (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2016).

1.2.3. Envejecimiento poblacional en el Ecuador.

Según la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo del Ecuador [SENPLADES], (2016) el número de habitantes en nuestro país crece cada día y la esperanza de vida evoluciona notoriamente, desde 48,4 años en el periodo 1950-1955 en donde 47,19 años para los hombres y 49,6 años para las mujeres; en igual forma en la época del 2000-2005 la esperanza de vida crece a 74,2 años, siendo de 71,3 y 77,2 para hombres y mujeres respectivamente; así mismo presenta una tendencia de incremento en la edad promedio de adultos mayores que para el año 2050 la esperanza de vida será de 80 años, lo que implica un desafío muy complejo desde el punto de vista del gasto social. La mortalidad masculina es siempre superior a la femenina, lo que hace que el envejecimiento de la población predominantemente sea del sexo femenino. También se determina, que mayoritariamente la población Adulta Mayor vive dentro de la zona urbana en un 58,6% y 41,4% en las zonas rurales.

En el Ecuador a través del último Censo Poblacional, del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INEC], (2010) el 8,8% de la población son adultos mayores, el 53% son mujeres. En la Sierra son el 9,5%; en la Costa el 8,5%; en la Insular 6,1%, y en la Amazonía 6,0%.

Adicionalmente, el estudio que realizó la Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento [SABE], (2009) determinó que 9 de cada 10 personas adultas viven con alguien; y 1 de cada 2 personas son cuidados por hijos; y el 10,7% viven solos; también en esta encuesta midió el estado ánimo y la satisfacción con la vida que corresponde: el 81,6% están satisfechos con su vida; el 81,4% estuvieron de buen ánimo la mayoría del tiempo; y el 80,8% se sintió feliz la mayor parte del tiempo, aunque 3 de cada 10 adultos en el país indicaron sentirse desamparados con frecuencia; en el estado anímico y la satisfacción con la vida el 43,6% estuvo preocupado por algo malo que le pueda suceder; 37,9% sintió su vida esta vacía; 30,2% sintió que esta aburrido frecuentemente; y el 27,6% se siente

frecuentemente desamparado y 5 de cada 10 personas mayores a 60 años indican que su salud es mejor comparada con otras personas de la misma edad.

Por lo tanto, nuestro país tiene un proceso de envejecimiento demográfico que requiere varias transformaciones sociales que demandan una mayor atención para los adultos mayores y según estas proyecciones estadísticas analizados anteriormente, su crecimiento progresivo es preocupante, por lo que el gobierno ecuatoriano está obligado a planificar acciones que promuevan el desarrollo considerando estos desafíos.

1.2.4. Envejecimiento en la Ciudad de Loja.

Tomando en cuenta la dinámica poblacional comparativa de la provincia de Loja, a lo largo de 60 años, entre 1950 al 2010, durante estos años se ha duplicado la cantidad de adultos mayores, esta variación es menor en relación al incremento del nivel del país, puesto que la población nacional en los mismos años se ha cuatriplicado (Ramón, 2012). (Ver en la tabla 1.)

Tabla 1. Población de la Provincia de Loja

Cantón / Censo	1950	1962	1974	1982	1990	2001	2010
Calvas	30 272	39 548	31 529	30 213	29 398	27 604	28 185
Catamayo				20 381	22 357	27 000	30 638
Celica	19 594	27 764	27 770	21 186	14 329	13 358	14 468
Chaguarpamba					9 850	7 898	7 161
Espíndola			16 520	18 176	18 191	15 750	14 799
Gonzanamá	19 969	24 920	29 001	25 429	17 276	14 987	12 716
Loja	60 158	79 748	111 980	121 317	144 493	175 077	214 855
Macará	17 831	26 250	27 282	17 753	18 281	18 350	19 018
Olmedo						5 707	4 870
Paltas	35 525	46 211	50 301	44 383	33 751	24 703	23 801
Pindal					7 457	7 351	8 645
Puyango	14 249	21 035	23 527	16 787	16 804	15 505	15 513
Quilanga					5 553	4 582	4 337
Saraguro	19 204	19 972	24 429	25 653	26 995	28 029	30 183
Sozoranga				9 345	9 729	7 994	7 465
Zapotillo				10 144	10 234	10 940	12 312
Total	216 802	285 448	342 339	360 767	384 698	404 835	448 966

Fuente: Dinámica poblacional comparativa de la provincia de Loja

Elaboración: Propia.

Asimismo, en la Figura 1. en la pirámide comparativa poblacional de la provincia de Loja, según el censo del 2010, existen más mujeres con un 50,8% y hombres 49,2%; en relación a los censos anteriores existe una disminución en los grupos de menor edad, y de las personas que se encuentran de 65 años en adelante son 90.969 y se han incrementado últimamente en proporción. Estas pirámides indican un descenso en la natalidad y un envejecimiento poblacional aunque no tan acelerado.

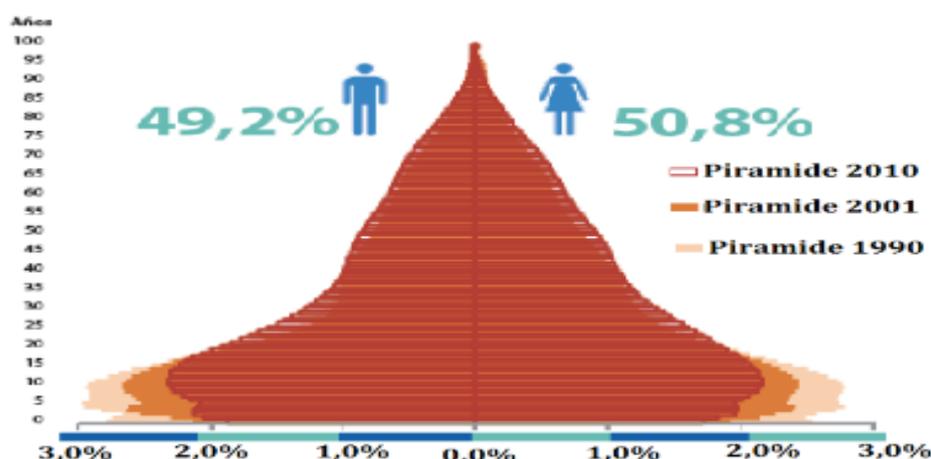


Figura 1 Pirámide Comparativa Poblacional de la provincia Loja entre los años 1990, 2001 y 2010

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC, 2010)

Tabla 2. Diferencia entre los Rangos de Edad 2001-2010 de la Provincia de Loja

Rango de edad	2001	%	2010	%
De 95 y más años	1.208	0,3%	519	0,1%
De 90 a 94 años	1.452	0,4%	1.344	0,3%
De 85 a 89 años	2.575	0,6%	2.700	0,6%
De 80 a 84 años	4.153	1,0%	5.401	1,2%
De 75 a 79 años	6.007	1,5%	7.678	1,7%
De 70 a 74 años	8.037	2,0%	10.297	2,3%
De 65 a 69 años	10.581	2,6%	13.142	2,9%
De 60 a 64 años	12.028	3,0%	14.191	3,2%
De 55 a 59 años	12.815	3,2%	17.050	3,8%
De 50 a 54 años	15.747	3,9%	18.647	4,2%
De 45 a 49 años	17.374	4,3%	21.833	4,9%
De 40 a 44 años	19.956	4,9%	22.488	5,0%
De 35 a 39 años	21.728	5,4%	24.641	5,5%
De 30 a 34 años	22.994	5,7%	27.887	6,2%
De 25 a 29 años	24.556	6,1%	33.412	7,4%
De 20 a 24 años	32.621	8,1%	39.032	8,7%
De 15 a 19 años	42.911	10,6%	46.776	10,4%
De 10 a 14 años	50.614	12,5%	49.974	11,1%
De 5 a 9 años	50.063	12,4%	47.751	10,6%
De 0 a 4 años	47.415	11,7%	44.203	9,8%
Total	404.835	100,0%	448.966	100,0%

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC, 2010)

Elaboración: Propia

De la misma manera, la Tabla 2. presenta información de los censos poblacionales del INEC (2001) y (2010), al comparar los rangos de edad de los adultos mayores se determina un incremento en el porcentaje de adultos mayores, y es notorio que en edades de 60 a 64 años se incrementa del 3,0 % en el 2001 al 3,2% en el 2010; y vemos que paulatinamente crece el porcentaje de adultos mayores hasta los rangos de edad de 80 a 84 años que en el 2001 es 1.0% y en el 2010 es 1.2% y discriminando la proporción de adultos mayores a 90 años (Instituto Estadística y Censos [INEC], 2010). Por otro lado la provincia de Loja, es una de las provincias con mayor esperanza de vida (78 años) seguido de Azuay con 77,6 años.

2.1. Bienestar en el adulto mayor.

2.1.1. Definición: Bienestar.

El bienestar es un estado de salud mental en el cual el individuo hace frente a las incertidumbres normales de la vida, así como también puede trabajar de forma productiva y beneficiosa (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2013). En el bienestar se encuentran dos términos temporales, la satisfacción como medida de largo plazo de la vida de una persona, y, el otro término que se refiere a un balance de cambios positivos y negativos que provocan una experiencia inmediata (Díaz et al., 2006). Según Valdés (2009), estas concepciones se basan en la experiencia personal y las percepciones de sí mismo en el contexto de la vida sobre su bienestar personal incluye valoración o juicio en todos los aspectos de la vida, constituyen criterios para un envejecimiento exitoso y un bienestar.

Según María Moliner define al bienestar como: Un estado en que se está bien equivalente a la alegría y satisfacción (Andalucía, 2016). De igual forma, el bienestar combina características diferentes; por un lado circunstancias exteriores de la persona entre éstas: comodidades con las que cuenta, el tiempo libre del que dispone, acceso a servicios de salud, etc. y de ciertos estados internos de la persona como: placer, felicidad, sentimiento de dignidad, esperanza, y todo aquello que resulta de la realización de deseos, anhelos y planes de vida personales (Valdéz, 1991).

De las definiciones aportadas anteriormente, se puede considerar el bienestar de las personas como un conjunto de factores físicos, sociales, emocionales, espirituales que permiten tener una satisfacción con uno mismo y con el entorno.

2.2.2 Modelo de bienestar psicológico

Para entender el bienestar, en primer lugar se considera esencialmente la felicidad que es (bienestar hedónico) denominado bienestar subjetivo y el segundo punto que está ligada al desarrollo del potencial humano (bienestar eudemónico) denominado bienestar psicológico (Díaz et al., 2006).

En las últimas décadas se ha desarrollado una concepción alternativa de bienestar psicológico, que investiga el desarrollo, crecimiento personal, y como los individuos enfrentan los retos vitales, el esfuerzo e interés que asumen por conseguir los objetivos que desean alcanzar (Ortiz & Castro, 2009). De esta manera, el "bienestar psicológico" es representado por Ryff (1989) Ryan y Deci (2001) y señalan que es un proceso de obtención

de valores que hacen sentir vivos y auténticos, hacen crecer como personas en diversas actividades que dan satisfacción, alejan del dolor y el sufrimiento (como se citó en Satorres, 2013).

Por su parte, Fierro (2000), relaciona el bienestar psicológico como la aptitud de “bien-estar” y “bien-ser”; a la vez señala como la postura de cuidar su propia salud mental, donde el individuo crea vivencias y experiencias positivas de vida feliz estando consciente de ello; asimismo es la capacidad de auto-cuidarse y manejar la vida presente en el individuo (Rangel & Alonso, 2010 p. 267). Salotti (2006) y Salonova et al. (2005), señalan el bienestar psicológico es el resultado de la percepción de logros alcanzados a lo largo de la vida y el grado de satisfacción personal con lo que se ha hecho y está por hacerse (como se citó en Satorres, 2013). El término de bienestar psicológico ha sido utilizado como sinónimo de bienestar subjetivo.

El bienestar psicológico es el sentir positivo del ser humano acerca de sí mismo y se relaciona con aspectos físico, psíquico, social vinculado a la esfera emocional; además, influye la personalidad del individuo y las circunstancias medio ambientales (García & Benítez, 2000). Continuando con la conceptualización “eudonómica” de bienestar psicológico, Ryff y Keyes (1995) concuerdan: “Una caracterización más adecuada de los bienes humanos, el cual significa el esfuerzo por perfeccionarse y la realización de su propio potencial”. Así mismo, el bienestar psicológico se relaciona con tener un propósito en la vida, adquirir un significado importante en uno mismo, trazarse retos y desafíos; mientras que el bienestar subjetivo tiene que ver más con sentimientos de satisfacción, de ausencia de problemas y presencia de sensaciones positivas (como se citó en Satorres, 2013).

2.2.3 Modelo de bienestar subjetivo.

La conceptualización hedonista vincula el bienestar a la experiencia subjetiva de felicidad, que surge como un equilibrio entre las situaciones de placer y de displacer, entre los buenos y malos elementos que suceden a lo largo de nuestra vida (Osuna & Villar, 2003). Esta visión hedonista del bienestar ha sido estudiada a partir de conceptos de bienestar como la felicidad o satisfacción vital.

Ryff (1989) señala, el bienestar subjetivo comenzó a usarse como un indicador de programas de diversa naturaleza aplicados en diversas investigaciones, las mismas que intentan determinar en que nivel afectan a la calidad de vida del sujeto algunas situaciones adversas como: pobreza, desigualdades políticas, falta de recursos educativo, pérdidas que suceden en la vida de los individuos (muerte, jubilación, divorcio, accidentes), y que influyen

en el bienestar subjetivo; así mismo, ver si los programas destinados a aliviar situaciones negativas tienen efecto positivo en el bienestar subjetivo (Osuna & Villar, 2003, p.153). Por su parte Diener(1984) coincide que el bienestar subjetivo es la experiencia frecuente y continua dentro del afecto positivo en el sujeto, y la baja frecuencia de los estados de ánimo negativos(como se citó en Satorres, 2013).

Adicionalmente el estudio investigativo de Rodríguez (2013) toma como referente un concepto de bienestar subjetivo de Peterson (2000) que explica este bienestar involucra componentes cognoscitivos, emocionales y motivadores; para Stock, Okun y Benin (1986) la felicidad es el producto de comparar los estados afectivos positivos y negativos en un momento determinado y de su satisfacción vital. Según Diener (1994)señala que la satisfacción vital es cuando el individuo valora su trayectoria vital (familia, trabajo, salud, amigos, tiempo libre, etc).

Asimismo Diener y Lucas (2000), manifiestan que el bienestar subjetivo incluye el estado emocional en un momento determinado, la satisfacción de cada dominio de la vida o la valoración global de la propia vida (como se citó en Satorres, 2013). El Bienestar Subjetivo, es una parte integrante de la calidad de vida mediante componentes de satisfacción y valoración global general tiene un carácter vivencial amplio y se vinculado con otras categorías, además el bienestar subjetivo es una expresión de afectividad (García & Benítez, 2000). De igual manera se relaciona con situaciones placenteras o no, esto se refiere a aspectos de satisfacción y afectos positivos del individuo (Vivaldi & Barra, 2012).

Para Lawton (1972), el bienestar subjetivo tiene una relación íntima entre lo afectivo y cognitivo, que evalúa la congruencia entre las metas deseadas y obtenidas en la vida; así mismo, en una concepción más integradora que predominan los estados de ánimo positivos, que incluyen juicios cognitivos, reacciones afectivas y emociones. El bienestar subjetivo lleva implícita la experiencia personal (García & Benítez, 2000).

El bienestar se ha mantenido como líneas paralelas centradas en bienestar psicológico y subjetivo. El bienestar subjetivo se refiere a conceptos de larga tradición en la psicología como es la satisfacción vital referida por la experiencia subjetiva de la felicidad, ésta incluye componentes: emocional y afectivo, vinculado con los sentimientos de placer y displacer que experimenta la persona y que comprendería entre otros el concepto de felicidad, y un componente de carácter cognitivo que tiene relación con el juicio que obtiene el individuo en su actuación evolutiva, es decir lo que prácticamente se ha denominado satisfacción vital (como se citó en Satorres, 2013)

2.2.4 Bienestar psicológico desde la perspectiva de Carol Ryff.

Considerando la perspectiva “eudómica” del bienestar psicológico de Ryff, en su modelo multidimensional conformado por seis dimensiones que incluyen: La evaluación positiva de uno mismo y la propia vida pasada “autoaceptación”; un sentido de crecimiento continuo y desarrollo como persona “crecimiento personal”; creencia de que la propia vida tiene un propósito y un significado “propósito en la vida”; desarrollar y mantener relaciones de calidad y confianza con otros “relaciones positivas con otros”; capacidad de dirigir su propia vida y el ambiente para satisfacer necesidades y deseos “dominio ambiental”; y un sentido de autodeterminación personal “autonomía” (Vivaldi & Barra, 2012). Esto conlleva a estar y sentirse bien con la vida, incluye felicidad, armonía y equilibrio.

Carol Ryff, conceptualiza el bienestar psicológico a partir de concepciones filosóficas clásicas de bienestar en la búsqueda constante de la excelencia personal y coincide con la normativa de lo bueno y aceptable (Paredes, 2010). Además, hace una valoración de las personas mayores enfocado en el crecimiento personal y los estilos de cómo estas personas enfrentan la vejez.

Ryff (1995) señala, el bienestar psicológico “Como el esfuerzo de alcanzar y conseguir metas valiosas y perfeccionar el propio potencial con un significado importante de uno mismo, desarrollando al máximo todos sus talentos” (Ortiz & Castro, 2009, p.26). El encontrar el significado de vida y su existencia incluso frente a realidades ásperas o adversas de esta etapa.

De igual manera desarrolló un modelo multidimensional; cuya teoría parte de que un individuo que disfruta de bienestar psicológico se siente bien consigo mismo, conoce sus limitaciones, desarrolla relaciones amenas con los demás, busca encontrar la satisfacción en el medio, con sentido de libertad e individualidad, encuentran su propósito de vida, constantemente aprende y tiende a su propio desarrollo (Paredes, 2010). El bienestar psicológico permite la construcción del desarrollo personal en el individuo y la capacidad de interactuar en forma armoniosa con el entorno; y hace una explicación de las seis dimensiones del bienestar psicológico de Ryff, el cual explica lo siguiente:(Ortiz & Castro, 2009).

Tabla 3. Dimensiones del bienestar Psicológico de Carol Ryff

Dimensión del Bienestar de Ryff	Características
Autoaceptación	Es uno de los principios centrales del bienestar. Las personas tratan de sentirse bien consigo mismo y tener actitudes positivas de sí mismo en el funcionamiento psicológico positivo(Ortiz & Castro, 2009). Como por ejemplo una persona se siente satisfactoriamente bien y con una actitud positiva sobre sí misma. Según Díaz et al. (2006) la autoaceptación es tener una postura positiva de uno mismo, fundamental en el movimiento psicológico positivo.
Relaciones positivas con otras personas	considera la capacidad de mantener vínculos interpersonales y sociales estables estrechamente basados en la confianza y empatía (Ortiz & Castro, 2009). También implica la capacidad de sostener vínculos sociales consistentes, como tener amigos o compañeros en los que pueda confiar. Además se refiere la capacidad de amar como un elemento importante en el bienestar (Díaz et al., 2006).
Autonomía	Es necesario sostener su propia personalidad y autonomía personal relacionado con la auto-determinación; los sujetos con autonomía enfrentan de mejor manera la presión social (Ortiz & Castro, 2009). Según Díaz et al. (2006), afirma que las personas necesitan asentar sus propias convicciones; es decir su auto-determinación, su independencia y autoridad personal. Los individuos con autonomía son capaces de soportar en gran medida a la presión social y auto-regulan mejor su comportamiento.
Dominio del entorno	Es la capacidad personal para elegir o crear ambientes adecuados para satisfacer los deseos y sus necesidades propias (Ortiz & Castro, 2009). De igual forma Díaz et al. (2006), afirma que las personas con alto dominio del entorno poseen mayor percepción de control sobre el mundo que les rodea
Propósito en la vida	Los individuos necesitan enmarcarse en metas, definir sus objetivos, que le posibiliten dotar a su vida de un mejor sentido (Ortiz & Castro, 2009). Igualmente Díaz et al. (2006), indica el significado y sentido que tiene la vida y lo importante de incorporar experiencias pasadas con el presente y las relaciona con el futuro. Además, inserta la presencia de objetivos vitales definidos.
Crecimiento personal	Es desarrollar al máximo las potencialidades personales y sociales, seguir creciendo como persona a lo largo de su vida (Ortiz & Castro, 2009).

Elaboración: Propia.

Carol Ryff, incorpora estas características y conceptualizaciones de forma coherente en su conjunto, los mismos que permiten entender de mejor manera el estado y satisfacción de las personas mayores y que influyen directamente en su bienestar.

2.2.5. Consideraciones de bienestar en el adulto mayor

Uno de los temas más revelante de este estudio es comprender la población adulta mayor y analizar el significado de bienestar y cuidado que las personas mayores necesitan para favorecer su desarrollo psicosocial, calidad y estilos de vida que se presentan en esta etapa. Sabemos que hay una serie de factores que tienen relación directa en la edad adulta y la madurez, así como la situación vital de las personas mayores de este proceso envejecimiento (Oliva & Asencio, 2013).

Desde esta perspectiva, se plantea que las personas mayores se ajustan a permanecer activos y comprometidos; reemplazan aquellos roles que forman parte de su vida por otros nuevos, considera el mantenerse activos con efectos positivos en el bienestar; y que guardan relación con un propósito de vida y desafíos a conseguir. En algunos países como Alemania, Singapur y Uruguay consideran estos estudios en el bienestar tanto mental y la satisfacción con la vida; además, rompen con el esquema mental de que la vejez es una edad de inutilidad (Ferrada & Zavala, 2014). Destaca la importancia de potenciar en esta etapa el bienestar psicológico y la calidad de vida de esta población haciendo referencia a un bienestar subjetivo y satisfacción con la vida y moral de las personas (Oliva & Asencio, 2013). Compara la influencia del estado de salud y hábitos saludables que las personas mayores deben llevar de acuerdo a un bienestar psicológico y subjetivo de la vida.

Por su parte en los adultos mayores se examina en forma general el bienestar y las relaciones de autopercepción del estado actual de salud y el apoyo social. Sabemos que el bienestar de los adultos está influido por características demográficas, como edad y género, etc. y que debe priorizar el apoyo social en los adultos mayores para reducir efectos negativos que contribuyan a mejorar la satisfacción de la vida y por otra parte desarrollar actitudes positivas sobre la salud y calidad de vida (Vivaldi & Barra, 2012).

Además, el bienestar de las personas mayores determina sentimientos de satisfacción de los adultos mayores, considerando ahnelos, expectativas y deseos que dan plenitud a la etapa del envejecimiento; también considera que la persona de más años experimenta un mayor bienestar personal (Valdés, 2009).

2.3. Calidad de vida en el adulto mayor.

De acuerdo a Fernández & Cieza (2010) al referirse a “calidad de vida” nombra incontables características como: estado de salud, función física, bienestar físico, adaptación psicosocial, bienestar general (síntomas), satisfacción con la vida y felicidad. Consideran la calidad de vida como el conjunto de situaciones que permiten colaborar y hacer agradable y útil la vida, estado que conlleva a elevar el grado de felicidad o satisfacción disfrutado por el sujeto; además, últimamente el concepto de “calidad de vida” se lo relaciona con bienestar subjetivo, incluyendo el juicio cognitivo y estado de ánimo.

Calidad de Vida es un término que va más allá del bienestar físico y social; en realidad se trata de un macro concepto que integra diferentes vertientes: satisfacción, bienestar subjetivo, felicidad, estado de salud (físico, psíquico y social). Gran parte del término calidad de vida se relaciona con la Salud “Health Realed Quile life” conceptualizando niveles de bienestar y satisfacción, asociados a los acontecimientos que una persona puede padecer como consecuencia de una enfermedad o tratamiento (Muños & Martines, 1998). Adicionalmente, en los adultos mayores es imprescindible considerar la calidad de vida, como consecuencia de los cambios físicos, emocionales y sociales presentados en el proceso de la etapa adulta; con el fin de elaborar propuestas que eleven la calidad de vida. En la calidad de vida de adultos mayores se analiza el enfoque sociológico y psicológico (Quintanar, 2010).

Según Velandia (1994), asocia la Calidad de vida del adulto mayor a diferentes características de la existencia humana como: vivienda, vestido, alimentación, educación y libertades humanas; cada una contribuye de manera diferente a un óptimo estado de bienestar, teniendo en cuenta el proceso evolutivo del envejecimiento, las adaptaciones del individuo a su medio biológico y psicosocial cambiante, el cual se da en forma individual y diferente; lo que influye en su salud física, fallas en la memoria, el temor, el abandono, la muerte, la dependencia o la invalidez (como se citó en Vera, 2007).

A medida que aumenta la edad, la calidad de vida está determinada por la capacidad para mantener la autonomía, la aptitud para hacer frente y tomar decisiones personales; vivir a través de normas y preferencias propias vinculadas con la vida diaria, la salud, seguridad y sobre todo esa capacidad de vivir en comunidad recibiendo poca o ninguna ayuda de los demás (Cardona & Agudelo, 2006).

Actualmente la calidad vida en las personas mayores se centra en la satisfacción, y la percepción de su bienestar. Contempla múltiples factores, en la dimensión personal: salud,

autonomía, satisfacción; y en la dimensión socio-ambiental como redes de apoyo y servicios sociales (Campos & Rojas, 2011). En la vejez se ha atribuido varios síntomas negativos que son consecuencia de un estilo de vida inactivo y pasivo; estos cambios pueden ser invertidos si el adulto mayor asume con responsabilidad una vida plena y activa que le de un sentido a la existencia, en la que se puede realizar al máximo esas potencialidades (García & Nieves, 2015).

3.1 Programas Intergeneracionales.

3.1.1 Programas Intergeneracionales desde un Envejecimiento activo.

Actualmente en muchos países del mundo se presenta una creciente atención a la necesidad de poner en contacto las distintas generaciones para ayudar a satisfacer las necesidades individuales, familiares, comunidades, sociedad, etc. Por su parte Generations United, la entidad estadounidense acoge el término prácticas intergeneracionales para referirse aquellas actividades o programas que incrementen la cooperación, la interacción e intercambio de distintas generaciones para lo cual permite a estas personas compartir, apoyarse entre relaciones beneficiosas en la comunidad (como se citó en Sanchez & Saéz, 2010).

Además, la Unión Europea [UE] en la Comunicación Europea de septiembre del 2010; reconoció y declaró el 2012 como “Año Europeo del Envejecimiento Activo” instando a los países miembros a alcanzar objetivos específicos relacionados con el envejecimiento activo, a través de actividades formativas, relacionales e intergeneracionales, que proporcionen aprendizajes y competencias necesarias para poder acceder a la cultura como forma de crecimiento personal (Adánez & Villafruela, 2015).

Para el autor Kalache (2007), el envejecimiento activo debería permitir “A las personas desarrollar su potencial, el bienestar físico, social y mental en la etapa del ciclo vital y participar en la sociedad sobre todo en sus necesidades, deseos, intereses y capacidades”. Por otra parte, la participación programas intergeneracionales se enfoca en un envejecimiento activo que permite promover el conocimiento y la participación (Vázquez & Prada, 2009). La participación social en Programas Intergeneracionales fortalece el envejecimiento activo de las personas mayores en la sociedad, para que puedan desarrollar intereses y motivaciones durante esta etapa de su vida. Por todo ello, promueve campos de participación como: el voluntariado social y cultural, y sobre todo brinda oportunidades de participación a las personas mayores (Casillo, 2012).

La implementación de Programas Intergeneracionales son un factor clave del Envejecimiento Activo, contribuye al crecimiento personal y social dentro de la sociedad actual (Villa, 2012). Estos programas intergeneracionales permiten que las personas mayores permanezcan como miembros activos, productivos, dinámicos y que sean valorados por la sociedad, favorecen el contacto con personas de distintas edades; también es un medio de comunicación y cultura hacia a las nuevas generaciones. A su vez estos programas promueven un estilo de vejez activa son medios de intercambio y aprendizaje entre las personas mayores y las más jóvenes.

Del análisis pre-citado, exponen que la participación de los adultos mayores en programas intergeneracionales fortalecen la relación y cooperación entre los participantes, lo que conlleva a mejorar el bienestar, estilo de vida, eleva el bienestar psicológico, emocional, social y físico; por lo que este tipo de programas, no solamente une a las personas de distinta edad o generación, sino que favorece la interacción social e influencia mutua. Además, este tipo de programas reconoce que todas las personas en su condición de ciudadanos tienen los mismos derechos y deberes, a pesar de las diferencias de edad, generación o capacidad, porque brindan la oportunidad de envejecer activamente.

3.1.2. Los beneficios de los programas intergeneracionales.

La participación en un Programa Intergeneracional, implica mutuos beneficios para todas las generaciones participantes. Los adultos mayores que participan en programas intergeneracionales consiguen beneficios que en ningún otro lugar pueden experimentar, sienten mayor bienestar y satisfacción comparado con otras personas de la misma edad que no lo hacen (Moreno, 2016).

Diversas investigaciones señalan que las personas que participan en programas intergeneracionales incrementan la actividad física, cognitiva y social, lo que mejora sustancialmente su salud (Hernandis, 2009). Además la participación activa en este tipo de programas provoca experiencias placenteras para las personas mayores, se mejora su autoimagen, su identidad, se incrementa su sentimiento de ser útiles para la sociedad. Incluso, los adultos mayores partícipes de programas intergeneracionales incrementan su movilidad, la participación, la interacción social y reducen la tristeza y angustia (Moreno, 2016). Además, puntualiza la importancia de la inclusión y relación de los Adultos con personas de distintas generaciones, lo cual es muy significativo y beneficioso porque aumenta la interacción, participación activa, comunicación social y se reducen los niveles de cansancio y las tensiones emocionales (Hernandis, 2009).

Los niños y jóvenes también pueden ser partícipes de los beneficios de programas intergeneracionales: se conectan unos y otros en la cotidianidad de la vida, comparten cariño y amistad entre generaciones participantes, mejoran sus habilidades sociales, la empatía, asertividad, tolerancia con otras personas diferentes, obtienen mejores resultados académicos y mejoran sus comportamientos sociales. Desde el campo de la psicología muestra que los adultos mayores mantienen una relación de familiaridad con los más jóvenes sienten muchos beneficios cognitivos, incluyendo entre otros: la reducción de pérdida de la memoria, minimizan los síntomas depresivos, disminución de los efectos de la soledad, el aislamiento y aumento con su satisfacción de la vida (Moreno, 2016).

Otras investigaciones confirman que la relación entre individuos de diferente generación tiene un impacto muy positivo entre todos los participantes; aumenta el bienestar psicológico, físico y social de las personas adultas; se mejora la percepción de los jóvenes hacia las personas mayores. Sobre todo la participación en este tipo de programas intergeneracionales, favorece no solamente a las personas que se involucran directamente, sino también aquellos que se relacionan de manera indirecta; además son muy fructíferos en el bienestar psicológico y social; previenen situaciones de soledad y aislamiento. Por otro lado, elevan la autoestima, incrementan sentimientos de valía, desarrollan amistad con otras personas y pares de su misma edad, mejoran su salud y reducen los efectos de algún tipo de enfermedad o discapacidad, cuando son parte de este tipo de programas (Gutiérrez & Hernández, 2013).

De igual forma estos programas muestra beneficios en las personas mayores que van desde lo individual como la capacidad de hacer frente a una enfermedad; el desarrollo de amistad con gente más joven y a sí mismo la reintegración en la vida comunitaria (Sánchez et al., 2016).

A continuación Hernandis (2012), muestra los beneficios de los programas intergeneracionales tanto en niños, jóvenes y en Adultos Mayores, así como también en las comunidades y que lo explica de la siguiente manera:

Tabla 4. Beneficios del intercambio intergeneracional

<p>Beneficios para los Adultos Mayores</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mejoran el estado emocional de las personas mayores y se incrementa su vitalidad. ➤ Incrementa la capacidad de afrontar la enfermedad, ayuda a recuperarse frente a circunstancias negativas. ➤ Evita el aislamiento, combate sentimientos de soledad, dedica tiempo para hacer amistad con personas más jóvenes. ➤ Integración en la familia y sobre todo en la vida de comunidad. ➤ Se integra y participa en actividades recreativas y que son apoyo para la realización de acciones concretas. ➤ Desarrolla su autoestima, respeto, valores y le ayuda a reconstruir las experiencias de su vida pasada. ➤ Comparte experiencias y valora el éxito obtenido de su existencia vivida, difunde estilos y creencias, cultura y lenguaje sobre todo:(palabras de olvido, melodías, populares, rimas, etc.)
<p>Beneficios para los niños- jóvenes</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Menor soledad y aislamiento. ➤ Tener acceso al apoyo de los adultos mayores en momentos de dificultad y dar reconfortación frente a circunstancias que suceden en la etapa de vida. ➤ Apreciación más positiva en los adultos mayores, disminución de los estereotipos negativos hacia la ancianidad, y un mayor entendimiento de la heterogeneidad en la vivencia durante la vejez.
<p>Beneficios en la Comunidad</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ El restablecimiento de redes sociales, el progreso de la comunicación y el desarrollo del sentimiento en comunidad. ➤ Crear historias en común. ➤ Eliminar barreras entre las distintas edades o generaciones y los estereotipos de los unos hacia los otros.

Fuente: Hernandis (2012).

Elaboración: Propia

3.1.3. Impacto de los programas Intergeneracionales en las Personas Mayores.

Los Adultos Mayores partícipes en programas intergeneracionales mejoran su bienestar, psicológico, físico y social; incrementa su autoestima, disminuye la soledad y aislamiento, brinda oportunidades de desarrollar amistad con personas más jóvenes. Es decir, las personas mayores que participaron en un programa intergeneracional afirmaron que la relación con niños les hacía sentir más útiles para la sociedad, en definitiva se sentían mejor que antes (Gutiérrez & Hernández, 2013).

De lo expuesto anteriormente se concluye que los programas Intergeneracionales, tienen efecto positivo en los adultos mayores; se mejora la capacidad de enfrentarse a las enfermedades, desarrolla habilidades personales y sociales; existe una mayor integración a la vida comunitaria.

Además, dentro del impacto de los programas Intergeneracionales también se presentan conflictos relacionados con los jóvenes, principalmente al establecer vínculos con las personas mayores pueden tener ciertas desigualdades en los hábitos y costumbres (música, normas o reglas sociales, respeto social), la adaptación y asimilación de la moda y los gustos estéticos, las limitaciones de participación social. Sin embargo, las personas mayores también presentan conflictos en la relación con los jóvenes principalmente: desigualdades en intereses, hábitos y costumbres, tanto de factores económicos (falta de manutención y aporte en el hogar por parte de los jóvenes), redistribución de espacios físicos en viviendas en la que se no se respeta a las personas mayores, poca atención y aceptación de las personas mayores, el irrespeto de las normas sociales (Bocourt, 2011).

CAPÍTULO II: METODOLOGÍA

2.1. Objetivos:

2.1.1. General.

Determinar el impacto en el bienestar psicológico de los adultos mayores partícipes de un proceso de intervención intergeneracional

2.1.2. Específicos

- Determinar el estado inicial de la salud mental de los adultos mayores participantes.
- Determinar los cambios en los indicadores de la salud mental de los 4 meses posteriores a la primera evaluación.
- Identificar los factores facilitadores del bienestar en los adultos mayores.
- Determinar las variables que influyen en el impacto y bienestar psicológico de los adultos mayores de un proceso de intervención.

2.1.3. Preguntas de investigación:

- ¿El bienestar psicológico tendrá impacto en las personas mayores partícipes de un proceso intergeneracional?

2.1.4 Hipótesis:

Los adultos mayores participantes de una intervención intergeneracional tendrán mejora niveles de bienestar psicológico a lo largo de la intervención.

2.2. Diseño de Investigación

El diseño de la investigación es: cuantitativo, longitudinal, descriptivo-correlacional.

- **Enfoque cuantitativo:** Ofrece sistematizar los resultados ampliamente, otorga el control sobre los fenómenos, así como un punto de vista de conteo y las magnitudes de estos. Asimismo, brinda una gran posibilidad de réplica y un enfoque sobre puntos específicos de tales fenómenos, además que facilita la comparación entre estudios similares (Hernández et al., 2010).

Estudio Correlacional: El enfoque correlacional tiene como finalidad en cierta medida correlacionar características que existen entre dos o más variables o conceptos dentro de los mismos sujetos. Por lo tanto pretende determinar si existe o no una correlación, que tipo es y su grado o intensidad; es decir que tanto están vinculados estas correlaciones. Por ende busca especificar las correlaciones que se relacionan o vinculan entre diferentes fenómenos. (como se citó en Cazau, 2006, p.28).

Estudio Longitudinal: Este estudio investigativo longitudinal tiene como finalidad recolectar datos a través del tiempo en puntos o períodos para hacer inferencias respecto al cambio, sus determinantes y consecuencias. Tales puntos o períodos por lo común se especifican antemano (Hernández et al., 2010).

- **Enfoque Descriptivo-Correlacional:** Busca especificar las propiedades y características de este grupo o comunidad como procesos de cualquier otro fenómeno. Es decir en el estudio descriptivo pretenden medir o recoger información de manera independiente y conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren en su objetivo, indicar cómo se relacionan éstas. (Hernández et al., 2010). En cuanto a este estudio descriptivo-correlacional, es saber cómo se puede comportar una variable al conocer el comportamiento de otras variables vinculadas. Intentar predecir el valor aproximado que tendrá un grupo de individuos o casos en una variable, a partir del valor que poseen en la o las variables relacionadas.

2.3. Contexto

El Centro Municipal del Adulto Mayor N°1 ofrece servicios a las personas mayores de 65 años o más que requieran de protección y cuidado especial en forma temporal, también dentro de este centro ofrece servicios como: alimentación balanceada y adecuada, la realización de actividades físicas de rehabilitación, terapias ocupacionales, terapias psicológicas además actividades culturales y sociales, tendientes a la convivencia, participación y relación con el medio social.

Visión: Garantizar los servicios de atención a los adultos mayores donde se restituya sus derechos dentro de un entorno familiar comunitario y social, atendiendo sus necesidades bio-sico-sociales y culturales la promoción del envejecimiento positivo y ciudadanía activa.

Misión: Ofrecer un servicio de calidad y calidez a los adultos mayores, para mejorar su calidad de vida y fortalecer acciones tendientes a su bienestar en relación con su familia y el medio social.

Objetivos del Centro de Atención Municipal N°1 de la Ciudad de Loja

- Contribuir a la reinserción social, conjuntamente con la participación comunitaria.
- Promover estilos de vida, es decir de hábitos y costumbres que sirvan para mejorar la calidad de vida.
- Proporcionar un ambiente físico, social funcional para el confort del adulto mayor.
- Lograr que el adulto mayor mantenga su autonomía e independencia.

- Alcanzar una nutrición óptima acorde a la edad.

2.4. Muestra.

Se evaluaron los indicadores de salud mental antes y después de la implementación del programa intergeneracional a 18 personas mayores del Centro Municipal de Atención al Adulto Mayor N°1 de la Ciudad de Loja, durante el período 2015-2016 en la tabla 5. se describen los criterios de inclusión y exclusión tomadas en cuenta:

Tabla 5. Criterios de Inclusión y Exclusión en la Población de Estudio

<p>INCLUSIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Los adultos mayores que integran, al Centro Municipal de Atención a los adultos mayores N°1 que formó parte en la determinación del Impacto en el Bienestar. ➤ Se incluyen personas mayores con una edad 65 años o más años en adelante que forman parte de un proceso de Intervención Intergeneracional. ➤ Personas mayores partícipes de un proceso de intervención Intergeneracional. ➤ Personas mayores que estén orientados en tiempo, espacio y persona.
<p>EXCLUSIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Los adultos mayores que no se encuentran, dentro del Centro Municipal de Atención a los Adultos Mayores N°1 que no formó parte en la determinación del Impacto en el Bienestar. ➤ Adultos mayores que por diversas circunstancias y su estado de salud abandonaron la investigación ➤ Adultos mayores que presentan un estado cognitivo muy deteriorado, con mayor aumento de dependencia no formarán parte en la determinación del impacto de bienestar.

Fuente y Elaboración: Propia

De esta misma forma, se evidenció que la muestra, se inició con 24 personas mayores en la que se aplicó la primera evaluación (Pre-Test) con la plantilla sociodemográfica, la escala de Depresión Geriátrica de Yegavase (GDS), escala de bienestar de Ryff (EBR), Adaptación del Fact (Facts on Aging Quiz), y finalmente la Calidad de vida (Escala de GENCAT). Luego de obtener los resultados de estas evaluaciones, se determinó las personas que cumplían con los criterios de inclusión formaron 18 adultos mayores, quienes formaron parte de la segunda evaluación(Post-Test). Lo que permitirá verificar los efectos de la intervención intergeneracional.

Tabla 6. El Rango de edad de los adultos mayores

Edades de los Adultos Mayores

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	<= 72	1	5,6	5,6	5,6
	73 – 78	4	22,2	22,2	27,8
	79 – 84	4	22,2	22,2	50,0
	85 – 90	5	27,8	27,8	77,8
	91 – 96	4	22,2	22,2	100,0
	Total	18	100,0	100,0	

Fuente y Elaboración: Propia

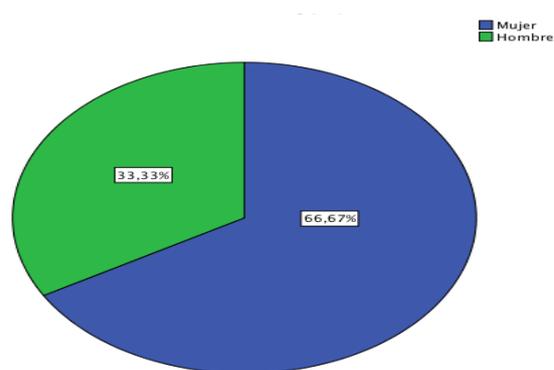


Figura 2. Sexo

Elaboración: Propia.

Se evidenció que la mayoría de la población investigada 66,67%, son mujeres; y un menor índice 33,33% corresponde a hombres de Personas Mayores. A continuación se describe el detalle de la **Figura 2** el análisis de porcentaje tanto de mujeres y hombres.

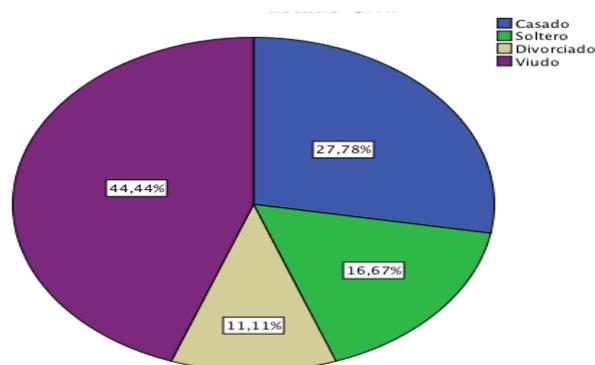


Figura 3. Estado Civil.

Elaboración: Propia

De esta manera la población del Centro Municipal de Atención N°1 de Adultos Mayores en cuanto al estado civil, la mayoría de personas mayores corresponden a: viudos con un 44,44%, seguido por personas mayores que son casadas con un 27,78% y solteras 16,67%; y finalmente divorciados con 11,11%, lo que se detalla en los porcentajes en la Figura 3.

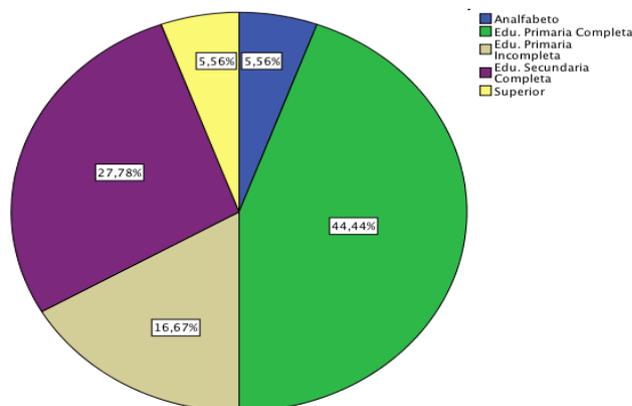


Figura 4. Nivel de Instrucción

Elaboración: Propia.

De acuerdo al nivel de Instrucción académica en la población de adultos Mayores que se puede observar en la **Figura 4** la cual indica que de los encuestados, el 44,44% han alcanzado un mayor nivel de primaria completa; y el 16,67% tanto la Primaria incompleta seguido de la Secundaria completa 27,78%; igualmente han alcanzado la educación superior un 5,56%; y únicamente el 5,56% son analfabetos.

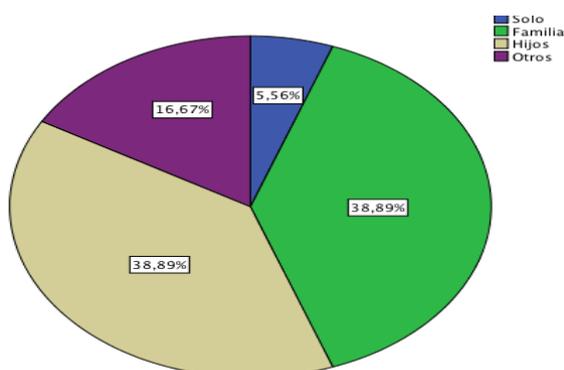


Figura 5. Con Quien viven.

Elaboración: Propia

Cabe señalar dentro de la pregunta “Con quien vive” la población de Adultos Mayores del Centro Municipal N°1 de la Ciudad de Loja, se estableció cuatro categorías como: Solo, Familia, Hijos y Otros. De igual modo, como se observa y se describe el porcentaje en la **Figura 5** lo cual indica que los participantes encuestados conviven el 38,89% con su familia; el 38,89% viven con sus hijos; y el 16,67% viven con otros. Finalmente el 5,56% de la muestra poblacional afirma que vive solo.

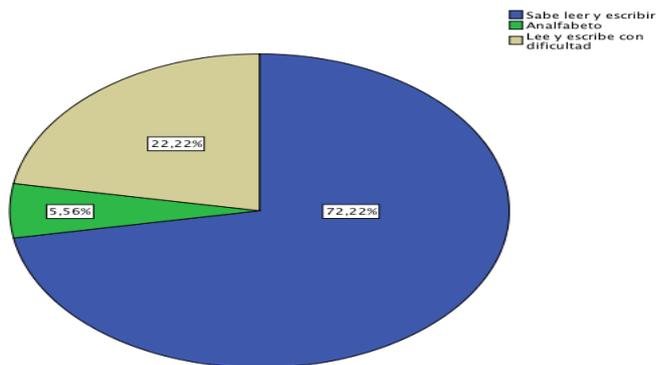


Figura 6. Alfabetismo

Elaboración: Propia

Cabe señalar que dentro de la pregunta “El Alfabetismo de Adultos Mayores” en la población de Personas Mayores del Centro Municipal N°1 de la Ciudad de Loja, se estableció cuatro categorías como: sabe leer y escribir el 72,22%; lee y escribe con dificultad un 22,22% y un menor índice de Analfabetismo el 5,56%. Porcentajes que se describen en la **Figura 6** lo cual indica que la mayor parte de los participantes encuestados saben leer y escribir.

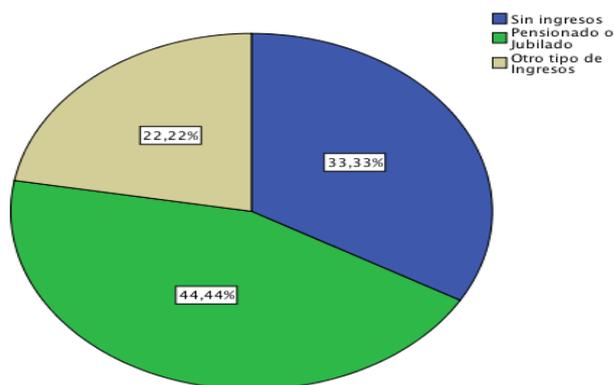


Figura 7. Tipo de Ingresos

Elaboración: Propia

Con respecto a la Figura 7 al tipo de ingresos de la población mayor del centro investigado, se estableció que el 33,33% de las personas mayores no tiene ingresos propios; el 44,44% son personas mayores jubiladas y el 22,22% de las personas mayores tiene otro tipo de Ingresos

2.5. Instrumentos de investigación.

A continuación se describirán los instrumentos usados en esta investigación.

- **Escala de Bienestar de Ryff (EBR):** Un modelo multidimensional de bienestar psicológico conformado por seis dimensiones que incluyen: “Auto-aceptación”; “Crecimiento personal”; “Propósito en la vida”; “Relaciones positivas con otros”; “Dominio ambiental”; y “Autonomía”. Este instrumento cuenta con un total de seis escalas y 29 ítems a los que los participantes respondieron utilizando un formato de respuesta con puntuaciones comprendidas entre 1 (totalmente en desacuerdo) y 6 (totalmente de acuerdo) (Díaz et al., 2006).

- **Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS-15):** La Escala de Depresión Geriátrica (GDS), creada por Yesavage, et al., ha sido probada y usada extensamente con la población de adultos mayores. Es una herramienta breve en el que los participantes deben responder por “sí” o por “no” con respecto a cómo se sintieron en la última semana. En 1986, se creó un cuestionario corto GDS, que consiste de 15 preguntas. Posteriormente una versión abreviada de la GDS, formada por 15 preguntas (10 positivas y 5 negativas). Sin embargo para la interpretación corta se eligieron preguntas del GDS dentro del cuestionario que tenían una considerable relación con señales depresivas en estos análisis de validación. El puntaje de 0-4 se considera normal, según la edad, educación y quejas; 5-8 indica depresión leve; 9-11 indica depresión moderada; y 12-15 indica depresión severa. El cuestionario corto resulta más sencillo de usar para los pacientes con afecciones físicas y pacientes con demencia leve a moderada que pueden concentrarse por lapsos breves o se fatigan con facilidad. Se puede completar en 5 a 7 minutos (Kurlowicz & Greenberg, 2007).

- **Calidad de vida (Escala de GENCAT):** Identificar el perfil de Calidad de Vida de una persona para la realización de planes individualizados de apoyo y proporcionar una medida fiable para la supervisión de los progresos y los resultados de los planes. Su evaluación es objetiva de la Calidad de Vida (bienestar emocional, bienestar físico, bienestar material, relaciones interpersonales, inclusión social, desarrollo personal, autodeterminación y derechos). Aplicado de forma individual y la duración de tiempo es 10 a 15 minutos, aproximadamente (Verdugo & Schalock, 2008).

- **Conocimiento sobre el envejecimiento: Adaptación del FAQ (Facts on Aging Quiz):** Evalúa la posible presencia de efectos debidos a la edad y la actitud ante el envejecimiento en sus respuestas. Por otra parte 14 ítems fundamentados en su mayoría en estadística. También hace referencia a aspectos médicos, biológicos sensorio-motores (Villar & Triadó, 2000).

2.5.1. Procedimiento:

El procedimiento que se realizará en esta investigación fue:

- Diseño de la Investigación.
- Elección de Instrumentos.
- Acercamiento a los adultos mayores del Centro Municipal de Atención Al Adulto Mayor N°1 de la Ciudad de Loja.
- Aplicación de los Instrumentos.
- Involucramiento en las Actividades de ocio con las personas mayores partícipes de un proceso Intergeneracional.
- Levantamiento y Recopilación de la información a través de los instrumentos y la plantillas sociodemográfica durante el proceso de aplicación.
- Re-test con los instrumentos antes empleados en los Adultos Mayores de la población investigada.
- Elaboración de matriz e ingreso de datos.
- Análisis de Datos y Resultados.

A continuación se describe el desarrollo de la investigación, de manera detallada, que se lleva a cabo, a través de fases durante la ejecución de actividades:

Fase I: Investigación:

Dentro de este proceso primeramente se elaboró el perfil del proyecto planteado, se seleccionaron instrumentos idóneos para una adecuada recolección de datos tanto de la Escala Geriátrica de Yesavage (GDS), escala de bienestar de ryff (EBR), adaptación del fact (Facts on Aging Quiz), Calidad de vida (GENCAT) a largo se procedió la aplicación de los instrumentos.

Fase II: Primera Aplicación

- 1. Acercamiento:** En esta fase se realizó un acercamiento con la población seleccionada, con el fin de establecer “El “Rapport” que es un medio de interacción abierto y de calidad desde un entendimiento mutuo en el grupo seleccionado. En esta fase se procedió a un acercamiento con los directivos del centro al adulto mayor N°1 para solicitar y concretar el permiso correspondiente; así mismo, se dió un diálogo con el personal que labora en este lugar para acordar la forma, el tiempo, el lugar, los espacios y departamentos donde existe la posibilidad de evaluar a los adultos mayores; para poder llevar a cabo la recolección de datos se realizó un contacto con los adultos mayores en esta fase se procede a dividir en dos grupos a los estudiantes de G.P.3.1 tanto el Inicio y al final de acuerdo al convenio planteado por el Centro, luego se procedió a la presentación con el Adulto Mayor para establecer una mejor empatía.
- 2. Aplicación de Instrumentos:** A largo se llevó a cabo la aplicación y el levantamiento de la información de los instrumentos: sociodemográfica, la escala de bienestar de Ryff (EBR), escala geriátrica de yesavage (GDS), Adaptación del fact (Facts on Aging Quiz), calidad de vida (GENCAT). Se aplicaron en forma individual.
- 3. Involucramiento Actividades Ocio:** Una vez que se estableció la fase de acercamiento con los Adultos Mayores, se procedió al involucramiento y la participación activa de los adultos Mayores con los jóvenes estudiantes a través de una relación Intergeneracional, para promover una participación activa y social así como son las actividades de ocio, la terapia ocupacional, la realización de actividades lúdicas-motrices, actividades de recreación social y espiritual, actividades de estimulación en la actividad física del Adulto Mayor, actividades de estimulación cognitiva en el Adulto Mayor como tiempo, espacio y orientación; bailo-terapia, para ayudar a ocupar el tiempo libre con las personas mayores y la vez dar un fortalecimiento intergeneracional.

Fase III: Evaluación

Finalmente se llevó la segunda evaluación de los Adultos Mayores con los instrumentos de la escala de bienestar de ryff (EBR), escala geriátrica de yesavage (GDS), adaptación del fact (Facts on Aging Quiz), calidad de vida (GENCAT). Se realizó la evaluación de los adultos mayores en el departamento de psicología clínica o en de enfermería del centro investigado; mientras que para los casos de adultos mayores que tenían bastantes

dificultades para caminar se procedió a evaluarlos dentro de las mismas salas de terapia ocupacional.

4. Elaboración de matriz y el ingreso de datos:

Esta fase consistió en la elaboración de una hoja matriz del programa Excel, para ingresar los datos socio demográfica y los Instrumentos de la Escala de Bienestar de Ryff (EBR), Escala Geriátrica de Yesavage (GDS), Adaptación del Fact (Facts on Aging Quiz), Calidad de vida (Escala de GENCAT). De igual manera se trasladó a la hoja Matriz de Excel todos los datos de los Adultos Mayores y posteriormente en el programa estadístico SPSS.22, para luego establecer los códigos de categoría o alternativas de respuestas de los ítems o preguntas para así insertarlos en esta base de datos del programa SPSS. 22.

5. Análisis de datos y resultados

En función de la investigación e hipótesis planteada se efectuó un análisis estadístico apropiado que estudió los datos descriptivos-correlaciones, mediante el programa estadístico SPSS.22; se analizó las variables de cada instrumento aplicado un análisis de varianza ANOVA, correlaciones, y prueba T. También utilizó un análisis estadístico descriptivo mediante tablas de frecuencia y medidas de tendencia central como media, mediana y moda que midieron el impacto en el bienestar psicológico de los adultos mayores.

2.5.2. Recursos:

1. Humanos:

- **Director de Tesis:** María Aránzazu Cisneros Vidal
- **Estudiante de psicología:** Sthefanía del Cisne Sarango Cueva.
- **Estudiantes de la UTPL:** G.P 3.1
- **Población Investigada:** Centro Municipal de Atención al Adulto Mayor N°1.

2. Equipos

EQUIPOS, MATERIALES E INSTALACIONES	DISPONIBILIDAD
Computadora Portátil	✓
Impresora	✓
Hojas de Papel Bond A4	✓
Test	✓
Plantilla socio demográfica	✓
Materiales de oficina	✓
Centros Iniciales Públicos del Adulto Mayor	✓

CAPÍTULO III: RESULTADOS

En este capítulo se expone el análisis de los resultados obtenidos de cada uno de los participantes, los cuáles se presentara a través de tablas de frecuencias de barras y porcentajes otros aspectos relacionados en la población investigada

PARTICIPACIÓN DEL ADULTO MAYOR EN LA FAMILIA

En este apartado se pretende encontrar la participación del adulto mayor dentro de la familia, características y aspectos relacionados en las actividades que realizan estas personas mayores.

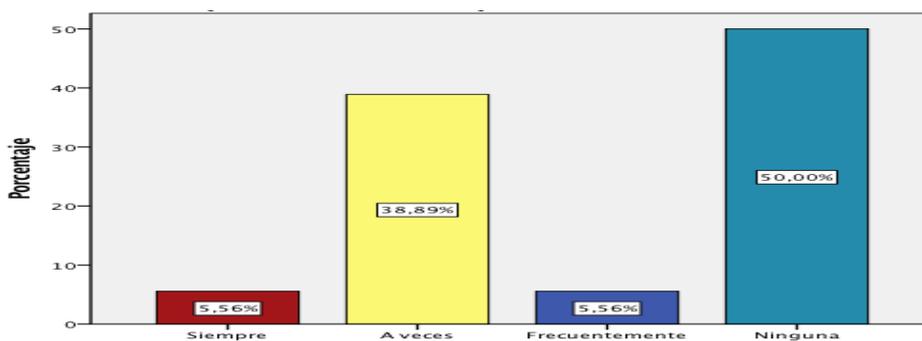


Figura 8. Participación de los Adulto Mayores en la Preparación de los Alimentos.

Elaboración: Propia

En relación a la actividades que realizan, acerca de la “Participación de los Adultos Mayores en la Preparación de Alimentos”, la población encuestada del centro empleado para la investigación, se consideró cuatro categorías como: Siempre, Frecuentemente, A Veces, Ninguna. Determinando en la **Figura 8** que los participantes encuestados, en un mínimo porcentaje 5,56% respectivamente siempre y frecuentemente lo realizan; mientras que el 38,89 % manifestó que a veces participa en la preparación de los alimentos en su hogar; y la mitad 50,00 % expresaron que no hay ninguna participación en la preparación de alimentos en el hogar por parte de los Adultos Mayores. Lo que evidencia que en la mayoría de las familias de los adultos mayores, de estos menesteres se encargan otras personas.

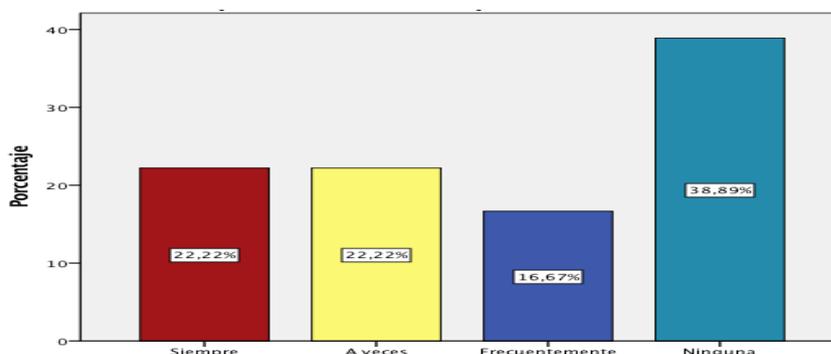


Figura 9 . Participación del Adulto Mayor en las compras de su Familia.

Elaboración: Propia

De igual modo, en actividades que realizan las personas mayores con respecto a la “Participación del Adulto Mayor en las compras de su familia” la población encuestada del centro empleado para la investigación planteó cuatro categorías como: Siempre, A Veces, Frecuentemente, Ninguna. En la **Figura 9**. se determinó que los participantes encuestados en un pequeño porcentaje, 16,67% frecuentemente participa en las compras de la familia; así como, en un porcentaje moderado el 22,22% respectivamente manifiesta que siempre y a veces participa; mientras que en el 38,89 % no hay ninguna participación en las compras de la familia. Se puede advertir, que pocas personas mayores participan en las compras de su familia, lo que hace suponer que son la familia y otros miembros del entorno los responsables de esta actividad.

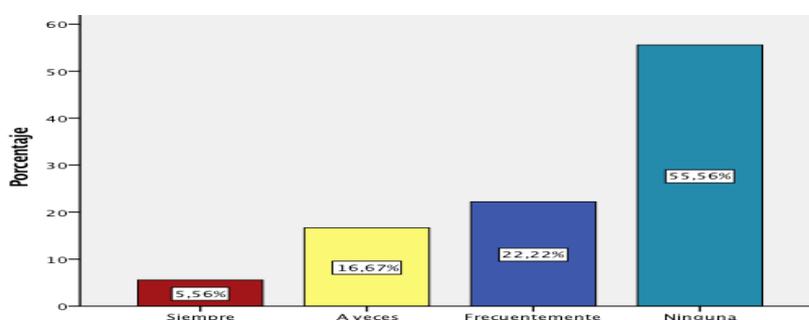


Figura 10. Participa el Adulto Mayor en el cuidado de los nietos.

Elaboración: Propia

Como se observa con respecto a la **Figura 10**. “Participación de los Adultos Mayores en el cuidado de los Nietos” en la población encuestada del centro empleado para la investigación, se determinó que en la mayoría de los Adultos Mayores 55,56% no hay ninguna participación en el cuidado en sus nietos; sin embargo un porcentaje moderado 22,22%, frecuentemente participa en el cuidado de sus nietos; mientras que el 16,67% conjuntamente con el 5,56% respectivamente lo realizan siempre y a veces. Se puede advertir, que el vínculo de familiaridad entre abuelos y nietos es muy importante, a pesar de la brecha generacional de edad, esta relación mejora el bienestar del adulto mayor.

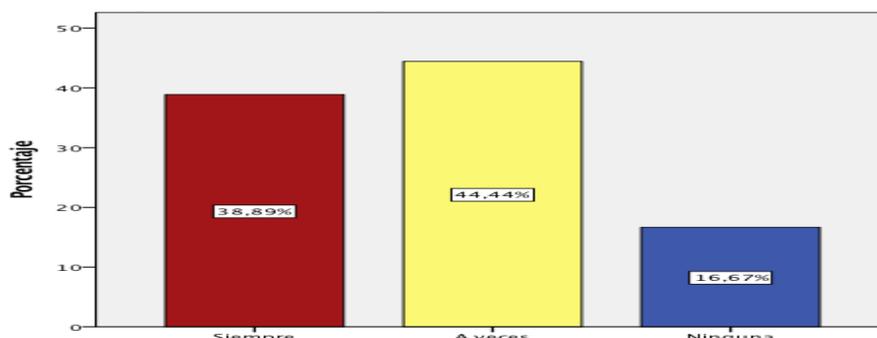


Figura 11. Participación en convivencias familiares de los Adultos Mayores

Elaboración: Propia

Respecto a las actividades que realizan las personas mayores acerca de la “Participación del Adulto Mayor en convivencias familiares” en la población encuestada del centro empleado en el estudio; se evidencia en la **Figura 11**. que un considerable porcentaje 44,44% “A veces” lo hizo; mientras que el 38,89% manifestó “Siempre” haber participado en convivencias familiares; y, finalmente el 16,67% indicó que no hay “Ninguna” participación de los Adultos Mayores en convivencias Familiares. La convivencia familiar es muy importante para los integrantes de la familia, contribuye a la salud y bienestar de sus miembros; por lo tanto se debe incrementar la participación del adulto mayor en convivencias familiares

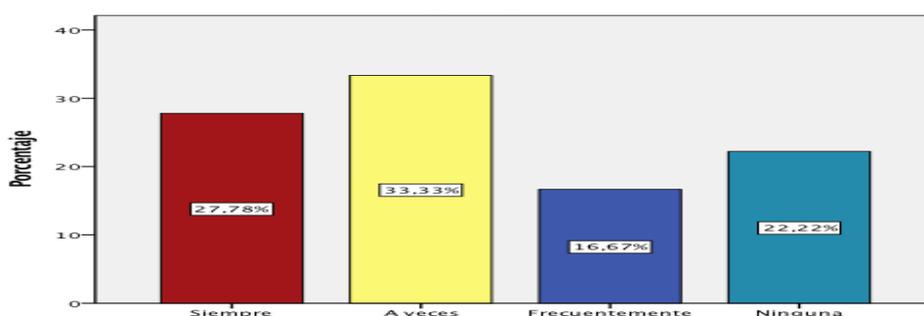


Figura 12. Participación del Adulto Mayor en decisiones cotidianas de la familia
Elaboración: Propia

En lo relacionado a la “Participación del Adulto Mayor en decisiones cotidianas de la familia” también se estableció categorías siempre, A veces, Frecuentemente, Ninguna. Dentro de la población investigada se determinó lo que refleja la **Figura 12**. un considerable porcentaje de 33,33% manifiesta que A Veces participa en decisiones cotidianas de la familia; mientras que un 27,78% expresa que Siempre; y, el 22,22% indicaron que no hay ninguna participación en las decisiones cotidianas de la familia; y, por último el 16,67% indicaron que no hay ninguna participa en decisiones cotidianas de la familia. Es digno de resaltar que, el criterio del adulto mayor tiene alguna influencia en la vida cotidiana de una familia, porque de cierta manera se considera el criterio de las personas mayores en la toma de decisiones de su familia.

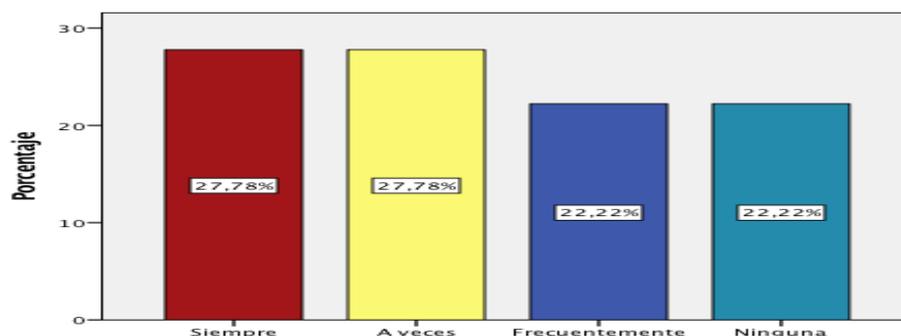


Figura 13. Participación y decisiones importantes del Adulto Mayor en la familia
Elaboración: Propia

Por su parte en las actividades que realizan los Adultos Mayores en la “Participación y decisiones importantes de la familia” también se estableció categorías Siempre, A veces, Frecuentemente, Ninguna. Dentro de la población encuestada del centro empleado para la investigación que se proyecta en la **Figura 13**. claramente se estableció que el 27,78 % Siempre y A Veces respectivamente consideran la participación de los adultos mayores en la toma de decisiones importantes de la familia; mientras que el 22,22%, correspondientemente expresan frecuentemente y nunca participan en decisiones importantes de la familia. Considerando que los adultos mayores son fuente de madurez y experiencia, en la mayoría de familias de alguna manera sí, se considera el criterio y aporte de ellos al tomar decisiones trascendentales.

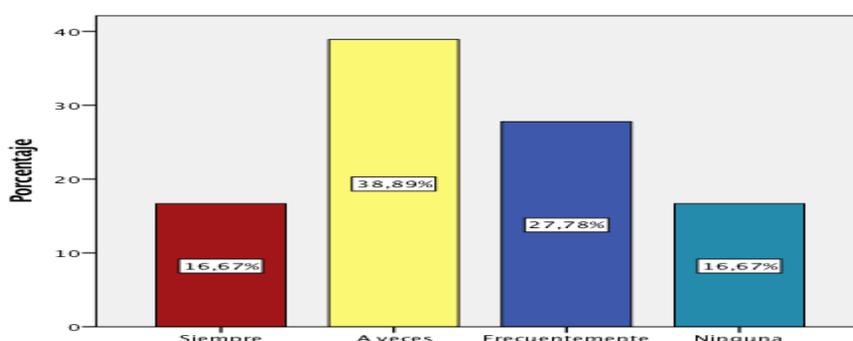


Figura 14. Participación de los Adultos Mayores en novedades familiares
Elaboración: Propia

De acuerdo a la variable “Participación de los Adultos Mayores en novedades familiares” en la población encuestada se puede observar los porcentajes de frecuencias de barras que se detalla en la **Figura 14**. la cual indica que los encuestados revelaron un 16,67% que Siempre participa en las novedades familiares; mientras que el 38,89% manifiesta que a veces participa en las novedades familiares, y un 27,78% frecuentemente participa en novedades familiares, y finalmente el 16,67% de los participantes Adultos Mayores manifiestan que no participa en novedades familiares. Lo que lleva a pensar que la comunicación de la familia con los adultos Mayores en este caso es limitada.

RED SOCIAL AMPLIA DE LOS ADULTOS MAYORES

De esta manera en este análisis de interpretación de resultados es conocer la red social amplias de apoyo de estas personas mayores y como estas vinculadas con el bienestar dentro del contexto general.

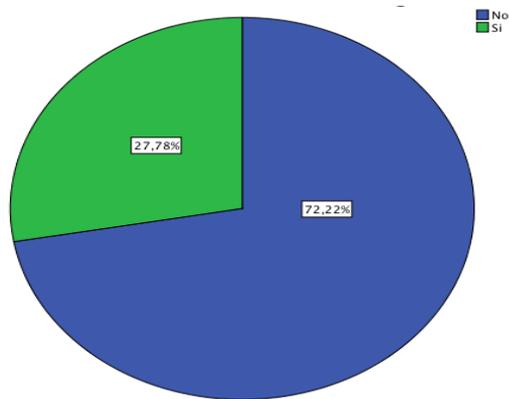


Figura 15. Pertenecer a un club de Iglesia

Elaboración: Propia

De esta manera se observa y se detalla el porcentaje en la **Figura 15.** que muestra que los participantes encuestados, mayoritariamente el 72,22% manifiesta que “no” pertenece a un club de iglesia; mientras que, el 27,78% de estas personas mayores “si” pertenece a un club de Iglesia. Evidenciando que pocas son las personas Adultas Mayores que tienen la posibilidad de ser parte de una organización religiosa, la misma que permite interrelacionarse con otras personas y que de alguna manera contribuyen para que interactúen con otras personas, lo que mejora bienestar.

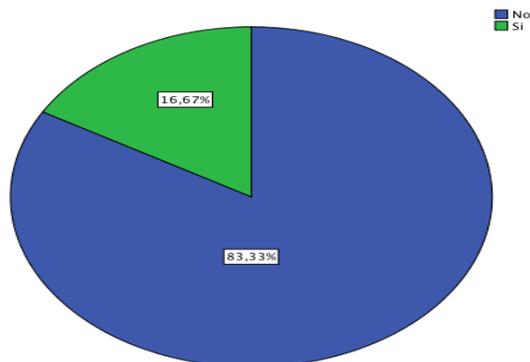


Figura 16. Pertenecer a un club o asociación

Elaboración: Propia

En cuanto a la red social de los adultos Mayores dentro de la variable “Pertenece a un club o asociación los Adultos Mayores”, la población del centro investigado, manifiestan tal como se observa y se detalla el porcentaje en la **Figura 16.** que el 16,67% “si” pertenece a un club o asociación, y en cambio el 83,33% “no” pertenece a un club o asociación. Esto,

claramente se contrasta con lo anteriormente investigado; que a pesar que las redes sociales de apoyo para personas mayores son vínculos afectivos y de interacción social en la cotidianidad de la vida, son limitadas debido a la disminución de sus capacidades físicas y económicas.

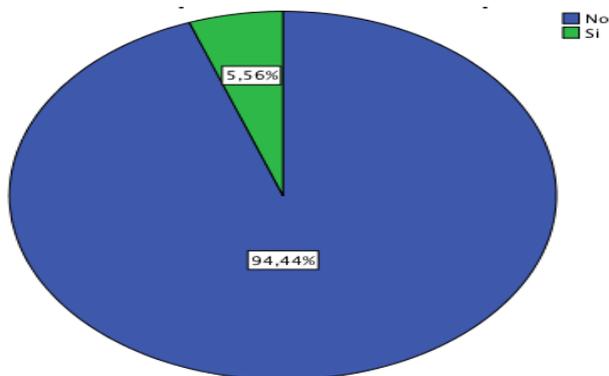


Figura 17. Pertenecen a una red amplia social de apoyo.

Elaboración: Propia

Se observa en la **Figura 17** los resultados obtenidos en lo concerniente a la pertenencia a una “red amplia social de Adultos Mayores, la población investigada casi en su totalidad el 94,44% respondieron que “no” pertenecen a un red social de amigos, vecinos, compañeros, etc. Mientras que un mínimo porcentaje el 5,56% expresaron que “sí” pertenecen a una red social de amigos, vecinos, compañeros. Es importante que los adultos mayores mantengan vínculos afectivos con la familia, amigos y comunidad, puesto que esta relación de amistad, camaradería es una forma de compartir, lo que contribuye a mejorar su bienestar.



Figura 18. Actitud en relación al tiempo libre al descansar

Elaboración: Propia

En cuanto a la relación a la actitud del tiempo libre como “descanso” en la población encuestada del centro investigado, y tal como describen los porcentajes en la **Figura 18** se puede observar que la mayoría 77,78% de los Adultos Mayores manifiestan que en su tiempo libre “Descansa”; mientras que el 22,22% indican que en su tiempo libre “no

descansa”. Lo que demuestra que en esta etapa de la vida, las capacidades físicas se van deteriorando, se desmejora su salud y su estado de ánimo por lo que sienten placer descansar.

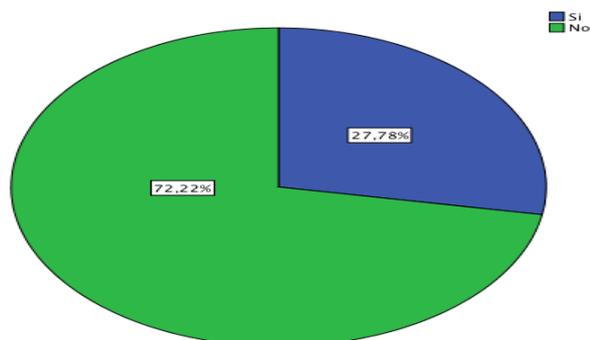


Figura 19. Actitud en relación al tiempo libre al estar aburrido.

Elaboración: Propia

Por lo tanto, en la actitud hacia la relación del tiempo libre de que si “está aburrido” las Personas Mayores del centro investigado y como se observa en la **Figura 19**, los Adultos Mayores respondieron en un alto porcentaje 72,22% dentro de su actitud del tiempo libre de que “no” están aburridos; por el contrario el 27,78% manifestaron de “sí” están aburridos en su tiempo libre. Lo que lleva a pensar que las personas mayores añoran su pasado, tienen ilusiones y deseos de seguir superándose, y esto es muy positivo para su bienestar; En contraposición aquellos que están aburridos y que posiblemente se depriman al no sentirse útiles.

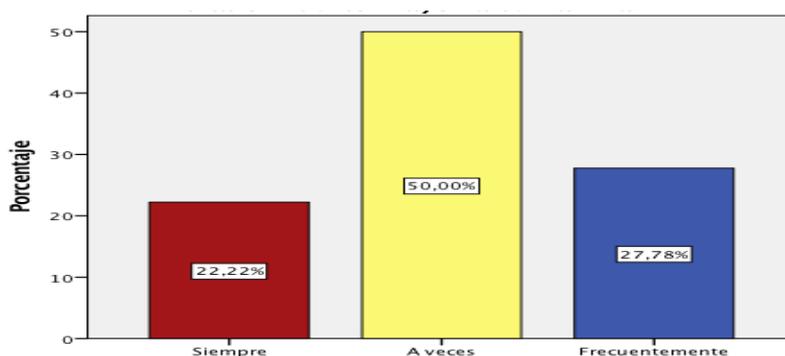


Figura 20. Visita el Adulto Mayor a su Familia

Elaboración: Propia

En relación a la variable “visitan a su familia los Adultos Mayores” la población encuestada del centro investigado, y tal como se observa en la **Figura 20**. Manifestaron el 22,22% de Adultos Mayores que “siempre” visitan a su familia; mientras un alto índice 50,00% señala que “A veces” visita su familia; Y en cambio el 27,78% “frecuentemente” visita a su familia. Es muy importante mantener en forma regular visitas familiares, puesto que esta relación de afectividad le permite al adulto mayor mantener un vínculo emocional y un contacto directo

con sus familiares, incrementando las relaciones comunicacionales y sociales, por ende se mejora su bienestar.

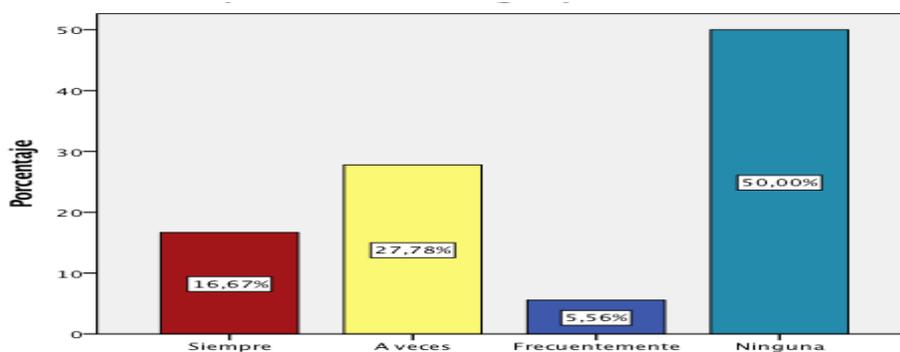


Figura 21. El Adulto Mayor visita sus amigos por lo menos dos veces al mes.

Elaboración: Propia

Por lo tanto dentro de la variable “visitan los Adultos Mayores a su amigos dos veces al mes”, para investigar se estableció cuatro categorías: Siempre, A veces, Frecuentemente, Ninguna. La población estudiada del centro investigado respondieron el 16,67% de las personas mayores siempre visita a sus amigos dos veces al mes; mientras que el 27,78% A veces visita a sus amigos dos veces al mes; le sigue un menor porcentaje con un 5,56% que frecuentemente lo hacen. Pero la mitad de estas personas mayores 50,00% ninguna vez visitan a sus amigos. Desde esta perspectiva, se determina que sus relaciones sociales e interpersonales en la tercera edad decrecen porque se desvinculan o se retiran de su vida social activa, lo que origina una ruptura de las relaciones interpersonales directas con sus amigos y en la comunidad donde viven.

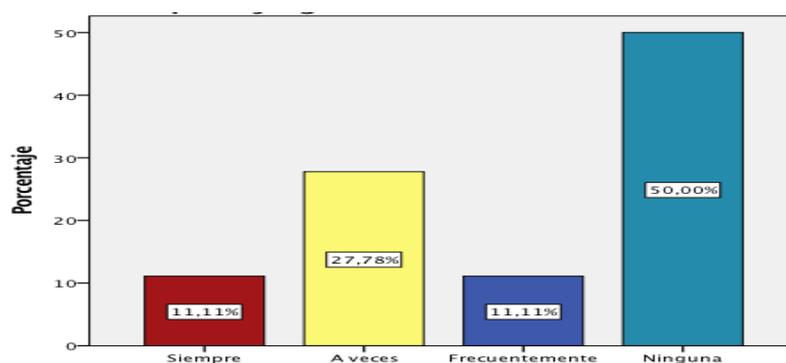


Figura 22. Participa en juegos los Adultos Mayores

Elaboración: Propia

Dentro de la **Figura 22.** “Participación de los Adultos Mayores en juegos”, se consideró cuatro categorías: Siempre, A veces, Frecuentemente, Ninguna. De la población encuestada, se determinó que un recatado porcentaje el 11,11%, respectivamente

consideran que: Siempre, y frecuentemente participa en juegos; mientras que, más de la cuarta parte el 27,78% expresan que A veces participa en juegos; y la mitad 50,00% de la población investigada, en ninguna ocasión participa en juegos de domino, ajedrez, cartas u otros. La participación de los Adultos Mayores en juegos promueve una mayor integración entre grupos de su misma u otra edad; lo que influye en el mejoramiento de la calidad de vida y beneficios vinculados a la salud con el bienestar emocional y social del adulto mayor.

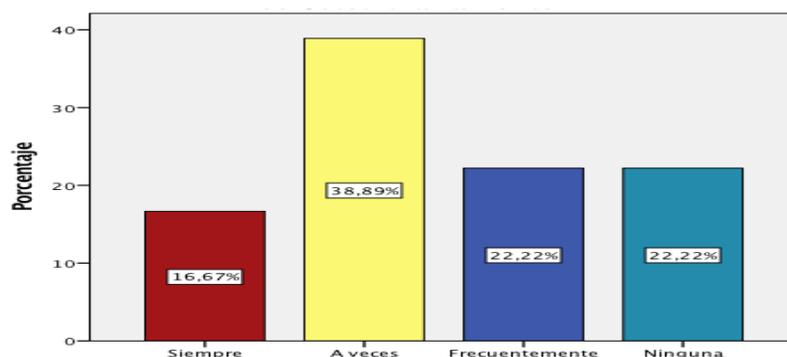


Figura 23. Lee usted diariamente

Elaboración: Propia.

De igual forma dentro de la variable “Lee diariamente el Adulto Mayor”, en la encuesta aplicada a los Adultos Mayores, del centro empleado para su investigación se constituyó cuatro categorías: Siempre, A veces, Frecuentemente, Ninguna. De esta manera, se observa en la **Figura 23** que la población estudiada consideró en un pequeño porcentaje 16,67%, que siempre lee diariamente; mientras que un estimable porcentaje el 38,89%, A veces lee diariamente; pero, casi la cuarta parte, el 22,22 % de estos Adultos Mayores frecuentemente y ninguna vez, respectivamente leen diariamente, lo que demuestra que en la edad adulta disminuyen las capacidades cognitivas.

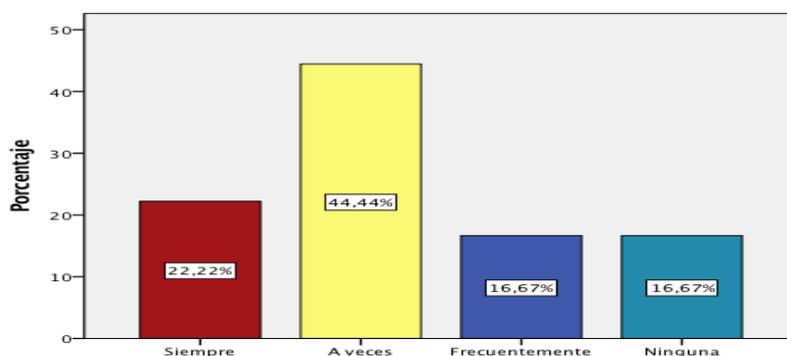


Figura 24. Realización de Actividad Física de los Adultos Mayores

Elaboración: Propia

Como se puede observar dentro de la variable Actividades Beneficiosas que realizan los Adultos Mayores a través de la actividad física dos veces por semana” para la cual la población encuestada del centro empleado en su investigación se establecieron cuatro categorías: Siempre, A veces, Frecuentemente, Ninguna. De esta manera, tal como se observa en la **Figura 24**. se detalla el porcentaje de Adultos Mayores que consideraron que el 22,22% realiza “Siempre” actividad física 3 veces por semana; existe un incremento de 44,44% que señalan que “A veces” realiza actividad física 3 veces por semana; mientras el 16,67% “frecuentemente” lo hacen y finalmente el 16,67% igualmente no realiza ninguna actividad física por semana. La práctica constante de actividades físicas favorece la salud, permite sociabilizarse con otras personas, mejora su ánimo y su autoestima, por lo tanto es positivo promover actividades físicas que mejoren el equilibrio físico y mental de los adultos mayores en la optimización de sus funciones físicas.

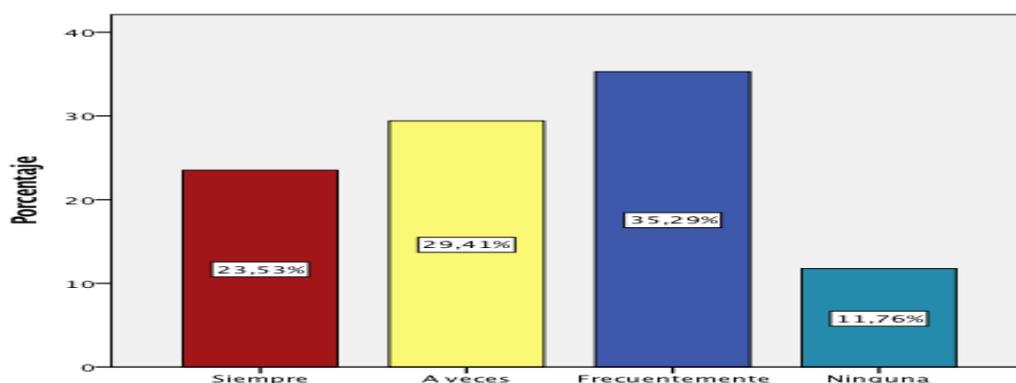


Figura 25. Las personas Mayores asisten al Centro de Salud o Centro Hospitalario

Elaboración: Propia

Como podemos observar dentro de la variable “Las personas Mayores asisten al Centro de Salud o Centro Hospitalario” de igual forma se establecieron cuatro categorías: Siempre, A veces, Frecuentemente, Ninguna. De esta manera como se observa en la **Figura 25**. se detalla el porcentaje de barras; en el cual la población Mayor respondió en un respetable porcentaje 23,53% que “Siempre” asiste a su control de salud al centro hospitalario; de igual manera se evidencia un 29,41% “A veces” asiste a su control de Salud; igualmente un considerable porcentaje el 35,29% “frecuentemente” asisten a su control de Salud, y, finalmente el 11,76% en “Ninguna” ocasión asiste a controlar su Salud. Considerando que la salud es primordial no solo en la calidad de vida de los Adultos Mayores, sino también en la prevención de enfermedades o cuidados paliativos, estas personas mayores generalmente se preocupan de su salud personal y esto contribuye a vivir más saludable y a mantenerse más activos.

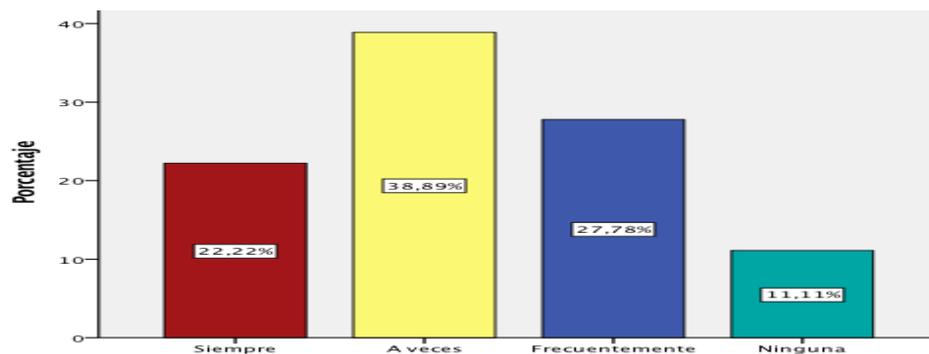


Figura 26. Las personas mayores caminan diariamente por lo menos 30 minutos.

Elaboración: Propia

Dentro de las actividades beneficiosas que realizan las Personas Mayores “caminan diariamente por lo menos 30 minutos” las personas mayores del Centro de Atención del Adulto Mayor N 1 de la Ciudad de Loja, se estableció cuatro categorías: Siempre, A veces, Frecuentemente, Ninguna. De esta manera en la **Figura 26.** se detalla los porcentajes encontrados; el 22,22% de la población mayor señalan que “Siempre” camina por lo menos 30 minutos; un 38,89% indica que “A veces” camina por lo menos 30 minutos; y el 27,78% “frecuentemente” camina por lo menos 30 minutos diariamente; finalmente un 11,11% no realiza ningún tipo de caminata. Siendo la caminata una actividad física, que le ayuda al adulto mayor a mejorar su salud y permanecer activo e independiente por más años, realizar una caminata por lo menos de 30 minutos, es recomendable y beneficiosa a su salud y bienestar.

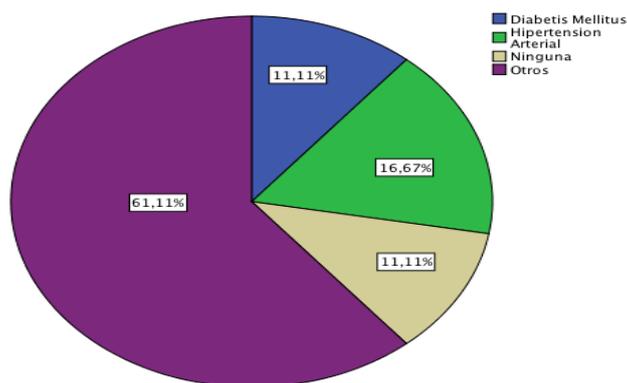


Figura 27. Patologías Crónicas

Elaboración: Propia

En relación en las enfermedades de Salud de los Adultos Mayores se consideró las “Patologías Crónicas” que presenta la población estudiada para lo cual se establecieron varias categorías como: Diabetes mellitus, Hipertensión arterial, Artrosis, visuales, etc. y otros aspectos relacionados en cuanto a su salud. De esta manera los porcentajes dentro de

la **Figura 27**. se observa un 11,11% de la población encuestada presenta diabetes Mellitus; le sigue el 16,67% que padecen Hipertensión Arterial; así mismo, hay un alto índice de porcentaje 61,11% de la población que presenta otras patologías crónicas. Y, finalmente un 11,11% no presenta ninguna patología crónica. Por lo tanto, es de gran importancia que las personas adultas tengan una asesoría constante para que conozcan las causas de estas enfermedades, los riesgos y la forma de prevenir o paliar este tipo de enfermedades crónicas, las mismas que pueden originar degeneración sino se previenen y son tratadas en forma oportuna.

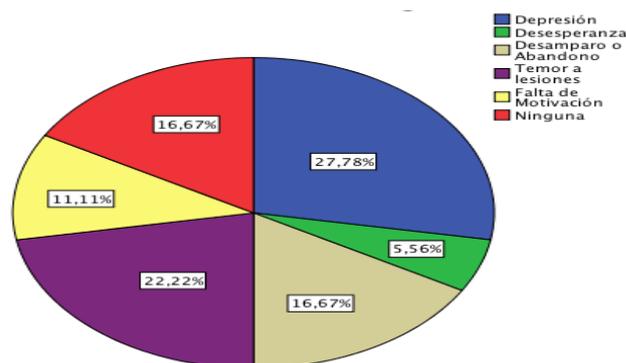


Figura 28. Factores Psicológicos

Elaboración: Propia

En lo que respecta a la relación de los “Factores Psicológicos” de los Adultos Mayores del centro investigado, se establecieron varias categorías como Depresión, Desesperanza, Desamparo o Abandono, Temor a lesiones, Falta de Motivación, Ninguna y otros aspectos, que guardan relación con los factores Psicológicos. De esta manera se observó que los porcentajes dentro de la **Figura 28**. Son: un 27,78% de la población encuestada presenta síntomas de depresión; le sigue 5,56% que presenta desesperanza; Mientras que el 16,67% de la población presenta factores como Desamparo o Abandono; y en cambio el 22,22% de los Adultos Mayores en sus factores psicológicos presentan temor a lesiones; además 11,11% de la población evidencia falta de Motivación dentro de su factores Psicológicos, y, finalmente un 16,67% no presenta ninguna factor psicológico. En este caso las personas mayores investigadas en este centro, evidencian que tienen temor a sufrir lesiones y estado de depresión; por lo que se corrobora que en la vejez necesariamente los adultos mayores necesitan un apoyo social y familiar para que puedan tener una mejor calidad de vida, que desarrollen todas sus potencialidades y no se vean afectados por factores psicológicos, negativos como; el miedo, la depresión, el aislamiento, la soledad.

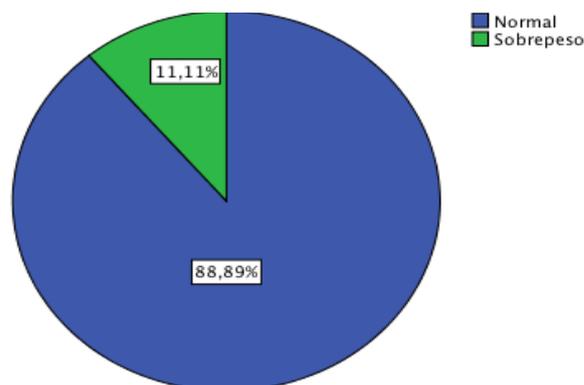


Figura 29. Estado Nutricional

Elaboración: Propia

Respecto al estado Nutricional de los Adultos Mayores de la población encuestada del centro empleado para su investigación, se puede observar en la **Figura 29.** que el 11,11% de los Adultos Mayores presentan sobre peso dentro de su estado nutricional; sin embargo un alto índice 88,89%. de estas personas mayores tienen un estado nutricional normal. Por lo tanto estas personas mayores tienen una alimentación normal y saludable que es fundamental para evitar problemas de salud, pero también tiene una estrecha relación con el estilo de vida y la situación socioeconómica.

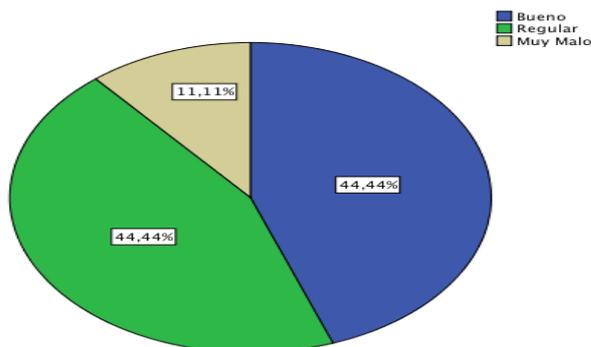


Figura 30. Condición Física

Elaboración: Propia

En cuanto a la condición Física de los Adultos Mayores del centro empleado para su investigación se puede observar que dentro de la **Figura 30** se detallan los porcentajes y se determinó que el 44,44% señalan respectivamente que tienen una buena y regular condición física; mientras que el 11,11% de la población mayor presenta una condición física muy mala. Según este análisis los adultos mayores de este centro mantienen una condición física buena y regular, la misma que influye en la calidad de vida y en su bienestar. La condición física del adulto mayor es poder participar en actividades cotidianas como caminar, desplazarse, recrearse, realizar tareas domésticas, juegos y diversas actividades que le hacen sentirse útil consigo mismo y su familia. El ser partícipe de estas actividades mejora su bienestar y reduce riesgos de enfermedad.

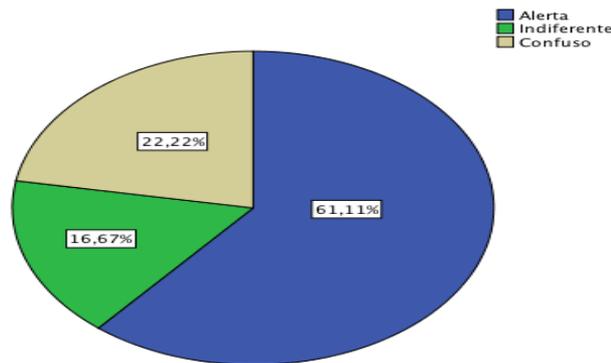


Figura 31. Condición Mental

Elaboración: Propia

En lo correspondiente a la condición Mental de los Adultos Mayores del Centro investigado, se observa en la **Figura 31.** que los encuestados en su mayoría el 61,11% considera que su condición mental es “alerta”; así mismo un 16,67% de las personas Mayores tiene su condición mental “indiferente” y, por último el 22,22% de la población mayor presenta un estado mental de “confusión” en la personas mayores. En este análisis, claramente se observa que la condición mental se concentra en indiferente y confuso, lo que implica con la Salud Mental y se relaciona con el bienestar emocional en una persona, por lo que la familia de los adultos mayores debe estar muy atenta y alerta ante cualquier afectación de la salud de estas personas mayores.

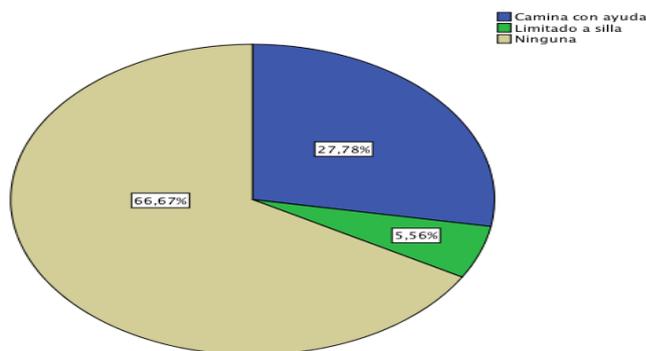


Figura 32. Nivel de Actividad

Elaboración: Propia

En cuanto al Nivel de Actividad de los Adultos Mayores, se observa dentro de la **Figura 32.** que los encuestados revelaron en un 27,78% que camina con ayuda; un 5,26% de las personas mayores en su nivel de actividad es demasiado limitado y se movilizan en silla de ruedas; sin embargo alegra que el 66,67% de la población mayor “no” presenta ninguna dificultad dentro de su nivel de actividad. Es estimable que la mayor parte de los adultos mayores no se encuentre afectada en su nivel de actividad, lo que le brinda una mayor autonomía, y bienestar físico y psicológico.

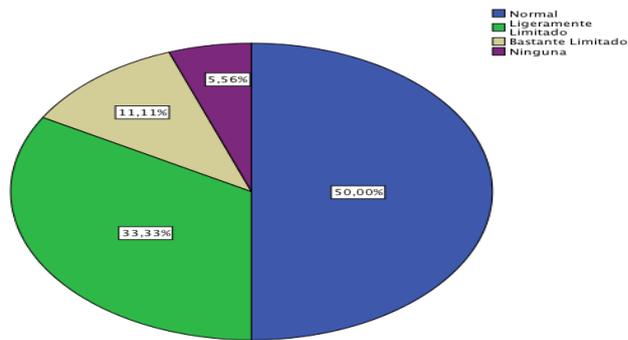


Figura 33. Nivel de Movilidad

Elaboración: Propia

Así mismo, se puede observar en detalle los porcentajes en la **Figura 33**, la cual indica que el 50,00% en cuanto a su nivel de movilidad es normal; un 33,33% de las personas mayores en su nivel de movilidad es ligeramente limitado; mientras que el 11,11% es bastante limitado el nivel de movilidad en los Adultos Mayores. Y, un mínimo porcentaje 5,56% de la población mayor no presenta ninguna dificultad dentro de su nivel de movilidad. Por tanto, agrada saber que la mayoría de los adultos mayores se valen por sí mismo, evitando ser una carga para su familia.

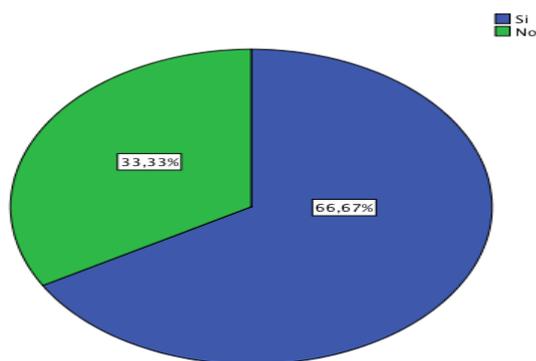


Figura 34. Juego colectivo

Elaboración: Propia

Dentro de la variable “Juego colectivo de los Adultos Mayores” en la población encuestada, se puede observar en la **Figura 34**, que un alto porcentaje 66,67% de la población mayor “Si” juega colectivamente; por el contrario el 33,33% de la población encuestada “No” juega colectivamente. Siendo el juego colectivo una terapia de integración e interacción social en sus momentos de ocio, los adultos mayores a través de juegos recreativos manifiestan un estado de satisfacción en su estado emocional, es importante promover diferentes tipos de juegos colectivos, para que compartan diversos momentos y actividades positivas y placenteras a estas personas adultas.

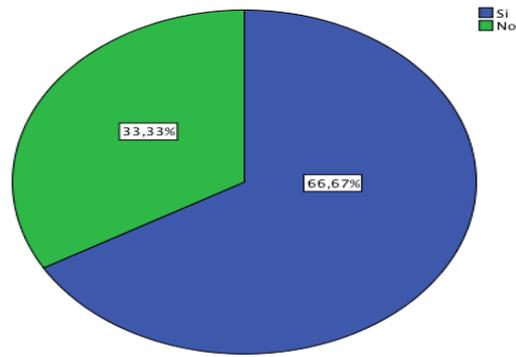


Figura 35. Bailes de Salón

Elaboración: Propia

Dentro de la variable “Baile de Salón de los Adultos Mayores”, se puede observar en la **Figura 35.** un alto porcentaje 66,67% de la población mayor, manifiesta que “Sí” participa en Bailes de Salón; no obstante, el 33,33% de la población “No” participa en bailes de Salón. Lo que demuestra que las personas mayores en esta etapa de la vida les agrada bailar y compartir tertulias y momentos agradables entre grupos de su misma edad; además es una terapia que genera bienestar y por ende eleva la calidad de vida de los Adultos Mayores

3. Resultados obtenidos: análisis, interpretación de los resultados obtenidos

Los resultados obtenidos en la presente investigación están sistematizados en los objetivos específicos propuestos, para determinar el estado inicial de la Salud Mental de los Adultos Mayores participantes en el proceso de Intervención Intergeneracional del Centro de Atención Municipal N°1 de la Ciudad de Loja y al término de su participación en el proceso de intervención. Se explica y describe a través de tablas estadísticas mediante la utilización de prueba t muestras relacionadas, análisis descriptivo, correlaciones en los resultados de los instrumentos investigativos como la Escala Geriátrica de Yesavage, Escala de Bienestar, Conocimiento del Envejecimiento FAQ, Escala de Calidad de Vida y que fueron aplicados en dos fases: Pre-Test y Post-Test, los mismos que detallo a continuación.

3.1 DETERMINAR EL ESTADO INICIAL DE LA SALUD MENTAL DE LOS ADULTOS MAYORES PARTICIPANTES.

El objetivo de este apartado es conocer en primer lugar un breve análisis de los resultados descriptivos en los principales instrumentos aplicados en cuánto a la Escala Geriátrica de Depresión de Yesavage, tal y como se indicó en la sección de instrumentos, puede utilizarse con respuestas dicotómicas de “sí” o “no” que se estableció mediante categorías en los puntos de corte de Yesavage de “Normal” de 0-4 y “Depresión” de 5 ó +. Este análisis con el objeto de orientar la discusión y destacar la relevancia que se ha encontrado.

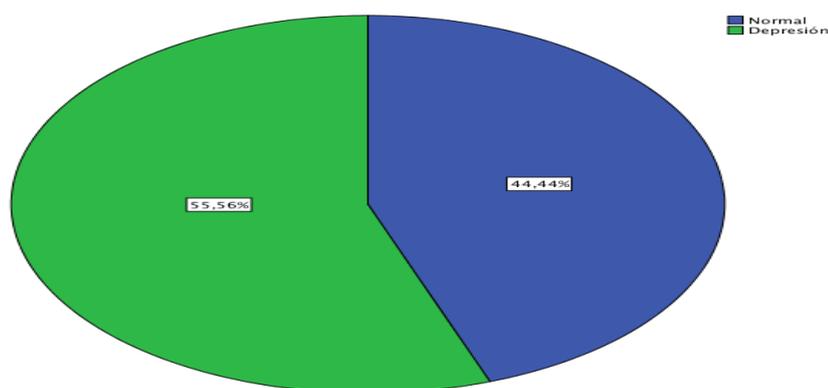


Figura 36. La población de Adultos Mayores de la Escala Geriátrica Depresión de Yesavage. (GDS).

Elaboración: Propia

Respecto al análisis de la **Figura 36.** de la Escala Geriátrica de Yesavage se pueden observar que el 55,56% de estas personas mayores presentan depresión dentro de los puntos de corte GDS-15 y mientras el 44,44% de la población no presenta depresión.

3.2 DATOS DESCRIPTIVOS DE LA ESCALA DE BIENESTAR DE RYFF DE CADA DIMENSIÓN DE VARIABLE

El objetivo de este apartado es conocer las diferencias entre la Media y la desviación estándar de la escala de Bienestar de Ryff y las diferentes variables que presentan los resultados en cada una de las dimensiones.

Tabla 7. Datos Descriptivos en la población de Estudio de la Escala de Bienestar de Ryff
Escala de Bienestar de Ryff

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Auto aceptación	18	13	24	18,17	4,232
Relaciones Positivas con los Demás	18	12	43	18,28	6,850
Autonomía	18	11	31	20,67	4,851
Dominio con el Ambiente	18	14	24	18,67	2,870
Crecimiento Personal	18	12	21	16,67	2,657
Total de Propósito en la Vida	18	13	30	19,94	5,139
N válido (por lista)	18				

Fuente y Elaboración: Propia

Como se puede apreciar en la **Tabla 6** los datos descriptivos en la población encuestada sobre la escala de bienestar de Ryff para verificar la muestra utilizada se presenta medias superiores entre 18,17 a 20,67 aunque en la desviación estándar de estas dimensiones se muestran diferencias en las observaciones y se asegura una capacidad considerablemente aceptable. En las dimensiones de la escala de bienestar los encuestados revelan estas características Auto-aceptación: 18,17; Relaciones Positivas con los Demás: 18,28; Autonomía: 20,67; Dominio del Ambiente: 18,67; Propósito en la Vida: 19,94 en su mayoría se encuentran con altas medias; lo que implica estas personas tienen un bienestar aceptable

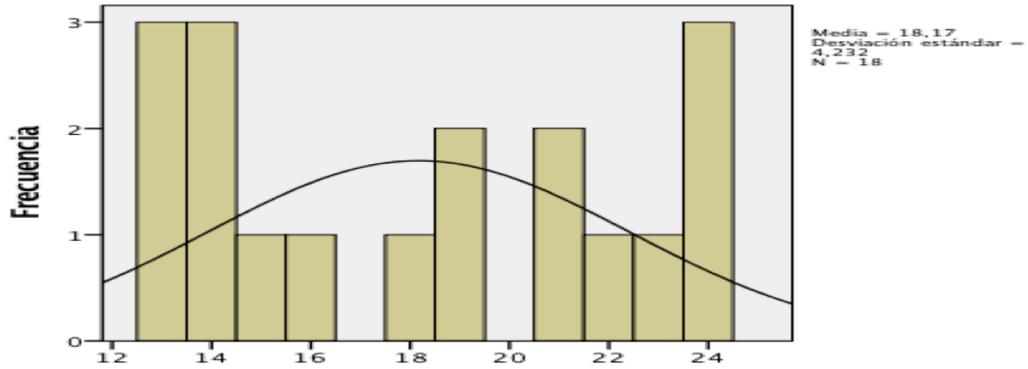


Figura 37. Auto aceptación en los Adultos Mayores en la escala de Bienestar de Ryff (EBR)

Elaboración: Propia

De esta manera en la **Figura 37**. Al analizar el instrumento en la Escala de Bienestar de Ryff que evaluó el estado inicial de la salud mental de los Adultos Mayores en la población, encuestada, se encontró que alcanza un promedio de media 18,17 de Auto-aceptación en la población de los participantes; lo que implica que las personas mayores se sientan bien consigo mismas siendo consciente de sus limitaciones en la escala de bienestar de Ryff (EBR) presenta con una desviación estándar 4,232 bastante aceptable. De igual forma podemos observar en las puntuación total de Auto-aceptación en la distribución del área de la curva normal tiene una distribución de asimetría significativa lo que es evidencia en su normalidad

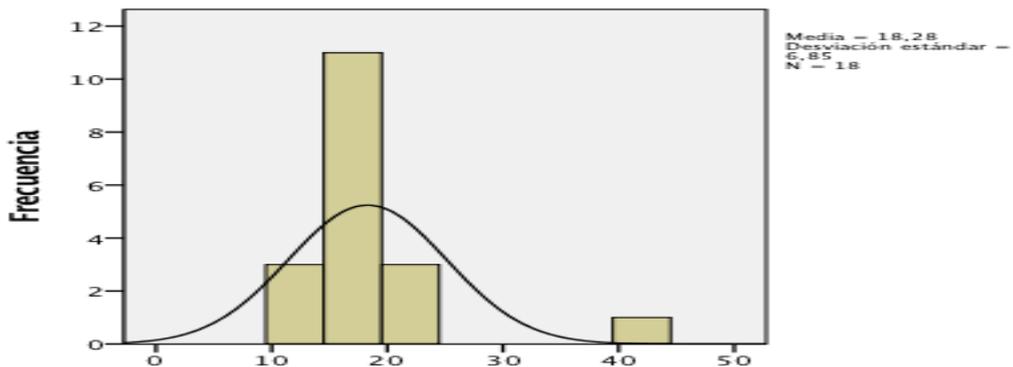


Figura 38. Relaciones Positivas con los demás en la Escala de Bienestar de Ryff (EBR).

Elaboración: Propia

En el análisis de resultados **Figura 38** en el instrumento de la escala de bienestar de Ryff, se evaluó el estado inicial de la Salud Mental de estas personas y se observó una media de 18,28; así mismo, se presenta una desviación estándar 6,85 que es bastante aceptable en Relaciones Positivas con los Demás; lo que implica que las personas mayores valoran la importancia de la calidez y confianza en las relaciones interpersonales. Por otra parte se

observa una distribución dentro del área de la curva normal, tiene una simetría baja y un valor de asimetría igual a 0.

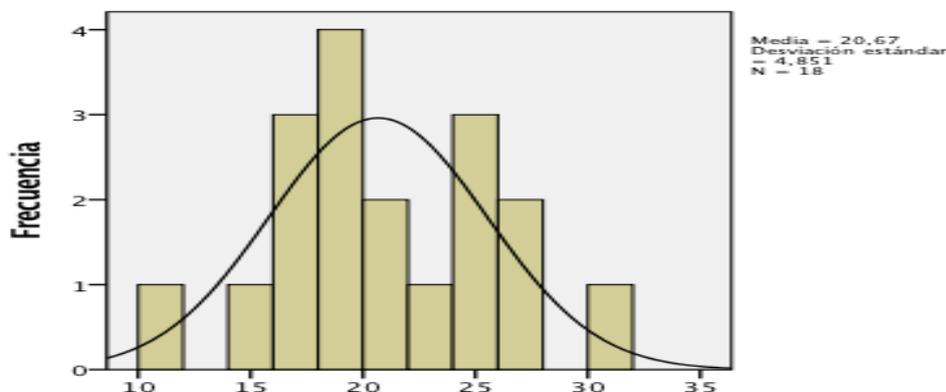


Figura 39. Autonomía en los Adultos Mayores de la Escala de Bienestar de Ryff (EBR).

Elaboración: Propia

Al analizar la **Figura 39**, en la escala de bienestar de Ryff aplicado a los Adultos Mayores del Centro Municipal del Adulto Mayor N°1 de la Ciudad de Loja, que evaluaron el estado inicial de la Salud Mental se encontró un alto alcance en la media 20,67 y con una desviación estándar de 4,851 que es bastante aceptable en la población. Lo que implica en los participantes una mayor autodeterminación e independencia. Por otra parte, podemos observar dentro de la distribución del área de la curva normal que tiene una asimetría positiva, lo cuál indica que los valores más extremos están por encima de la media en cuanto a su normalidad.

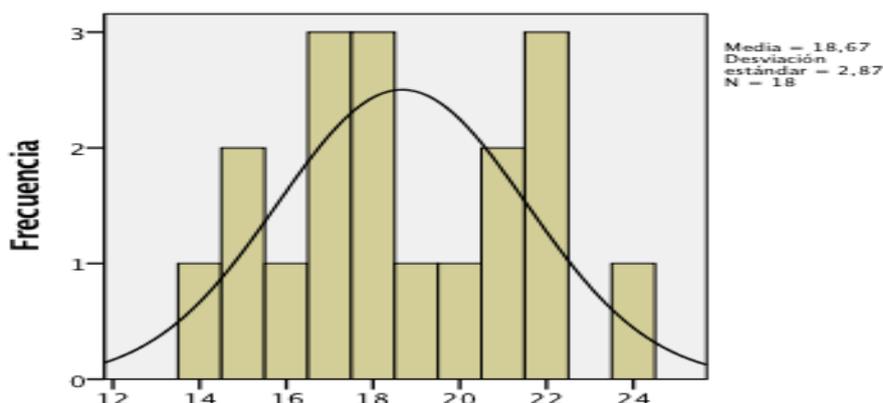


Figura 40 Dominio del Entorno en la escala de Bienestar de Ryff (EBR)

Elaboración: Propia

Con respecto al análisis del instrumento en la Escala de bienestar de Ryff que se evaluó el estado inicial de la Salud Mental de los Adultos Mayores en la población encuestada del centro empleado para su investigación; se encontró un alcance de media 18,67 en la escala de bienestar; con una desviación estándar 2,87 considerablemente aceptable. Lo que

implica que los participantes poseen un alto dominio del entorno, poseen una mayor sensación de control sobre el mundo y se sienten capaces de influir en el contexto que les rodea. Por otra parte, se observa en la **Figura 40**. la puntuación total de Dominio del Entorno dentro de su distribución del área de la curva normal, tiene una distribución de asimetría positiva, lo cual indica que los valores más extremos están por encima de la media en cuanto su normalidad.

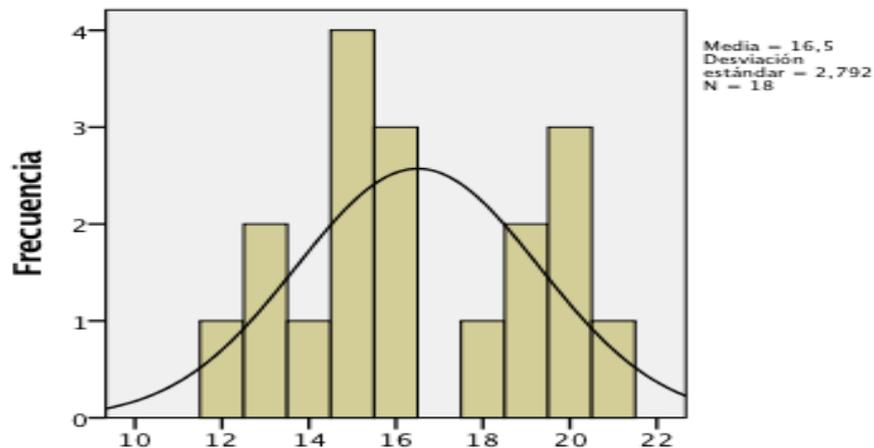


Figura 41. Crecimiento Personal de la Escala de Bienestar de Ryff (EBR).
Elaboración: Propia

Se observa en la **Figura 41**. los resultados del instrumento de investigación de la escala de bienestar de Ryff que evaluó el estado inicial de la Salud Mental de los Adultos Mayores en este centro, se determina un alcance de media 16,5 con una desviación estándar 2,792 considerablemente menor en la escala de bienestar. Por lo tanto, el “Crecimiento Personal” de estas personas requiere una mayor participación e integración para desarrollar sus propias potencialidades, crecer y expandirse como persona con un mejor autodomínio. De igual manera, se observa la puntuación total de histograma con una distribución del área de la curva normal y con una asimetría positiva lo cuál indica que los valores más extremos tienden a estar por encima de la media en cuanto a su normalidad.

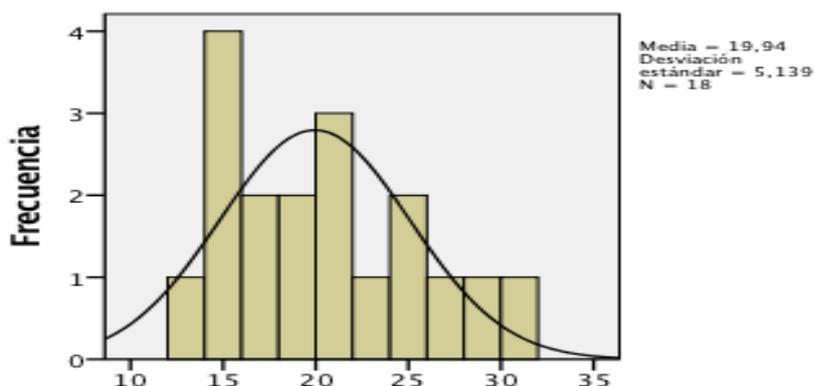


Figura 42. Propósito en la Vida en la Escala de Bienestar de Ryff (EBR)
Elaboración: Propia

Analizando los resultados obtenidos en la población encuestada del centro empleado para su investigación, en la escala de bienestar de Ryff que evalúa el estado inicial de Salud Mental de los Adultos Mayores en la **Figura 42.** define un alcance de media 19,94 en la puntuación total de “Propósito en la Vida” con una desviación estándar de 5,139 que es bastante considerable en la escala de bienestar (EBR). Lo que implica el “Propósito de la Vida” en estos datos descriptivos que estas personas adultas se trazan metas y objetivos. Por otra parte, podemos observar la puntuación total dentro de su distribución del área de la curva normal que tiene una distribución con una asimetría positiva, lo cual indica que los valores más extremos están por encima de la media en su normalidad.

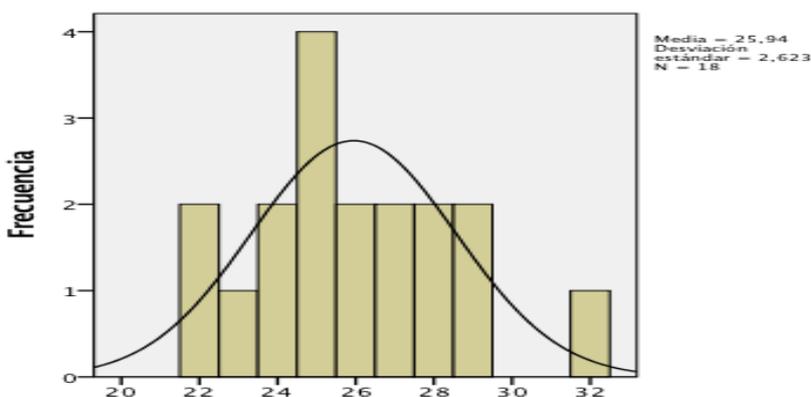


Figura 43. Adaptación de envejecimiento en el Total FAQ
Elaboración: Propia

Continuando con este análisis en la **Figura 43.** de la Adaptación del Envejecimiento (FAQ) en el instrumento aplicado, que evaluó el estado inicial de la Salud Mental de los Adultos Mayores, se determinó un alto índice de alcance de Media 25,94 y una desviación estándar 2,623 que son diferencias considerablemente aceptables. Por otra parte observamos la puntuación total de “Adaptación sobre el Envejecimiento” del FAQ su distribución del área de la curva normal que tiene una distribución con una asimetría positiva, lo cual indica que los valores más extremos tienden a estar por encima de la media en su normalidad.

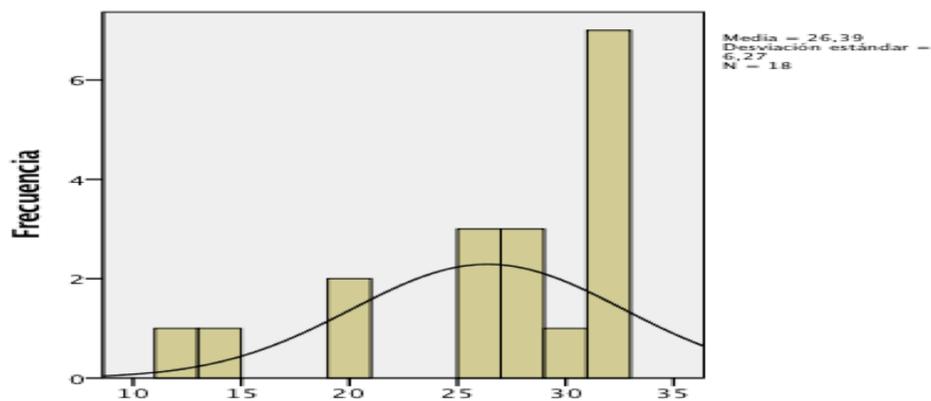


Figura 44. Puntaje Total de los Adultos Mayores en el Bienestar Emocional en los resultados de la escala de Calidad de Vida (GENCAT)

Elaboración: Propia

Cabe señalar en el análisis del instrumento aplicado a los Adultos Mayores del Centro Municipal del Adulto Mayor N°1 de la Ciudad de Loja, en la escala de vida que evaluó el estado inicial de la Salud Mental en los Adultos Mayores, muestra un índice de promedio de 26,39 y una desviación estándar 6,27 en el “Bienestar Emocional” de la calidad de vida. Así mismo, en los datos descriptivos de los participantes investigados se observa diferencias en los datos obtenidos y que son considerablemente aceptables, lo que implica que los Adultos Mayores se sienten tranquilos, seguros, sin agobios. En igual forma la **Figura 44.** señala la puntuación total de la escala de vida y su distribución del área de la curva normal que tiene una distribución con una asimetría negativa, lo cual indica que los valores más extremos están por debajo y es evidente dentro del área de la curva.

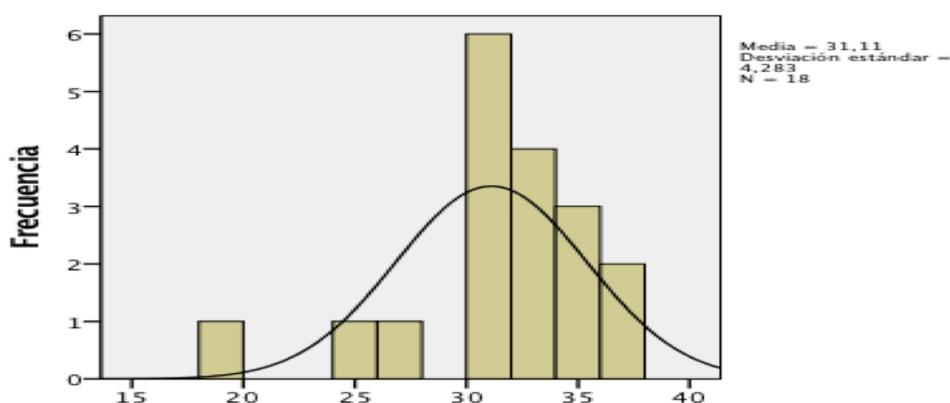


Figura 45. Puntaje Total de los Adultos Mayores en Relaciones Interpersonales en la escala de Calidad de Vida (GENCAT)

Elaboración: Propia

En la **Figura 45.** de acuerdo a los resultados obtenidos en el instrumento investigativo y respecto a la escala de vida (GENCAT) que evaluó el estado inicial de Salud Mental en los Adultos Mayores; señala un índice de promedio de la media que es 31,11 y una desviación estándar de 4,283 en “Relaciones Interpersonales”; datos bastante considerables en la escala de Calidad de Vida. Lo que conlleva a que estas personas mayores, se relacionen con distintas personas, tengan otros amigos y puedan llevarse bien. De esta manera podemos observar en la puntuación total de la escala de vida la distribución del área de la curva normal que presenta una asimetría negativa, lo cual indica que los valores más extremos tienden a situarse por debajo, lo que es evidente dentro del área de la curva.

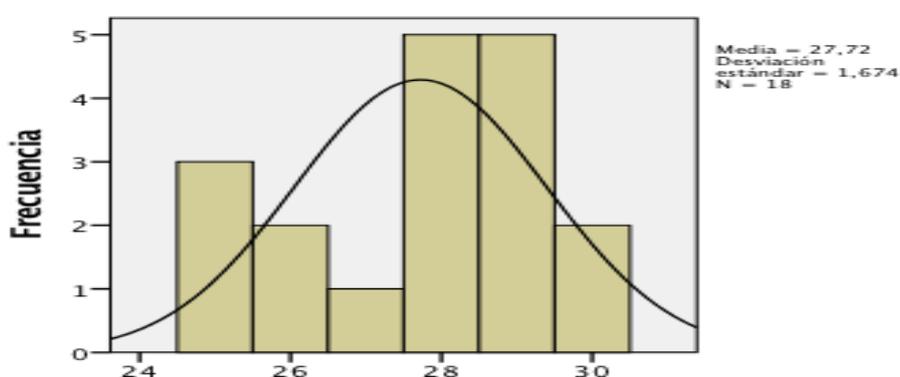


Figura 46. Puntaje Total de los Adultos Mayores en el Bienestar Material de la Escala de Calidad de Vida (GENCAT)

Elaboración: Propia

Analizando los resultados obtenidos en el instrumento de investigación, en la Escala de Calidad de Vida que evaluó el estado inicial de la Salud Mental en los Adultos Mayores, en la **Figura 46.** revela en el histograma un índice de alcance de media 27,72 y con una desviación estándar de 1,674 que es considerablemente aceptable en la escala de la Calidad de Vida en los participantes; y que se refiere a que las personas mayores necesitan y desean tener. Así mismo, en la distribución del área de la curva normal tiene una asimetría positiva, lo cual indica que los valores más extremos tienden a situarse por encima y es evidente dentro del área de la curva.

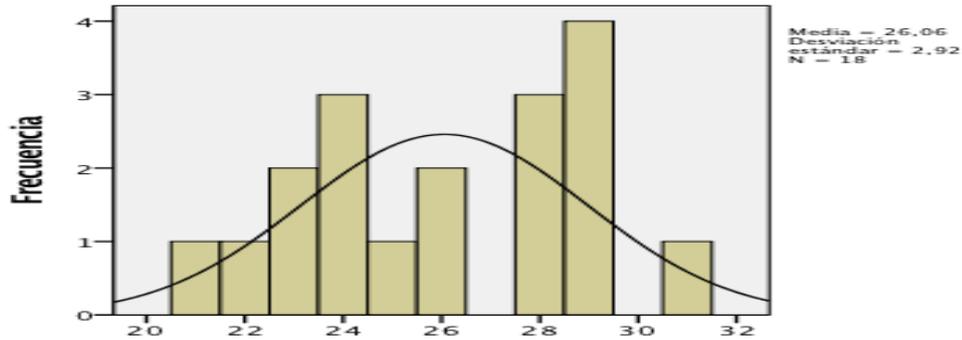


Figura 47. Puntaje Total de Estudio de los Adultos Mayores en el Desarrollo Personal de la Escala de Calidad de Vida (GENCAT).

Elaboración: Propia

Igualmente en la escala de vida que evaluó el estado inicial de la salud Mental en la población de Adultos Mayores del centro empleado para su investigación en la **Figura 47.** del histograma muestra un índice de alcance promedio de media de 26,06 y con una desviación estándar 2,92 que es considerablemente aceptable en la escala de la Calidad de Vida. Datos descriptivos que evidencian que los participantes personas mayores a través de un “Desarrollo Personal” tienen la posibilidad de aprender distintas cosas, tener conocimientos y realizarse personalmente. De tal manera en la escala de vida de la distribución del área de la curva normal tiene una asimetría positiva, lo cual indica que los valores más extremos tienden a situarse un poco más por encima del área de la curva normal.

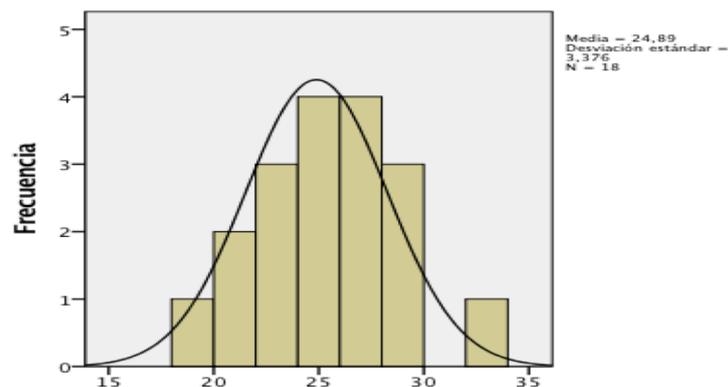


Figura 48 Puntaje Total de los Adultos Mayores en el Bienestar Físico en la Escala de Calidad de Vida (GENCAT)

Elaboración: Propia

De la misma forma, en la **Figura 48.** relacionado con la escala de Calidad de Vida que evalúa el estado inicial de la salud Mental en los Adultos Mayores del Centro Municipal del Adulto Mayor N°1 de la Ciudad de Loja, muestra un índice de media 24,89 y una desviación estándar de 3,376 que es considerablemente aceptable, lo que implica que las personas

mayores deben tener una buena salud, sentirse en buena forma física, tener hábitos de alimentación saludables. En igual forma, se observa la puntuación total de la escala de Calidad de Vida de su distribución en el área de la curva normal, tiene una distribución con asimetría positiva; lo cual indica que los valores más extremos tienden a situarse por encima de lo normal dentro del área de la curva

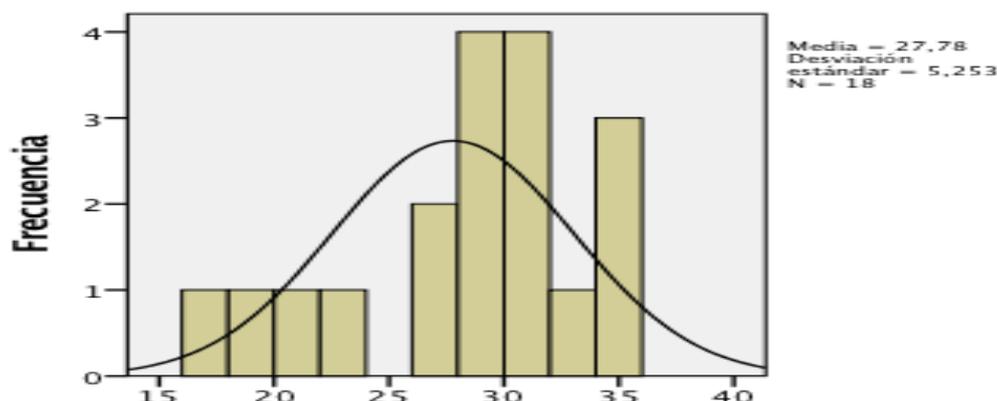


Figura 49. Puntaje Total de los Adultos Mayores en la Autodeterminación en la Escala de Calidad de Vida (GENCAT)

Elaboración: Propia.

Analizando los resultados en la **Figura 49.** que evalúa el estado inicial de la Salud Mental en los Adultos Mayores en la población encuestada del centro empleado para su investigación, se determina en el histograma un índice de promedio de 27,78 y una desviación estándar 5,253; lo que es considerablemente aceptable en la escala de Calidad de Vida. Con respecto a la “Autodeterminación” implica que las personas mayores afirman que actúan con más libertad en sí mismo, tienen la oportunidad de elegir cosas que quieren, su vida, su tiempo libre, el lugar donde desean vivir, etc. Además, muestra la distribución del área de la curva normal con una asimetría positiva, lo cual indica que los valores más extremos tienden a situarse por encima del área de la curva normal.

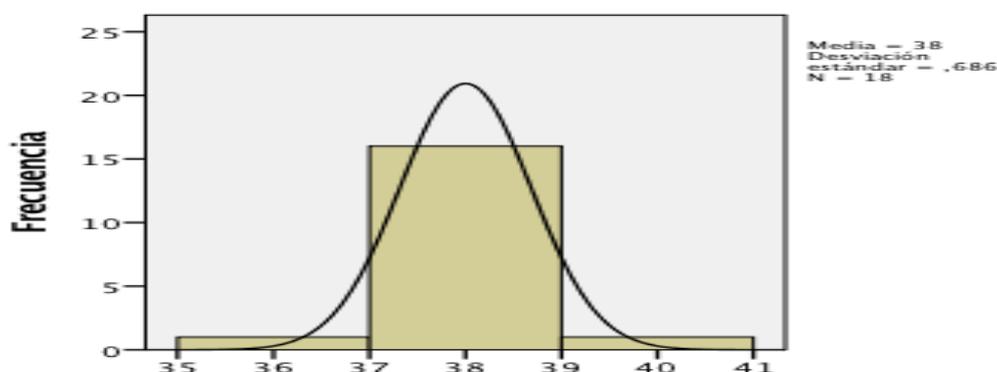


Figura 50. Puntaje Total de los Adultos Mayores Inclusión Social en la Escala de Calidad de Vida (GENCAT)

Elaboración: Propia

En cuanto a la **Figura 50**, indica los resultados que evalúa el estado inicial de la Salud Mental en los Adultos Mayores de la población encuestada para la investigación, muestra un índice de media alta de 26,22 y su desviación estándar es considerablemente menor 2,211 que está situado por debajo de su distribución normal en la escala de la Calidad de Vida. Así mismo, hay que resaltar que la “Inclusión Social” de los participantes en un proceso de intervención motiva a sus miembros para sentirse parte importante de la sociedad, estar integrado y contar con el apoyo de otras personas. De igual forma se evidencia la puntuación total de la escala de Calidad de Vida de “Inclusión Social” en la distribución del área de la curva normal del histograma, con una asimetría negativa, que indica que los valores más extremos tienden a situarse por debajo del área de la curva.

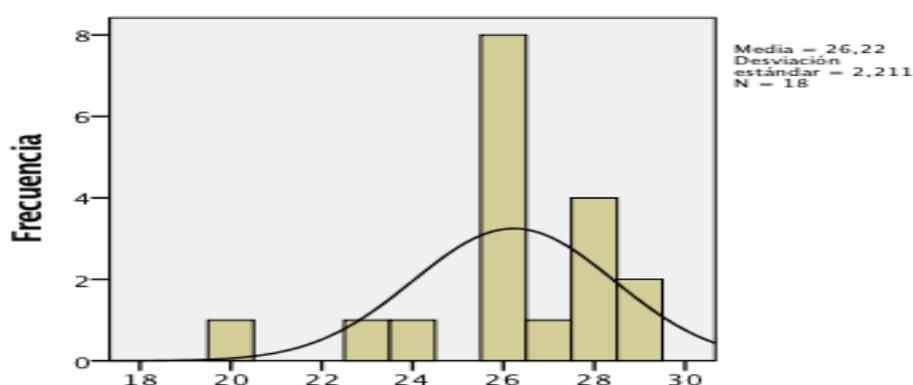


Figura 51. Puntaje Total de los Adultos Mayores “Derechos” en la escala de Calidad de Vida (GENCAT).

Elaboración: Propia

En cuanto a la **Figura 51**, en la escala de Calidad de Vida de acuerdo a los resultados obtenidos en el instrumento aplicado a los Adultos Mayores del Centro de Atención Municipal N°1 del Adulto Mayor de la Ciudad de Loja, al evaluar el estado inicial de Salud Mental revelan un alto índice de promedio en la media es 38 y con una desviación estándar 6,86 que está situado por encima de su distribución normal en la escala de Calidad de Vida. Así mismo, en lo relacionado con la puntuación total de la escala de Calidad de Vida se muestra su distribución del área de la curva normal que tiene una asimetría positiva, lo cual indica que los valores más extremos tienden a situarse por encima de la media dentro del área de la curva

3.2. DETERMINAR LOS CAMBIOS EN LOS INDICADORES DE LA SALUD MENTAL DE LOS 2 Y 4 MESES POSTERIORES A LA PRIMERA EVALUACIÓN.

De acuerdo al objetivo principal, en este apartado se pretende encontrar los indicadores del Bienestar en las Personas Mayores, posterior a la primera evaluación con sus principales dimensiones utilizadas en el presente trabajo investigativo, así como, conocer la relación existente entre las distintas variables de la prueba T de muestras relacionadas.

Tabla 8. Prueba muestras relacionadas. En la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage V-15 en el Pretest y Post-test.

	(Pre test)		(Post-test)		T	gl	Sig. (bilateral)
	M	DT	M	DT			
Escala Geriátrica de Yesavage (GDS) V-15	4,67	2,635	6,06	4,123	-1,542	17	0,142

Fuente y Elaboración: Propia

De acuerdo al análisis comparativo en la determinación de los promedios de la Escala Geriátrica de Yesavage en el instrumento aplicado a los Adultos Mayores del Centro Municipal de Atención N°1 de la Ciudad de Loja en la **Tabla 8.** se determina que el valor de la Media en el Pre-test M=4,67 y en el Post-test M=6,06. Se evidencia que hubo un incremento moderado en su estado de depresión. En este sentido, las personas mayores que presentan Depresión llegan a repercutirles de alguna manera en los indicadores de la Salud Mental. Se evidencia que el valor $t=-1,542$; $gl=17$; $p=0,142$ no hay diferencia significativa.

Tabla 9. Prueba T muestras relacionadas. En la Escala de bienestar de Ryff (EBR) en el Pretest y Post-test.

Dimensiones de Bienestar	Pre test		Post-test		T	Gl	Sig. (bilateral)
	M	DT	M	DT			
Auto-aceptación	18,17	4,232	21,00	4,102	-2,05	17	0,056
Relaciones Positivas con los demás	18,28	6,85	16,11	3,892	1,085	17	0,293
Autonomía	20,67	4,851	17,83	4,643	2,105	17	0,050
Dominio del Ambiente	18,67	2,87	20,61	3,852	-2,424	17	0,027
Crecimiento Personal	16,50	2,792	17,33	4,406	-0,757	17	0,459
Propósito en la Vida	19,94	5,139	20,44	4,09	-0,368	17	0,717

Fuente y Elaboración: Propia.

En el modelo de Bienestar de Carol Ryff aplicado a las personas mayores del Centro Municipal de Atención N°1 de la Ciudad de Loja, se observa en la **Tabla 9.** que al comparar los resultados en la dimensión de Auto-aceptación: en el Pre-test el valor de la media $M=18,17$; y en el Pos-test $M=21,00$; de forma notoria se constata que el nivel de Auto-aceptación se elevó, lo que significa que el valor $t=-2,05$; $gl=17$; $p=0,056$. En Relaciones Positivas en el Pre-test $M=18,28$; mientras en el Post test ha descendido $M=16,11$; por lo tanto, el valor $t=1,085$; $gl=17$; $p=0,293$; lo cual evidencia que las relaciones con los demás no son tan significativas. En autonomía, el valor de la Media es Pre-test $M=20,67$ y en el Post-test ha descendido $M=17,83$; reflejando el valor $t=2,105$; $gl=17$; $p=0,050$. Dominio del Ambiente en el Pre-test $M=18,67$ y se incrementa en el Post-test $M=20,61$; por consiguiente se observa que el valor $t=-2,424$; $gl=17$; $p=0,027$. Asimismo, cotejando la información del Crecimiento Personal en el Pre-test $M=16,50$ y se eleva en el Post-test $M=17,33$; por lo tanto su valor $t=-0,757$; $gl=17$; $p=0,459$. Propósito en la Vida, en el Pre-test $M=19,94$ y Post test $M=20,44$; lo que demuestra que estas personas en esta dimensión se incrementó su bienestar; por tanto el valor $t=-0,368$; $gl=17$; $p=0,717$; no existe diferencia significativa.

Tabla 10. Prueba T muestras relacionadas. Adaptación del Envejecimiento (FAQ) en el Pretest y Post-test.

	(Pre test)		(Post-test)		t	gl	Sig. (bilateral)
	M	DT	M	DT			
FAQ	25,04	2,623	26,61	3,146	-0,833	17	0,416

Fuente y Elaboración: Propia.

Dentro de los resultados presentados en los promedios de las puntuaciones totales de la Adaptación del Envejecimiento en la **Tabla 10** se observa un incremento en el valor de media Pre test M= 25,04 y Post test M= 26,61; lo que determina que los adultos mayores tengan una mayor capacidad de adaptación a diversas circunstancias y una mejor percepción del envejecimiento; por tanto el valor $t=-0,833$; $gl=17$; $p=0,416$.

Tabla 11. Prueba T muestras relacionadas. Puntuaciones Totales en la escala de calidad de vida (GENCAT) en el Pretest y Post-test

Dimensiones de Calidad de Vida	(Pre test)		(Post-test)		T	gl	Sig. (bilateral)
	M	DT	M	DT			
Bienestar Emocional	26,39	6,27	25,61	5,564	0,809	17	0,430
Relaciones Interpersonales	31,11	4,283	31,89	3,306	-0,776	17	0,448
Bienestar Material	27,72	1,674	26,22	4,223	1,665	17	0,114
Desarrollo Personal	26,06	2,92	24,83	3,792	1,625	17	0,123
Bienestar Físico	24,89	3,376	25,17	4,018	-0,318	17	0,754
Autodeterminación	27,78	5,253	28,94	3,78	-0,931	17	0,365
Inclusión Social	26,22	2,211	24,83	3,312	1,467	17	0,161
Derechos	38,00	0,686	37,94	0,873	0,212	17	0,834

Fuente y Elaboración: Propia.

Analizando los resultados obtenidos en la **Tabla 11**. de la escala de calidad de vida (GENCAT) que se aplicó en las dimensiones de: “Bienestar Emocional” en el Pre-test M= 26,39 y Post-test M=25,61; lo que refleja una disminución en su calidad de vida; y el valor $t=-0,809$; $gl=17$; y $p=0,430$. De igual forma, en “Relaciones Interpersonales” en el Pretest M= 31,11 y Post-test M=31,89; lo que demuestra una pequeña disminución en estas personas mayores dentro de su calidad de vida; para lo cuál su valor $t=0,776$; $gl=17$; $p=0,448$. En lo que se refiere a “Bienestar Material” en el Pre-test M= 27,72 y Post-test M= 26,22; lo que demuestra que estas personas mayores ha disminuido su calidad de vida; y el valor $t=1,665$; $gl=17$; $p=0,114$. Asimismo, en “Desarrollo Personal” en el Pre-test M= 26,06 y Post-

test M=24,83; lo que afecta la posibilidad de aprender distintas cosas y de realizarse personalmente en los Adultos Mayores; por tanto el valor $t=1,625$; $gl=17$; y $p=0,123$. Respecto al “Bienestar Físico” en el Pre-test M=24,89 y el Post-test M=25,17; cuyo incremento demuestra en estos adultos mayores de este indicador; por lo tanto su valor $t=0,318$; $gl=17$; y $p=0,754$. En lo referente, “Autodeterminación” el Pre-test M= 27,78 y el Post-test M=28,94; determinándose un aumento considerable en este indicador; por lo tanto el valor $t=-0,931$; $gl=17$; $p=0,365$. Igualmente en “Inclusión Social” el Pre-test M= 26,22 y se ha disminuido en el Post-test M= 24,83; en los adultos mayores; por tanto el valor $t=1,467$; $gl=17$; $p=0,161$. Finalmente, en “Derechos” el Pre-test M=38,00 y Post-test M=37,94 hay una mínima disminución en esta dimensión de los adultos mayores; y su valor $t=1,665$; $gl=17$; $p=0,114$.

Tabla 12. Prueba T muestras relacionadas. Puntuaciones Totales estándar en la escala de calidad de vida (GENCAT) en el Pretest y Post-test

	(Pre test)		(Post-test)				
Puntuaciones Estándar en la Calidad de Vida	M	DT	M	DT	T	Gl	Sig. (bilateral)
Bienestar Emocional	11,94	3,811	11,33	3,361	1,009	17	0,327
Relaciones Interpersonales	12,44	2,684	13,00	2,029	-0,916	17	0,372
Bienestar Material	8,72	1,674	7,61	3,109	1,680	17	0,111
Desarrollo Personal	13,00	1,847	12,17	2,503	1,689	17	0,109
Bienestar Físico	6,89	3,376	7,5	3,24	-0,779	17	0,447
Autodeterminación	11,67	2,301	12,17	1,505	-0,940	17	0,360
Inclusión Social	12,33	1,749	11,56	2,617	1,065	17	0,302
Derechos	11,94	0,539	11,78	0,647	0,825	17	0,421

Fuente y Elaboración: Propia.

En las puntuaciones totales estándar de la escala de calidad de vida (GENCAT) en el Pretest y Post-test al comparar el “Bienestar Emocional” en el Pretest M= 11,94 y Post-test M=11,33; por tanto el valor $t=1,009$; $gl=17$; y $p=0,327$. Referente a “Relaciones Interpersonales” el Pre-test M=12,44 y Post-test M=13,00; así como el valor $t=-0,916$; $gl=17$; $p=0,327$. En lo concerniente a “Bienestar Material” el Pre-test M=8,72; y en el Post-test disminuye M=7,61; por lo tanto su valor $t=1,680$; $gl=17$; y $p=0,111$. Relativo a “Desarrollo Personal” en el Pretest M= 13,00 y Post-test M=12,17 lo que determina una pequeña disminución en el indicador de la escala de Calidad de vida de las personas mayores en la Salud Mental; y su valor $t=1,689$; $gl=17$; y $p=0,109$. En el “Bienestar Físico” el Pre-test M=6,89 y Post-test M=

7,5; de esta manera el valor $t=-0,779$; $gl=17$; y $p=0,447$. Respecto “Autodeterminación” el Pre-test $M= 11,67$; y Post-test $M=12,17$; y su valor $t=-0,940$; $gl=17$; $p=0,360$. De igual forma, en “Inclusión Social” el Pre-test $M=12,33$; el Post test $M=11,56$; por tanto el valor $t=1,065$; $gl=17$; y $p=0,302$. Finalmente en el análisis “Derechos” el Pre-test $M=11,94$ y Post-test $M= 11,78$; y su valor $t=0,825$; $gl=17$; y $p= 0,421$.

3.3. IDENTIFICAR LOS FACTORES FACILITADORES DEL BIENESTAR EN LOS ADULTOS MAYORES.

En el tercer objetivo principal de este apartado, se pretende encontrar la relación que existe entre los Factores del Bienestar en las Personas Mayores con sus principales dimensiones, utilizadas en el presente trabajo investigativo.

Tabla 13. Análisis de ANOVA de los Factores Facilitadores de la escala de Bienestar Ryff (EBR). Fase Uno

Comparaciones múltiples							
HSD Tukey							
Variable dependiente	(I) Estado Civil	(J) Estado Civil	Diferencia de medias (I-J)	Error estándar	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
Total Dominio del Ambiente	Casado	Soltero	4,067	1,583	0,092	-0,53	8,67
		Divorciado	-3,6	1,813	0,239	-8,87	1,67
		Viudo	1,025	1,235	0,84	-2,57	4,62
	Soltero	Casado	-4,067	1,583	0,092	-8,67	0,53
		Divorciado	-7,667*	1,978	0,008	-13,42	-1,92
		Viudo	-3,042	1,467	0,209	-7,31	1,22
	Divorciado	Casado	3,6	1,813	0,239	-1,67	8,87
		Soltero	7,667*	1,978	0,008	1,92	13,42
		Viudo	4,625	1,713	0,073	-0,35	9,6
	Viudo	Casado	-1,025	1,235	0,84	-4,62	2,57
		Soltero	3,042	1,467	0,209	-1,22	7,31
		Divorciado	-4,625	1,713	0,073	-9,6	0,35
Total Propósito en la Vida	Casado	Soltero	2,067	3,122	0,91	-7,01	11,14
		Divorciado	-9,6	3,577	0,075	-20	0,8
		Viudo	0,4	2,437	0,998	-6,68	7,48
	Soltero	Casado	-2,067	3,122	0,91	-11,14	7,01
		Divorciado	-11,667*	3,903	0,043	-23,01	-0,32
		Viudo	-1,667	2,894	0,938	-10,08	6,75
	Divorciado	Casado	9,6	3,577	0,075	-0,8	20
		Soltero	11,667*	3,903	0,043	0,32	23,01
		Viudo	10,000*	3,38	0,045	0,18	19,82
	Viudo	Casado	-0,4	2,437	0,998	-7,48	6,68
		Soltero	1,667	2,894	0,938	-6,75	10,08
		Divorciado	-10,000*	3,38	0,045	-19,82	-0,18

Fuente y Elaboración: Propia

* La diferencia de medias es significativa en el nivel 0.05

Tabla 13. Continuidad...

Comparaciones múltiples							
HSD Tukey							
Variable dependiente	(I) Condición Física	(J) Condición Física	Diferencia de medias (I-J)	Error estándar	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
Total Relaciones Positivas con los demás	Bueno	Regular	-1,000	2,13	0,887	-6,53	4,53
		Muy Malo	-17,625*	3,368	0,000	-26,37	-8,88
	Regular	Bueno	1,000	2,13	0,887	-4,53	6,53
		Muy Malo	-16,625*	3,368	0,000	-25,37	-7,88
	Muy Malo	Bueno	17,625*	3,368	0,000	8,88	26,37
		Regular	16,625*	3,368	0,000	7,88	25,37
Total Propósito en la Vida	Bueno	Regular	6,875*	2,081	0,013	1,47	12,28
		Muy Malo	3,375	3,291	0,573	-5,17	11,92
	Regular	Bueno	-6,875*	2,081	0,013	-12,28	-1,47
		Muy Malo	-3,500	3,291	0,55	-12,05	5,05
	Muy Malo	Bueno	-3,375	3,291	0,573	-11,92	5,17

Fuente y Elaboración: Propia

* La diferencia de medias es significativa en el nivel 0.05

Fase Dos

Comparaciones múltiples							
HSD Tukey							
Variable dependiente	(I) Condición Física	(J) Condición Física	Diferencia de medias (I-J)	Error estándar	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
						Límite inferior	Límite superior
Total Auto aceptación	Bueno	Regular	2,476	1,75	0,358	-2,07	7,02
		Muy Malo	8,143*	2,784	0,027	0,91	15,37
	Regular	Bueno	-2,476	1,75	0,358	-7,02	2,07
		Muy Malo	5,667	2,714	0,126	-1,38	12,72
	Muy Malo	Bueno	-8,143*	2,784	0,027	-15,37	-0,91
		Regular	-5,667	2,714	0,126	-12,72	1,38

Fuente y Elaboración: Propia

*La diferencia de medias es significativa en el nivel 0.05

Mediante el análisis ANOVA, se observa que en la escala del Bienestar, Fase Uno los adultos mayores de estado civil soltero tienen una mayor apreciación del dominio del ambiente; y en cuanto al propósito en la Vida existe una mayor significancia en los adultos mayores de estado civil soltero y viudo; evidenciando que los adultos mayores crean entornos favorables para su bienestar; tienen definidas metas y objetivos para su vida. Así mismo, respecto al factor Relaciones Positivas con los demás tiene un incremento significativo en la Condición Física Bueno y Regular; no obstante, en la fase Dos en el factor de auto-aceptación los adultos mayores tienen un incremento significativo en relación a la condición física muy malo. Lo que determina que las personas de este grupo etario

mantiene relaciones positivas en el contexto donde se desenvuelven, el mismo que contribuye a mejorar el bienestar y el estilo de vida.

Tabla 14. Análisis de ANOVA en los Factores Facilitadores del Yesavage en las Personas Mayores.

Fase Uno

Variable dependiente: Puntuación Total V-15						
HSD Tukey						
(I) Estado Civil	(J) Estado Civil	Diferencia de medias (I-J)	Error estándar	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
Casado	Soltero	2,133	1,4	0,45	-1,94	6,2
	Divorciado	6,800*	1,604	0,004	2,14	11,46
	Viudo	2,3	1,093	0,199	-0,88	5,48
Divorciado	Casado	-6,800*	1,604	0,004	-11,46	-2,14
	Soltero	-4,667	1,75	0,077	-9,75	0,42
	Viudo	-4,500*	1,516	0,045	-8,91	-0,09
Viudo	Casado	-2,3	1,093	0,199	-5,48	0,88
	Soltero	-0,167	1,298	0,999	-3,94	3,61
	Divorciado	4,500*	1,516	0,045	0,09	8,91

Fuente y Elaboración: Propia

* La diferencia de medias es significativa en el nivel 0.05

Fase Dos

Comparaciones múltiples						
Variable dependiente: Puntuación Total V-15						
HSD Tukey						
(I) Condición Mental	(J) Condición Mental	Diferencia de medias (I-J)	Error estándar	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
Alerta	Indiferente	-0,636	1,958	0,944	-5,72	4,45
	Confuso	-7,136*	1,755	0,003	-11,7	-2,58
Indiferente	Alerta	0,636	1,958	0,944	-4,45	5,72
	Confuso	-6,500*	2,296	0,032	-12,46	-0,54
Confuso	Alerta	7,136*	1,755	0,003	2,58	11,7
	Indiferente	6,500*	2,296	0,032	0,54	12,46

Fuente y Elaboración: Propia

* La diferencia de medias es significativa en el nivel 0.05

Al comparar los resultados, entre el estado emocional y estado civil de los adultos mayores, se evidencia que las personas mayores de estado civil: viudos y divorciados presentan un incremento significativo en su estado emocional, y que probablemente afecte en sus emociones y sentimientos la soledad que viven por la pérdida de su pareja, sea por divorcio o fallecimiento de uno de los cónyuges. Así mismo, en la Fase Dos al relacionar la condición mental y el estado emocional de los adultos mayores, se determina que estas personas presentan un incremento significativo en la diferencia del valor de sus medias, en los estados de alerta e indiferente. Señalando que los adultos mayores que atraviesan por situaciones emocionales como un divorcio o la pérdida de su pareja les afecta emocionalmente y sobretodo en la condición mental.

Tabla 15. Análisis de ANOVA en los Factores Facilitadores de Conocimiento del Envejecimiento (FAQ) en las Personas Mayores.

Fase Uno

Comparaciones múltiples						
Variable dependiente: Totales del FAQ						
HSD Tukey						
(I) Condición Mental	(J) Condición Mental	Diferencia de medias (I-J)	Error estándar	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
Alerta	Indiferente	-3,364	1,392	0,07	-6,98	0,25
	Confuso	-3,364*	1,248	0,042	-6,61	-0,12
Indiferente	Alerta	3,364	1,392	0,07	-0,25	6,98
	Confuso	0	1,633	1	-4,24	4,24
Confuso	Alerta	3,364*	1,248	0,042	0,12	6,61
	Indiferente	0	1,633	1	-4,24	4,24

Fuente y Elaboración: Propia

* La diferencia de medias es significativa en el nivel 0.05

Contrastando los resultados obtenidos mediante el análisis ANOVA sobre el FAQ y al establecer una relación con la plantilla sociodemográfica; en lo que respecta a la condición mental en los estados de alerta y confuso existe una diferencia significativa, en el valor de sus medias; lo que evidencia que existe una relación entre el estado alerta y las percepciones erróneas sobre FAQ. De esta manera, se determina que las personas adultas mayores en estado de alerta, tienen menores percepciones erróneas sobre la etapa de la vejez; que corresponde a tener una actitud positiva hacia el envejecimiento, Es decir están conscientes que esta etapa de la vejez que están viviendo es un proceso normal y han aceptado positivamente la ancianidad. Aclarando en la Fase Dos de la misma escala no existe ningún factor significativo, motivo por el cuál no se hace constar dentro de este análisis.

Tabla 16. Análisis de ANOVA en los Factores Facilitadores Calidad de Vida en las Personas Mayores.

Fase Uno

Comparaciones múltiples							
HSD Tukey							
Variable dependiente	(I) Condición Física	(J) Condición Física	Diferencia de medias (I-J)	Error estándar	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
						Límite inferior	Límite superior
Autodeterminación	Bueno	Regular	6,875*	2,095	0,013	1,43	12,32
		Muy Malo	0,375	3,313	0,993	-8,23	8,98
	Regular	Bueno	-6,875*	2,095	0,013	-12,32	-1,43
		Muy Malo	-6,5	3,313	0,156	-15,1	2,1
	Muy Malo	Bueno	-0,375	3,313	0,993	-8,98	8,23
		Regular	6,5	3,313	0,156	-2,1	15,1
Inclusión Social	Alerta	Indiferente	1,515	1,216	0,446	-1,64	4,67
		Confuso	3,182*	1,09	0,027	0,35	6,01
	Indiferente	Alerta	-1,515	1,216	0,446	-4,67	1,64
		Confuso	1,667	1,426	0,489	-2,04	5,37
	Confuso	Alerta	-3,182*	1,09	0,027	-6,01	-0,35
		Indiferente	-1,667	1,426	0,489	-5,37	2,04

Fuente y Elaboración: Propia

* La diferencia de medias es significativa en el nivel 0.05.

Comparaciones múltiples							
HSD Tukey							
Variable dependiente	(I) Condición Mental	(J) Condición Mental	Diferencia de medias (I-J)	Error estándar	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
						Límite inferior	Límite superior
Bienestar Emocional	Alerta	Indiferente	-1,485	3,288	0,894	-10,03	7,06
		Confuso	9,182*	2,948	0,018	1,53	16,84
	Indiferente	Alerta	1,485	3,288	0,894	-7,06	10,03
		Confuso	10,667*	3,856	0,036	0,65	20,68
	Confuso	Alerta	-9,182*	2,948	0,018	-16,84	-1,53
		Indiferente	-10,667*	3,856	0,036	-20,68	-0,65
Bienestar Material	Alerta	Indiferente	-0,485	0,875	0,846	-2,76	1,79
		Confuso	2,432*	0,784	0,019	0,4	4,47
	Indiferente	Alerta	0,485	0,875	0,846	-1,79	2,76
		Confuso	2,917*	1,026	0,031	0,25	5,58
	Confuso	Alerta	-2,432*	0,784	0,019	-4,47	-0,4
		Indiferente	-2,917*	1,026	0,031	-5,58	-0,25

Tabla 16. Continuación...

Desarrollo Personal	Alerta	Indiferente	-1,697	1,523	0,52	-5,65	2,26
		Confuso	3,886*	1,365	0,031	0,34	7,43
	Indiferente	Alerta	1,697	1,523	0,52	-2,26	5,65
		Confuso	5,583*	1,785	0,018	0,95	10,22
	Confuso	Alerta	-3,886*	1,365	0,031	-7,43	-0,34
		Indiferente	-5,583*	1,785	0,018	-10,22	-0,95
Autodeterminación	Alerta	Indiferente	1,455	1,778	0,698	-3,16	6,07
		Confuso	10,955*	1,594	0,000	6,82	15,09
	Indiferente	Alerta	-1,455	1,778	0,698	-6,07	3,16
		Confuso	9,500*	2,084	0,001	4,09	14,91
	Confuso	Alerta	-10,955*	1,594	0,000	-15,09	-6,82
		Indiferente	-9,500*	2,084	0,001	-14,91	-4,09

*La diferencia de medias es significativa en el nivel 0.05

Fase Dos

Comparaciones múltiples							
HSD Tukey							
Variable dependiente	(I) Condición Física	(J) Condición Física	Diferencia de medias (I-J)	Error estándar	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
						Límite inferior	Límite superior
Bienestar Emocional	Bueno	Regular	5,571	2,275	0,066	-0,34	11,48
		Muy Malo	10,571*	3,62	0,027	1,17	19,97
	Regular	Bueno	-5,571	2,275	0,066	-11,48	0,34
		Muy Malo	5	3,529	0,358	-4,17	14,17
	Muy Malo	Bueno	-10,571*	3,62	0,027	-19,97	-1,17
		Regular	-5	3,529	0,358	-14,17	4,17
Bienestar Material	Bueno	Regular	1,81	1,711	0,554	-2,63	6,25
		Muy Malo	9,143*	2,722	0,011	2,07	16,21
	Regular	Bueno	-1,81	1,711	0,554	-6,25	2,63
		Muy Malo	7,333*	2,654	0,036	0,44	14,23
	Muy Malo	Bueno	-9,143*	2,722	0,011	-16,21	-2,07
		Regular	-7,333*	2,654	0,036	-14,23	-0,44
Desarrollo Personal	Bueno	Regular	2,952	1,425	0,13	-0,75	6,65
		Muy Malo	8,786*	2,267	0,004	2,9	14,67
	Regular	Bueno	-2,952	1,425	0,13	-6,65	0,75
		Muy Malo	5,833*	2,21	0,046	0,09	11,57
	Muy Malo	Bueno	-8,786*	2,267	0,004	-14,67	-2,9
		Regular	-5,833*	2,21	0,046	-11,57	-0,09
		Regular	-5,889*	2,025	0,027	-11,15	-0,63

*La diferencia de medias es significativa en el nivel 0.05

Tabla 16. Continuación...

Bienestar Físico	Bueno	Regular	0,968	1,176	0,695	-2,09	4,02
		Muy Malo	10,857*	1,872	0,000	6	15,72
	Regular	Bueno	-0,968	1,176	0,695	-4,02	2,09
		Muy Malo	9,889*	1,825	0,000	5,15	14,63
	Muy Malo	Bueno	-10,857*	1,872	0,000	-15,72	-6
		Regular	-9,889*	1,825	0,000	-14,63	-5,15
Inclusión Social	Bueno	Regular	1,54	1,305	0,483	-1,85	4,93
		Muy Malo	7,429*	2,076	0,007	2,04	12,82
	Regular	Bueno	-1,54	1,305	0,483	-4,93	1,85
		Muy Malo	5,889*	2,025	0,027	0,63	11,15
	Muy Malo	Bueno	-7,429*	2,076	0,007	-12,82	-2,04
		Regular	-5,889*	2,025	0,027	-11,15	-0,63

*La diferencia de medias es significativa en el nivel 0.05

De igual forma en el análisis ANOVA en los resultados obtenidos de la escala de Calidad de Vida en la Fase Uno; al comparar el factor de la autodeterminación de los adultos mayores se establece que existe un incremento significativo en la condición física regular. De la misma manera, al comparar los factores de: Bienestar Emocional, Bienestar Material, Desarrollo Personal, Autodeterminación e Inclusión Social se determina que existe un incremento significativo en la diferencia de medias, en la condición mental confusa de los adultos mayores. Además, en la Fase Dos en los factores: Bienestar Emocional, Bienestar Material, Desarrollo Personal, Bienestar Físico, e Inclusión Social presentan en la diferencia de medias un incremento significativo en la Condición Física muy mala de estas personas mayores. Lo que implica que las dimensiones de Calidad de Vida de los Adultos Mayores influyen notoriamente en su estado físico y en su condición mental, ya que estas personas mayores tienen menores posibilidades de recibir apoyo social, lo que afecta a su calidad y estilo vida para afrontar diversos acontecimientos propios de la vejez.

3.4. DETERMINAR LAS VARIABLES QUE INFLUYEN EN EL IMPACTO Y BIENESTAR PSICOLÓGICO DE LOS ADULTOS MAYORES DE UN PROCESO DE INTERVENCIÓN

Tabla 17. Correlaciones de la Plantilla Sociodemográfica en relación a las variables en el Impacto de Bienestar

Fase Uno

Variables de Impacto en el Bienestar	Variables que relacionan cada dimensión: GDS, EBR, FAQ, GENCAT.	Correlaciones	OBSERVACIONES
Nivel de Instrucción	Escala Geriátrica Depresión de Desavahe en la Puntuación Total V-15	-,719**	En cuanto al nivel de Instrucción tiene diferencias significativas en las correlaciones en las diferentes variables para la cual se relaciona con la autonomía, crecimiento personal y propósito en la vida de la escala de bienestar (EBR) posee es positiva su correlación, en relación con la Escala de Depresión de Yesavage(GDS) es negativa su correlación
	EBR- Autonomía	,614**	
	EBR-Crecimiento Personal	,530*	
	EBR-Propósito en la Vida	,575*	
Descanso	Estado Nutricional	,661**	De igual forma se encontró una diferencia significativa en la correlación de descanso que se relaciona con el estado nutricional lo que se observa hay una correlación positiva significativa.
Aburrido	GENCAT-Bienestar Emocional	,487*	En cuanto al nivel de estar aburrido en los adultos Mayores tiene diferencia significativa en la correlación se relaciona con el bienestar emocional lo que obtiene correlación positiva
Estado Nutricional	Condición Mental	,595**	En el estado nutricional tiene diferencias significativas en las correlaciones que se relaciona con la condición mental de los adultos Mayores y en adaptación de envejecimiento(FAQ) posee una positiva correlación; de igual forma en el bienestar material y desarrollo personal, autodeterminación y derechos de la escala de vida (GENCAT) son negativas las correlaciones
	Totales de Adaptación de Envejecimiento FAQ	,632**	
	GENCAT Bienestar Material	-.483*	
	GENCAT Desarrollo Personal	-.505*	
	GENCAT Autodeterminación	-.573*	
	GENCAT Derechos	-.530*	
Condición Física	Nivel de Actividad	-,472*	De igual forma en cuanto en la condición física tiene diferencias significativas en las correlaciones para la cual se relaciona con el nivel de actividad de la plantilla sociodemográfica es negativa su correlación de los adultos mayores. Además se relaciona con las relaciones positivas con los demás (EBR) y el desarrollo persona (GENCAT) es positiva la correlación
	EBR-Relaciones Positivas con los demás	,622**	
	GENCAT-Desarrollo Personal	,489*	
Condición Mental	Dominio del Ambiente	-.515*	Dentro de la condición mental en los adultos mayores también se relaciona con la Adaptación de envejecimiento (FAQ) son positivas las correlaciones y la inclusión social de la escala de vida (GENCAT) es negativa. De igual forma se relaciona con el propósito en la vida y el dominio del ambiente (EBR). También y los de bienestar emocional y material (GENCAT) son negativas sus correlaciones
	Propósito en la Vida	-.517*	
	Total Conocimiento del Envejecimiento FAQ	,597**	
	Bienestar Emocional	-.544*	
	Bienestar Material	-.535*	
	Inclusión Social	-,607**	
Nivel de Actividad	EBR-Dominio del Ambiente	-.569*	De la misma forma en cuanto nivel de actividad de los adultos mayores en la plantilla sociodemográfica se encontró diferencias significativas en sus correlaciones para lo cual se relaciona con dominio del ambiente de la escala de bienestar (EBR) es negativa en su correlación.
Movilidad	EBR-Crecimiento Personal	-.565*	De la misma forma en cuanto a movilidad de los adultos mayores se encontró diferencias significativas para lo cual se relaciona con el crecimiento personal de la escala de bienestar (EBR) su correlación es positiva

Tabla 17. Continuación...

Variables de Impacto en el Bienestar	Variables que relacionan cada dimensión: GDS, EBR, FAQ, GENCAT.	Correlaciones	OBSERVACIONES
Factores Psicológicos	Bienestar Físico	,525*	En cuanto a los factores psicológicos de los adultos mayores se encontró diferencias significativas para lo cual se relaciona con el bienestar físico de la escala de calidad de vida (GENCAT) su correlación es positiva.
Patologías Crónicas	Escala Geriátrica Depresión de Desavahe en la Puntuación Total V-15	,502*	En las patologías crónicas de la plantilla sociodemográfica en los adultos mayores para lo cual es positiva la correlación
Escala Geriátrica Depresión de Yesavage V-15	EBR-Propósito en la Vida	-588*	Se encontró diferentes significativas en la escala de geriátrica de depresión de yesavage (GDS), con el bienestar emocional (GENCAT) poseen correlación negativa
	GENCAT-Bienestar Emocional	-487*	
EBR-Auto aceptación	EBR-Autonomía	,489*	Dentro de auto-aceptación de la escala de bienestar (EBR) se relaciona con la autonomía y crecimiento personal y propósito en la vida poseen diferentes positivas correlaciones
	EBR-Crecimiento Personal	,525*	
	EBR-Propósito en la Vida	,763**	
EBR-Dominio del Ambiente	EBR-Propósito en la Vida	,683**	Dentro de dominio del ambiente de la escala de bienestar (EBR) también se relaciona con el propósito en la vida (EBR) y el bienestar material y Auto-Determinación (GENCAT) de la escala de calidad de vida es positiva su correlación en sus diferencias significativas
	GENCAT-Bienestar Material	,519*	
	GENCAT-Autodeterminación	,607**	
EBR-Crecimiento Personal	EBR-Autonomía	,560*	Crecimiento personal de la escala de bienestar (EBR) tiene diferencias significativas en las correlaciones para lo cual se relaciona con el autonomía y Propósito en la vida de la escala de bienestar (EBR) sus correlaciones son positivas
	EBR-Propósito en la Vida	,715**	
EBR-Propósito en la Vida	GENCAT-Bienestar Emocional	,497*	Dentro el propósito en la vida de la escala de bienestar (EBR) se relaciona con el bienestar emocional, material y autodeterminación (GENCAT) su correlación es positiva.
	GENCAT-Bienestar Material	,800**	
	GENCAT-Autodeterminación	,671**	
Totales del FAQ	GENCAT-Desarrollo Personal	-491*	En la adaptación de envejecimiento (FAQ) para la cual se relaciona con el desarrollo personal y derechos de la escala de calidad de vida (GENCAT) sus correlaciones es negativa dentro de sus diferentes significativas
	GENCAT-Derechos	-,654**	
Bienestar Emocional	GENCAT-Desarrollo Personal	,629**	En la escala de bienestar emocional de la calidad de vida se relaciona con el desarrollo personal (GENCAT) su correlación es positiva
Relaciones Interpersonales	EBR-Dominio del Ambiente	,574*	Dentro de las relaciones Interpersonales se relaciona con el bienestar emocional y autodeterminación de (GENCAT) y el dominio del Ambiente de la escala de bienestar poseen correlaciones positivas
	GENCAT-Bienestar Material	,678**	
	GENCAT-Autodeterminación	,566*	
Desarrollo Personal	GENCAT-Bienestar Material	,567*	Dentro del desarrollo personal de la escala de vida (GENCAT) se encontró diferencias significativas en el bienestar material, físico y autodeterminación, derechos de la escala de calidad de vida (GENCAT) son positivas las correlaciones
	GENCAT-Bienestar Físico	,550*	
	GENCAT-Autodeterminación	,634**	
	GENCAT-Derechos	,470*	
Bienestar Físico	EBR-Autonomía	,554*	En el bienestar físico se relaciona con los factores psicológicos de los Adultos Mayores se relaciona con la autonomía de la escala de bienestar (EBR) y su correlación es positiva
Inclusión Social	Estado Nutricional	-,695*	Dentro de la inclusión social de la escala de calidad de Vida (GENCAT) se encontró en las correlaciones con la condición mental y el estado nutricional de los adultos mayores es negativa la correlaciones significativas

Fuente y Elaboración

Tabla 18. Correlaciones de la Plantilla Sociodemográfica en relación a las variables en el Impacto de Bienestar

Fase Dos

VARIABLES DE IMPACTO EN EL BIENESTAR	VARIABLES QUE RELACIONAN CADA DIMENSIÓN: GDS, EBR, FAQ, GENCAT.	CORRELACIONES	OBSERVACIONES
Nivel de Instrucción	Participa en el cuidado de los nietos	-,555*	En cuanto al nivel de Instrucción establece diferencias significativas en las correlaciones de las diferentes variables para la cuál se relaciona con la participación en el cuidado de los nietos, y la condición mental es negativa en relación a los factores psicológicos es positiva en las correlación. Mientras en la escala de vida (GENCAT) bienestar emocional es positiva la correlación.
	Condición Mental	-,554*	
	Factores Psicológicos	,472*	
	Bienestar Emocional	,561*	
Participa en el cuidado de los nietos	Nivel de instrucción	-,555*	En cuanto a la participación del cuidado de los nietos de la plantilla sociodemográfica se relaciona con el nivel del Instrucción su correlación es negativa.
Descanso	Estado Nutricional	,661**	De igual forma se encontró una diferencia significativa en la correlación de descanso que se relaciona con el estado nutricional y movilidad lo que se observa hay correlaciones positivas significativa.
	Movilidad	,496*	
Estado Nutricional	Condición Mental	,595**	En el estado nutricional tiene diferencias significativas en las correlaciones que se relaciona con la condición mental de los adultos Mayores en la Escala de Geriátrica de Depresión de Yesavage en la Puntuación total V-15 los tres tienen positiva en la correlación
	Escala de Geriátrica de Depresión de Yesavage en la Puntuación total V-15	,480*	
Condición Física	Escala de Geriátrica de Depresión de Yesavage en la Puntuación total V-15	,496*	De igual forma en cuanto en la condición física tiene diferencias significativas en las correlaciones para la cual se relaciona con la Escala de Geriátrica de Depresión de Yesavage en la Puntuación total V-15 y el dominio del ambiente de la escala de bienestar (EBR) tiene correlaciones positivas; mientras en la auto aceptación (EBR) y en el bienestar Emocional, Relaciones Interpersonales, Bienestar Material, Desarrollo Personal, Bienestar Físico y inclusiones de la escala de vida (GENCAT) poseen estas características negativas en las correlaciones.
	EBR-Auto aceptación	-,579*	
	EBR-Dominio del Ambiente	,503*	
	GENCAT-Bienestar Emocional	-,647**	
	GENCAT-Relaciones Interpersonales	-,547*	
	GENCAT-Bienestar Material	-,581*	
	GENCAT-Desarrollo Personal	-,692**	
	GENCAT-Bienestar Físico	-,660**	
GENCAT-Inclusión Social	-,606**		
Condición Mental	Estado Nutricional	,595**	Dentro de la condición mental en los adultos mayores también se relaciona con el estado nutricional, con la Adaptación de envejecimiento (FAQ) y la Escala de Geriátrica de Depresión de Yesavage en la Puntuación total V-15 son positivas las correlaciones.

Fuente y Elaboración: Propia.

Tabla 18. Continuación...

Variables de Impacto en el Bienestar	Variables que relacionan cada dimensión: GDS, EBR, FAQ ,GENCAT.	Correlaciones	OBSERVACIONES
Nivel de Actividad	EBR-Auto aceptación	,536*	De la misma forma en cuanto nivel de actividad de los adultos mayores en la plantilla sociodemográfica se encontró diferencias significativas en sus correlaciones para lo cual se relaciona con la Auto aceptación de la escala de bienestar (EBR) y el bienestar Emocional de la escala de vida (GENCAT) es positiva su correlación
	Bienestar Emocional	,489*	
Movilidad	EBR-Autonomía	,552*	De la misma forma en cuanto a movilidad de los adultos mayores se encontró diferencias significativas lo cual se relaciona con relaciones Interpersonales, Autodeterminación, e inclusión social de la escala de vida (GENCAT) son negativas las correlaciones mientras en la escala de bienestar (EBR) Autonomía también su correlación es positiva
	GENCAT-Relaciones Interpersonales	-,726**	
	GENCAT-Autodeterminación	-,507*	
	GENCAT-Inclusión Social	-,538*	
Patologías Crónicas	Factores Psicológicos	,508*	En las patologías crónicas de la plantilla sociodemográfica en los adultos mayores para lo cual se relaciona con factores psicológicos en los adultos Mayores es positiva su correlación; mientras en la escala de calidad de vida establece relaciones de bienestar emocional relaciones Interpersonal y Autodeterminación estás características obtienen correlación negativa significativamente sus diferencias
	GENCAT –Bienestar Emocional	-,477*	
	GENCAT –Relaciones Interpersonales	-,501*	
	GENCAT-Autodeterminación	-,511*	
Factores Psicológicos	EBR-Auto aceptación	,541*	En cuanto a los factores psicológicos de los adultos mayores se encontró diferencias significativas para lo cuál se relaciona con la Auto aceptación y Crecimiento Personal de la escala de bienestar (EBR) son positivas las correlaciones.
	EBR-Crecimiento Personal	,565*	
Escala de Geriátrica de Depresión de Yesavage en la Puntuación total V-15	EBR-Propósito en la Vida	-,511*	Se encontró diferentes significativas en la escala de geriátrica de depresión de yesavage (GDS) se relaciona con el Propósito en la vida de la escala de bienestar (EBR) de igual forama también se relaciona conen el bienestar Emocional y relaciones Interpersonales, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación y derechos d (GENCAT) son negativas estas correlaciones de cada dimensión.
	GENCAT-Bienestar Emocional	-,663**	
	GENCAT-Relaciones Interpersonales	-,643**	
	GENCAT-Desarrollo Personal	-,684**	
	GENCAT- Bienestar Físico	-,537*	
	GENCAT-Autodeterminación	-,615**	
GENCAT-Derechos	-,473*		
EBR-Relaciones Positivas con los demás	EBR-Crecimiento Personal	-,658**	Dentro de relaciones positivas de la escala de bienestar tiene diferencia significativa (EBR) se relaciona con el crecimiento Personal en los adultos mayores de la escala de bienestar su correlación es positiva.

Fuente y Elaboración: Propia.

Tabla 18. Continuación...

EBR- Autonomía	Movilidad	,552*	Dentro de Autonomía de la escala de bienestar tiene diferencia significativas lo que se relaciona con la movilidad de los Adultos Mayores y en el dominio del Ambiente de la escala de bienestar (EBR) y relaciones interpersonales de la escala de vida (GENCAT) son positivas las correlaciones.
	EBR-Dominio del Ambiente	,670**	
	GENCAT-Relaciones Interpersonales	,536*	
EBR- Crecimiento Personal	EBR-Propósito en la Vida	,618**	Crecimiento personal de la escala de bienestar (EBR) tiene diferencias significativas en las correlaciones para lo cual se relaciona con los con el Propósito en la vida de la escala de bienestar (EBR) y Relaciones interpersonales, bienestar Material, y Derechos sus correlaciones son positivas
	GENCAT-Relaciones Interpersonales	,508*	
	GENCAT-Bienestar Material	,489*	
	GENCAT-Derechos	-,530*	
EBR-Propósito en la Vida	GENCAT-Bienestar Emocional	,517*	Dentro el propósito en la vida de la escala de bienestar (EBR) se relaciona con el bienestar emocional, relaciones Interpersonales y autodeterminación (GENCAT) de la escala de calidad de vida la cuál establece correlaciones positivas
	GENCAT-Relaciones Interpersonales	,595**	
	GENCAT-Autodeterminación	,523*	
GENCAT- Bienestar Emocional	GENCAT-Bienestar Material	,520*	En la escala de bienestar emocional de la calidad de vida (GENCAT) se relaciona con el bienestar material, físico, autodeterminación e inclusión social de la escala de calidad de vida (GENCAT) sus correlaciones son positivas estas diferencias significativas.
	GENCAT-Bienestar Físico	,553*	
	GENCAT-Autodeterminación	,539*	
	GENCAT-Inclusión Social	,647**	
GENCAT- Relaciones Interpersonales	EBR-Autonomía	-,538*	A diferencia de relaciones Interpersonales se relaciona con la Autonomía de la escala de bienestar (EBR) son significativamente negativas las correlaciones. En cambio en el Bienestar Material, desarrollo personal, bienestar físico y Autodeterminación son positivas las correlaciones en estas dimensiones
	GENCAT-Bienestar Material	,503*	
	GENCAT-Desarrollo Personal	,679**	
	GENCAT-Bienestar Físico	,564*	
	GENCAT-Autodeterminación	,635**	
	GENCAT-Inclusión Social	,638**	
GENCAT- Bienestar Material	EBR-Auto aceptación	,591**	Dentro del bienestar material de la escala de vida (GENCAT) de igual forma en la Auto aceptación y el crecimiento Personal la de la escala de bienestar (EBR). son positivas las correlaciones. Mientras en la escala de calidad de vida (GENCAT) del Desarrollo Personal, bienestar físico e inclusión social estas características son significativamente positivas en sus correlaciones.
	EBR-Crecimiento Personal	,489*	
	GENCAT-Desarrollo Personal	,564*	
	GENCAT-Bienestar Físico	,507*	
	GENCAT-Inclusión Social	,596**	
GENCAT- Desarrollo Personal	EBR-Auto aceptación	,552*	Dentro del desarrollo personal de la escala de vida (GENCAT) se encontró diferencias significativas en la auto aceptación de la escala de bienestar (EBR) y conjuntamente con Relaciones Interpersonales, Bienestar Material, Bienestar Físico e inclusión Social de la escala de vida (GENCAT) son significativamente las correlaciones positivas

Fuente y Elaboración: Propia

Tabla 19. Correlaciones de variables en relación al Impacto de Bienestar en los Adultos Mayores.

Instrumento	Correlaciones de los instrumentos de cada dimensión	Correlaciones	Observaciones
Uno Puntuación Total V-15	GENCAT Bienestar Emocional	-,660*	Las observaciones de este análisis los instrumentos se encontró diferencias negativas en cuanto a las correlaciones de la escala de Yesavage (GDS) que se relaciona a con el bienestar emocional y bienestar material de la escala de calidad de Vida (GENCAT) y las mismas puntuaciones totales estándar la correlación es negativa.
	GENCAT Bienestar Material.	-,528*	
	GENCAT Estándar Bienestar Emocional	-,616**	
	GENCAT Puntuación Estándar de Bienestar Material	-,528*	
Uno Total EBR- Auto aceptación	EBR-Autonomía	,540*	En cuanto los instrumentos se encontró diferencias positivas en las correlaciones de Autonomía, Propósito en la Vida y Crecimiento Personal (EBR) mientras en las puntuaciones totales derechos de la escala de vida (GENCAT) y la mismas puntuaciones estándar es negativa en su correlación
	EBR Propósito en la Vida	,739**	
	EBR Crecimiento Personal	,489*	
	GENCAT-P. Total y P. Total Estándar Derechos	-,485* y -,485*	
Uno Total EBR- Autonomía	EBR Crecimiento Personal	,474*	En cuanto Autonomía relaciona con el crecimiento personal (EBR) su correlación es positiva. De esta el bienestar físico y puntuación estándar su correlación es positiva de la escala de calidad de Vida (GENCAT).
	GENCAT P. Total y Puntuación Estándar Bienestar Físico	,672** y ,672**	
Uno EBR- Propósito en la Vida	Uno- EBR-Autonomía	,487*	Se encontró diferencias positivas en cuanto las correlaciones lo que se relaciona con la Autonomía del (EBR). Así mismo se relaciona con el bienestar emocional, y autodeterminación además se relaciona con las puntuaciones totales estándares bienestar emocional, y autodeterminación e inclusión social (GENCAT) conjuntamente as puntuaciones totales estándar e índice de calidad y percentiles de índice de calidad de vida poseen correlaciones positivas
	GENCAT Puntuación Total y Estándar Bienestar Emocional	,595** y 508*	
	GENCAT Puntuación Total y P. Total Estándar Bienestar Material	,611** y 611**	
	GENCAT Puntuación Total y Estándar Autodeterminación	700** y 695**	
	GENCAT P. Total Estándar Inclusión Social	,577*	
	GENCAT P. Total Estándar	,529*	
	GENCAT Índice de Calidad de Vida	,514*	
	Percentiles de la Calidad de Vida	,529*	
Uno total de FAQ	GENCAT P. Total y Estándar Desarrollo Personal	-,478* y -,489*	En cuanto a la escala de adaptación (FAQ) se relaciona con el desarrollo personal, derechos de la escala de calidad de vida (GENCAT) su correlación es negativa de igual forma se relaciona con las puntuaciones totales estándares.
	GENCAT Puntuación Total y P. Estándar Derechos	-534* y -534*	
Uno GENCAT Bienestar Emocional	Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage Total V-15	-,660**	En cuanto al bienestar emocional de la escala de vida (GENCAT) se relaciona con la escala de Yesavage (GDS) su correlación es negativa. De igual forma hay una relación positiva en las correlaciones de relación interpersonal, desarrollo personal en las puntuaciones totales y así mismo puntuaciones estándar relación interpersonal, desarrollo personal e Inclusión Social

Tabla 19. Continuación...

Instrumento	Correlaciones de los instrumentos de cada dimensión	Correlaciones	Observaciones
Uno GENCAT Relaciones Interpersonales	GENCAT Bienestar Material	,569*	En las relaciones interpersonal de la escala de vida (GENCAT) se relaciona Bienestar emocional con el Bienestar material y la Autodeterminación su correlación es positiva de igual forma se relaciona con las mismas puntuaciones totales estándar emocional material y autodeterminación. En cuanto las puntuaciones totales estándar, índice totales de calidad de vida y percentiles totales de calidad son positivas en sus correlaciones
	GENCAT Autodeterminación	,535*	
	GENCAT P. Total Estándar Bienestar Emocional	,505*	
	P. Total Estándar GENCAT Bienestar Material	,569*	
	P. Total Estándar GENCAT Autodeterminación	,514*	
	GENCAT P. Total Estándar	,597**	
	Uno GENCAT P. Total. Índice de Calidad de Vida	,596**	
	GENCAT P. Total. Percentiles Totales	,597**	
Uno GENCAT Bienestar Material	GENCAT Desarrollo Personal	,527*	En el bienestar material se relaciona con la escala de calidad de vida (GENCAT) desarrollo personal son positivas y así mismo de las puntuaciones totales estándares desarrollo es positiva la correlación.
	GENCAT P. Total Estándar Relaciones Interpersonales-	,558*	
	GENCAT P. Total Estándar Desarrollo Personal	,484*	
Uno GENCAT Desarrollo Personal	GENCAT Bienestar Físico	,539*	El desarrollo personal (GENCAT) se relaciona con el bienestar material y bienestar, físico, autodeterminación y derechos (GENCAT) sus correlaciones son positivas sobre todo las puntuaciones totales estándar, autodeterminación e inclusión y derechos poseen diferencias en sus correlaciones positivas.
	GENCAT Autodeterminación	,617**	
	GENCAT Derechos	,471*	
	GENCAT P. Total Estándar Autodeterminación	,683**	
	GENCAT P. Total Estándar Inclusión Social	,470*	
	GENCAT P. Total Estándar Derechos	,471*	
Uno GENCAT Bienestar Físico	GENCAT Desarrollo Personal	,481*	De esta manera en el bienestar físico en el (GENCAT) tiene diferencias significativas en las correlaciones para lo cual se relaciona con el desarrollo personal del (GENCAT). así mismo se relacionan con las puntuaciones totales estándar, los índices de calidad de vida y los percentiles de calidad de vida posee correlaciones positivas.
	GENCAT P. Total Estándar Desarrollo Personal	,537*	
	GENCAT Puntuaciones Totales Estándar	,571*	
	GENCAT índice de Calidad de Vida	,578*	
	GENCAT Puntuaciones Percentil de Índice de Calidad de Vida	,571*	
Uno GENCAT Autodeterminación	P. Total Estándar Relaciones Interpersonal	,521*	Así mismo en la autodeterminación de la escala de vida (GENCAT) para lo cual se relaciona con relaciones interpersonales sobre todo en las mismas puntuaciones totales estándar de desarrollo personal poseen correlaciones positivas en sus diferencias significativas.
	GENCAT Desarrollo Personal	,617**	
	P. Total Estándar Desarrollo Personal	,580*	
Uno GENCAT Derechos	GENCAT P. Total Estándar Relaciones Interpersonales	484*	Las observaciones de los instrumentos si se encontró diferencias significativas en cuanto sus correlaciones. Mientras relaciones interpersonales (GENAT) es positiva su correlación.

Tabla 19. Continuación...

Instrumento	Correlaciones de los instrumentos de cada dimensión	Correlaciones	Observaciones
Uno GENCAT Puntuación Total Estándar BE	P. Total Estándar GENCAT Inclusión Social	,574*	En cuanto a las puntuaciones totales estándar del bienestar emocional se encontró diferencias significativas en las correlaciones en las puntuaciones totales estándar de relaciones interpersonales su correlación es positiva.
Uno GENCAT Puntuación Total Estándar RI	GENCAT Puntuaciones Totales Estándar	,647**	En relaciones interpersonales del (GENCAT) se encontró diferencias significativas en las correlaciones para lo cual se relaciona con las puntuaciones totales estándares e índice de calidad, percentiles de índice de calidad de vida
	GENCAT Índice de Calidad de Vida	,644**	
	GENCAT Percentiles de Índice de Calidad de Vida	,647**	
Uno GENCAT Puntuación Total Estándar BM	P. Total Estándar GENCAT Desarrollo Personal	,488*	En el bienestar Material se relaciona con la puntuación estándar de desarrollo personal y correlación es positiva.
Uno GENCAT Puntuación Total Estándar DP	GENCAT P. Total Estándar Autodeterminación	,654**	De esta manera en el desarrollo personal de la escala de calidad de vida del (GENCAT) se encontró diferencias significativas en las correlaciones y se relaciona con la autodeterminación de las puntuaciones estándar posee una correlación positiva
Uno GENCAT Puntuación Total Estándar AU	GENCAT-P. Totales Estándar Relaciones Interpersonales	,503*	Las observaciones de los instrumentos si se encontró diferencias significativas en cuanto a las relaciones interpersonales de la escala de vida (GENCAT) sobre todo en las puntuaciones totales estándar su correlación es positiva.
Uno GENCAT Puntuación Total Estándar IS	GENCAT Bienestar Emocional	,631**	En cuanto a inclusión social de la escala de vida (GENCAT) para lo cual se relaciona con el propósito en la vida de la escala de bienestar (EBR). Además se relaciona con bienestar emocional, desarrollo personal de la escala de calidad de vida (GENCAT). Sobre todo relacionan las puntuaciones totales de bienestar emocional y así mismo índices de calidad de vida y P. percentiles de calidad de vida poseen correlaciones positivas

Fuente y Elaboración: Propia

Tabla 20. Correlaciones de variables en relación al Impacto de Bienestar en los Adultos Mayores.

Fase Dos

Instrumentos	Correlaciones de los instrumentos de cada dimensión: GDS ,EBR, FAQ, GENCAT.	Correlaciones	Observaciones
Dos Puntuación Total V-15	EBR-Propósito en la Vida	-,525*	En este análisis de las variables de correlaciones de los instrumentos se encontró diferencias significativas en cuanto a las correlaciones en el propósito en la vida (EBR) y en cambio en el bienestar emocional, relaciones interpersonales bienestar material, desarrollo Personal, Bienestar Físico y Autodeterminación de la escala de calidad de vida poseen sus correlaciones negativas.
	GENCAT-Bienestar Emocional y P. Total Estándar Bienestar Emocional	-,713** y -,695**	
	GENCAT-Relaciones Interpersonales y P. Total Estándar-Relaciones Interpersonales	-,695** y -,702**	
	Dos GENCAT-Bienestar Material y P. Total Estándar - Bienestar Material	-,623** y -,623**	
	Dos GENCAT-Desarrollo Personal y P. Total Estándar - Desarrollo Personal	-,731** y -,723**	
	GENCAT-Bienestar Físico y P. Total Estándar GENCAT-Bienestar físico	-,594** y -,587*	
	Dos GENCAT-Autodeterminación y P. Total Estándar –Autodeterminación	-,626** y -,587*	
Dos Relaciones Positivas	EBR- Crecimiento Personal	,668**	De igual forma en relaciones positivas en la escala de Bienestar relaciona con el crecimiento personal su correlación significativa es positiva.
Dos Auto aceptación	EBR-Propósito en la Vida	,602**	Las observaciones de los instrumentos se encontró diferencias significativas en cuanto Auto aceptación se relaciona con el propósito en la vida, crecimiento personal de la escala de bienestar (EBR) su correlación es positiva. A mismo se relaciona con el bienestar emocional (GENCAT) y sobre todo las puntuaciones estándar bienestar emocional, autodeterminación, y las puntuaciones totales estándar, índices de calidad de vida e percentiles sus correlaciones son significativamente positiva
	EBR-Crecimiento Personal	,658**	
	GENCAT-Bienestar Emocional y P. Total Estándar Bienestar Emocional	,631** y ,634**	
	GENCAT P. Total Estándar Autodeterminación	,498*	
	GENCAT P. Total Estándar	,605**	
	GENCAT Índice de calidad de vida	,610**	
	GENCAT Percentiles Índice de calidad de vida	,589*	
Dos Autonomía	GENCAT-Relaciones Interpersonales	-,500*	En cuanto autonomía de la escala de bienestar (EBR) se relaciona con la relaciones interpersonales su correlación es negativa y en cambio así mismo las puntuaciones totales estándar de la escala de calidad de Vida (GENCAT) su correlación significativamente positiva.

Tabla 20. Continuación...

Instrumentos	Correlaciones de los instrumentos de cada dimensión: GDS ,EBR, FAQ, GENCAT.	Correlaciones	Observaciones
Dos Propósito en la Vida	EBR- Crecimiento Personal	,511*	En cuanto al propósito en la vida de la escala de bienestar (EBR) se relaciona con el crecimiento personal de la escala de bienestar (EBR) su correlación es positiva. También se relaciona con el bienestar emocional, relaciones Interpersonales, bienestar físico, autodeterminación. Además en las puntuaciones totales estándares de bienestar emocional, relaciones interpersonales físico de las puntuaciones totales estándar del índice de calidad y percentiles de índice de calidad de vida, (GENCAT) poseen correlaciones positivas.
	GENCAT Bienestar Emocional y P. Total Estándar de Bienestar Emocional	,514* y ,484*	
	Dos GENCAT Relaciones Interpersonales y P. Total Estándar de Relaciones Interpersonales	,521* y ,505*	
	GENCAT Bienestar Físico y P. Total Estándar de Bienestar Físico	,474* y ,483*	
	GENCAT Autodeterminación	,483*	
	GENCAT P. Total Estándar	,516*	
	Dos GENCAT Índice de calidad de vida	,512*	
	GENCAT Percentiles Índice de calidad de vida	,490*	
Dos Bienestar Emocional	GENCAT Bienestar Material y P. Total Estándar Bienestar Material	,549* y ,549*	De esta manera en el bienestar emocional lo cuál se relaciona con el bienestar material, desarrollo personal, autodeterminación y inclusión social de la escala de calidad de vida. De igual forma en las misma puntuaciones estándares sus correlaciones son significativamente positivas.
	GENCAT Desarrollo Personal y P. Total Estándar Desarrollo Personal	,710** y ,721**	
	GENCAT Autodeterminación y P. Total Estándar Autodeterminación	,647** y 623**	
	GENCAT Inclusión Social y P. Total Estándar Inclusión social	,636** y 623**	
Dos Relaciones Interpersonales	GENCAT Bienestar Material Y P. Total Estándar	,550* y 550*	En cuanto a las relaciones interpersonal de la escala de vida (GENCAT) se relaciona con la escala de vida (GENCAT) del bienestar material, desarrollo personal, físico, Autodeterminación e inclusión social y asi mismo en las puntuaciones estándares poseen en sus dimensiones correlaciones positivas.
	GENCAT Desarrollo Personal y P. Total Estándar	,685** y ,674**	
	GENCAT Bienestar Físico y P. Total Estándar	480* y 482*	
	GENCAT Autodeterminación y P. Total Estándar	,664** y ,622**	

Fuente y Elaboración: Propia

CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN

4.1. Discusión de los resultados obtenidos.

Este trabajo tiene como objetivo principal “Determinar el impacto en el bienestar psicológico de los Adultos Mayores partícipes de un proceso de intervención intergeneracional”; así como también determinar la relación existente entre las variables con el bienestar psicológico en personas mayores. Además de contribuir con estudios dentro de este ámbito, ya que en nuestro país existen muy pocas investigaciones de programas intergeneracionales, sobre todo en los Adultos Mayores, resultados que contribuyen al grupo poblacional, a la sociedad y académicamente a quienes se interesen por conocer sobre las condiciones que influyen en el bienestar y envejecimiento en el adulto mayor. De este modo, se analizan los resultados obtenidos de los instrumentos aplicados en el estado inicial de los adultos mayores y se contrasta con los resultados de una segunda fase, al término del proceso de intervención. Información que sirve para comprobar la hipótesis planteada, así como para verificar los objetivos específicos trazados al inicio.

En primera instancia, se analizan las características de la población investigada que corresponden a una muestra poblacional investigada de 18 personas, cuya edad fluctúa entre 65 y 96 años, en su mayoría son de sexo femenino (66,67%), y un menor índice de sexo masculino (33,33%); con respecto a su estado civil mayoritariamente son: viudos (44,44%), seguidos por aquellos que están casados (27,78%), solteros con un 16,16%, y divorciados son el 11,11%. Además, es importante recalcar que la mayor parte de los adultos mayores conviven con sus familiares e hijos en un 38,89%, mientras que el 16,67% conviven con otras personas. En relación al nivel de instrucción, la mayoría de ellos poseen estudios primarios (44,44%), seguido por estudios secundarios (27,78%), y un menor porcentaje son analfabetos o tienen educación superior, en ambos casos el porcentaje es de 5,56%. En su mayoría son personas que dependen económicamente de su jubilación en un 44,44%, mientras que el 22,22% de las personas mayores tiene otro tipo de ingresos para sobrevivir.

De esta manera, se corrobora que las personas mayores tienen características sociodemográficas similares, y cotejando los datos mencionados anteriormente, con los resultados encontrados por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), que presentó un análisis de estudio en la población adulta mayor en el Ecuador, en su mayoría tiene una edad promedio entre 60 y 65 años; el 53,4% son mujeres; un 11% de los adultos mayores vive solo, proporción que significativamente se incrementa en la región costa ecuatoriana (12,4%); así mismo, las personas mayores que viven acompañados en su mayoría de su hijo (49%), nieto (16%) y esposo o compañero (15%). El nivel de estudios mayoritariamente es primario; el 42% de los adultos mayores no trabajan, aunque los

hombres que aspiraban trabajar tuvieron que dejar de hacerlo por: dificultades de salud (50%), por retiro de edad (23%), y su familia no quiere que trabaje (8%). Por el contrario, las mujeres dejaron de trabajar debido a: problemas de salud (50%), porque la familia no quiere que trabaje (20%) y por jubilación (8%). (Instituto Estadísticas y Censos [INEC], 2011).

Por su parte Llopis & Gabilondo (2008), manifiesta que la Salud Mental y el bienestar de las personas mayores se traduce en una mayor calidad de vida, una vida satisfactoria y cuando tienen una buena salud mental están en capacidad de aportar a la sociedad. Asimismo, Lang & Gabilondo (2010), señala que la salud mental y bienestar en las personas mayores tiene un impacto significativo, se asocia frecuentemente con la pérdida del estatus y la organización de las actividades cotidianas, así como con la percepción de un rol notablemente reducido en la vida con pocas relaciones sociales y otros factores pueden causar efectos de este grupo de edad, que incluyen: el deterioro gradual de la salud y la capacidad física, la pérdida del sentido de pertenencia, la pérdida de sus seres queridos, la mayor incidencia de enfermedades crónicas, la soledad, el estigma social y las limitaciones en la autonomía, entre otros (Lang & Gabilondo, 2010).

Tomando en cuenta lo antes expuesto, podemos evidenciar que en la primera fase de evaluación de los adultos mayores (pretest), el 55,56% presentan un estado de depresión. De acuerdo a Torres (2015), es natural que algún momento de la vida todas las personas nos sentimos tristes; pero sufrir una depresión es muy diferente y haciendo una comparación con la vejez, son frecuentes ciertos síntomas depresivos el deterioro físico, cognitivo y social, y que se originan por necesidades insatisfechas: pensiones magras al jubilarse, caída del estándar de vida, duelos, soledad. Por ello es imprescindible analizar estos factores en su estado inicial para tomar los correctivos pertinentes. Es así que, un proceso intergeneracional, según Martínez & Llopis (2006), contribuye a mejorar su estado emocional y para confirmar lo expresado anteriormente, presento el resultado de una investigación de la Generations United (2006), acerca de los beneficios que ofrece un programa intergeneracional que indica que el 97% de los adultos mayores que participan en estos programas se sienten felices, más interesados, más queridos y más jóvenes; y entre los aspectos que más les agrada de estos programas es el juego y el afecto que reciben de los más jóvenes.

De esta manera al determinar su estado inicial en el bienestar de los Adultos Mayores revelan que en la población preexisten algunos indicadores de bienestar como son: auto-aceptación; relaciones positivas con los demás; autonomía; dominio del ambiente; propósito

en la vida, en su mayoría se encuentran con altas medias; lo que implica a estas personas tienen un bienestar aceptable a través de una calidad de vida o vejez positiva es decir el ajuste personal, autoestima, la confianza que mantienen como personas mayores a lo largo de la vida. Es por ello que el objetivo de analizar el bienestar de las personas mayores y las consecuencias que este ejerce, durante el proceso de envejecimiento, nos permite identificar el contexto adecuado para un envejecimiento óptimo. Existe una relación directa con el desarrollo de este trabajo, y los resultados obtenidos en el mismo; están el fomento de la salud y el bienestar en la vejez, también el cuidado que necesitan las personas que envejecen, en la actividad física, la calidad de vida, la influencia de los estilos de vida en la percepción y actitudes frente al envejecimiento, y la formación en esta etapa de la vida, etc. De igual forma cotejando este análisis investigativo con lo encontrado por Hernandis (2009), quien expresa que los adultos mayores partícipes de programas intergeneracionales experimentan mayor felicidad que otras personas de su misma edad y condiciones de salud, se evidencia que, estos programas amplían la actividad física, cognitiva y social del adulto mayor; lo que contribuye a mejorar su estado de salud, favorece experiencias placenteras, mejora su autoimagen, su identidad, e incrementa el sentimiento de sentirse útil a los demás. Según Melendez (2011), otra posible causa es que por su edad la mayoría de los adultos mayores, están desvinculados de un ambiente laboral lo cual puede conllevar a una disminución de las relaciones con los demás y en su autonomía. Demostrando que las personas adultas mayores disminuyen la independencia; o, posiblemente, dentro de la familia no son valorados como se merecen y por ende tienen una sensación de lejanía con respecto a las relaciones positivas dentro del hogar. Se considera que la jubilación marca el cambio entre la etapa adulta y la vejez coincidiendo con el inicio de cambios físicos, psicológicos y sociales lo que afecta a las relaciones sociales y familiares de una persona que se jubila en su trabajo; pierde el protagonismo del rol social, económico y laboral; afecta el sentimiento de ser útil a los demás (Melendez, 2011).

Con respecto al segundo objetivo planteado que implica determinar los cambios en los indicadores de la salud mental de los 2 y 4 meses posteriores a la primera evaluación; los resultados en la prueba de Yesavage aplicada en el estudio investigativo, y al comparar la fase inicial con la fase final, se determina que los adultos mayores luego de cuatro meses en un porcentaje moderado se incrementó su estado de depresión; y una posible causa de este incremento sea debido a la muerte de su pareja; puntualizando que de los 18 adultos mayores, 8 personas quedaron solos porque falleció su pareja, es decir el 44,44% de estas personas adultas enviudaron durante la aplicación del proceso de intervención intergeneracional; así mismo, otra posible causa del incremento de depresión, es la soledad

ya que el 50% expresa que en ocasiones visita a su familia y un alto porcentaje 44,44% expresa que “A veces” participa en convivencias familiares; lo que evidencia que el contacto familiar y el vínculo emocional de estas personas mayores es limitado, por lo tanto únicamente a veces hay acompañamiento directo de sus familias. Al comparar los datos anteriormente expuestos, con la investigación de Inga & Vara (2006), sobre factores que han influido en la depresión de los adultos mayores, muestra que el 30% de personas adultas se encuentran en un estado de viudez y soledad lo que origina un problema social, económico y psicológico con efectos negativos sobre el bienestar en la vejez. Así mismo en esta etapa suelen ocurrir graves pérdidas: cónyuge, amistades, trabajo, rol en la familia y en la sociedad, etc. lo que menoscaba su autoimagen y autoestima. Y, frente al Incremento de depresión de los adultos mayores y de acuerdo al artículo publicado del Instituto Nacional Sobre el Envejecimiento NIH (2015), acerca del duelo por la muerte de un cónyuge, expresa que cuando uno de los cónyuges fallece, su vida se ve afectada significativamente; porque sienten dolor, angustia y pena por la pérdida de su ser querido. Cuando uno de los cónyuges fallece, tanto hombres como mujeres, tienen sentimientos de tristeza y desesperación, aumenta la preocupación por su seguridad y su futuro: se sienten solos y esta situación puede llevarlos a deprimirse (NIH, 2015). Por otro lado al confrontar los resultados de este análisis investigativo con un estudio realizado acerca de la depresión en adultos mayores, se determina que más de la cuarta parte de ellos (29.5%), relacionan el estado de depresión entre la edad mayor a 75 años con la condición de viudez e indica que tienen mayor riesgo de depresión los adultos mayores que se encuentran solos; así como también los casados seguido de las personas viudas y aquellos que han sufrido una pérdida sentimental reciente, y que son blanco perfecto para que desarrollen depresión (Cardona & Garzón, 2012). Considerando lo que expone Hernández (2001), la depresión en los adultos mayores se origina por algunas causas y dentro de estos factores se hallan la viudez, relaciones sociales, apoyo familiar y circunstancias demográficas (como se cita en Estrada & Chavarriaga, 2012).

Continuando con este análisis, al contrastar los resultados de la Escala de Bienestar, se establece que las personas mayores que participan en este proceso de intervención, según el análisis de prueba t de muestras relacionadas, en la primera fase el valor de la media en las dimensiones de autonomía es $m=20,67$; propósito en la vida $m=19,94$; dominio del ambiente $18,67$; relaciones positivas con los demás $m=18,28$; Auto-aceptación $m=18,17$; y crecimiento personal $m=16,50$; posterior a la segunda fase existe un incremento significativo en el valor de la media, en las dimensiones de: auto-aceptación $m=21,00$; dominio del ambiente $m=20,61$; propósito en la vida $m=20,44$; crecimiento personal $m=17,33$; las mismas que comprueban la hipótesis planteada en el proyecto investigativo: “Los adultos

mayores participantes de una intervención intergeneracional tendrán buenos niveles de bienestar psicológico del centro municipal de atención al adulto mayor N°1 de la ciudad de Loja”; lo que implica que los adultos mayores que participan de este proceso intergeneracional tienen una actitud positiva de la vida, se incrementa su bienestar; presentan un mejor estilo y calidad de vida y para argumentar la investigación de Díaz et al. (2006), corrobora que la Auto aceptación, Dominio del ambiente y Crecimiento Personal genera un bienestar psicológico en los adultos mayores porque tienen una actitud positiva de lo que son, aceptan lo bueno y lo malo de su vida pasada. De igual forma en el dominio del entorno tienen la posibilidad de elegir contextos adecuados que satisfagan sus necesidades personales. En el crecimiento personal el adulto mayor crece como persona, está dispuesto a experimentar y a ser mejor cada día. Así mismo, otros investigadores del Bienestar Psicológico de los adultos mayores, como Gutiérrez & Hernández (2013), reafirman que la participación de los adultos mayores en programas intergeneracionales, influye directamente en el bienestar psicológico, físico y social. La relación e interacción con personas más jóvenes les contagia de vigor y juventud; después de mantener algún tipo de encuentro con niños y jóvenes las personas mayores sienten mayor satisfacción, se incrementa su autoestima y esos sentimientos de soledad y aislamiento disminuyen, lo que incide directamente en un envejecimiento satisfactorio. De igual manera Mac Callum et al. (2006), demuestran que los programas intergeneracionales contribuyen a aumentar la vitalidad y la capacidad para hacer frente a la enfermedad mental y física, y a disminuir los problemas que genera el aislamiento y la soledad (como se cita en Gutiérrez & Hernández, 2013). Posteriormente, en la concepción del bienestar de las personas mayores que Ryan y Deci (2001) sitúan como el proceso y consecución de aquellos valores que hacen sentir vivos y auténticos, que hacen crecer como personas y no tanto en las actividades que nos dan placer o nos alejan del dolor. Por su parte Watermanes (1991), caracteriza este tipo de bienestar psicológico y lo diferencia del bienestar subjetivo vinculando la concepción del bienestar con sentimientos de “expresividad personal” a experiencias de gran implicación en actividades que la persona realiza, de sentirse vivo y realizado, de ver la actividad que realiza como algo que llena, y lo hace sentir satisfecho (como se citó en Osuna & Villar, 2003).

Considerando, que dentro de la investigación realizada en la Adaptación del Envejecimiento acerca de las concepciones erróneas del envejecimiento en las personas mayores y su actitud hacia el envejecimiento pueden influir en una imagen negativa (Villar & Triadó, 2000). Al cotejar los datos obtenidos del FAQ en el Pre-test es $m=25,04$ y en el Post-test es $m=26,61$; lo que determina una moderada diferencia y tiene relación con la capacidad de

adaptación a diversas circunstancias y a la forma de ver sus percepciones erróneas en la ancianidad. Para ampliar la información de los resultados obtenidos en esta investigación acerca de las percepciones erróneas sobre el envejecimiento, Buz & Martínez (2006), indica que las personas adultas tienen una imagen positiva respecto a los Adultos Mayores, quizá por la cercanía de proyección de que serán ellos mismos los adultos mayores; sin embargo no ocultan la preocupación que para ellos significa llegar a ser viejo, tienen la certeza de que se afectará su autonomía, e independencia. Según la literatura Castellano & Negredo (2010) manifiestan que el término “viejísimo” hace alusión a los estereotipos, prejuicios y conductas de discriminación en contra de las personas ancianas, justificándose en el criterio de que la vejez hace que las personas sean menos atractivas, poco inteligentes, disminuye su productividad y pierden interés en la actividad sexual. Por otra parte, diferentes investigadores coinciden en que la edad Adulta enfrenta conductas discriminatorias en diversos aspectos: sociales, económicos, asistenciales y culturales; así como también se establecen estereotipos negativos que asocian esta etapa de la vida con: la enfermedad, imagen física de fealdad, inutilidad, aislamiento, disminución física. y que pueden originar una reacción negativa ante el proceso de envejecimiento. Sin embargo, también menciona algunos estereotipos positivos de la edad adulta que incluyen: amabilidad, sabiduría, formalidad, el poder político, la riqueza y la felicidad

Por otra parte, en los resultados obtenidos en el instrumento de Calidad de Vida de los Adultos Mayores al contrastar entre la fase Uno y fase Dos, se verifica que las dimensiones que tienen un incremento significativo son: Relaciones Interpersonales, Bienestar Físico, Autodeterminación; dimensiones que confirman que los adultos mayores establecen relaciones sociales positivas con la familia y los amigos, estas personas mayores tienen una buena salud, se sienten en buena forma, tienen buenos hábitos alimenticios se incrementa la capacidad de decidir por sí mismo y tener oportunidades de elegir cosas que a los adultos mayores les agrada; factores que mejoran la Calidad de Vida y su Bienestar. Para reafirmar lo anteriormente expuesto, Hsu & Liu (2014) demuestra, según su investigación que las funciones fisiológicas de la salud, el bienestar y el estado de salud percibido se correlacionan significativa y positivamente con la felicidad. Por lo que el intercambio Intergeneracional de las personas mayores implica mejorar la salud, incrementar su satisfacción hacia experiencias de la vida, se desarrolla la comprensión entre las generaciones y es un medio para guiar a las personas mayores a demostrar respeto mutuo y reconocimiento. En igual forma, se mejora la interacción familiar, desarrollan confianza en sí mismo, expresan una actitud positiva para establecer nuevas amistades, aceptan nuevos roles en la vida, aumenta el sentido de pertenencia, la seguridad, mejora la autoestima, el respeto a las normas de comportamiento. Logrando mejorar el bienestar, la satisfacción con

la vida y adquirir nuevas capacidades que les permite estar más activos disminuyendo la depresión y soledad. Y, en contraposición a estos resultados se evidencia que el valor de la media disminuye en las dimensiones de: Bienestar Emocional, Bienestar Material, Desarrollo Personal, Inclusión Social y Derechos aunque no son tan significativas las diferencias correspondientes; de cierta manera afectan la Calidad de Vida de los adultos mayores, puesto que se altera su tranquilidad, a veces sienten preocupación y miedo porque su estatus económico disminuye lo que aumenta la inseguridad en cuanto a un mejor Bienestar Material; y respecto a la disminución del valor de la media en "Inclusión Social" tiene relación con los prejuicios de que los adultos mayores no están en la capacidad de participar activamente en actividades importantes de la comunidad o barrio, por lo que se sienten excluidos; así como la disminución del valor de la media en "Derechos" no preocupa, puesto que estas personas son respetadas y valoradas en el contexto por sus ideas, opiniones y sobre todo sus derechos están garantizados en la Constitución de nuestro país. Lo que demuestra que en el centro investigado los adultos mayores reciben un trato digno y no son discriminados por su edad. Reafirmando esta investigación, Aponte (2015) considera que la Calidad de vida como un estado de bienestar y satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos que dan una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. Incluye factores como la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud objetiva, así como, aspectos en el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico, social y con la comunidad. Por otro lado Verdugo & Martínez (2009), exponen la calidad de vida de las personas adultas mayores obedece a muchos factores ambientales y personales, que incluyen la salud, habilidades funcionales como cuidarse uno mismo, la situación económica, mantener buenas relaciones sociales, la familia los amigos, actividades físicas y recreativas, comodidad en sus hogares, satisfacción con la vida, oportunidades de aprendizaje, son dimensiones que elevan su bienestar y calidad de vida; disminuyendo la probabilidad de que éstas personas se enfermen.

En lo que se refiere al análisis del tercer objetivo, dentro de los factores facilitadores del Bienestar de los adultos mayores existe una relación muy significativa en el Dominio del Ambiente, Propósito de la Vida, Relaciones positivas con los demás, Auto-aceptación que tienen relación con el estado civil y la condición física y estableciendo una relación con lo propuesto según Mella & Díaz (2004), que expresa que la condición física es uno de los elementos a considerar como relevantes, puesto que, los ancianos refieren que esta etapa de la vida se caracteriza por el declive biológico, en definitiva el deterioro físico de la salud, entendida como "un estado completo de bienestar físico, mental y social y no simplemente como ausencia de enfermedad". Por lo tanto López (2011), muestra un análisis del factor en

el estado civil, lo que influye de alguna manera en las personas casadas las tasas de tendencia de mortalidad, por cuanto las personas casadas tienen tasas de mortalidad más bajas. En la viudez hay un aumento de riesgo de mortalidad por razones de cambio radical de estilo de vida; las mujeres viudas pueden pertenecer a una red social más amplia que la constituida por los varones viudos. En relación al estado emocional de la escala Geriátrica de depresión se relaciona el estado civil con la condición mental; por lo tanto los adultos Mayores que tienen un estado civil viudo presentan con mayor frecuencia una condición mental confusa. De esta manera, se corrobora el análisis investigativo realizado por Cardona & Duque (2015), en donde señalan que el estado civil puede ajustarse a una mayor probabilidad de padecer depresión quienes se encuentran solos, divorciados, o viudos. Otro factor que se ha reportado en la depresión es la condición mental que se relaciona con los diferentes niveles de escolaridad de los adultos mayores, que las personas con menor escolaridad tiene mayor riesgo de desarrollar depresión. Otros estudios realizados por Sotelo & Irigoyen (2012), manifiestan que la depresión, se relaciona en forma directa con mayor frecuencia en el anciano y está depresión puede asociarse con otros factores; como enfermedades físicas, y la disminución del control del impulso unido al deterioro cognitivo, aislamiento social y/o la pérdida del cónyuge. Por el contrario, en el envejecimiento FAQ al relacionar la condición mental de la plantilla socio-demográfica en el estado alerta se determina que las personas adultas mayores tienen menores percepciones erróneas negativas sobre la etapa de la vejez, lo que corresponde a tener una actitud positiva hacia el envejecimiento, contrario al estudio investigado por Castellano & Negrodo (2010) al analizar las consecuencias de la etapa de la vejez , donde expresa, que hay que prestar atención en las percepciones negativas que tienen los ancianos sobre la vejez y que no solamente van en la dirección del individuo hacia el anciano, sino que también afecta a su auto-concepto y adopta una imagen negativa dominante y se comportan de acuerdo con esa imagen.

De igual forma en la Calidad de Vida de los adultos mayores se determina en la fase uno que existe una relación significativa entre la Condición Física con la Autodeterminación; así como también la Condición Mental con el Bienestar Emocional, Bienestar Material, Desarrollo Personal, Autodeterminación e Inclusión Social. Sin embargo, en la fase dos, existe una relación entre el Bienestar Emocional, Bienestar Material, Desarrollo Personal, Bienestar Físico, e Inclusión Social con la Condición Física de estas personas mayores. Para corroborar lo expuesto anteriormente Haydeé expone que en el bienestar hay dos fases: una que abarca factores afectivos emocionales que se fundamenta en el estado de ánimo y otro que se refiere a la satisfacción de su propia vida (Patiño, 2013). Comparando los estudios planteados por Inga y Vara (2006), expresan que la familia es el pilar fundamental de apoyo emocional, de seguridad, cuidado y afecto, en el adulto mayor; ya

que constituye un mecanismo natural de atención. Por su parte Mella et. al. (2004), confirma que el bienestar está determinado principalmente por el grado de apoyo que el adulto mayor siente que tiene por parte de su entorno (como se cita en Ramírez & Maturana, 2013). En otras palabras Barros (1996) y conjuntamente Fernández-Ballesteros et al. (1992), muestran que el bienestar tiene un impacto de apoyo social en la vejez, tiene ciertas características distintivas de este grupo de edad adulta, y existe mayor probabilidad de que se pierdan relaciones sociales, como consecuencia de sucesos característicos de esta edad como son: jubilación, viudez, institucionalización, etc. o por características personales, salud lo que hace pensar que estas personas mayores cuentan con menores posibilidades de recibir el apoyo social necesario para afrontar los diversos acontecimientos y hacer frente al deterioro propio de esta edad (como se cita en Mella & Díaz, 2004).

Para concluir con este análisis, en relación al cuarto objetivo de las dimensiones que intervienen en el impacto y bienestar psicológico de los adultos mayores partícipes de un proceso de intervención, cabe mencionar la teoría de Carol Ryff (1989) del modelo de bienestar psicológico que establece seis dimensiones y que corresponden a la etapa de la vejez, señala que las personas que gozan de este bienestar se sienten satisfechas consigo mismo, conocen sus limitaciones, mantienen relaciones agradables con los demás, valoran su entorno, poseen auto-aceptación han desarrollado un sentido positivo de libertad, tienen propósitos en la vida, constantemente aprenden y se desarrollan (Paredes, 2010). Los resultados de la presente investigación determinan que tienen un impacto significativo el bienestar emocional y bienestar material en la Calidad de Vida de estas personas; así como la Auto-aceptación, Propósito de la Vida y Crecimiento Personal. De igual manera, se relacionan en la escala de Calidad de Vida las variables "Desarrollo Personal", "Bienestar Emocional", "Bienestar Material", "Relaciones Interpersonales", "Inclusión social" y "Derechos"; así como también estas mismas dimensiones tienen un impacto significativo en la Adaptación del envejecimiento. La etapa del envejecimiento requiere una serie de servicios y atenciones que necesitan los adultos mayores y que se enmarcan en la economía, vivienda y urbanismo, salud, participación social y educación. Es necesario, que existan programas colectivos de atención interdisciplinaria que mitiguen pérdidas psicosociales y varios aspectos naturales del proceso de envejecimiento. Sin embargo la familia sigue siendo el pilar fundamental de apoyo social, de seguridad, cuidado y afecto; así como también contribuyen al bienestar del adulto mayor el mantener redes de apoyo social del entorno que inciden en una auto-imagen positiva y una autoestima elevada (Ramírez & Maturana, 2013).

CONCLUSIONES

Los adultos mayores del Centro Municipal de Atención al Adulto Mayor N°1 de la Ciudad de Loja, según la presente investigación, poseen un bienestar aceptable acorde a su edad, lo que les facilita mantener relaciones interpersonales satisfactorias, siendo promotores de momentos de diálogo, compañía, entablar conversaciones amenas; y demuestran un proceso de socialización que les proporciona autonomía en la participación de actividades propuestas por parte de las personas que guían el grupo de adultos.

- 1) Los adultos mayores del centro investigado presentan indicios de estado de depresión, al comparar el estado inicial y posterior vemos un incremento del estado depresivo, lo que podría estar relacionado a la muerte de su pareja o por la falta de acompañamiento directo de sus familias.
- 2) Las personas adultas mayores del centro investigado dentro de los factores facilitadores del bienestar, poseen un alto bienestar en lo relacionado a relaciones positivas con los demás, la misma que le facilita entablar una relación cálida, de confianza, empatía, y afecto; dominio del entorno que es la capacidad de cuidar y proteger el medio que le rodea; y el propósito en la vida que le ayuda a desarrollar sus propias capacidades y a seguir soñando en lograr metas y objetivos. factores que guardan estrecha relación con el estado civil y la condición física, en los adultos mayores.
- 3) Los adultos mayores de estado civil viudo y divorciado presentan un estado emocional afectivo disminuido, porque al no contar con la compañía de su pareja se sienten solos, lo que provoca estados de tristeza y angustia.
- 4) Las personas mayores del centro investigado tienen menores percepciones erróneas sobre la etapa de la vejez; lo que favorece a tener una actitud positiva hacia el envejecimiento; por tanto, están conscientes que esta etapa de la vejez es un proceso normal y han aceptado positivamente la ancianidad
- 5) Los adultos mayores de este centro gozan de bienestar y se sienten satisfechos consigo mismo, conocen sus limitaciones, mantienen relaciones agradables con los demás, valoran su entorno, han desarrollado un sentido positivo de libertad y tienen propósitos en la vida, lo que origina un impacto significativo en el bienestar emocional, bienestar material, relaciones interpersonales, desarrollo personal,

inclusión y derechos, factores que influyen en la calidad de vida de los adultos mayores

- 6)** Las personas mayores del centro investigado demuestran un buen estado de bienestar psicológico, mantienen buenas relaciones positivas con los demás, tienen confianza y calidez hacia otras personas lo que proyectan un mejor estilo y calidad de vida.

RECOMENDACIONES

- Generar proyectos de bienestar que incorporen actividades recreativas, actividades sociales y culturales, actividades lúdicas, juegos tradicionales, terapia ocupacional, en las cuales se incluyan al adulto mayor y a su familia; con el objetivo de disminuir el impacto del estado de depresión de los adultos mayores, puesto que las interrelaciones familiares y sociales constituyen la base fundamental de la calidad de Vida de las personas y sobre todo en la etapa de la Vejez.
- Incentivar la participación de los adultos mayores y sus familias en programas de bienestar intergeneracional con el objeto de incrementar la cooperación, la interacción y el intercambio entre personas de diferentes edades; y de esta manera disminuir el impacto en el estado afectivo por la pérdida de su pareja o ser querido, para disminuir los sentimientos de soledad, tristeza e asilamiento en las personas mayores.
- Motivar a las familias de los Adultos Mayores del Centro Municipal de Atención del Adulto Mayor N°1 de la Ciudad de Loja, para que continúen apoyando y consolidando las relaciones positivas de estas personas mayores en el bienestar y su calidad de vida.
- Brindar acompañamiento y apoyo emocional a los Adultos Mayores que estén atravesando situaciones de angustia, tristeza y dolor a través de redes sociales de apoyo para contrarrestar la soledad y el aislamiento y poder enfrentar con sentido positivo la etapa de la Vejez.
- Difundir y promover campañas sociales sobre la importancia de los Centros de Atención del Adulto Mayor, como un lugar asistencial para estas personas mayores así como para sus familias, a fin de lograr un envejecimiento activo y positivo donde los adultos Mayores se sientan valorados y tengan una vejez feliz.
- Promover alianzas estratégicas con diversas instituciones sociales, educativas, públicas y privadas para que se involucren a través de un proceso intergeneracional personas de diferentes edades, con el fin de compartir experiencias placenteras que beneficien a los adultos mayores y a los participantes en este proceso, contradiciendo el prejuicio de que llevar a un adulto mayor a un centro intergeneracional es marginarlo o dejarlo solo.

BIBLIOGRAFÍA

Acevedo, J. P. & López, M. L. (2012). *Envejeciendo “dignamente”. Una mirada hacia las condiciones de vida del adulto mayor.* (1era, Ed.) Mexico, Mexico: Plaza y Valdés, S.A. de C.V.

Adánez, G. Á. & Villafruela, G. I. (2015). El ocio, tiempo libre y calidad de vida para un envejecimiento activo. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education* 5 (1), 75-85.

Alvarez, L. Y. (15 de Junio de 2013). Validación de la “Ochse and Plug Erikson Scale-Version de siete factores” en español en una muestra de la ciudad de Bucaramanga (Colombia). *International Journal of Pshycological Research* .

Andalucía. (2016). *El Concepto de Bienestar y su medición.* Recuperado el 16 de Marzo de 2016, de <http://www.economiaandaluza.es/sites/default/files/2Cap%C3%ADtulo%202.%20El%20concepto%20de%20bienestar%20y%20su%20medici%C3%B3n.pdf>

Aponte, V. C. (2015). Calidad de Vida en la Tercera Edad. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBS* 13 (2), 152-182.

Asociación de Hospitales y Clínicas [ACHC]. (s.f. de s.f. de 2016). *EL envejecimiento de la Población Mundial.* Recuperado el 15 de Marzo de 2016, de Transición Demografica: http://www.achc.org.co/hospital360/contextos/demografico/Envejecimiento/Envejecimiento_de_la_poblacion_mundial.pdf

Bentancor, A. (2015). *Integrando lo intergeneracional a la perspectiva del envejecimiento.* Recuperado el 20 de Marzo de 2016, de http://geracoes.org.br/novo_site/wp-content/uploads/2013/08/Integrando-lo-intergeneracional-a-la-perspectiva-del-envejecimiento1.pdf

Bocourt, V. (4 de Agosto de 2011). *Un espacio y conocimiento e información en el Adulto Mayor.* Recuperado el 29 de Marzo de 2012, de El Diálogo Intergeneracional como generador de Calidad de Vida en los adultos mayores: <http://repositorio.pucp.edu.pe/index/bitstream/handle/123456789/21472/perez%20bocourt.pdf?sequence=1>

Bordignon, N. A. (2012). El diagrama epigenético del adulto. *La sallista de Investigación*, 2 (2), 1-15.

Buz, J. & Martínez, B. (2006). Las Relaciones Intergeneracionales. *Portal Mayores* (66), 1-18.

Campos, T. F. & Rojas, G. M. (2011). *Guía Calidad de Vida en la Vejez: Herramientas para vivir la vejez* (1ra ed.). Chile, Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile.

Cardenas, J. A. (22 de Julio de 2015). *El Horizonte*. Recuperado el 15 de Marzo de 2016, de Gerotrascendencia, o el envejecimiento positivo: <http://elhorizonte.mx/opinion/dr-jose-antonio-cardenas-marroquin/capital-humano/9863/gerotrascendencia-o-el-envejecimiento-positivo>

Cardona, A. A. & Duque, M. (2015). Riesgo de depresión y factores asociados de los Adultos Mayores. *Rev. Salud Publica* , 17 (2), 184-194.

Cardona, D. E. & Agudelo, H. B. (2006). Calidad de vida y condiciones de salud de la población adulta mayor de Medellín. *Biomédica* , 26 (2), 206-15.

Cardona, D. S. & Garzón, M. O. (2012). Efectos contextuales asociados a la variabilidad del riesgo de depresión en adultos mayores, Antioquia, Colombia, 2012. *Biomédica* 35 (1) pp.73-80.

Casillo, P. (2012). 2012, Año Europeo del Envejecimiento Activo y la solidaridad Intergeneracional. Recuperado el 28 de Marzo de 2016, de <https://buleria.unileon.es/bitstream/handle/10612/3430/Prisciliano.pdf?sequence=1>

Castellano, C. L. & Negrodo, M. A. (2010). Estereotipos viejistas en ancianos: actualización de la estructura factorial y propiedades psicométricas de dos cuestionarios pioneros. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy* 10 (2), 259-278.

Cazau, P. (2006). *Introducción a la Investigación de las Ciencias Sociales*. (3. Edición, Ed.) Buenos Aires, Argentina.

Della Mora, M. (s.f.). *Ciclo vital, devenir generacional y crisis*. Recuperado el 19 de Enero de 2016, de http://www.gerontovida.org.ar/download/pdf/gris/Ciclo_vital.pdf

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

Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento [SABE]. (2009). *Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento SABE: Ecuador*. Recuperado el Abril de 2016, de <http://anda.inec.gob.ec/anda/index.php/catalog/292>

Erickson, E. H. (2000). *El ciclo Vital Completado*. España, España: Ediciones Paidós Iberica, S.A.

Estrada, A. C. & Chavarriaga, L. M. (2012). Síntomas depresivos en los Adultos Mayores institucionalizados y factores asociados. *Univ. Psychol.* 12 (1), pp.81-84.

Europeo. (2012). *Que es el envejecimiento Activo*. Recuperado el 22 de Enero de 2016, de <http://www.envejecimientoactivo2012.net/Menu29.aspx>

Fernández, J. A. & Cieza, A. (2010). Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF)/Quality of life, health and well-being conceptualizations from the

perspective of the International Classification of Functioning, disability and health (ICF). *Revista Española de salud Pública*, 84 (2), 169-184.

Ferrada, L. & Zavala, M. (2014). Bienestar Psicológico: Adultos Mayores Activos a través de un Voluntariado./Psicological. *Ciencia y Enfermería*, 20 (1), 123-130.

García, C. R. & Benítez, I. G. (2000). La categoría bienestar psicológico: Su relación con otras categorías sociales. *Revista cubana de medicina general integral*, 16 (6), 586-588.

García, M. T. & Ballesteros, E. (2006). *Enfermería y Geratría* (2 edición ed.). España, Barcelona: MASSON. S.A.

García, T. A. & Nieves, Z. I. (2015). *Calidad de vida y bienestar subjetivo en el Adulto Mayor*. Habana, Cuba: Universitaria.

Graig, G. (1990). *Desarrollo de la Psicología* (7ma ed.). México, México: Prentice-Hall Hispanamerica, S.A.

Gutierrez, E. (15 de Septiembre de 2015). *Cómo beneficia al adulto mayor el acompañamiento afectivo*. Recuperado el 27 de Octubre de 2015, de <https://www.hogarcorazondejesus.org.ec/guia-cuidado-adulto-mayor/item/20007-como-beneficia-adulto-mayor-acompanamiento-afectivo>

Gutiérrez, M. & Hernández, D. (2013). Los beneficios de los Programas Intergeneracionales desde la perspectiva de los profesionales. *Revista Interuniversitaria* (21), 213-235.

Hatton-Yeo, A. & Watkins, C. (s.f de s.f de 2009). *Algunos principios generales del desarrollo comunitario intergeneracional*. Recuperado el 18 de Abril de 2016, de http://www.espaisocial.net/docs/revistas/espai_social_09.pdf

Hernández Samperi, R. (2014). *Metodología de la Investigación* (6ta edición ed.). Mexico, Mexico: Mc Graw Hill/Interamericana Editores, S.A. de C.V.

Hernández, R. F. (2010). *Metodología de la Investigación* (5ta ed.). México, México: McGRAW-Hill/Interamericana Editores, S.A. de C.V.

Hernández, R. F. (2010). *Metodología de la Investigación*. México, Mexico: MCGRAW-HILL/ Interamericana Editores S.A de C.V.

Hernandis, P. S. (24 de Octubre de 2012). *Envejecimiento activo y solidaridad intergeneracional*. Recuperado el 29 de Marzo de 2016, de <http://www.bizkaia.eus/home2/archivos/DPTO3/Temas/Envejecimiento%20Activo/Dokumentuak/I%20Encuentro%20intergeneracional.pdf?idioma=EU>

Hernándis, S. (s.f de s.f de 2009). *Beneficios de los Programas Intergeneracionales*. Recuperado el 04 de Abril de 2016, de http://www.espaisocial.net/docs/revistas/espai_social_09.pdf

Hsu, S. C. & Liu, C. Y. (2014). Effectiveness of intergenerational program in improving community senior citizens' general health and happiness. *European Scientific Journal* 10 (12), pp.49-59.

Inga, J. & Vara, A. (2006). Factors associated to life satisfaction in adults over 60 years old in Lima-Peru. *Universitas Psychologica*, 5 (3), 475-486.

Instituto Estadísticas y Censos [INEC]. (27 de Agosto de 2011). *En el Ecuador hay adultos mayores se siente desamparado*. Recuperado el 22 de Enero de 2016, de http://www.inec.gob.ec/inec/index.php?option=com_content&view=article&id=360%3Aen-el-ecuador-hay-2229089-adultos-mayores-28-se-siente-desamparado&catid=68%3Aboletines&Itemid=51&lang=es

Instituto Estadísticas y Censos [INEC], (2010). *Población y Distribución de Adultos Mayores en el País*. Recuperado el 19 de Octubre de 2015, de http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Presentaciones/estadisticas_adulto_mayor.pdf

Instituto Estadística y Censos [INEC]. (2010). *Fascículo de la Provincia de Loja*. Recuperado el 18 de 19 de 2016, de <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Manu-lateral/Resultados-provinciales/loja.pdf>

Instituto Estadísticas y Censos [INEC], (2009). *Salud, Bienestar y envejecimiento*. Recuperado el 21 de Abril de 2016, de <http://anda.inec.gob.ec/anda/index.php/catalog/292>

Instituto Nacional sobre el Envejecimiento [NIH]. (22 de Enero de 2015). *El duelo de la muerte del conyugé*. Recuperado el 3 de Octubre de 2016, de <https://www.nia.nih.gov/espanol/publicaciones/duelo-muerte-conyuge>

Jackson, R. S. & Howe, N. (2009). *El Desafío Del Envejecimiento en America Latina*. (G. Fajardo, Trad.) México, México: Global Aging Initiative de CSIS.

Jiménez, F. (2008). *Envejecimiento y Calidad de vida*. Obtenido de <https://books.google.com.ec/books?id=WbUjJcSzFWcC&pg=PA20&dq=proceso+de+envejecimiento&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjurcaTqPHPAhWMbD4KHdNQDpE4ChDoAQgwMAU#v=onepage&q=proceso%20de%20envejecimiento&f=false>

Krzemien, D. (2011). Contribuciones actuales de la Psicología del Desarrollo y del envejecimiento en la investigación de la sabiduría. *Estudios Interdisciplinarios sobre o Envelhecimento* 16 (2), 261-269.

Kurlowicz, L. & Greenberg, S. A. (2007). La escala de depresión geriátrica (GDS, por sus siglas en inglés). *The Hartford Institute for Geriatric Nursing* (4), 1-2.

Landinez, N. S. & Castro, Á. (2012). Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 38 (4), 562-580.

Lang, G. R. & Gabilondo, A. (2010). *La salud mental y el bienestar de las personas mayores. Hacerlo posible* (1ra edición ed.). Madrid, España.

Llopis, E. J. & Gabilondo, A. (28 de Febrero de 2008). *La salud mental de las personas mayores*. Recuperado el 22 de Septiembre de 2016, de <https://consaludmental.org/publicaciones/Mentalhealtholderpeople.pdf>

López, J. M. (2011). *Libro Blanco Envejecimiento Activo* (1ra ed.). Madrid, España: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).

Loughlin, L. (s.f. de Noviembre de 2002). *El adulto mayor y el anciano*. Recuperado el 19 de Enero de 2016, de La teoría epigenética de Erikson: El ciclo vital completado.: <http://www.psicomundo.com/tiempo/monografias/anciano.htm>

Marín, J. M. (2003). Envejecimiento. *Sociedad Española de Geratría y Gerantología*. 3 (1), 28-33.

Martinez, A. S. & Llopis Solbes, J. A. (15 de Noviembre de 2006). *Los centros intergeneracionales en la Atención a la Dependencia. Fundamentos, funcionamiento y resultados*. Recuperado el 4 de Octubre de 2016, de <http://riberdis.cedd.net/bitstream/handle/11181/3401/Los%20centros%20intergeneracionales.pdf?sequence=1>

Melendez, C. R. (2011). Retiro laboral y ajuste a la jubilación de hombres y mujeres en la Mediana Edad. *Rev. Electronica: Actualidades Investigativas en Educación* , 11 (1), pp. 1-27.

Meléndez, M. J. (2008). Análisis del bienestar en la vejez según la edad. *Revista Española de Geriatria y Gerontología* , 43 (2), 90-95.

Mella, R. G., & Díaz, A. (2004). Factores Asociados al Bienestar Subjetivo en el Adulto Mayor. *Psykhe* , 13 (1), pp. 79-89.

Millan Calenti, J. (2011). *Envejecimiento*. España, España: Medica Panamericana, S.A.

Montenegro, E. P. & Melgar, F. (2012). *Geratria y Gerantología para el medico Internista* (1ra ed.). Bolivia, Bolivia: Grupo Editorial La Hoguera.

Moreno, F. (2016). *Beneficios de los Programas Intergeneracionales*. Recuperado el 19 de Marzo de 2016, de <https://envejecimientoactivo.wordpress.com/beneficios/>

Muños, A. & Martines, V. (1998). *Calidad de vida de los Ancianos*. España: Universidad de la Mancha-Castilla.

Murayama, Y. O., & Fujiwara, Y. (2015). The effect of intergenerational programs on the mental health of elderly adults. *Aging & Mental Health*, 19 (4), 1-10.

Oliva, Á. D., & Asencio, E. N. (2013). Analisis de Bienestar Psicologico, Estado de Salud Percibido y Calidad de Vida de las Personas Adultas Mayores/Análise de bem-estar

psicológico, estado de saúde e qualidade de vida em adultos mais velhos. *Pedagogía social Revista interuniversitaria* (22), 153-168.

Organizacion Mundial de la Salud [OMS]. (s.f de Septiembre de 2015). *La salud mental y los adultos mayores*. Recuperado el 27 de Octubre de 2015, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/3>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (s.f. de Diciembre de 2013). *Salud mental: un estado de bienestar*. Recuperado el 17 de Marzo de 2016, de http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/

Organización Panamericana de la Salud [OPS], (2016). *La población de América Latina y el Caribe vive hoy 45 años más que en 1900*. Recuperado el 16 de Marzo de 2016, de http://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=1034%3Ala-poblacion-america-latina-caribe-vive-hoy-45-anos-mas-que-1900-&catid=333%3Aarg03-salud-familiar-y-comunitaria&Itemid=512

Ortiz, J. B. (2009). Bienestar psicológico de los adultos mayores, su relación con la autoestima y la autoeficacia: contribución de enfermería. *Ciencia y enfermería XV*, 15 (1), 25-31.

Osuna, M. J. & Villar, F. (2003). Bienestar, adaptación y envejecimiento: cuando la estabilidad significa cambio. *Rev. Mult Gerontol* , 13 (3), 152-162.

Paladines, S. (Enero de 2013). *Análisis de vulnerabilidad cantón Loja*. Recuperado el 19 de Abril de 2016, de <http://repositorio.cedia.org.ec/bitstream/123456789/851/1/Perfil%20territorial%20LOJA.pdf>.

Paredes, S. (Julio de 2010). Teoría del desarrollo psicosocial del ser humano de Erick Erickson. *El Bienestar Psicológico del Adulto Mayor. Estudio Realizado con los Integrantes del Grupo del CEAM PIFO*, 16-19. Quito, Ecuador.

Paredes, S. A. (s.f. de Julio de 2010). *El Bienestar Psicologico del Adulto Mayor*. Recuperado el 28 de Abirl de 2016, de Estudio realizado con los Integrantes del grupo CEAM en Pifo: <http://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/903/15/UPS-QT00269.pdf>

Patiño, P. A. (2013). *Percepción de Bienestar en el Envejecimiento de los Adultos Mayores del Grupo de Servicios Sociales del Adulto Mayor perteneciente al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social(IESS)CUENCA*, 2013. Tesis Pregado, Universidad de Cuenca, Medicina, Cuenca.

Petersen, C. (2007). Espiritualidad en la Tercera Edad. *Psicología, Cultura y Sociedad* pp. 115-117.

Posada, F. (2005). *El enfoque del Ciclo Vital: hacia un abordaje evolutivo del envejecimiento*. Barcelona, España: Pearson Prentice Hall.

Pugliese, L. (s.f. de Mayo de 2014). *El envejecimiento activo, Aproximaciones Conceptuales y Ejemplos de Programas que lo Promuevan*. Recuperado el 22 de Enero de 2016, de http://www.bps.gub.uy/bps/file/8189/1/44._el_envejecimiento_activo_aproximaciones_conceptuales_y_ejemplos_de_programas_que_lo_promuevan._pugliese.pdf

Quintanar, A. (2010). Área Académica de Psicología. *Análisis de la calidad de vida en adultos mayores del municipio de Tetepango, Hidalgo: a través del instrumento whoqol-bref*. pp. 32-33. (D. d. Vida, Trad.) Octopan, Mexico.

Ramírez, P. M. & Maturana, S.-L. L. (2013). Factores asociados a la satisfacción vital en adultos mayores de 60 años . *Polis* (33).

Ramón, M. (16 de Febrero de 2012). *Dinámica poblacional comparativa de la Provincia de Loja*. Recuperado el 23 de Enero de 2016, de <http://www.utpl.edu.ec/comunicacion/wp-content/uploads/2012/03/Informe-de-Coyuntura-Econ%C3%B3mica-N%C2%BA-9.pdf>

Rangel, J. & Alonso (2010). El estudio en el Bienestar Psicológico Subjetivo Una Breve Revisión Teórica. *Educere: Revista Venezolana de Educación* 14 (49), 267-271.

Rivadeneira, L. V. (2003). El proceso de envejecimiento de la población en América Latina y el Caribe: una expresión de la transición demográfica. *Eúphoros* (6), 87-100.

Rodríguez, T. M. (2013). *Afrontamiento, resiliencia y bienestar a lo largo del ciclo vital*. Tesis Doctoral, Universidad de Valencia, Facultad de Psicología, Valencia.

Sanchez, M. k. & Saéz, J. (2010). *Programas Intergeneracionales: Guia Introducción*. (1ra ed.). Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMERSO).

Satorres, E. (2013). *Bienestar psicológico en la vejez y su relación con la capacidad funcional y la satisfacción vital*. Tesis Doctoral, Universidad de Valencia, Facultad de Psicología, Valencia.

Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo [SEMPLADES]. (2016). *SEMPLADES*. Recuperado el 22 de Enero de 2016, de Adulto Mayores: <http://plan.senplades.gob.ec/adultos-mayores>

Sotelo, I. R. & Irigoyen, A. (2012). La depresión en el adulto mayor una perspectiva clínica y epidemiológica desde el primer nivel de atención . *Archivos en Medicina Familiar*, 14 (1), pp.5-13.

Torres, M. P. (2015). *Nivel de Depresión del Adulto Mayor en un centro de atención Integral S.J.M - V.M.T 2014*. Tesis Pregado, Univesida Nacional Mayor San Marcos, Enfermería, Lima.

Valdés, S. E. (2009). El bienestar personal en el envejecimiento. *Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana*, 4 (7), 48-65.

- Valdéz, M. (1991). Dos aspectos en el concepto de bienestar. *Revista Doxa* , 20-13.
- Vázquez, J. & Prada, G. (s.f de Julio de 2009). *Relaciones Intergeneracionales*. (P. Rodríguez Rodríguez, J. C. Ramiro Iglesias, & M. E. Martínez de Aguirre, Editores) Recuperado el 16 de Marzo de 2016, de <http://sid.usal.es/idocs/enlace/mri/enlacenri.pdf>.
- Vera, M. (2007). Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. *Anales de la Facultad de Medicina* 68 (3), 284 - 290.
- Verdugo, M. Á. & Arias Martínez, B. (2009). *Evaluación de la Calidad de Mayores: Escala de Fumat*. Salamanca, España.
- Verdugo, M. Á. & Schalock, R. L. (2008). *Escala de Calidad de Vida-GENCAT*. Recuperado el 19 de Octubre de 2015, de <http://inico.usal.es/documentos/EscalaGencatManualCAST.pdf>
- Vicente López, J. M. (2011). *Marco Político y Envejecimiento Activo*. Recuperado el 19 de Abril de 2016, de http://www.imsero.es/InterPresent1/groups/imsero/documents/binario/8088_8089libroblancoenv.pdf
- Villa, J. M. (2012). *I Simposium Internacional sobre Envejecimiento Activo y Solidaridad Intergeneracional*. Recuperado el 28 de Marzo de 2012, de <http://www.creap.es/InterPresent2/groups/revistas/documents/binario/s317cuadernos.pdf>
- Villar, F. (15 de Noviembre de 2001). *Desarrollo Adulto y Envejecimiento desde un punto de vista Socio-contextual*. Recuperado el 19 de Enero de 2016, de http://www.ub.edu/dppsed/fvillar/principal/pdf/proyecto/cap_12_ciclovital.pdf
- Villar, F. & Triádo, C. (2006). El estudio del ciclo vital a partir de historias de vida: una propuesta práctica. Barcelona, Barcelona: Publicacions de la Universitat de Barcelona.
- Vivaldi, F. & Barra, E. (2012). Bienestar psicológico, apoyo social percibido y percepción de salud en adultos mayores. *Terapia psicológica* 30 (2), 23-29.

ANEXOS

Anexo 1. Convenio entre Universidad Tecnica Particular de Loja entre el Municipio de Loja.

 MUNICIPIO DE LOJA	 UTPL	 PATRONATO DE AMPARO SOCIAL MUNICIPAL
--	---	--

CONVENIO DE COOPERACIÓN INTERINSTITUCIONAL ENTRE EL I. MUNICIPIO DE LOJA Y LA UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA.

PRIMERA: COMPARECIENTES.-

Intervienen en la celebración del presente Convenio de Cooperación Interinstitucional por una parte el Municipio de Loja, representado legalmente por el doctor José Bolívar Castillo Vivanco, Alcalde del Cantón Loja, y, la abogada Tania García Córdova, Presidenta del Patronato de Amparo Social Municipal, a quienes en adelante se les denominara "MUNICIPIO DE LOJA" y por otra la Universidad Técnica Particular de Loja, representada legalmente por el doctor José Barbosa Corbacho, en calidad de Rector Canciller, quien en adelante se le denominará "UTPL". Las partes se obligan en virtud del presente convenio, al tenor de las siguientes cláusulas:

SEGUNDA: OBJETO.-

Por medio de este instrumento, las partes se comprometen a fortalecer la formación integral de los grupos de atención prioritaria en temas sociales, humanísticos y espirituales; y, con ello dar apertura al desarrollo de actividades de aprendizaje orientadas a la aplicación de conocimiento y desarrollo de destreza a los Estudiantes y Voluntarios de la Universidad Técnica Particular de Loja.

TERCERA: COMPROMISO DE LAS PARTES.-

El Municipio de Loja se compromete a:

1. Establecer el número máximo de alumnos a ser recibidos en las Instalaciones de la Escuelas, Unidades Infantiles Municipales y los Centros Municipales del Patronato de Amparo Social Municipal.
2. Brindar las facilidades y establecer las condiciones necesarias para la realización de las actividades de aprendizaje orientadas a la formación


PROCURADURÍA UNIVERSITARIA
UTPL

1

Anexo 1.
Continuando



MUNICIPIO DE LOJA



UTPL



PATRONATO DE AMPARO SOCIAL MUNICIPAL

integral de los grupos de atención en los centros y unidades educativas del Municipio de Loja.

3. Desarrollar un trabajo conjunto entre el responsable del centro y/o unidades educativas del Municipio de Loja y el docente responsable del paralelo, para acompañar y supervisar las actividades que realicen los estudiantes
4. Apoyo logísticos de las actividades de evangelización y servicio que realice la UTPL en los predios de la ciudad.

La UTPL, se compromete a:

1. Dictar talleres de formación humanístico/espiritual, con la finalidad de sensibilizar a los participantes sobre los diferentes problemas sociales en los centros unidades y proyectos del Municipio de Loja, previa coordinación con la coordinadora de unidades del Municipio de Loja
2. Concientizar sobre la dignidad de las personas y los derechos de los grupos de atención prioritaria.
3. Sensibilizar con temas formativos a los padres y/o representantes de los niños y jóvenes que forman parte de los centros y unidades educativas del Municipio de Loja, previa coordinación con la Municipalidad a través del administrador del presente convenio.

CUARTA: SEGUIMIENTO Y CONTROL DEL CONVENIO.-

- Las partes dentro de los cinco (5) días siguientes a la suscripción de este instrumento, notificarán a la otra, con el nombre y datos de contacto de las personas designadas por cada una de ellas como responsables del seguimiento y control del presente Convenio.
- Los responsables del presente convenio serán intermediarios entre las partes respecto de cualquier comunicación, notificación o documentos


PROCURADOR UDAE -
UTPL

2



MUNICIPIO DE LOJA



PATRONATO DE AMPARO
SOCIAL MUNICIPAL



que deban ser cursados entre ellas, que tengan su origen en o se encuentren relacionados con la ejecución de este Convenio; y, adicionalmente, velarán por el cumplimiento cabal de las obligaciones adquiridas por cada una de las partes por efectos de este instrumento.

- Respecto de su gestión, los responsables del Convenio reportarán a la máxima autoridad de cada parte, debiendo comunicar todos los aspectos operativos, técnicos y de cualquier naturaleza que pudieren afectar del objeto del Convenio. Tendrán bajo su responsabilidad la aprobación de los informes que se emitan y suscribirán las actas que para tales efectos se elaboren.
- En el evento de que el responsable del convenio designado por una de las partes deba ser reemplazado, la parte que dispusiere este cambio deberán oficiar a la otra con la nueva designación dentro de los cinco (5) días siguientes a su remplazo.

QUINTA: PROPIEDAD INTELECTUAL.-

Los derechos sobre el proyecto titulado "Proyecto de Vinculación Social" entre la Universidad Técnica Particular de Loja y el Municipio de Loja 2014 le corresponde a la Universidad Técnica Particular de Loja; sin embargo los derechos sobre los resultados obtenidos en su ejecución serán compartidos entre el Municipio de Loja a través del Patronato de Amparo Social Municipal y la UTPL.

SEXTA: VIGENCIA, DURACIÓN, RENOVACIÓN Y MODIFICACIONES.-

El presente convenio entrará en vigencia a la fecha de su firma y tendrá validez por el período de **dos años**, a menos que una de las partes resuelva darlo por terminado, en cuyo caso deberá notificar a la otra parte, con tres meses de anticipación a la fecha de terminación del plazo. La terminación anticipada del presente convenio no afectará la marcha y conclusión de las actividades específicas que se encuentren en ejecución.


RECTORÍA UNIVERSITARIA
UTPL

Anexo 1.
Continuando



MUNICIPIO DE LOJA



PATRONATO DE AMPARO
SOCIAL MUNICIPAL



SÉPTIMA: RESPONSABILIDAD LABORAL.-

Las partes dejan constancia de manera expresa de su entendimiento y aceptación del hecho de que con motivo de la suscripción de este convenio, no nacerá ni existirá vínculo laboral alguno entre el personal de las partes, destinado a la ejecución del objeto del presente instrumento.

OCTAVA: TERMINACIÓN DEL CONVENIO.-

El presente Convenio podrá terminar por la ocurrencia de alguna de las siguientes causales:

- a) Por cumplimiento total del objeto del Convenio y las obligaciones que emanen del mismo.
- b) Por mutuo acuerdo de las Partes.
- c) Por el incumplimiento injustificado de una de las Partes de las obligaciones adquiridas por el presente Convenio.
- d) Por caso fortuito o fuerza mayor, conforme las condiciones previstas en el artículo 30 de la Codificación del Código Civil, que imposibilite total o parcialmente la ejecución del presente instrumento.
- e) Por decisión unilateral del Municipio de Loja a través del Patronato de Amparo Social Municipal en caso de incumplimiento de la UTPL.

NOVENA: MODIFICACIONES.-

Cualquier cambio o modificación a los términos y condiciones del presente convenio solo podrá hacerse por mutuo acuerdo entre las partes, mediante la suscripción de la correspondiente adenda, y dentro del plazo de vigencia establecido en este instrumento, siempre y cuando no se vea afectada la naturaleza del mismo. Dicha adendas deberán ser numeradas cronológicamente y formarán parte integrante de este Convenio.

Carecerá de validez y eficacia cualquier modificación, que no se la realice a través de la Adenda escrita correspondiente.

PROCESO DE
UTPL



SÉPTIMA: RESPONSABILIDAD LABORAL.-

Las partes dejan constancia de manera expresa de su entendimiento y aceptación del hecho de que con motivo de la suscripción de este convenio, no nacerá ni existirá vínculo laboral alguno entre el personal de las partes, destinado a la ejecución del objeto del presente instrumento.

OCTAVA: TERMINACIÓN DEL CONVENIO.-

El presente Convenio podrá terminar por la ocurrencia de alguna de las siguientes causales:

- a) Por cumplimiento total del objeto del Convenio y las obligaciones que emanen del mismo.
- b) Por mutuo acuerdo de las Partes.
- c) Por el incumplimiento injustificado de una de las Partes de las obligaciones adquiridas por el presente Convenio.
- d) Por caso fortuito o fuerza mayor, conforme las condiciones previstas en el artículo 30 de la Codificación del Código Civil, que imposibilite total o parcialmente la ejecución del presente instrumento.
- e) Por decisión unilateral del Municipio de Loja a través del Patronato de Amparo Social Municipal en caso de incumplimiento de la UTPL.

NOVENA: MODIFICACIONES.-

Cualquier cambio o modificación a los términos y condiciones del presente convenio solo podrá hacerse por mutuo acuerdo entre las partes, mediante la suscripción de la correspondiente adenda, y dentro del plazo de vigencia establecido en este instrumento, siempre y cuando no se vea afectada la naturaleza del mismo. Dicha adendas deberán ser numeradas cronológicamente y formarán parte integrante de este Convenio.

Carecerá de validez y eficacia cualquier modificación, que no se la realice a través de la Adenda escrita correspondiente.

PROCESADO EN
UTPL

Anexo 2. Plantilla Sociodemografica de Adultos Mayores

TITULACION DE PSICOLOGÍA

Plantilla sociodemografica del Adulto Mayor

Nombre: _____ Código: _____ Fecha: _____

MARQUE CON VISTO O UNA X DE ACUERDO A LOS LITERALES :

ANTECEDENTES SOCIODEMOGRÁFICOS

I. ESTADO CIVIL

- Casado () Soltero () Divorciado() Viudo()

II. SEXO:

- Masculino() Femenino ()

III. EDAD:Años

IV. CON QUIEN VIVE

- Solo () Familia() Hogar de ancianos() Hijo () familiar()
➤ Otros.....()

ANTECEDENTES SOCIALES

V. NIVEL DE INSTRUCCIÓN

- Analfabeto () Edu. Primaria Completa() Edu. Primaria Incompleta()
➤ Edu. Secundaria Completa() Edu. Secundaria Incompleta()
➤ Superior ()

VI. ALFABETISMO

- Sabe leer y escribir() Solo lee () Analfabeto() Lee y escribe con dificultad()

VII. TIPO DE INGRESOS

- Sin ingresos () Ingreso aleatorio ()
➤ Pensionado o jubilado () Otro tipo de ingresos ()

ACTIVIDADES QUE REALIZA EL ADULTO MAYOR

Cada alternativa debe responderse individualmente en lo que respecta dentro de la plantilla sociodemográfica.

VIII. PARTICIPACION DEL ADULTO MAYOR EN FAMILIA:

- a. Participa usted en la preparación de alimentos en su hogar
Siempre () A veces () Frecuentemente () Ninguna ()
- b. Participa usted en las compras de la familia
Siempre () A veces () Frecuentemente () Ninguna ()

- c. Participa en el cuidado de los nietos
Siempre () A veces () Frecuentemente () Ninguna ()
- d. Participa en convivencias familiares
Siempre () A veces () Frecuentemente () Ninguna ()
- e. Participa en decisiones cotidianas de la familia
Siempre () A veces () Frecuentemente () Ninguna ()
- f. Participa en decisiones importantes de la familia
Siempre () A veces () Frecuentemente () Ninguna ()
- g. En su casa le cuentan novedades familiares
Siempre () A veces () Frecuentemente () Ninguna ()

IX RED SOCIAL AMPLIA:

- a. Pertenece a un club de iglesia ()
- b. Pertenece a un club (asociación) ()
- c. Otro ()
- d. No pertenece ()

X. ACTITUD EN RELACION A LA OCUPACION DEL TIEMPO LIBRE:

Considera el tiempo libre como:

- a. Premio a la labor cumplida Si () No()
- b. Oportunidad para hacer nuevas cosas, ejemplo viajar, leer, escribir, etc.
Si() No()
- c. Descanso Si () No ()
- d. Aburrido Si () No ()
- e. Soledad Si () No ()

XI. ACTIVIDADES BENEFICIOSAS:

- a. Visita a su familia
Siempre () A veces () Frecuentemente () Ninguna ()
- b. Visita amigos por lo menos veces al mes
Siempre () A veces () Frecuentemente () Ninguna ()
- c. Participa en juegos de dominó, cartas u otros
Siempre () A veces () Frecuentemente () Ninguna ()
- d. Lee usted diariamente
Siempre () A veces () Frecuentemente () Ninguna ()
- e. Asiste a su Control de Salud o Centro de hospitalario
Siempre () A veces () Frecuentemente () Ninguna ()
- f. Realiza usted actividad física 3 veces por semana
Siempre () A veces () Frecuentemente () Ninguna ()

- g. Camina diariamente a lo menos 30 minutos
Siempre () A veces () Frecuentemente () Ninguna ()

XII. ENFERMEDADES DE SALUD

➤ **Patologías Crónicas**

- Diabetes mellitus () Hipertensión arterial () Renal ()
Artrosis () Ninguna () Visuales () Cáncer ()
Otra..... ()

➤ **Factores psicológicos**

- Depresión () desesperanza () Desamparo o Abandono ()
Temor a las lesiones () Falta de motivación()

➤ **Estado Nutricional**

- Enflaquecido () Normal () Sobrepeso() Obeso()

XIII. NIVEL DE DIFICULTADES FISICAS

CONDICION FISICA

- Bueno () Regular () Muy Malo() Malo()

CONDICION MENTAL

- Alerta () Indiferente() Confuso () Estupor()

NIVEL DE ACTIVIDAD

- Camina con ayuda () Limitado a silla() Postrado en cama() Ninguna()

MOVILIDAD

- Normal () Ligeramente Limitado () Insuficiente () Bastante limitado()
Ninguno()

CAPACIDADES SOCIOMOTRICES:

- Juego colectivo Si () No ()
➤ Bailes de salón Si () No ()
➤ Danzas Si () No ()

Anexo 3. Escala de Bienestar de Ryff (EBR) y Escala de Afontamiento y Resiliencia BRCS



**UNIVERSIDAD TÉCNICA
PARTICULAR DE LOJA**
La Universidad Católica de Loja

BRCS (Brief Resilient Coping Scale, Sinclair & Kenneth, 2004)

¿Hasta qué punto las siguientes afirmaciones describen su manera de reaccionar ante las dificultades? Conteste, en una escala de 1 a 5, marcando 1 si la afirmación no refleja nada una reacción típica en Vd. y 5 cuando la afirmación refleja su forma habitual de responder.

1. Busco formas creativas de enfrentarme a las situaciones difíciles
1 2 3 4 5
2. No importa lo que me ocurra, confío en que puedo controlar mi reacción
1 2 3 4 5
3. Creo que puedo aprender cosas positivas cuando afronto situaciones difíciles
1 2 3 4 5
4. Busco de forma activa la forma de reemplazar las pérdidas que encuentro en la vida
1 2 3 4 5

Escalas de Bienestar de Ryff - EBR

1= Muy inadecuado para describirme; 2= Bastante inadecuado para describirme; 3= Algo inadecuado para describirme; 4= Algo adecuado para describirme; 5= Bastante adecuado para describirme; 6= Muy adecuado para describirme

1. Cuando repaso la historia de mi vida estoy contento con cómo han resultado las cosas	1	2	3	4	5	6
2. A menudo me siento solo porque tengo pocos amigos íntimos con quienes compartir mis preocupaciones	1	2	3	4	5	6
3. No tengo miedo de expresar mis opiniones, incluso cuando son opuestas a las opiniones de la mayoría de la gente	1	2	3	4	5	6
4. Me preocupa cómo otra gente evalúa las elecciones que he hecho en mi vida	1	2	3	4	5	6
5. Me resulta difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga	1	2	3	4	5	6
6. Disfruto haciendo planes para el futuro y trabajar para hacerlos realidad	1	2	3	4	5	6
7. En general, me siento seguro y positivo conmigo mismo	1	2	3	4	5	6
8. No tengo muchas personas que quieran escucharme cuando necesito hablar	1	2	3	4	5	6
9. Tiendo a preocuparme sobre lo que otra gente piensa de mí	1	2	3	4	5	6
10. He sido capaz de construir un hogar y un modo de vida a mi gusto	1	2	3	4	5	6
11. Soy una persona activa al realizar los proyectos que propuse para mí mismo	1	2	3	4	5	6



**UNIVERSIDAD TÉCNICA
PARTICULAR DE LOJA**
La Universidad Católica de Loja

12. Siento que mis amistades me aportan muchas cosas	1	2	3	4	5	6
13. Tiendo a estar influenciado por la gente con fuertes convicciones	1	2	3	4	5	6
14. En general, siento que soy responsable de la situación en la que vivo	1	2	3	4	5	6
15. Me siento bien cuando pienso en lo que he hecho en el pasado y lo que espero hacer en el futuro	1	2	3	4	5	6
16. Mis objetivos en la vida han sido más una fuente de satisfacción que de frustración para mí	1	2	3	4	5	6
17. Me gusta la mayor parte de los aspectos de mi personalidad	1	2	3	4	5	6
18. Tengo confianza en mis opiniones incluso si son contrarias al consenso general	1	2	3	4	5	6
19. Las demandas de la vida diaria a menudo me deprimen	1	2	3	4	5	6
20. Tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida		1	2	3	4	5
21. En general, con el tiempo siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo	1	2	3	4	5	6
22. No he experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza	1	2	3	4	5	6
23. Es difícil para mí expresar mis propias opiniones en asuntos polémicos	1	2	3	4	5	6
24. En su mayor parte, me siento orgulloso de quien soy y la vida que llevo	1	2	3	4	5	6
25. Sé que puedo confiar en mis amigos, y ellos saben que pueden confiar en mí	1	2	3	4	5	6
26. Cuando pienso en ello, realmente con los años no he mejorado mucho como persona	1	2	3	4	5	6
27. Tengo la sensación de que con el tiempo me he desarrollado mucho como persona	1	2	3	4	5	6
28. Para mí, la vida ha sido un proceso continuo de estudio, cambio y crecimiento	1	2	3	4	5	6
29. Si me sintiera infeliz con mi situación de vida daría los pasos más eficaces para cambiarla	1	2	3	4	5	6

Autoaceptación= 1, 7, 17, 24; Relaciones positivas con los demás = 2, 8, 12, 22, 25;
Autonomía = 3, 4, 9, 13, 18, 23; Dominio del ambiente = 5, 10, 14, 19, 29;
Crecimiento personal= 21, 26, 27, 28; Propósito en la vida= 6, 11, 15, 16, 20.

Anexo 4. Conocimiento sobre el Envejecimiento: Adaptación del FAQ (Facts on Aging Quiz)



**UNIVERSIDAD TÉCNICA
PARTICULAR DE LOJA**
La Universidad Católica de Loja

Fuente: Villar F. Triado. C (2000). Conocimiento sobre el Envejecimiento. Adaptación del FAQ y evaluación en diferentes cohortes. Revista de Psicología General y Aplicada.

1	La mayoría de Personas de 65 años son seniles (tienen mala memoria, están desorientados o dementes).	VERDADERO	FALSO	NOSE
2	La mayoría de personas se sienten desgraciados la mayor parte del tiempo.	VERDADERO	FALSO	NOSE
3	Como mínimo un 10% de los Adultos Mayores están institucionalizados (vienen de sitios, hospitales, asilos, residencias ancianos, psiquiátricos, etc.)	VERDADERO	FALSO	NOSE
4	Los conductores Mayores de 65 años tienen proporcionalmente menos accidentes que los menores de 65 años.	VERDADERO	FALSO	NOSE
5	Más de las tres cuartas partes de los viejos tienen una buena salud lo suficientemente buena como para llevar a cabo sus actividades cotidianas normales.	VERDADERO	FALSO	NOSE
6	La mayoría de personas mayores manifiestan que nunca se aburren.	VERDADERO	FALSO	NOSE
7	La mayoría de personas están aisladas socialmente	VERDADERO	FALSO	NOSE
8	Los trabajadores mayores tienen menos accidentes laborales que los trabajadores jóvenes	VERDADERO	FALSO	NOSE
9	Mas de un 20% de la población actualmente tiene 65 años o más.	VERDADERO	FALSO	NOSE
10	La mayoría de los viejos tienen ingresos que se encuentra debajo del umbral de la pobreza.	VERDADERO	FALSO	NOSE
11	Entre los mayores de 65 años hay casi igual el numero de que viudas o viudos.	VERDADERO	FALSO	NOSE
12	Entre los mayores de 65 años son mas veces victimas de delitos que los jóvenes	VERDADERO	FALSO	NOSE
13	Los viejos tiendes ser más religiosos con el paso de los años.	VERDADERO	FALSO	NOSE
14	La mayoría de las personas mayores manifiesta que muy raramente están enfadados o irritables	VERDADERO	FALSO	NOSE

Anexo 5. Escala de depresión Geratrca de Yesavage (GDS)



**UNIVERSIDAD TÉCNICA
PARTICULAR DE LOJA**
La Universidad Católica de Loja

Nombre:..... Fecha:..... Historia.....

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA –TEST DE YESAVAGE

1- En general ¿Está satisfecho con su vida?	SÍ	NO
2- ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	SÍ	NO
3- ¿Siente que su vida está vacía?	SÍ	NO
4- ¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	SÍ	NO
5- ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	SÍ	NO
6- ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	SÍ	NO
7- ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SÍ	NO
8- ¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido?	SÍ	NO
9- ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	SÍ	NO
10- ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SÍ	NO
11- En estos momentos, ¿piensa que es estupendo estar vivo?	SÍ	NO
12- ¿Actualmente se siente un/a inútil?	SÍ	NO
13- ¿Se siente lleno/a de energía?	SÍ	NO
14- ¿Se siente sin esperanza en este momento?	SÍ	NO
15- ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	SÍ	NO
PUNTUACIÓN TOTAL – V5		
PUNTUACIÓN TOTAL – V15		

Anexo 5. Escala de Calidad de Vida

Datos de la persona evaluada. Adultos (18 años y más)

Número de identificación: _____

Nombre _____

Apellidos _____

Sexo
 Varón Mujer

Dirección _____

Localidad/Provincia/CP _____

Teléfono _____ Lengua hablada en casa _____

Servicio _____ Colectivo _____

	Día	Mes	Año
Fecha de aplicación	_____	_____	_____
Fecha de nacimiento	_____	_____	_____
Edad cronológica	_____	_____	_____

Datos de la persona informante

Nombre de la persona que completa el cuestionario _____

Puesto de trabajo _____

Agencia/Afilación _____ Lengua hablada en casa _____

Dirección _____

Correo electrónico _____ Teléfono _____

Nombre de otros informantes	Relación con la persona	Lengua hablada en casa
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Anexo 5.

GENCAT. Escala de Calidad de vida

Instrucciones

A continuación se presentan una serie de afirmaciones relativas a la calidad de vida de la persona que está evaluando. Por favor, marque la opción de respuesta que MEJOR describa a dicha persona y no deje ninguna cuestión en blanco.

BIENESTAR EMOCIONAL		Siempre o Casi siempre	Frecuente-mente	Algunas veces	Nunca o Casi nunca
1	Se muestra satisfecho con su vida presente.	4	3	2	1
2	Presenta síntomas de depresión.	1	2	3	4
3	Está alegre y de buen humor.	4	3	2	1
4	Muestra sentimientos de incapacidad o inseguridad.	1	2	3	4
5	Presenta síntomas de ansiedad.	1	2	3	4
6	Se muestra satisfecho consigo mismo.	4	3	2	1
7	Tiene problemas de comportamiento.	1	2	3	4
8	Se muestra motivado a la hora de realizar algún tipo de actividad.	4	3	2	1
Puntuación directa TOTAL _____					

RELACIONES INTERPERSONALES		Siempre o Casi siempre	Frecuente-mente	Algunas veces	Nunca o Casi nunca
9	Realiza actividades que le gustan con otras personas.	4	3	2	1
10	Mantiene con su familia la relación que desea.	4	3	2	1
11	Se queja de la falta de amigos estables.	1	2	3	4
12	Valora negativamente sus relaciones de amistad.	1	2	3	4
13	Manifiesta sentirse infravalorado por su familia.	1	2	3	4
14	Tiene dificultades para iniciar una relación de pareja.	1	2	3	4
15	Mantiene una buena relación con sus compañeros de trabajo.	4	3	2	1
16	Manifiesta sentirse querido por las personas importantes para él.	4	3	2	1
17	La mayoría de las personas con las que interactúa tienen una condición similar a la suya.	1	2	3	4
18	Tiene una vida sexual satisfactoria.	4	3	2	1
Puntuación directa TOTAL _____					
<p>ITEM 15: si la persona no tiene trabajo, valore su relación con los compañeros del centro. ITEM 17: tienen discapacidad, son personas mayores, fueron o son drogodependientes, tienen problemas de salud mental, etc.</p>					

Continuando.

Anexo 5.

Continuando

GENCAT. Escala de Calidad de vida

BIENESTAR MATERIAL		Siempre o Casi siempre	Frecuente- mente	Algunas veces	Nunca o Casi nunca
19	El lugar donde vive le impide llevar un estilo de vida saludable (ruidos, humos, olores, oscuridad, escasa ventilación, desperfectos, inaccesibilidad...)	1	2	3	4
20	El lugar donde trabaja cumple con las normas de seguridad.	4	3	2	1
21	Dispone de los bienes materiales que necesita.	4	3	2	1
22	Se muestra descontento con el lugar donde vive.	1	2	3	4
23	El lugar donde vive está limpio.	4	3	2	1
24	Dispone de los recursos económicos necesarios para cubrir sus necesidades básicas.	4	3	2	1
25	Sus ingresos son insuficientes para permitirle acceder a caprichos.	1	2	3	4
26	El lugar donde vive está adaptado a sus necesidades.	4	3	2	1
Puntuación directa TOTAL _____					
ITEM 20: si la persona no tiene trabajo, valore la seguridad del centro.					

DESARROLLO PERSONAL		Siempre o Casi siempre	Frecuente- mente	Algunas veces	Nunca o Casi nunca
27	Muestra dificultad para adaptarse a las situaciones que se le presentan.	1	2	3	4
28	Tiene acceso a nuevas tecnologías (Internet, teléfono móvil, etc.).	4	3	2	1
29	El trabajo que desempeña le permite el aprendizaje de nuevas habilidades.	4	3	2	1
30	Muestra dificultades para resolver con eficacia los problemas que se le plantean.	1	2	3	4
31	Desarrolla su trabajo de manera competente y responsable.	4	3	2	1
32	El servicio al que acude toma en consideración su desarrollo personal y aprendizaje de habilidades nuevas.	4	3	2	1
33	Participa en la elaboración de su programa individual.	4	3	2	1
34	Se muestra desmotivado en su trabajo.	1	2	3	4
Puntuación directa TOTAL _____					
ITEMS 29, 31 y 34: si la persona no tiene trabajo, valore respectivamente si las actividades que realiza en el centro le permiten aprender habilidades nuevas, si realiza esas actividades de forma competente y responsable, y si se muestra desmotivado cuando las realiza.					

Anexo 5.
Continuando

GENCAT. Escala de Calidad de vida

BIENESTAR FÍSICO		Siempre o Casi siempre	Frecuente- mente	Algunas veces	Nunca o Casi nunca
35	Tiene problemas de sueño.	1	2	3	4
36	Dispone de ayudas técnicas si las necesita.	4	3	2	1
37	Sus hábitos de alimentación son saludables.	4	3	2	1
38	Su estado de salud le permite llevar una actividad normal.	4	3	2	1
39	Tiene un buen aseo personal.	4	3	2	1
40	En el servicio al que acude se supervisa la medicación que toma.	4	3	2	1
41	Sus problemas de salud le producen dolor y malestar.	1	2	3	4
42	Tiene dificultades de acceso a recursos de atención sanitaria (atención preventiva, general, a domicilio, hospitalaria, etc.).	1	2	3	4
Puntuación directa TOTAL _____					
<p>ITEM 36: si no necesita ayudas técnicas, valore si dispondría de ellas en el caso de que llegara a necesitarlas. ITEM 39: se le pregunta si la persona va aseada o no, no importa que realice el aseo personal por sí misma o que cuente con apoyos para realizarlo. ITEM 40: si la persona no toma ninguna medicación, marque la opción que considere más adecuada si la tomara. Se refiere a si se revisa la adecuación de la medicación periódicamente. ITEM 41: si la persona no tiene problemas de salud, marque "Nunca o Casi nunca".</p>					

AUTODETERMINACIÓN		Siempre o Casi siempre	Frecuente- mente	Algunas veces	Nunca o Casi nunca
43	Tiene metas, objetivos e intereses personales.	4	3	2	1
44	Elige cómo pasar su tiempo libre.	4	3	2	1
45	En el servicio al que acude tienen en cuenta sus preferencias.	4	3	2	1
46	Defiende sus ideas y opiniones.	4	3	2	1
47	Otras personas deciden sobre su vida personal.	1	2	3	4
48	Otras personas deciden cómo gastar su dinero.	1	2	3	4
49	Otras personas deciden la hora a la que se acuesta.	1	2	3	4
50	Organiza su propia vida.	4	3	2	1
51	Elige con quién vivir.	4	3	2	1
Puntuación directa TOTAL _____					
<p>ITEMS 43, 44 y 50: en el caso de personas con drogodependencias, valore si sus metas, objetivos e intereses son adecuados, si elige actividades adecuadas para pasar su tiempo libre y si organiza su propia vida de forma adecuada. "Adecuado" hace referencia a que no tenga relación con el consumo de drogas.</p>					

Anexo 5.

Continuando

GENCAT. Escala de Calidad de vida

INCLUSIÓN SOCIAL		Siempre o Casi siempre	Frecuente- mente	Algunas veces	Nunca o Casi nunca
52	Utiliza entornos comunitarios (piscinas públicas, cines, teatros, museos, bibliotecas...).	4	3	2	1
53	Su familia le apoya cuando lo necesita.	4	3	2	1
54	Existen barreras físicas, culturales o sociales que dificultan su inclusión social.	1	2	3	4
55	Carece de los apoyos necesarios para participar activamente en la vida de su comunidad.	1	2	3	4
56	Sus amigos le apoyan cuando lo necesita.	4	3	2	1
57	El servicio al que acude fomenta su participación en diversas actividades en la comunidad.	4	3	2	1
58	Sus amigos se limitan a los que asisten al mismo servicio.	1	2	3	4
59	Es rechazado o discriminado por los demás.	1	2	3	4
Puntuación directa TOTAL _____					

DERECHOS		Siempre o Casi siempre	Frecuente- mente	Algunas veces	Nunca o Casi nunca
60	Su familia vulnera su intimidad (lee su correspondencia, entra sin llamar a la puerta...).	1	2	3	4
61	En su entorno es tratado con respeto.	4	3	2	1
62	Dispone de información sobre sus derechos fundamentales como ciudadano.	4	3	2	1
63	Muestra dificultades para defender sus derechos cuando éstos son violados.	1	2	3	4
64	En el servicio al que acude se respeta su intimidad.	4	3	2	1
65	En el servicio al que acude se respetan sus posesiones y derecho a la propiedad.	4	3	2	1
66	Tiene limitado algún derecho legal (ciudadanía, voto, procesos legales, respeto a sus creencias, valores, etc.).	1	2	3	4
67	En el servicio al que acude se respetan y defienden sus derechos (confidencialidad, información sobre sus derechos como usuario...).	4	3	2	1
68	El servicio respeta la privacidad de la información.	4	3	2	1
69	Sufre situaciones de explotación, violencia o abusos.	1	2	3	4
Puntuación directa TOTAL _____					

Continuando

GENCAT. Escala de Calidad de vida

Número de identificación:

Nombre y apellidos

Informante

Fecha de aplicación

Baremo usado

A Baremo para la muestra general

B Baremo para personas mayores (a partir de 50 años)

C Baremo para personas con discapacidad intelectual

D Baremo para personas de otros colectivos (Personas con drogodependencias, VIH, SIDA, discapacidad física y problemas de salud mental)

Sección 1a. Escala de Calidad de vida GENCAT
 1. Introducir las puntuaciones directas totales de cada una de las dimensiones
 2. Introducir las puntuaciones estándar y los percentiles
 3. Introducir el Índice de Calidad de vida

Dimensiones de Calidad de vida	Puntuaciones directas totales	Puntuaciones estándar	Percentiles de las dimensiones
Bienestar emocional			
Relaciones interpersonales			
Bienestar material			
Desarrollo personal			
Bienestar físico			
Autodeterminación			
Inclusión social			
Derechos			
Puntuación estándar TOTAL (suma)			
ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA (Puntuación estándar compuesta)			
Percentil del Índice de Calidad de vida			

Sección 1b. Perfil de Calidad de vida
 Rodee la puntuación estándar de cada dimensión y del Índice de Calidad de Vida.
 Después una los círculos de las dimensiones con una línea para formar el perfil.

Percentil	BE	RI	BM	DP	BF	AU	IS	DR	Índice de CV	Percentil
99	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	>130	99
95	15	15	15	15	15	15	15	15	122-130	95
90	14	14	14	14	14	14	14	14	118-121	90
85	13	13	13	13	13	13	13	13	114-117	85
80									112-113	80
75	12	12	12	12	12	12	12	12	110-111	75
70									108-109	70
65	11	11	11	11	11	11	11	11	106-107	65
60									104-105	60
55									102-103	55
50	10	10	10	10	10	10	10	10	100-101	50
45									98-99	45
40									96-97	40
35	9	9	9	9	9	9	9	9	94-95	35
30									92-93	30
25	8	8	8	8	8	8	8	8	89-91	25
20									86-88	20
15	7	7	7	7	7	7	7	7	84-85	15
10	6	6	6	6	6	6	6	6	79-83	10
5	5	5	5	5	5	5	5	5	68-78	5
1	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	<68	1