



**EVALUACIÓN DEL BIENESTAR SUBJETIVO
ENTRE ADULTOS MAYORES INTITUCIONALIZADOS
EN CUCUTA, NORTE DE SANTANDER**

Trabajo final de Máster

Máster en Intervención Social en las Sociedades del Conocimiento

Autora: Viviana Hernández Vergel
Director: Jesús Romero

EVALUACIÓN DEL BIENESTAR SUBJETIVO ENTRE ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS EN CUCUTA, NORTE DE SANTANDER

Autora: Viviana Hernández Vergel
Director: Jesús Romero

RESUMEN

Este informe reporta una investigación en torno al grado de bienestar propio que reconoce un grupo de adultos mayores institucionalizados en la ciudad de Cúcuta, Departamento del Norte de Santander, en Colombia. En correspondencia con la tendencia mundial, en el país la expectativa de vida ha aumentado significativamente en los últimos años. En este sentido, se hace preciso conocer no solo la proporción actual y las proyecciones demográficas en torno al número de adultos mayores, su salud y el acceso a asistencia sanitaria adecuada. Además de estos aspectos, es necesario conocer la percepción que este segmento de la población posee acerca de sus condiciones de vida (biológicas, psicológicas y ambientales), lo cual, en su conjunto, constituye el bienestar. La importancia de este tipo de mediciones radica en la necesidad de establecer políticas públicas de asistencia social para este segmento poblacional. Para la investigación se ha seleccionado una muestra aleatoria en la población de adultos mayores institucionalizados en asilos de ancianos de la ciudad de Cúcuta, Colombia. Como instrumento de recolección de datos se ha empleado la adaptación al español del perfil PERMA, de Butler y Kern (2016), que mide emociones positivas, compromiso, relaciones, significado y logros. Los resultados muestran un nivel de bienestar autorreportado medio. La edad resultó ser un factor de peso en la percepción del bienestar de los adultos mayores institucionalizados, no así la discapacidad, independientemente de su grado. La vinculación con el mundo laboral también incide significativamente en su percepción de bienestar integral. La prueba también estableció una correlación alta y significativa entre todas las dimensiones del modelo y la percepción de la salud. Las dimensiones consideradas, finalmente, resultaron predictores adecuados para la medición del bienestar.

Palabras clave: bienestar subjetivo, medición del bienestar, salud autopercibida, escala PERMA, adulto mayor institucionalizado,

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	6
1.1 Preliminares	6
1.2 Justificación	8
1.3 Objetivos	9
1.3.1 Objetivo general	
1.3.2 Objetivos específicos	
2. MARCO TEÓRICO	10
2.1 El adulto mayor y el concepto de vejez	10
2.2 El adulto mayor institucionalizado	14
2.3 El concepto social de bienestar	16
2.4 La medición del bienestar	18
2.5 El adulto mayor en Colombia. Situación actual de bienestar y perspectivas futuras	19
3. METODOLOGÍA	22
3.1 Diseño de la investigación	22
3.2 Población y muestra	22
3.3 Instrumentos de recolección de información	22
3.4 Resultados de la prueba piloto: Análisis de ítems	23
3.5 Confiabilidad de la escala	26
4. PRESENTACIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	28
4.1 Muestra analizada	28
4.2 Análisis de los resultados del Perfil PERMA	32
4.3 Análisis de las puntuaciones totales PERMA	36
4.4 Análisis del bienestar percibido	43
5. CONCLUSIONES	46
REFERENCIAS	48
ANEXOS	43

ÍNDICE DE TABLAS

1. Estadísticos total-elemento	24
2. Cambios sugeridos de acuerdo con los resultados de la prueba piloto	26
3. Distribución de la muestra analizada por sexo y estado civil	28
4. Ocupaciones asociadas al grupo analizado clasificados por sexo	29
5. Distribución de la muestra analizada por edad y sexo	30
6. Perfil académico y laboral de los encuestados	31
7. Condiciones de discapacidad asociadas	32
8. Perfil PERMA	34
9. Sentimientos negativos y percepción de salud	35
10. Estadísticos descriptivos para las puntuaciones totales de las dimensiones del Perfil PERMA	36
11. Prueba t para las distintas dimensiones del Perfil PERMA por sexo	37
12. ANOVA de un factor para las distintas dimensiones del Perfil PERMA por grupos etarios	38
13. Prueba t para las distintas dimensiones del Perfil PERMA por condición laboral	39
14. Prueba t para las distintas dimensiones del Perfil PERMA por padecimiento de discapacidad	39
15. ANOVA de un factor para las distintas dimensiones del Perfil PERMA por grado de discapacidad	40
16. Matriz de correlaciones de las puntuaciones del Perfil PERMA	41
17. Sentimientos de soledad y felicidad reportados por los entrevistados	43

ÍNDICE DE FIGURAS

1. Correlación ítem-total de los ítems que conforman el cuestionario de la prueba piloto	25
2. Histograma de frecuencias de las edades	30
3. Diagrama de dispersión entre las distintas dimensiones del PERFIL PERMA	42
4. Histograma de frecuencias de las puntuaciones totales de bienestar según el modelo PERMA	44
5. Diagrama de caja de las puntuaciones totales de bienestar según el Modelo PERMA	45

CAPÍTULO I INTRODUCCIÓN

1.1. Preliminares

Durante las últimas décadas del siglo pasado y en las casi dos del que transcurre, se ha visto cómo, a pesar de los numerosos factores en contra (la contaminación cada vez mayor, el ritmo de vida ajetreado y el estrés que lleva consigo como consecuencia, los cambios en la alimentación, el uso de sustancias químicas para el control de enfermedades y el aumento de la productividad en el cultivo y crianza de plantas y animales...) la expectativa de vida de la población mundial se ha acrecentado, y seguramente lo hará más todavía a futuro (OMS, 2017). Porque, si bien es cierto que hay factores que dificultan la vida en muchos lugares, en paralelo ocurre que, en general, existe mayor consciencia y control sobre los elementos que permiten mantener la salud y prolongar la vida por mucho más tiempo de lo que ha ocurrido nunca hasta ahora en la historia de la humanidad (Malvárez, 2007:520). El hecho es que vivimos cada vez más años¹ y, exceptuando lo que hay que exceptuar, con condiciones sanitarias (y gracias a ellas) también mejores.

Por otra parte (y aunque las estadísticas demográficas varían según qué países y regiones) ha habido una disminución global de nacimientos², lo cual, en conjunción con la prolongación de la vida, trae como consecuencia un envejecimiento general de la población, que irá en aumento en las generaciones siguientes³. En este sentido conviene prever políticas públicas en el ámbito internacional (y cada país en el suyo) a fin de afrontar el hecho de que hay una población mayor en aumento que necesitará atención y cuidados tanto desde la perspectiva sanitaria como social.

¹ En Colombia, según indican cifras del Banco Mundial (2017), la esperanza de vida ha aumentado durante el último medio siglo en más de 17 años, pasando de 56 72 años en 1960 a 74 18 en 2015. La tendencia, por lo demás, sigue en aumento.

² De acuerdo con Nieto Antolínez y Alonso Palacios (2007: 296), en la década de los sesenta “las colombianas tenían en promedio 6 7 hijos; hoy en día la tasa de fecundidad es de 2 6 hijos por mujer”.

³ Según datos del último censo de población llevado a cabo en Colombia (2005) el país tenía 3 777 900 habitantes mayores de 60 años, esto es, cerca del 9% de los 42 090 500 del país. Sobre la base de las proyecciones de población estratificada por edades de Naciones Unidas, cerca del 17 % de la población colombiana será mayor de 60 años en 2030 (Nieto Antolínez y Alonso Palacios, 2007: 295), lo cual quiere decir que en menos de 25 años la cantidad de adultos mayores se duplicará.

Ahora bien: el incremento en la edad no supone necesariamente el declive proporcional de la salud. No se trata de una ecuación matemática. Una visión positiva de la vejez, considerada no desde la perspectiva del déficit sino de manera provechosa, como etapa vital en la que pueden hallarse importantes momentos de satisfacción, fomenta la capacidad de las personas mayores para continuar hasta donde sea posible una vida independiente. En consecuencia, una de las metas más importantes de la planificación sanitaria de un país tendría que ser, por lo tanto, el incremento de la edad de las personas al margen discapacidades. Ello, en primer término, por un asunto de satisfacción individual y del colectivo de los adultos mayores, y en otro sentido, por el ahorro de costes para el sistema sanitario nacional.

Si bien es cierto que el envejecimiento de la población trae aparejada la posibilidad del empeoramiento de la salud física y psicológica (y la eventualidad consecuente de entrar en situación de dependencia) también lo es que la potenciación de los aspectos positivos de la vida repercuten en una sensación de bienestar que puede influir en la salud como un constructo más amplio que la ausencia de la enfermedad. En este sentido, conviene identificar y promover los factores que redundan en bienestar y fortalecen la salud entre los adultos mayores.

En efecto, un asunto es la pervivencia por periodos más extensos y otro distinto la satisfacción que encuentran las personas en esta prolongación de su periplo vital (Schwartzmann, 2003). En efecto, el alargamiento de la vida, ¿supone un nivel de satisfacción personal asimismo mayor?, ¿está acompañada la salud física relativa por una salud mental semejante?, ¿encuentran satisfacción en su vejez extendida los adultos mayores?

Estas interrogantes tendrán respuestas distintas, como no puede ser de otra forma, de acuerdo con los distintos contextos culturales, sociales, económicos y políticos que reflejan las realidades nacionales y regionales que rodean a las personas mayores (Satorres Pons, 2013; Brenes-Camacho, 2013). En todo caso, independientemente del lugar y las circunstancias, conviene conocer cuáles son los parámetros de satisfacción personal y cuáles los factores que inciden en el bienestar de los sujetos, a fin de comprender, por una parte, la evaluación subjetiva de lo que supone para ellos la felicidad y, por otra, suministrar a las entidades públicas información acerca de qué tipo de políticas y planes para el acompañamiento de los ciudadanos durante su vejez les serán más significativos. No hay que olvidar, en efecto, que los niveles de satisfacción con respecto a la vida se miden, claro está, sobre la base de ciertos estándares mínimos (cuyo conjunto define la calidad de vida) pero también, por el valor subjetivo que se les otorga (Satorres Pons, 2013). De este modo se

explica que haya gentes con menor posibilidad de acceso a los bienes del desarrollo y la cultura y que, sin embargo, demuestran un grado de felicidad mayor que otras en mejores circunstancias; o el hecho de que gente en condiciones semejantes tenga un nivel de satisfacción mayor o menor respecto de ellas. Estas diferencias en la percepción de las condiciones reales de calidad de vida es lo que se conoce como evaluación mental subjetiva del bienestar.

En este contexto, esta investigación se propuso evaluar los niveles de bienestar mental que manifiesta la población adulta mayor de la ciudad de Cúcuta, en Colombia, con respecto a sus condiciones de vida. Para esta medición se empleó un instrumento estandarizado: la prueba PERMA para la medición del bienestar mental subjetivo. A fin de conseguir tal propósito, se aplicó dicha prueba en una muestra representativa del colectivo estudiado. Con ello se analizó, en primer término, la adecuación del instrumento (y su necesaria adaptación) a la realidad colombiana. En segundo lugar, se establecieron los niveles de satisfacción mental (esto es, de evaluación subjetiva de la realidad) respecto de los factores objetivos de la realidad que viven los adultos mayores de la ciudad de Cúcuta.

1.2. Justificación

En la actualidad existe un interés creciente por parte de distintos organismos internacionales, como la OCDE y la ONU, por generar indicadores de progreso distintos de medidas objetivas tales como el ingreso mínimo y el PIB (OCDE, 2014; PNUD 2015). La razón de este interés radica en el hecho de que las medidas cuantificables en cifras no siempre reflejan la percepción de bienestar y felicidad que expresan personas de distintas culturas y niveles socioeconómicos. En este sentido, indicadores como el bienestar subjetivo (Seligman, 1998), entendido como la evaluación que la gente hace de su propia situación de vida en términos de satisfacción y felicidad, constituye un elemento emergente y atractivo para la formulación de políticas de Estado relacionadas con el empoderamiento, el bienestar físico, personal, social, cultural y político de los ciudadanos. Las medidas de bienestar subjetivo incluyen aspectos tales como la percepción de la felicidad, el afecto positivo, la calidad de vida y su relación con factores familiares, económicos, laborales, sociales, políticos y personales. Este conjunto de factores permiten segmentar, discriminar y comparar grupos humanos y regiones. El conocimiento derivado de estos estudios, por su parte, permite establecer los niveles de bienestar y eventualmente tomar acciones que permitan mejorar aspectos de la vida concebidos como prioritarios para las personas, aunque no necesariamente coincidan con los parámetros cuantificables. En este sentido, la presente investigación busca evaluar la

aplicabilidad de un modelo de medición de bienestar subjetivo, la escala PERMAN, a la población colombiana mayor de la ciudad de Cúcuta. Los resultados permitirán, por una parte, establecer la adecuación del instrumento y el modelo a la sociedad colombiana, y, por la otra, proporcionar al Estado conocimiento de la percepción que sus ciudadanos tienen sobre su propio bienestar a fin de implementar políticas orientadas hacia su mejor cuidado, al mantenimiento de relaciones sociales óptimas y a un desempeño como personas activas en sus comunidades.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general:

Establecer el nivel de bienestar mental subjetivo reportado por adultos mayores institucionalizados en la ciudad de Cúcuta, Colombia.

1.3.2. Objetivos específicos:

- a) Validar la aplicabilidad de la escala PERMA de bienestar mental subjetivo al contexto colombiano.
- b) Establecer la existencia de diferencias significativas entre las dimensiones que componen el modelo PERMA del bienestar mental subjetivo (emociones positivas, compromiso e involucramiento, relaciones, propósito y significado, sentido del logro).
- c) Determinar las dimensiones que explican mejor el nivel de bienestar mental subjetivo en la población de adultos mayores institucionalizados en la ciudad de Cúcuta, Colombia.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. El adulto mayor y el concepto de vejez

Muchas han sido a lo largo de la historia de las ciencias de la salud las definiciones y puntos de vista acerca de la etapa de la vida correspondiente a la adultez mayor. La denominación misma se ha sido variable: vejez, segunda madurez, senectud, ancianidad, tercera edad, senilidad, adultez mayor. Y también ha cambiado con el tiempo (principalmente conforme aumenta la esperanza de vida en la población) el momento a partir del cual se considera a una persona como adulto mayor⁴. Algunas denominaciones hacen referencia al estado (p.e., *vejez*) y otras al proceso (v.g., *senectud*). En ocasiones, ciertas denominaciones se privilegian o limitan por razones de orden político y administrativo⁵. También se ha reevaluado la propia identidad de este colectivo, que ha asumido posición e incluso formas de vida alternativas a las tradicionales acerca de su propia circunstancia. En efecto, la esperanza de vida no solo se asocia a un periplo vital más dilatado sino a que las personas mayores han cambiado su autopercepción social y han adoptado estilos de vida nuevos y nuevas opiniones acerca de su posición en el entramado social (Triadó y Posada, 1997).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012) el envejecimiento se define como el proceso fisiológico que ocasiona cambios (positivos, negativos o neutros) característicos de la especie durante todo el ciclo de la vida. Estos cambios pueden ser físicos, biológicos y psicológicos y acarrear vicisitudes en las relaciones sociales y con el entorno físico.

⁴ El ciclo vital mismo posee distintas perspectivas según sean las condiciones sanitarias nacionales y regionales. Las mujeres japonesas, por ejemplo, poseen una esperanza de vida superior a los 86 años, mientras que la de un varón en Sierra Leona no alcanza los 50 (OMS, 2016). En la actualidad, el inicio de la adultez mayor se cifra entre los 60 y 65 años, que es la edad de jubilación promedio en los países desarrollados. A partir de los 80 años se habla cada vez con mayor frecuencia de la cuarta edad. En Colombia, la ley 1276 de 2009 señala que es adulto mayor quien tenga 60 años de edad o más, pero que una persona entre los 55 y 60 podrá ser incluida en esta denominación si sus condiciones de desgaste físico, vital y psicológico así lo determinan. Para acceder al cobro de pensiones se requieren 57 años si se es mujer y 62 en el caso de los hombres.

⁵ Así, por ejemplo, en Colombia una sentencia de la Corte Constitucional (Sentencia T-138/10) establece que pertenece a la tercera edad quien tenga una edad superior a la expectativa de vida oficialmente reconocida: 72 años para los hombres y 78 años para las mujeres.

Según esta perspectiva, el proceso vital de una persona supone una serie de transformaciones orgánicas, psíquicas y sociales entre dos hitos: el nacimiento y la muerte. De este modo, la vejez no se concibe como un estadio de declive, sino como parte de un proceso más general de transformaciones constantes. Desde luego, existe una relación entre edad y salud, pero no se trata de una ecuación aritmética causal (a mayor edad, menos salud). Prueba de lo anterior es que se puede tener una salud frágil siendo muy joven o alcanzar edades propectas sin patologías incapacitantes. Así pues, la vejez no es sinónimo de enfermedad, ni de discapacidad ni dependencia.

Esta concepción de la vejez, sin embargo, no ha sido (ni lo es aún) universal. De hecho, ha habido una larga tradición de consideraciones (tanto sociales como científicas) acerca de la vejez y el envejecimiento basadas en tres importantes dimensiones: biológica, psicológica y social (Ramos Esquivel et al, 2009: 50).

En efecto, las primeras definiciones dentro de las ciencias médicas acerca de la vejez tuvieron una perspectiva fundamentalmente biológica, centrada en la teoría del déficit, y de acuerdo con la cual la vejez consiste en la etapa terminal de la vida, caracterizada por la mengua de facultades físicas y limitaciones funcionales que final e irremediabilmente conducen al colapso orgánico, estos es, a la muerte. La concepción biológica explica el envejecimiento como consecuencia del desgaste natural de los órganos y sistemas del cuerpo, la incapacidad creciente para contrarrestar la constante agresión del medio ambiente y la necesidad del organismo de producir energía a través de las funciones metabólicas que generan productos tóxicos y ponen en peligro el funcionamiento adecuado del organismo y la reparación celular (Alvarado García y Salazar Maya, 2014). De acuerdo con este punto de vista, el envejecimiento es un proceso natural y general en todas las especies vivas.

Lansing (1959), por ejemplo, definió la vejez como “un proceso progresivo, desfavorable, de cambio ordinariamente ligado al paso del tiempo histórico, que se vuelve perceptible después de la madurez y concluye invariablemente en la muerte”. Las definiciones más modernas, como la de Pérez y Sierra (2009: 296), siguen un patrón semejante: “proceso paulatino y gradual de deterioro de la capacidad funcional del organismo, posterior a la madurez, y que a la larga conduce a la muerte del mismo”. Sin embargo, es importante acotar que la medicina contemporánea no considera que la vejez sea una enfermedad, aunque establece que el proceso de deterioro de la capacidad funcional hace al individuo más vulnerable al resentimiento de la salud. Así, las enfermedades no constituyen parte del proceso de envejecimiento sino una de sus consecuencias.

A partir de la psicología han aparecido definiciones alternativas a la biológica, que asocian la vejez con la merma de los procesos psicológicos básicos y la disminución de las capacidades adaptativas. Las teorías en las que se enmarcan han considerado como factores constitutivos del envejecimiento elementos de carácter cognitivo, de personalidad y de estrategias de manejo de las circunstancias propias de la madurez adulta. En este sentido, el envejecimiento no tiene únicamente carácter orgánico, sino un importante componente psíquico y otro de carácter social, que desempeñan un papel fundamental para la flexibilidad al cambio y la adaptabilidad a nuevos entornos, la facultad de establecer relaciones armónicas con otras personas y situaciones, incluyendo nuevos conocidos y nuevas circunstancias, de disfrutar los aspectos satisfactorios de la vida y sobrellevar y superar positivamente las dificultades y obstáculos. La impermeabilidad al cambio, la ausencia de proyectos, el anclaje en los recuerdos y la incapacidad de disfrute de la vida, junto con la queja constante son, por el contrario, síntomas de envejecimiento. Esta visión negativa de la vejez se encuentra en autores como Havighurst (1953), que afirma que esta es la etapa de la vida en la que el individuo debe "adaptarse al deterioro de la salud y de la fuerza física, adaptarse a la jubilación y a la disminución de los ingresos, adaptarse a la muerte del cónyuge, establecer una filiación con el grupo de edad y establecer rutinas satisfactorias de vida" (Satorre Pons, 2013: 35).

Pero hay quienes tienen una idea más positiva y dinámica de la vejez y la plantean en términos como la del enfoque del ciclo vital, de acuerdo con el cual la vida es un continuum de desarrollo multidireccional, multidimensional y plástico, en el que no existen trayectorias únicas de desarrollo y en cuyo transcurso se producen continuidades y discontinuidades de todo tipo en el contexto de una sociedad cambiante (Baltes et al., 1998).

Desde las ciencias sociales han aflorado nuevos enfoques que amplían la perspectiva biológica y se refieren a la madurez como una etapa más de la vida que no supone necesariamente involución (o al menos no es su característica más definitiva) y que, como cualquier otro momento vital, posee beneficios y limitaciones (Ramos Esquivel et al, 2009). En todo caso, se trata de periodo de adaptación, más o menos exitosa, según se asuma, de una etapa de la vida, eso sí, con menos protagonismo e influencia social.

Teorías como la de la desvinculación consideran que una manera natural de asumir la vejez consiste en la restricción voluntaria de la interacción social, que se sustituye por un grado mayor de preocupación de la persona por sí misma. Pero desde una perspectiva diametralmente opuesta, la teoría de la actividad sostiene que la vejez puede ser un tiempo importante de autorrealización si se asume de manera diligente y emprendedora.

Se ha comprobado, en efecto, que quienes ocupan su tiempo y energías de manera activa tienen mayor capacidad de adaptación y están más satisfechos con la vida. Esta actitud raramente se inicia en la adultez mayor y supone más bien cierta continuidad con estilos de vida previos, con hábitos y gustos desarrollados en etapas anteriores del desarrollo. (Alvarado García y Salazar Maya, 2014). La teoría social del envejecimiento activo y positivo supone un importante soporte para la promoción de estilos de vida saludables que favorezcan la felicidad mucho antes de alcanzar la adultez mayor.

En todo caso, desde a la perspectiva social se considera que la vejez es una situación del desarrollo humano que si bien está en relación con la edad, tiene que ver con una circunstancia multidimensional que supone una serie de cambios psicosociales y físicos. Tales cambios son por una parte de carácter personal, con la especificidad biológica del individuo (no todas las personas envejecen al mismo tiempo ni de la misma manera), pero están también relacionados de la cultura y la sociedad, con los estilos de vida colectivos y la consideración de la oposición entre juventud, madurez y vejez. En este sentido, la vejez no es una experiencia individual, sino social. (Ramos Esquivel et al, 2009: 53)

En las últimas décadas ha aparecido también la noción de envejecimiento poblacional⁶, que tiene que ver con el “incremento del número de adultos mayores con respecto al conjunto de la población a que pertenecen” (Alonso Galbán et al, 2007: 2).

Así, pues, la noción tradicional de vejez como última etapa de la vida, relacionada con el declive del potencial físico, intelectual y social del individuo ha dado paso a una consideración de esta época como parte de un proceso de desarrollo complejo y continuado. En esta fase, la enfermedad y la incapacidad pueden o no estar presentes (y si lo están, en grado variable), pero en cualquier caso, la visión moderna de la adultez mayor incluye la necesidad de atender al sujeto desde una perspectiva múltiple en la que prevalezca la potencialización de los valores positivos por encima de las limitaciones y minusvalías.

Esta visión de la persona no solo tiene que ver con la necesaria estima del individuo y el respeto que merece, sino además con la construcción de un estilo de sociedad en el que la inclusión prevalezca sobre la diferencia, y en la que los niveles de satisfacción individual y la perspectiva de bienestar futuro para las personas que todavía no han llegado a la vejez sean

⁶ Se calcula que en el 2050 el número de personas de más 60 años pasará de los 600 millones actuales a casi 2000 millones, con lo cual el porcentaje de personas en este rango de edad se duplicará, pasando un 10% a un 21%. Ese incremento será mayor y más rápido en los países en desarrollo, donde se prevé que la población anciana se multiplique por cuatro en los próximos 50 años (Organización Mundial de la Salud, 2002)

favorables. En efecto, desde la perspectiva social (e incluso económica) el estímulo de hábitos que conduzcan a situaciones de bienestar incide, finalmente, en la elección de modos de vida en etapas de la vida anteriores que repercuten en el bienestar social presente y futuro.

2.2. El adulto mayor institucionalizado

Dentro de la gerontología y el trabajo social, se entiende por adulto mayor institucionalizado la persona de la tercera edad que por voluntad propia, recomendación médica o incapacidad de parientes y cuidadores para asistirlo, reside o pasa buena parte del día en establecimientos de larga estancia, internamente administrados y dedicados al cuidado y atención de personas mayores. La condición de enfermedad o incapacidad no se encuentra necesariamente presente en la persona que se halla institucionalizada. De hecho, muchos de quienes residen en estos centros lo están en condiciones de salud física y mental que les permiten funcionar socialmente y cuidarse por sí mismas, pero en previsión de eventualidades sanitarias y para la socialización con individuos en circunstancias similares (personas mayores, jubiladas, en riesgo de autoexclusión social o fragilidad biológico-funcional contingente) acuden a un centro de cuidado aun antes de necesitar asistencia para el suyo propio. Tan es así, que no todas las personas que acuden a estas instituciones lo hacen en régimen completo, pues bastantes acuden a los centros de día, participan en las distintas actividades que en ellos se llevan a cabo, y regresan a sus casas a pasar la noche (a veces también el fin de semana) y diligenciar allí parte de su actividad privada y, si es el caso, la vida familiar.

La conveniencia sobre el internamiento de personas mayores ha sido ampliamente discutida. Y hay opiniones y estudios de todo tipo. Algunos explican el impacto que supone para una persona con menor flexibilidad adaptativa salir de su entorno cotidiano, en el que ha permanecido largo tiempo de manera autónoma, para acudir a un sitio distinto, en el que se encuentran personas desconocidas y en el que debe someterse a reglas y normas que no son las suyas. Además del entorno nuevo, debe enfrentarse al hecho de que por regla general no puede portar consigo más que algunos pocos efectos personales en razón del espacio que ocupará en el centro y a que el mobiliario está determinado en función de las limitaciones de movilidad de quienes allí habitan.

Desde otra perspectiva, hay investigaciones que muestran que las instituciones que albergan adultos mayores pueden constituir un valioso recurso para que las personas optimicen su estado de salud y bienestar, un importante factor restaurador cuando su salud está comprometida, un espacio nuevo de socialización y ocasión de renovación y de

redimensionamiento de la vejez para la persona mayor. En efecto, muchos llegan a estas instituciones después de la independización de los hijos, la pérdida de la pareja y una vida de mucho tiempo en soledad, visitado de vez en cuando por parientes y amigos cuyo tiempo es escaso y que no comprenden la situación de la persona adulta, que su parte se queja justamente de soledad e incompreensión. El hallarse con pares (en edad y condición) y al cuidado de especialistas puede conseguir un valioso acompañamiento en su circunstancia.

Pero además, las instituciones para el cuidado del adulto mayor tienen entre sus rutinas una serie de actividades de carácter social, lúdico y preventivo de problemas de salud que pueden sustituir ciertas prácticas cotidianas tendentes al aislamiento y la tristeza por otras que supongan una nueva experiencia de la madurez con perspectivas y proyectos que procuran el bienestar y el contentamiento de las personas.

Por otra parte, la cantidad y calidad de los centros es variable según los países y regiones, y dependiendo de la fuente de financiación que reciban (públicos, concertados, privados, benéficos) y del personal (más o menos profesional) a cargo. En Colombia, su número es reducido. En efecto, según el censo de 2005 (DANE), el 98.8% de los colombianos mayores de 65 años conviven con sus familias. Y al menos en uno de cada cuatro hogares colombianos vive un adulto mayor. (Dulcey-Ruiz, Mantilla y Carvajal, 2004). Ello quiere decir que las redes de apoyo fundamental para el adulto mayor colombiano son principalmente las familiares y en ocasiones las redes secundarias, conformadas por vecinos y amigos. (Cardona, Estrada y Agudelo, 2003). El recurso a entidades privadas o gubernamentales instituidas dentro de las estructuras sociopolíticas del Estado en Colombia es, pues, escaso, sobre todo cuando se compara con países desarrollados⁷. Sin embargo, se prevé que en función del envejecimiento paulatino de la población colombiana, el número de centro para la atención de mayores se incrementará y por eso el Estado ha establecido las políticas iniciales para su regulación. (Ministerio de la Protección Social. Colombia, 2008).

El funcionamiento de los establecimientos para la atención del adulto mayor están regulados en muchos lugares mediante normativa legal, que establece las condiciones, tanto sanitarias como estructurales, indispensables para la adecuada atención de las personas de las que se ocupan. En principio, deben contar con infraestructura apropiada y personal asistencial con formación profesional apropiada. Las condiciones de las instituciones, como resulta obvio,

⁷ De acuerdo con la OCDE, para 1998 los adultos mayores de 65 años institucionalizados en Italia, Reino Unido y Suecia, por solo poner tres ejemplos, era de 3.9, 5.1 y 8.7% respectivamente, y, en ese mismo orden, recibían asistencia oficial en el hogar 2.8, 11.0 y 11.2%

varían de país en país, y en muchos casos, de si los centros son de carácter público, benéfico o privado. Ninguno de estos tipos de administración supone *per se* una mejor atención, pues la legislación, tradición y cultura varían de una sociedad a otra.

En Colombia, como se ha mencionado, las directrices de calidad para el funcionamiento de estas instituciones están establecidas por el Ministerio de Salud mediante los *Estándares de calidad para instituciones que atienden personas mayores* (Ministerio de Salud, Ley 1251 de 2008), y se aplican a cuatro tipos de entidades, a saber: centros de día o vida, centros de bienestar para personas adultas mayores (también llamados centros de protección, hogares geriátricos u hogares gerontológicos), centros de atención domiciliaria y centros de teleasistencia domiciliaria. Las características de cada uno se describen a continuación:

- a) Centros residenciales para personas mayores: Centros destinados al albergue permanente o temporal de personas mayores, donde se ofrecen servicios de hospedaje, sociales, de bienestar y cuidado integral a la persona mayor.
- b) Centros de día para personas mayores: Centros que funcionan en horario diurno, generalmente ocho horas diarias durante cinco o seis días a la semana, orientada al cuidado y bienestar integral de la persona mayor y promoción social.
- c) Centros de atención domiciliaria para personas mayores: servicios orientados al cuidado y bienestar de la persona mayor, en la residencia del usuario.
- d) Centros de teleasistencia domiciliaria: servicios orientados a la asistencia telefónica en crisis personales, sociales o médicas de las personas mayores, para proporcionar seguridad y mejorar la calidad de vida, mediante el contacto inmediato con un centro de atención especializada.

2.3. El concepto social de bienestar

La noción de bienestar y su estudio se incorpora tardíamente a la psicología, asociada, además, a la medición de calidad de vida en relación con determinadas variables cuantificables tales como nivel de ingresos, calidad de la vivienda, acceso a servicios públicos, nivel educativo, etc. De hecho, los primeros estudios sobre bienestar se hicieron bajo la etiqueta nivel de vida, y las variables que lo medían eran de carácter fundamentalmente

socioeconómico, o más bien económico, directamente. Esta visión del bienestar asociada a la posesión y acceso de determinados bienes y servicios prevalece en muchas mediciones actuales, sobre todo las que los gobiernos e instituciones emplean para determinar la calidad de vida de los ciudadanos. En los censos estatales, por ejemplo, las medidas demográficas ocupan un lugar privilegiado y las proyecciones sobre la calidad de vida de las personas se establecen sobre la información que revelan. De este modo, un importante número de investigaciones se han destinado a establecer correlatos demográficos y las variables objetivas que han sido vinculadas con el bienestar humano: sexo, edad, clase social, estado civil, salud o nivel de ingresos.

No obstante la utilidad de indicadores objetivos para la medición de la calidad de vida (principalmente para las instituciones y los gobiernos), tales factores se muestran insuficientes para el establecimiento de los niveles de satisfacción individual y social de las personas. Es evidente que no siempre la satisfacción de necesidades materiales está acompañada de bienestar. En este sentido, los estudios sobre este concepto se han ampliado, incluyendo factores perceptuales y subjetivos acerca de la felicidad. En este sentido, Veenhoven (1994), refiere que la calidad de vida incluye dos perspectivas: el conjunto de condiciones necesarias para la posesión de un buen nivel de vida, por una parte, y por la otra, la capacidad para disfrutar de la vida. Como es de suponer, esta segunda dimensión incluye la valoración subjetiva de las condiciones externas, esto es, de la percepción del propio sujeto sobre su vida y sus condiciones materiales. Más que de nivel de vida, esta nueva orientación se refiere al *bienestar*, cuya base se encuentra en la percepción del individuo sobre la satisfacción de sus necesidades materiales, afectivas y sociales. Y también sobre la autoestima y los niveles psicológicos de satisfacción consigo mismo. En este sentido, Lawton (1983) propone la noción del *buen vivir*, fundamentado en cuatro categorías, tres de las cuales son de carácter psicológico: a) la competencia conductual, que se refiere a la capacidad funcional y a la posesión de una salud adecuadas, un buen comportamiento social y unas funciones mentales preservadas; b) el bienestar psicológico, que tiene que ver con la congruencia entre los objetivos deseados y alcanzados en la vida, un buen estado de ánimo y un nivel afectivo óptimo; c) la calidad de vida percibida, asociada a la satisfacción de la persona consigo misma, con la familia y los amigos, con su trabajo, y también la satisfacción en torno a las actividades que realiza o el lugar donde vive y d) el medio ambiente objetivo, las características del entorno físico donde desarrolla la vida el sujeto. (García Martín, 2002: 20).

El resultado de cambio de perspectiva en la medición de la calidad de vida ha traído como consecuencia una sustitución paulatina de este término, al menos en las ciencias sociales, por el constructo *bienestar*, más adelante *bienestar subjetivo*, que alude a las condiciones

físicas del entorno del individuo, pero principalmente a la evaluación en términos de satisfacción que hace sobre tales condiciones.

Aunque se trata de un constructo teórico raramente definido incluso por quienes lo emplean, se entiende por bienestar subjetivo la evaluación que la gente hace de su propia vida en términos de satisfacción y felicidad y cuya medida abarca la felicidad, el afecto positivo y la calidad de vida, su relación con factores familiares, económicos, laborales, sociales, políticos y personales que permiten a los investigadores e instituciones segmentar, discriminar y comparar entre grupos y regiones y conocer los niveles de apreciación de las condiciones de vida y tomar acciones para mejorar los aspectos deficitarios que reportan sus habitantes.

2.4. La medición del bienestar

Como se sabe, el bienestar es un concepto subjetivo, que tiene que ver más con la sensación de sentirse a gusto que con el disfrute de las condiciones objetivas que en principio producen este efecto. Se puede estar más o menos bien aunque las condiciones externas sean las mismas. El asunto casi siempre tiene que ver principalmente con el punto de vista subjetivo.

Por ello, la medición del bienestar, si bien se basa en ciertas garantías materiales relacionadas con la satisfacción de necesidades vitales básicas (tales como la preservación de la vida, la integridad física, una alimentación suficiente y adecuada, el resguardo del cuerpo frente a las inclemencias externas mediante habitación y vestimenta apropiada y la atención sanitaria) depende sobre todo de la actitud que se asume frente a la cobertura de las expectativas que se consideran individual y socialmente indispensables. Ello explica que las perspectivas de bienestar sean distintas en distintas culturas y geografías, e incluso entre personas de una misma colectividad. El bienestar, pues, no es una categoría medible objetivamente, sino que está asociada a perspectivas culturales e individuales.

Ahora bien: es un hecho que el nivel de satisfacción vital de los individuos influye en su percepción de la realidad y en su propio funcionamiento vital. Una persona dotada de la capacidad de superación de la adversidad y de relativización de los aspectos negativos por otorgamiento de valor a los positivos posee un potencial mayor de felicidad que otra que se concentra en lo negativo. En relación con los aspectos asociados a la salud y el envejecimiento, lidiará mejor con sus circunstancias quien asuma las dificultades asociadas como aspectos constitutivos de un estadio del desarrollo vital, pero no el único, ni siquiera el

central, sino concomitantes en una etapa llena de tantos desafíos y de esfuerzos por la conquista de la felicidad como cualquiera anterior.

Desde la perspectiva social, conviene desarrollar actitudes positivas en cualquier momento del ciclo vital. Además de mayores posibilidades de integración social y felicidad individual hay que sumar la repercusión que estos estados de bienestar tienen sobre los sujetos, individualmente y desde la perspectiva colectiva (social, sanitaria, económica). En efecto, personas sanas (física y emocionalmente) contribuyen al desarrollo de un equilibrio emocional social, a la integración y consideración del adulto mayor al conglomerado social, al mejoramiento de la perspectiva general de la población acerca de su propio envejecimiento futuro mejor e incluso a un mejor aprovechamiento de los bienes materiales a disposición mediante ahorros en el sector sanitario. En efecto, personas sanas (tanto desde la perspectiva física como psicológica y social) se integran más positivamente en el entramado colectivo.

Puesto que el bienestar de los individuos no es una categoría cuantificable mediante parámetros externos tales como el nivel de ingresos, la posesión de vivienda, la independencia física o la ausencia de enfermedad, se han ideado distintos modelos de medición de la felicidad a través de parámetros perceptuales. En efecto, la medición de bienestar es más bien la medición de la *sensación* de estar bien. Y aunque el bienestar sea, como queda dicho, una categoría elusiva, pueden establecerse niveles de satisfacción o insatisfacción sobre las condiciones de vida de manera indirecta.

2.5. El adulto mayor en Colombia. Situación actual de bienestar y perspectivas futuras

Con el fin de poder establecer las condiciones para medir adecuadamente los niveles de bienestar subjetivo entre la población adulta mayor en Colombia, conviene examinar con anterioridad los indicadores demográficos disponibles acerca de las condiciones de vida actual de este segmento de la población y las políticas públicas del Estado, su aplicabilidad real y las perspectivas futuras que se tienen en aras de su adecuada atención, tanto en términos de asistencia sanitaria como psicológica y social.

La población colombiana, como la del planeta en general, envejece. En efecto, la correlación entre las tasas de natalidad (en mengua) y la expectativa de vida (en aumento), han resultado en un aumento del promedio de edad poblacional y del contingente de personas mayores. Para la fecha del último censo (2005), Colombia tenía 3.777.900 adultos mayores de 60 años (aproximadamente 9% del total de la población, cifrada en 42.090.500 personas). Las

proyecciones de la división de población de Naciones Unidas, por otra parte, señalan que cerca del 17 % de la población colombiana será mayor de 60 años en 2030 y la edad promedio se ubicará en 35 años, mientras en el 2005 se calculó en 26 años. (Nieto Antolínez y Alonso Palacios, 2007: 295).

Ante el fenómeno general de envejecimiento mundial, la ONU ha organizado, con un intervalo de veinte años, dos Asambleas Mundiales sobre el Envejecimiento, la primera en 1982 y la siguiente en el 2002. En ambas, además de las cifras sobre el incremento de la población adulta mayor, se establecieron las políticas necesarias para mejorar las condiciones de vida a los adultos mayores y las perspectivas futuras de quienes engrosarían en un plano mediano este contingente.

A la luz de estas reuniones se develó que los servicios prestados al adulto mayor en Colombia antes de 1991 eran fundamentalmente de carácter asistencial. Pero de estas dos asambleas, principalmente de la segunda, celebrada en Madrid, se adoptaron resoluciones de acción con el fin de arrostrar adecuadamente las nuevas condiciones derivadas del cambio demográfico. Entre tales acciones se previó la gestión para la generación de empleo, el mejoramiento del nivel de vida, planes de recreación, creación de espacios para el conocimiento, fortalecimiento de la solidaridad, acceso a alimentos y reducción de la pobreza para el logro de entornos emancipadores y propicios. (Nieto Antolínez y Alonso Palacios, 2007: 298)

Sin embargo, la realidad colombiana de la actualidad dista bastante de tales acuerdos. En cuanto a ingresos y seguridad económica, solamente una de cada cuatro personas mayores disfruta de pensión, cuya cuantía (menos de 40 dólares), por otra parte, resulta insuficiente para la cobertura de gastos alimentarios y de salud. La posibilidad de que quienes carecen de una pensión satisfagan sus necesidades mediante su inserción en el mercado laboral, por otra parte, resultan impracticables en la realidad sociocultural colombiana, que considera la edad madura como obsoleta para el trabajo.

En lo que respecta a la atención sanitaria, las condiciones no son mejores. Si bien existe legislación que protege al adulto mayor en cuanto parte del grupo poblacional de alta vulnerabilidad y de cuidado especial (Ley 100 de 1993), la realidad es bastante más precaria. En efecto, el suministro de los medicamentos y tratamientos adecuados no alcanza a toda la población de manera equitativa, ni siquiera en la sanidad privada, y faltan profesionales sanitarios especializados en las ramas de geriatría y gerontología.

Las barreras arquitectónicas, tanto del urbanismo público como en el diseño y construcción de residencias particulares, siguen en buena proporción sin resolución. Y en lo concerniente a recreación y esparcimiento, aunque existe un Plan Nacional de Recreación para la tercera edad, las iniciativas existentes pertenecen casi exclusivamente al sector privado.

Tampoco en cuanto a la posibilidad de formación académica se cuenta con productos tangibles en proporción sustancial, pues no existen planes de estudios universitarios destinados para personas mayores. Otros países latinoamericanos (Argentina, Chile, Costa Rica, Cuba), en cambio, poseen programas destinados a la población adulta mayor, de los que egresan cada año varios centenares de graduados.

Uno de los factores que seguramente influye en la insuficiente atención al adulto mayor tiene que ver con su invisibilización. En efecto, no existen cifras claras ni información exhaustiva a disposición pública acerca de su situación. Tampoco existe confrontación visible y disponible entre las políticas de atención del adulto mayor y la realidad de su aplicación. En este sentido, se hace necesario establecer las condiciones objetivas en que se encuentra este estrato generacional, lo mismo que su percepción de bienestar (o insatisfacción) con respecto a sus circunstancias de vida. En palabras de Nieto Antolínez y Alonso Palacios (2007),

Es necesario aproximarnos más a su realidad en aspectos como el reconocimiento de sus necesidades en distintos aspectos, entre otros: su salud mental y física, su grado de dependencia, su entorno familiar, su situación en términos de ingresos, transferencias intergeneracionales, la percepción de sí mismos, de las generaciones con quien convive y del entorno en general, sus condiciones laborales, entre otros múltiples aspectos. (p. 299)

Toda acción que contrbuya con un conocimiento integral de la situación del adulto mayor en Colombia, incluyendo, cómo no, su propia percepción de los factores vinculados con su calidad de vida, resultará útil para la atención apropiada de este sector de la población y la proyección de necesidades futuras en función del incremento de tal segmento. Esta prevención sobre las necesidades actuales y futuras del adulto mayor en Colombia, por lo demás, debe girar de perspectiva: de la asistencial ante la enfermedad hacia el incentivo de la cultura positiva del bienestar.

CAPÍTULO III METODOLOGÍA

La investigación se propone como un estudio de naturaleza cuantitativa, con características de investigación psicométrica, mediante la cual se pretende evaluar las propiedades técnicas de los instrumentos de mediación (confiabilidad, validez y sensibilidad cultural).

3.1. Diseño de la investigación

La investigación se ha llevado a término en la Universidad Santander. No obstante el establecimiento de límites geográficos, se estima que, de acuerdo con las características y propósitos del estudio, los resultados tendrán alcance nacional.

3.2. Población y muestra

La población está representada por el conjunto de los adultos mayores institucionalizados en Asilos de Ancianos de la ciudad de Cúcuta, Colombia, conformada por cinco instituciones con un aproximado de 250 sujetos.

En cuanto a la selección de la muestra y determinación de su tamaño adecuado, se aplicó el Muestreo Aleatorio Simpe (MAS) para poblaciones finitas. Se manejó un nivel de confianza del 95% y un tamaño de error no mayor al 5%.

3.3. Instrumentos de recolección de información

El modelo adaptado es el Perfil PERMA de Butler y Kern (2016), que mide los cinco pilares del bienestar definidos por Seligman (2011): emociones positivas, compromiso, relaciones, significado y logros. Además, evalúa tres factores independientes, a saber: salud, emociones negativas y soledad. Está compuesta por 23 ítems, 15 de los cuales evalúan los cinco pilares del bienestar (tres ítems para cada factor) y uno que representa el 'bienestar general', que figura como ítem criterial. Cada ítem se propone en una escala Likert de 11 puntos. Según la naturaleza del enunciado la escala va de 0 (nunca) a 10 (siempre) o de 0 (nada) a 10 (completamente). Butler y Kern (2016) sugieren en sus estudios que la versión en inglés de

esta escala es aceptable y fiable. Los ítems de la escala han sido adaptados al contexto; con anterioridad a su aplicación se han establecido la confiabilidad y la validez del instrumento.

El procedimiento seguido para la construcción de la escala de actitudes fue el propuesto por Morales, Urosa y Blanco (2003), que se puede resumir, siguiendo un orden más lógico que cronológico, en los siguientes pasos:

1. Definir la actitud que se desea medir.
2. Redactar los ítems.
3. Determinar el modo de respuesta y el número de respuestas adicionales.
4. Preparar la clave de corrección.
5. Preparar preguntas o instrumentos adicionales en previsión de los estudios para comprobar la validez.
6. Analizar los ítems: analizar si discriminan y si se pueden considerar indicadores del mismo rasgo.
7. Obtener datos de una muestra.
8. Comprobar la fiabilidad general de la escala.
9. Seleccionar los ítems definitivos.
10. Comprobar la validez y otros análisis posteriores.

3.4. Resultados de la prueba piloto: Análisis de ítems

Una vez recodificados los ítems inversos se procedió a calcular el Alfa de Cronbach y la correlación ítem total. El valor de Cronbach para la escala global alcanzó el 0,95 y la correlación ítem total (Ver tabla 1) permitió valorar la calidad de cada ítem individual en función de su índice de discriminación y la correlación con el conjunto.

Tabla 1
Estadísticos total-elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
A1	73.93	779.720	.871	.951
E1	74.23	785.013	.825	.952
P1	74.20	800.579	.608	.954
N1	74.23	816.392	.580	.955
A2	74.20	797.062	.735	.953
P2	74.40	803.076	.666	.954
N2	74.03	810.516	.581	.955
A3	73.50	788.052	.762	.952
N3	73.13	835.085	.298	.959
E3	73.23	746.392	.888	.950
M3	74.00	779.724	.818	.952
R1	73.20	820.924	.345	.959
H3	73.63	764.447	.803	.952
E2	73.83	780.764	.831	.952
M2	73.83	780.764	.815	.952
H2	74.03	785.895	.717	.953
R2	74.27	823.789	.549	.955
M1	73.87	785.844	.736	.953
H1	74.13	789.637	.822	.952
R3	74.03	805.689	.761	.953
P3	74.07	802.202	.745	.953

Para contrastar el Alfa de Cronbach, se realizó un análisis individual de cada ítem (centrado en la correlación ítem-total), que permitió valorar la relación de cada ítem con el total. Este estadístico muestra, según Muñiz (2005), que valores mayores a 0,40 resultan indicativos de que los ítems discriminan bien y que se justifica su presencia en la escala. La figura 1 muestra las correlaciones ítem-total de los ítems analizados.

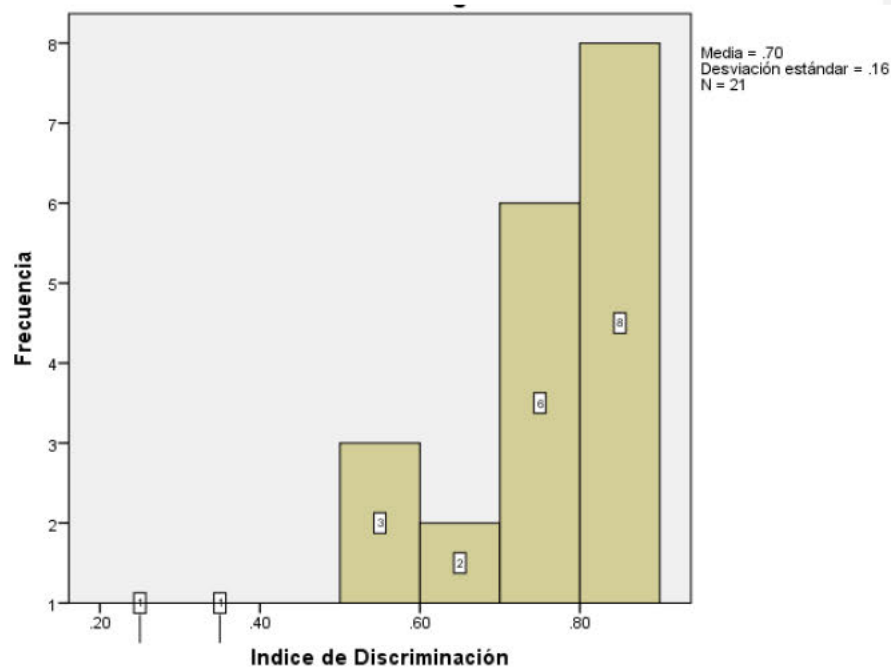


Figura 1
Correlación ítem-total de los ítems que conforman el cuestionario de la prueba piloto

La tabla 1 también muestra el conjunto de ítems que exhibieron un buen comportamiento en la medición de los constructos analizados; los valores de la correlación entre ítems y el total oscilan entre 0,29 y 0,87, y su valor medio alcanza 0,70.

Si se analiza con mayor detalle los resultados contenidos en la Tabla 1 se observa que los índices de discriminación de los ítems 9 (0,29) y 12 (0,34) son menores a 0,40, lo cual da cuenta de su bajo poder de discriminación y la poca relación que guardan con el conjunto. Dada esta circunstancia, se procede a su revisión y reformulación.

3.5. Confiabilidad de la escala

Una vez aplicada la escala a la muestra de 30 sujetos y reformuladas las preguntas sugeridas por el análisis de ítems (ítems 9 y 12), se calculó nuevamente el estadístico Alfa de Cronbach. Esta vez se obtuvo un valor de 0,95, lo cual lo señala que el instrumento se encuentra, de acuerdo con Pardo y Ruiz (2002) y Bolívar (1995), en el rango de muy alta confiabilidad. Por ello se puede afirmar que la escala diseñada goza de credibilidad y consistencia interna y se puede tomar como referente para futuras aplicaciones. Los ítems modificados de acuerdo con los resultados de la prueba piloto (índices de discriminación menores a 0,40) se muestran en la Tabla 2.

Tabla 2
Cambios sugeridos de acuerdo con los resultados de la prueba piloto

Identificación del ítem: 9N3 (Id:0,30)
Versión original:
N3. En general, ¿con qué frecuencia se siente triste?
Aspectos que conviene modificar:
Quitar las palabras “En general”
Nueva versión:
N3 ¿Con qué frecuencia se siente triste?
Identificación del ítem: 12 R1 (Id: 0,31)
Versión original:
R1. ¿Hasta qué punto recibe apoyo de otras personas cuando lo necesita?
Aspectos que conviene modificar:
Agregar la frase introductoria: “Cuando se encuentra en situaciones difíciles”, y redactar nuevamente.
Nueva versión:
N3: Cuando se encuentra en situaciones difíciles, ¿siente que recibe apoyo de otras personas?

3.6. Análisis de los resultados

Los resultados fueron analizados con el apoyo del software SPSS versión 24.0. Inicialmente se hace un reporte descriptivo de los datos considerando las variables del perfil sociodemográfico y se reportan las tendencias en las respuestas de los entrevistados. En segundo lugar, se evalúa la presencia de diferencias estadísticamente significativas, para lo cual se consideran las puntuaciones totales de cada dimensión del modelo PERMA en relación con las características claves del perfil sociodemográfico y se evalúan tales diferencias con pruebas “t” de Student y Análisis de Varianza (ANOVA) de un factor.

Viviana Hernández Vergel / Máster en Intervención Social en las Sociedades del Conocimiento

Finalmente se analizan los niveles de asociación entre las dimensiones del modelo PERMA mediante un análisis de correlaciones.

CAPITULO IV PRESENTACIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1. Muestra analizada

La tabla 3 muestra la distribución del grupo analizado por sexo y estado civil. La mayor representación está conformada por adultos mayores viudos, con aproximadamente el 37% del conjunto, seguido por los solteros, que ocupan aproximadamente una cuarta parte del grupo. Aproximadamente el 11% de los hombres son separados y solo el 5,4% se mantienen casados. La unión libre concentra menos del 1% del conjunto.

Tabla 3
Distribución de la muestra analizada por sexo y estado civil

	Sexo					
	Hombre		Mujer		Total	
	f	%	f	%	f	%
Soltero	10	7.7%	23	17.7%	33	25.4%
Casado	6	4.6%	1	0.8%	7	5.4%
Unión libre	1	0.8%	0	0.0%	1	0.8%
Separado	14	10.8%	7	5.4%	21	16.2%
Divorciado	11	8.5%	9	6.9%	20	15.4%
Viudo	22	16.9%	26	20.0%	48	36.9%
Total	64	49.2%	66	50.8%	130	100.0%

Las profesiones del grupo analizado son variadas y se muestran en la tabla 4. Aproximadamente el 19% del grupo son mujeres amas de casa; el 15% obreros (9,2% hombres y 6,4% mujeres); el 13,8% fueron trabajadores de campo; 9,2 % son vendedores y comerciantes respectivamente. El resto representa ocupaciones variadas con baja proporción (inferior al 2%), tales como chofer, minero, vigilante, y secretarias, entre otros oficios.

Tabla 4
Ocupaciones asociadas al grupo anizado clasificados por sexo

	Sexo					
	Hombre		Mujer		Total	
	f	%	f	%	f	%
Trabajo de campo	15	11.5%	3	2.3%	18	13.8%
Oficios varios	7	5.4%	3	2.3%	10	7.7%
Conductor	3	2.3%	0	0.0%	3	2.3%
Obrero	12	9.2%	7	5.4%	19	14.6%
Agricultor	6	4.6%	0	0.0%	6	4.6%
Comerciante	4	3.1%	8	6.2%	12	9.2%
Vendedora	4	3.1%	8	6.2%	12	9.2%
Trabajo en casa de familia	0	0.0%	10	7.7%	10	7.7%
Ama de casa	0	0.0%	24	18.5%	24	18.5%
Chofer	2	1.5%	0	0.0%	2	1.5%
Portero	1	0.8%	0	0.0%	1	0.8%
Administrador	2	1.5%	0	0.0%	2	1.5%
Chef	0	0.0%	1	0.8%	1	0.8%
Secretaria	0	0.0%	1	0.8%	1	0.8%
Vigilante	2	1.5%	0	0.0%	2	1.5%
Trabajador independiente	0	0.0%	1	0.8%	1	0.8%
Minero	4	3.1%	0	0.0%	4	3.1%
Ingeniero Electrónico	1	0.8%	0	0.0%	1	0.8%
Carpintero	1	0.8%	0	0.0%	1	0.8%
Total	64	49.2%	66	50.8%	130	100.0%

La edad promedio del grupo es de 76,25 años, con una desviación típica de 8,65 años. El 50% de los adultos analizados tienen 76 años o menos. El conjunto de edades presenta una variabilidad alta, que oscila entre los 56 años y 96 años. El 50% del grupo tiene entre 70 y 83 años. La distribución de los datos presenta normalidad, pues los coeficientes de asimetría ($0,165/0,212 = 0,77$) y curtosis ($-0,380/0,422 = -0,90$), se encuentran dentro del rango de $\pm 1,96$. La representación gráfica de estos datos se observa en la figura 2.

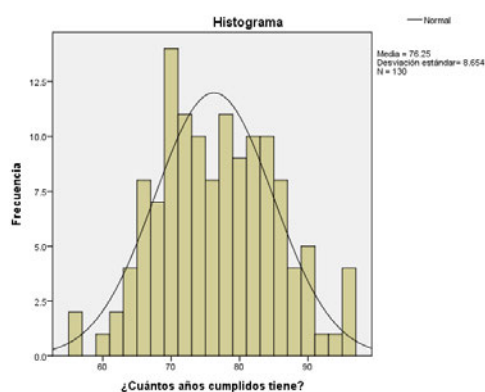


Figura 2
Histograma de frecuencias de las edades

Una distribución de los grupos etarios por sexo está contenida en la tabla 5. La distribución de la muestra por sexo es homogénea, con porcentajes cercanos al 50% en cada género. Aproximadamente el 75% de la muestra tiene edades que oscilan entre 66 y 85 años. El 15,4% del grupo tiene edades superiores a 86 años.

Tabla 5
Distribución de la muestra analizada por edad y sexo

		Sexo					
		Hombre		Mujer		Total	
		f	%	f	%	f	%
Entre 60 y 65 años		7	5.4%	6	4.6%	13	10.0%
Entre 66 y 75 años		18	13.8%	32	24.6%	50	38.5%
Entre 76 y 85 años		28	21.5%	19	14.6%	47	36.2%
Entre 86 y 96 años		11	8.5%	9	6.9%	20	15.4%
Total		64	49.2%	66	50.8%	130	100.0%

La tabla 6 refleja el perfil académico y laboral de los encuestados. Cerca del 44% del grupo no completó su bachillerato y solo el 4% posee estudios universitarios. El 87% del grupo no realiza en la actualidad trabajo alguno, y del conjunto que trabaja, menos del 6% considera que tiene estabilidad laboral.

Tabla 6
Perfil académico y laboral de los encuestados

		f	%
¿Cuál es el nivel de estudios más alto al que asiste o asistió?	Sin instrucción	49	38.0%
	Sin bachillerato	56	43.4%
	Con bachillerato	19	14.7%
	Estudios universitarios	5	3.9%
	Total	129	100.0%
Trabaja actualmente	No	113	86.9%
	Si	17	13.1%
	Total	130	100.0%
En caso de que trabaje, ¿considera que tiene estabilidad laboral?	No	33	94.3%
	Si	2	5.7%
	Total	35	100.0%

La tabla 7 muestra las características asociadas a las condiciones limitantes de los encuestados. El 51,8% del grupo padece de algún tipo de discapacidad. Dentro de este grupo casi el 30% son hombres. De los casos reportados con discapacidad, la gran mayoría, 67,6%, es de carácter físico, el 11,8% visual y el 20% de los casos se corresponden con otros tipos de discapacidad. Del grupo de discapacitados, aproximadamente el 65% posee discapacidad adquirida por enfermedad o degeneración, menos del 5% posee limitaciones desde el nacimiento y aproximadamente el 30% adquirió la discapacidad accidentalmente. La mitad del grupo evalúa su nivel de discapacidad como leve y solo el 5,9% como severo.

Tabla 7
Condiciones de discapacidad asociadas

		Sexo					
		Hombre		Mujer		Total	
		f	%	f	%	f	%
¿Tiene algún tipo de discapacidad por más de un año?	No	25	21.9%	30	26.3%	55	48.2%
	Si	34	29.8%	25	21.9%	59	51.8%
	Total	59	51.8%	55	48.2%	114	100.0%
¿La discapacidad es de tipo?	Física	26	38.2%	20	29.4%	46	67.6%
	Visual	4	5.9%	4	5.9%	8	11.8%
	Auditiva	0	0.0%	1	1.5%	1	1.5%
	Otra	8	11.8%	5	7.4%	13	19.1%
	Total	38	55.9%	30	44.1%	68	100.0%
La discapacidad es	De nacimiento	3	4.4%	0	0.0%	3	4.4%
	Adquirida por enfermedad	21	30.9%	23	33.8%	44	64.7%
	Accidental	14	20.6%	7	10.3%	21	30.9%
	Total	38	55.9%	30	44.1%	68	100.0%
El grado de discapacidad es	Leve	16	23.5%	18	26.5%	34	50.0%
	Moderado	20	29.4%	10	14.7%	30	44.1%
	Severo	2	2.9%	2	2.9%	4	5.9%
	Total	38	55.9%	30	44.1%	68	100.0%

4.2. Análisis de los resultados del Perfil PERMA

La tabla 8 muestra los resultados descriptivos para las dimensiones que componen el Perfil PERMA. Con referencia a las emociones positivas, factor P, ítems p1, p2 y p3, los resultados reflejan puntuaciones bajas, representadas en poco más de un tercio del grupo, que indican que rara vez los encuestados experimentan sentimientos positivos, esto es, experimentan pocas veces sentimientos de alegría, optimismo y satisfacción con la vida. Otro conjunto importante, que oscila entre el 34% y 38% de los miembros del grupo, reporta experimentar estos sentimientos algunas veces en su cotidianidad. Solo el 8,5% del conjunto manifiesta

sentir casi siempre sentimientos de alegría y menos del 4% manifiesta sentirse plenamente satisfecho con la vida.

El nivel de compromiso, representado por el factor E, ítems e1, e2 y e3, manifiesta resultados similares al de factor de sentimientos positivos. El 34% del grupo reporta que rara vez se siente fascinado con lo que hace y un 36% manifiesta que algunas veces experimenta este sentimiento. Aproximadamente un 38% de la muestra indicó que frecuentemente se siente entusiasmado en sus actividades y esta misma proporción manifestó que en reiteradas ocasiones se le pasa el tiempo volando haciendo algo que le gusta.

El manejo de relaciones interpersonales, factor R, representado por los ítems r1, r2 y r3, tiende más hacia la baja en la escala. Cerca del 38% del grupo reporta que rara vez se siente querido por otras personas o satisfecho con sus relaciones personales. Sin embargo, un 29% del grupo manifestó recibir frecuentemente apoyo de otras personas cuando lo necesita.

En relación con el significado de la vida, factor M, representado por los ítems m1, m2 y m3, un 37,2% del grupo manifestó que rara vez sabe lo que quiere hacer con su vida y solo una cuarta parte de la muestra manifiesta tener claro este aspecto. Un 30% manifiesta tener claro que lo que hace en su vida es valioso y vale la pena, mientras que un 70% se cuestiona en este punto. Además, apenas una cuarta parte del grupo considera que su vida tiene propósito y sentido.

En cuanto a los logros, Factor A, representado por los ítems a1, a2 y a3, cerca del 72% del grupo cuestiona que está avanzando hacia la consecución o logro de sus metas. Por otra parte, el 31% del grupo expresa que se siente frecuentemente en capacidad de manejar sus responsabilidades.

Tabla 8
Perfil PERMA

	Rara vez		Algunas veces		Frecuentem ente		Casi siempre	
	f	%	f	%	f	%	f	%
P1. En general, ¿con qué frecuencia se siente alegre?	4 5	34.9%	45	34.9 %	28	21.7 %	11	8.5%
P2. En general, ¿con qué frecuencia se siente optimista?	4 5	34.6%	50	38.5 %	26	20.0 %	9	6.9%
P3. En general, ¿hasta qué punto se siente satisfecho con su vida?	4 7	36.2%	48	36.9 %	30	23.1 %	5	3.8%
E1. ¿Con qué frecuencia se siente fascinado con lo que hace?	4 4	34.1%	47	36.4 %	29	22.5 %	9	7.0%
E2. En general, ¿hasta qué punto se siente entusiasmado con sus actividades?	3 8	29.2%	43	33.1 %	37	28.5 %	12	9.2%
E3. ¿Con qué frecuencia siente que el tiempo vuela cuando hace algo que le gusta?	3 3	25.4%	47	36.2 %	28	21.5 %	22	16.9%
R1. ¿Hasta qué punto recibe apoyo de otras personas cuando lo necesita?	4 1	31.8%	50	38.8 %	28	21.7 %	10	7.8%
R2. ¿Qué tan querido se siente por otras personas?	4 9	37.7%	52	40.0 %	18	13.8 %	11	8.5%
R3. ¿Qué tan satisfecho está con sus relaciones personales?	4 9	37.7%	46	35.4 %	27	20.8 %	8	6.2%
M1. ¿Generalmente, sabe lo que quiere hacer con su vida?	4 8	37.2%	46	35.7 %	24	18.6 %	11	8.5%
M2. En general, ¿hasta qué punto siente que lo que hace en su vida es valioso y vale la pena?	4 0	31.0%	50	38.8 %	29	22.5 %	10	7.8%
M3. En general ¿hasta qué punto lleva una vida con propósito y sentido?	4 1	31.5%	56	43.1 %	22	16.9 %	11	8.5%
A1. ¿Con qué frecuencia siente que está avanzando hacia el logro de sus metas?	4 3	33.9%	48	37.8 %	31	24.4 %	5	3.9%
A2. ¿Con qué frecuencia logra metas importantes que usted mismo se ha puesto?	4 7	36.2%	46	35.4 %	33	25.4 %	4	3.1%
A3. ¿Con qué frecuencia es capaz de manejar sus responsabilidades?	4 2	32.3%	47	36.2 %	23	17.7 %	18	13.8%

La tabla 9 refleja las dimensiones adicionales referidas a sentimientos negativos, Factor N, integrado por los ítems n1,n2 y n3 y la percepción de salud, Factor H, compuesto por los ítems h1, h2 y h3.

Con referencia a los sentimientos negativos, alrededor del 20% del grupo expresa que rara vez experimenta emociones de este tipo. Un 43% expresó que frecuentemente se siente enojado y un 40% manifestó que con frecuencia se siente triste.

Por otra parte, un 76,9% del grupo está consciente de su comprometido estado de salud y solo un 7% se siente con frecuencia vigoroso. Una cuarta parte del grupo se siente satisfecho con su estado de salud actual y más del 30% considera que en comparación con otras personas se siente completamente satisfechos de su estado de salud.

Tabla 9
Sentimientos negativos y percepción de salud

	Rara vez		Algunas veces		Frecuentement e		Casi siempre	
	f	%	f	%	f	%	f	%
N1. En general, ¿con qué frecuencia se siente angustiado?	26	20.2%	56	43.4%	27	20.9%	20	15.5%
N2. En general, ¿con qué frecuencia se siente enojado?	25	19.2%	48	36.9%	31	23.8%	26	20.0%
N3. En general, ¿con qué frecuencia se siente triste?	25	19.2%	53	40.8%	24	18.5%	28	21.5%
H1. En general, ¿Tiene una excelente salud física?	52	40.0%	48	36.9%	21	16.2%	9	6.9%
H2. ¿Qué tan satisfecho con su salud física se siente actualmente?	43	33.1%	53	40.8%	25	19.2%	9	6.9%
H3. En comparación con otras personas de su misma edad y sexo, ¿considera que tiene un excelente estado de salud?	38	29.2%	49	37.7%	28	21.5%	15	11.5%

4.3. Análisis de las puntuaciones totales PERMA

La tabla 10 muestra los estadísticos descriptivos para las puntuaciones totales de cada dimensión del perfil PERMA. Las puntuaciones medias del perfil PERMA y de la salud son bastante homogéneas y giran alrededor de 13 puntos teniendo como máximo 30 puntos. Los sentimientos negativos es la dimensión que alcanza una mayor media que supera los 16 puntos. El 50% de los entrevistados tiene niveles de compromiso que oscilan entre 10 y 18 puntos y de logro que varían entre 9 y 16 puntos. En conjunto los datos presentan una alta variabilidad caracterizada por una desviación típica que oscila entre 5,3 y 5,7 puntos.

Tabla 10
Estadísticos descriptivos para las puntuaciones totales de las dimensiones del Perfil PERMA

	Media	DE	Med	Máx	Mín	P25	P75
Sentimientos Positivos (P)	13.18	5.33	13.50	30.00	3.00	9.00	16.00
Compromiso (E)	14.31	5.59	14.00	30.00	2.00	10.00	18.00
Relaciones (R)	13.21	5.24	13.00	26.00	3.00	9.00	17.00
Significado (M)	13.25	5.36	13.00	25.00	3.00	10.00	17.00
Logro (A)	13.12	5.75	14.00	30.00	2.00	9.00	16.00
Sentimientos Negativos (N)	16.02	5.37	15.00	28.00	6.00	12.00	20.00
Percepción de Salud (H)	13.39	5.79	13.00	30.00	3.00	9.00	16.00

La evaluación de las diferencias significativas en torno a factores como el sexo, edad, estado civil, perfil académico y laboral y condiciones de discapacidad se analizan a partir de las pruebas t y ANOVA de un factor. Veamos en primer lugar el comportamiento de las dimensiones a partir del sexo, que se ilustran en la tabla 11. Los resultados permiten evidenciar que no existen diferencias significativas, por sexo pues los p-valores asociados $p > 0.05$ y el intervalo de confianza del 95% incluye el valor de 0 para todas las dimensiones restantes.

Tabla 11
Prueba t para las distintas dimensiones del Perfil PERMA por sexo

	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
					Inferior	Superior
Sentimientos Positivos (P)	-1.247	128	.215	-1.16383	-3.01074	.68309
Compromiso (E)	-1.825	128	.070	-1.77557	-3.70028	.14914
Relaciones (R)	.491	128	.624	.45265	-1.37200	2.27730
Significado (M)	-1.354	128	.178	-1.26941	-3.12464	.58581
Logro (A)	-1.003	128	.318	-1.01184	-3.00892	.98524
Sentimientos Negativos (N)	-.554	128	.581	-.52273	-2.39131	1.34585
Percepción de Salud (H)	-.003	128	.997	-.00331	-2.02201	2.01539

Aunque el sexo no resultó ser un factor significativo, la edad, estratificada por grupos etarios, sí lo es. Los resultados del ANOVA de un factor se ilustran en la tabla 12. Valores de $p < 0.05$ se hacen evidentes para los factores P, R, M y A del modelo y el factor de percepción de salud (H). Ello indica que el reporte de los valores medios para cada una de estas dimensiones presenta diferencias significativas según la edad del adulto mayor. Pruebas *pos hoc* basadas en el estadístico de Duncan, permiten evidenciar que los rangos etarios que marcan la diferencia son los más altos, es decir, entre 60 y 85 años experimentan puntajes más altos en comparación con los adultos mayores de 85 años.

Tabla 12
ANOVA de un factor para las distintas dimensiones del Perfil PERMA por grupos etarios

			Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Sentimientos Positivos (P)	Entre grupos		210.994	3	70.331	2.564	.058
	Dentro de grupos		3456.575	126	27.433		
	Total		3667.569	129			
Compromiso (E)	Entre grupos		161.411	3	53.804	1.749	.160
	Dentro de grupos		3876.282	126	30.764		
	Total		4037.692	129			
Relaciones (R)	Entre grupos		275.728	3	91.909	3.544	.017
	Dentro de grupos		3267.664	126	25.934		
	Total		3543.392	129			
Significado (M)	Entre grupos		253.826	3	84.609	3.086	.030
	Dentro de grupos		3454.797	126	27.419		
	Total		3708.623	129			
Logro (A)	Entre grupos		313.184	3	104.395	3.324	.022
	Dentro de grupos		3956.846	126	31.404		
	Total		4270.031	129			
Sentimientos negativos (N)	Entre grupos		53.546	3	17.849	.614	.607
	Dentro de grupos		3664.424	126	29.083		
	Total		3717.969	129			
Percepción de la salud (H)	Entre grupos		434.336	3	144.779	4.684	.004
	Dentro de grupos		3894.656	126	30.910		
	Total		4328.992	129			

La condición laboral ha sido el otro factor considerado. La tabla 13 muestra los resultados de la prueba t para los grupos de este factor. Los resultados evidencian que existen diferencias significativas para las dimensiones P, E, M A y H, considerando como factor la condición laboral. En efecto, los p-valores asociados $p < 0.05$ y el intervalo de confianza del 95% incluye el valor de 0 para todas las dimensiones restantes. Para las dimensiones R y H no se evidenciaron diferencias significativas.

Tabla 13
Prueba t para las distintas dimensiones del Perfil PERMA por condición laboral

	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
					Inferior	Superior
Sentimientos Positivos (P)	-4.073	128	.000	-5.33680	-7.92918	2.74443
Compromiso (E)	-4.882	128	.000	-6.54867	-9.20310	3.89425
Relaciones (R)	-1.724	128	.087	-2.33264	-5.00997	.34469
Significado (M)	-3.865	128	.000	-5.12181	-7.74367	2.49995
Logro (A)	-4.731	128	.000	-6.55804	-9.30088	3.81521
Sentimientos Negativos (N)	1.572	128	.118	2.18324	-.56451	4.93098
Percepción de Salud (H)	-2.976	128	.003	-4.35346	-7.24845	1.45847

El padecimiento de una condición de discapacidad ha sido otro de los factores considerados. La tabla 14 muestra los resultados de la prueba t para los grupos en relación con este factor. Los datos señalan que no existen diferencias significativas para todas las dimensiones, pues los p-valores asociados $p > 0.05$ y el intervalo de confianza del 95% no incluye el valor de 0 para todas las dimensiones consideradas.

Tabla 14
Prueba t para las distintas dimensiones del Perfil PERMA por padecimiento de discapacidad

	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
					Inferior	Superior
Sentimientos positivos (P)	-.436	112	.664	-.44807	-2.48658	1.59043
Compromiso (E)	-.236	112	.814	-.24684	-2.31780	1.82411
Relaciones (R)	1.400	112	.164	-1.38305	-3.34070	.57460
Significado (M)	.841	112	.402	.85917	-1.16432	2.88266
Logro (A)	.315	112	.753	.34422	-1.82041	2.50886
Sentimientos negativos (N)	1.945	112	.054	1.89430	-.03583	3.82443
Percepción de salud (H)	1.131	112	.260	1.25177	-.94026	3.44381

En correspondencia con los hallazgos reflejados en la tabla 14, el ANOVA de un factor, expuesto en la tabla 15, considera el grado de discapacidad (leve, moderado, severo). Los p-valores asociados en todas las dimensiones permiten afirmar que no existen diferencias significativas en los valores medios de las puntuaciones cuando se considera este factor.

Tabla 15
ANOVA de un factor para las distintas dimensiones del Perfil PERMA por grado de discapacidad

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Sentimientos Positivos (P)	Entre grupos	152.592	2	76.296	2.543	.086
	Dentro de grupos	1950.408	65	30.006		
	Total	2103.000	67			
Compromiso (E)	Entre grupos	72.372	2	36.186	1.164	.319
	Dentro de grupos	2020.849	65	31.090		
	Total	2093.221	67			
Relaciones (R)	Entre grupos	65.369	2	32.684	1.215	.303
	Dentro de grupos	1748.396	65	26.898		
	Total	1813.765	67			
Significado (M)	Entre grupos	115.965	2	57.982	2.381	.100
	Dentro de grupos	1582.565	65	24.347		
	Total	1698.529	67			
Logro (A)	Entre grupos	71.212	2	35.606	1.032	.362
	Dentro de grupos	2241.671	65	34.487		
	Total	2312.882	67			
Sentimientos Negativos (N)	Entre grupos	51.922	2	25.961	1.040	.359
	Dentro de grupos	1621.887	65	24.952		
	Total	1673.809	67			
Percepción de Salud (H)	Entre grupos	27.357	2	13.678	.439	.646
	Dentro de grupos	2023.702	65	31.134		
	Total	2051.059	67			

La tabla 16 muestra la matriz de correlaciones de las distintas puntuaciones que refleja el modelo PERMA. Se observan correlaciones altas y significativas ($p < 0.05$) entre los pares de dimensiones que abarcan el modelo, esto es: P, E, R, M A, y todas ellas en conjunto con la dimensión de percepción de salud (H). Las correlaciones bajas y no significativas son las que relacionan la dimensión de sentimientos negativos (N) con los demás factores. La figura 3 muestra los diagramas de dispersión donde se pueden apreciar estas correlaciones.

Tabla 16
Matriz de correlaciones de las puntuaciones del Perfil PERMA

		P	E	R	M	A	N	H
P	r	1						
	Sig.							
E	r	.849**	1					
	Sig.	.000						
R	r	.786**	.710**	1				
	Sig.	.000	.000					
M	r	.818**	.817**	.713**	1			
	Sig.	.000	.000	.000				
A	r	.885**	.911**	.730**	.832**	1		
	Sig.	.000	.000	.000	.000			
N	r	-.185*	-.058	-.191*	-.078	-.105	1	
	Sig.	.035	.514	.029	.378	.236		
H	r	.779**	.745**	.717**	.757**	.718**	-.110	1
	Sig.	.000	.000	.000	.000	.000	.213	

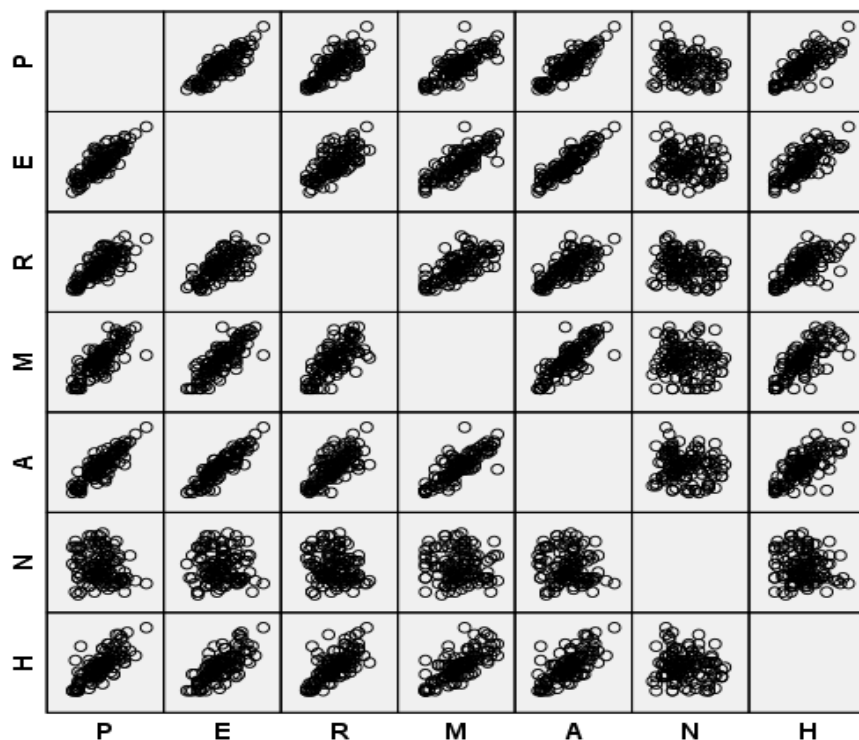


Figura 3

Diagrama de dispersión entre las distintas dimensiones del PERFIL PERMA

La tabla 17 muestra un par de indicadores importantes para interpretar el bienestar integral a través del perfil PERMA. Tales indicadores son los sentimientos de soledad (LON) y felicidad (HAP). Cerca del 30% del grupo rara vez se siente solo y un porcentaje ligeramente superior (35%) rara vez experimenta sensaciones de felicidad. Los sentimientos de soledad son más frecuentes que los de felicidad (38% vs 26%).

Tabla 17
Sentimientos de soledad y felicidad reportados por los entrevistados

		f	%
LON. ¿Qué tan solo se siente en su vida?	Rara vez	38	29.2%
	Algunas veces	42	32.3%
	Frecuentement e	28	21.5%
	Casi siempre	22	16.9%
	Total	130	100.0%
HAP. Considerando todos los aspectos de su vida en conjunto, ¿qué tan feliz es?	Rara vez	45	34.6%
	Algunas veces	50	38.5%
	Frecuentement e	27	20.8%
	Casi siempre	8	6.2%
	Total	130	100.0%

4.4. Análisis del bienestar percibido

La figura 4 muestra el histograma de frecuencias de la distribución de las puntuaciones totales de bienestar según el modelo PERMA. La media total tuvo una puntuación de 71,29 puntos, con una desviación estándar de 20 puntos. La variabilidad de los datos ha resultado elevada, con puntuaciones que oscilan entre 14 (mínimo) y 140 puntos (máximo). El 50% de los entrevistados obtuvo puntuaciones medias ubicadas entre 55 y 88.5 puntos. Las puntuaciones totales se distribuyen bajo condiciones de normalidad.

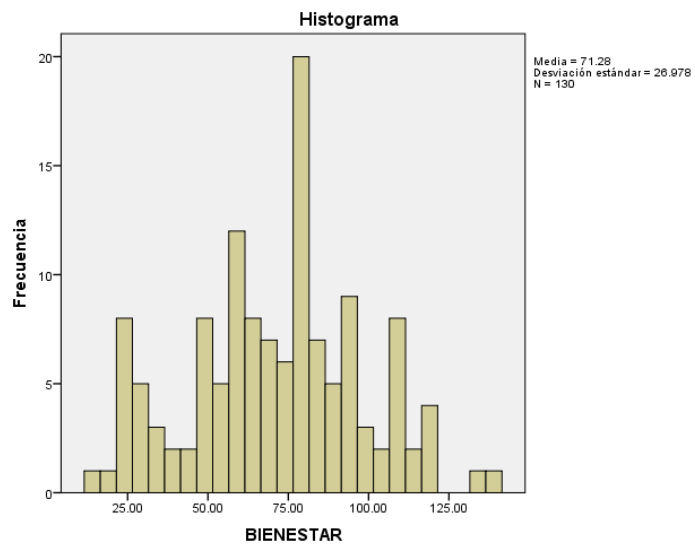


Figura 4
Histograma de frecuencias de las puntuaciones totales de bienestar según el modelo PERMA

El diagrama de caja mostrada en la figura 5 refleja que los datos tienen una mediana en el valor de 74 puntos y que solo existe un valor extremo que reporta un bienestar de 140 puntos. Estos valores reportan un nivel medio de bienestar autopercebido por los adultos institucionalizados.

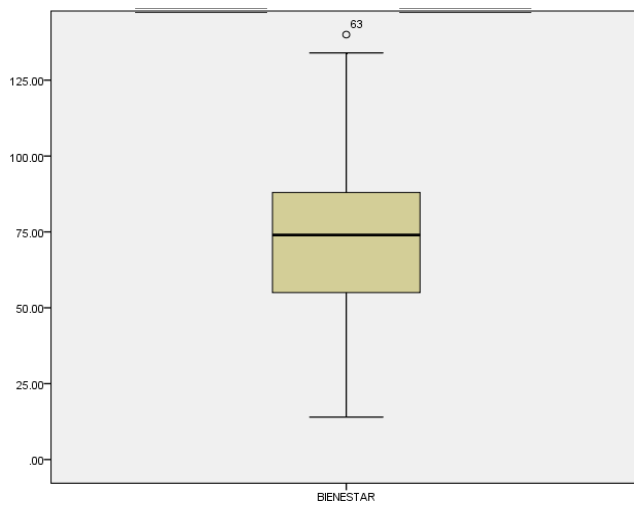


Figura 5

Diagrama de caja de las puntuaciones totales de bienestar según el Modelo PERMA

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES

El nivel de bienestar autorreportado por los adultos mayores institucionalizados en la ciudad de Cúcuta es medio, pues se ubica alrededor de los 70 puntos. Este resultado debe tomarse con especial consideración a nivel institucional y permitir revisar los programas de atención y cuidado de sus afiliados. Hallazgos similares se han puesto de manifiesto en investigaciones con poblaciones hispanas, en las que los niveles de bienestar se encuentran en el rango medio bajo (Molina Sena, Meléndez Moral y Navarro Pardo, 2008).

Resulta coherente pensar que el estado de bienestar autorreportado se afectada según las condiciones físicas y emocionales vividas en la cotidianidad, especialmente en lo que se refiere al lugar de habitación y la interacción social mantenida con los familiares, compañeros y personal de los centros e instituciones de cuidado al adulto mayor (Iglesias-Souto y Dosil, 2005).

La prueba piloto permitió ratificar la validez y la estructura de la escala adoptada, pues sus índices de consistencia interna fueron satisfactorios (superiores a 0,80) y se necesitó la adaptación de pocos ítems al contexto. Estos ajustes, por otra parte, se vincularon con la necesidad de una mayor comprensibilidad por parte de los informantes. Estos resultados hacen que el modelo PERMA sea un excelente referente para evaluar el Bienestar Subjetivo en el contexto latinoamericano, incluso superior a otras escalas como las empleadas por Burgos (2012) o Molina Sena, Meléndez Moral y Navarro Pardo (2008).

La edad resultó ser un factor determinante en la percepción del bienestar de los adultos mayores institucionalizados. Entre los que presentaron alguna discapacidad no se evidenciaron diferencias significativas con respecto a las puntuaciones medias de las dimensiones del modelo considerado. Otro factor definitorio estuvo representado por la condición laboral de los adultos mayores. El hecho de mantener una relación laboral, en efecto, incide en su percepción de bienestar integral. Este hallazgo resulta congruente con los de otras investigaciones en Colombia con adultos mayores (Melguizo Herrera, Acosta López y Castellano Pérez, 2012), que sugieren que si las personas de este estrato etario

reciben capacitación apropiada y se favorece que generen ingresos económicos propios, mejoran la percepción general de su estado.

Por otra parte, se evidenció una correlación alta y significativa entre todas las dimensiones del modelo PERMA y la percepción de salud (H). Esta correlación no existe con respecto a los sentimientos negativos (N). Todas las dimensiones consideradas resultaron ser excelentes predictores del bienestar, resultando ligeramente superior el sentido de compromiso. Sin embargo, cuando se consideran las variables en su conjunto, no aparecen diferencias estadísticamente significativas.

REFERENCIAS

- Alonso Galbán, P.; Sansó Soberats, F.; Díaz-Canel Navarro, A. M.; Carrasco García, M. y Oliva, T. (2007). Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. *Revista cubana de salud pública*, 33(1). Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000100010&lng=es&tlng=es.
- Álvarez, S. (2007). El reto de cuidar en un mundo globalizado. *Texto y contexto enfermería*, 16(3): 520-530.
- Baltes, P. B., Lindenberger, U. y Staudinger, U. M. (1998). Life-span theory in development psychology. En R. M. Lerner (Ed.), *Handbook of child psychology. Theoretical models of human development* (pp. 1029-1143). New York: Wiley.
- Banco Mundial (2017). Esperanza de vida al nacer: Colombia. Disponible en <http://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.LE00.IN?locations=CO>
- Bilbao, M. Á., Páez, D., da Costa, S. y Martínez-Zelaya, G. (2013). Cambio en creencias básicas y crecimiento post estrés: un estudio transversal sobre el fuerte impacto de los hechos positivos sobre el bienestar. *Terapia psicológica*, 31(1), 127-139. doi:10.4067/S0718-48082013000100012
- Blanco, A., y Díaz, D. (2005). El bienestar social: su concepto y medición. *Psicothema*, 17(4), 582-589.
- Blanco, Á.; Urosa Sanz, B. y Morales Vallejo, P. (2003). *Construcciones de escalas de actitudes tipo likert*. Madrid: La Muralla.
- Brenes-Camacho, G. (2013). Factores socio-económicos asociados a la percepción de situación socioeconómica entre adultos mayores de dos países latinoamericanos. *Ciencias económicas*, 31(1): 153-167. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4210949/>
- Burgos, A.V. (2012). Propiedades psicométricas de la escala de bienestar psicológico y su estructura factorial en universitarios chilenos. *Psicoperspectivas. Individuo y sociedad*, 11 (2), 143-163.
- Cardona, A.D., Estrada, R.A. y Agudelo, G.H. (2003). *Envejecer nos toca a todos*. Medellín: Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia.
- Carrillo, J. M., Collado, S., Rojo, N., y Staats, A. W. (2006). El papel de las emociones positivas y negativas en la predicción de depresión: El principio de adición de las emociones en el conductismo psicológico. *Clínica y salud*, 17(3), 277-295.

- Cuadra, H., y Florenzano, R. (2003). El bienestar subjetivo: hacia una psicología positiva. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 12(1), 83-96. doi: 10.5354/0719-0581.2003.17380
- Diener, E., & Biswas-Diener, R. (2008). *The science of optimal happiness*. Boston: Blackwell Publishing.
- Diener, E., & Chan, M. Y. (2011). Happy people live longer: Subjective well-being contributes to health and longevity. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 3(1), 1-43. doi: 10.1111/j.1758-0854.2010.01045.x
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
- Diener, Ed. Suh, E. M, Lucas, R. E., & Smith, L (1999). Subjective Well-being. Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276, 302.
- Dulcey-Ruiz, E., Mantilla, G., y Carvajal, L. (2004). *Envejecimiento, comunicación y política*. Bogotá: Ministerio de Comunicaciones – CEPSINGER.
- García Cueto, E., Gallo Álvaro, P., y Miranda, R. (1998). Bondad de ajuste en el análisis factorial confirmatorio. *Psicothema*, 10, 717-723.
- García Martín, M.A. (2002). El bienestar subjetivo. *Escritos de psicología*, 6: 18-39.
- Gasper, D. (2010). Understanding the diversity of conceptions of well-being and quality of life. *The Journal of Socio-Economics*, 39(3), 351-360. doi:10.1016/j.socec.2009.11.006
- George, D., & Mallery, M. (2003). *Using SPSS for Windows step by step: a simple guide and reference*. Boston, MA: Allyn & Bacon.
- George, L. K. y Bearon, L. (1980). *Quality of life in older persons*. New York: Human Sciences Press.
- Hogan, T.P. (2015). *Pruebas psicológicas. Una introducción práctica*. Segunda edición. Editorial el Manual Moderno S.A. de C.V. México, D.F.
- Hone, L. C., Jarden, A., Schofield, G. M., & Duncan, S. (2014). Measuring flourishing: The impact of operational definitions on the prevalence of high levels of wellbeing. *International Journal of Wellbeing*, 4, 62–90. <http://dx.doi.org/10.5502/ijw.v4i1.4>
- Hone, L.C., Jarden, A., Schofield, G.M., & Duncan, S. (2014). Measuring flourishing: The impact of operational definitions on the prevalence of high levels of wellbeing. *International Journal of Wellbeing*, 4(1), 62-90. doi:10.5502/ijw.v4i1.4
- Iglesias-Souto, P.M. y Dosil, A. (2005). Algunos indicadores de percepción subjetiva implicados en la satisfacción del residente mayor. Propuesta de una escala de medida. *Revista española de geriatría y gerontología*, 40(2), 85-91.

- Jackson, L. T., van de Vijver, F. J., y Fouché, R. (2014). Psychological strengths and subjective well-being in South African white students. *Journal of Psychology in Africa*, 24(4), 299-307.
- Kern, M. L., Benson, L., Steinberg, E. A., & Steinberg, L. (2016). The EPOCH Measure of Adolescent Well-Being. *Psychological assessment*, 28(5), 586.
- Kern, M. L., Waters, L., Adler, A., & White, M. A. (2015). A multifaceted approach to measuring well-being in students: Application of the PERMA framework. *The Journal of Positive Psychology*, 10(3), 262-271. doi: 10.1080/17439760.2014.936962
- Keyes, C. L. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 539-548. doi: 10.1037/0022-006X.73.3.539.
- Keyes, C. L. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: a complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist*, 62(2), 95. doi: 10.1037/0003-066X.62.2.95
- Lim, Y. J. (2015). Relations between virtues and positive mental health in a Korean population: A Multiple Indicators Multiple Causes (MIMIC) model approach. *International Journal of Psychology*, 50(4), 272-278.
- Löve, J., Moore, C. D., & Hensing, G. (2012). Validation of the Swedish translation of the general self-efficacy scale. *Quality of Life Research*, 21(7), 1249-1253.
- Lyubomirsky, S., Dickerhoof, R., Boehm, J. K., & Sheldon, K. M. (2011). Becoming happier takes both a will and a proper way: an experimental longitudinal intervention to boost well-being. *Emotion*, 11(2), 391.
- McCullough, M. E., Emmons, R. A., & Tsang, J. A. (2002). The grateful disposition: a conceptual and empirical topography. *Journal of personality and social psychology*, 82(1), 112.
- Melguizo Herrera, E.; Acosta López, A.; Castellano Pérez, B. (2012). Factores asociados a la calidad de vida de adultos mayores. *Salud Uninorte*, 28 (2), 251-263.
- Ministerio de la Protección Social. Colombia. (2008). *Estándares de calidad para instituciones que atienden personas mayores*. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/Lineamientos/Lineamientos%20T%C3%A9cnicos%20Centros%20Persona%20Mayor.pdf>
- Molina Sena, C.; Meléndez Moral, J. C.; Navarro Pardo, E. (2008). Bienestar y calidad de vida en ancianos institucionalizados y no institucionalizados. *Anales de Psicología*, 24, 1695-2294. Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16711589014>> ISSN 0212-9728
- Muñoz, C. O., Restrepo, D., y Cardona, D. (2016). Construcción del concepto de salud mental positiva: revisión sistemática. *Revista panamericana de salud pública*, 39(3), 166-173.
- Navarro, V. (1998). Concepto actual de la salud pública. En Martínez, F. Castellanos, P. L. y Navarro, V. *Salud Pública*. Ciudad de México: Mc Graw-Hill, pp. 49-54.

Código de campo cambiado

- Nieto Antolínez, M.L. y Alonso Palacio, L.M. (2007), ¿Está preparado nuestro país para asumir los retos que plantea el envejecimiento poblacional? *Salud Uninorte*, 23 (2): 292-301.
- OCDE (Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos) (1998), *Maintaining Prosperity in an Ageing Society*, julio.
- Organización Mundial de la Salud (2001). *El informe sobre la salud mental en el mundo: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (2002). Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Madrid, 8 a 12 de abril de 2002. Disponible en: <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/CONF.197/9>. pp. 85.
- Organización Mundial de la Salud. (2016). La esperanza de vida ha aumentado en 5 años desde el año 2000, pero persisten las desigualdades sanitarias. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/health-inequalities-persist/es/>
- Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico OCDE (2014). El trabajo estadístico de la OCDE 2013-2014. Disponible en <http://www.oecd.org/centrodemexico/laocde/EI%20trabajo%20estad%C3%ADstico%20de%20la%20OCDE%20EBOOK.pdf>
- Ortiz Arriagada, J.B y Castro Salas, M. 2009. Bienestar psicológico de los adultos mayores, su relación con la autoestima y la autoeficacia. Contribución de la enfermería. *Ciencia y enfermería*, XV (1): 25-31.
- Pérez, V. y Sierra, F. (2009). Biología del envejecimiento. *Revista médica de Chile*, 137(2), 296-302. Disponible en <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872009000200017>
- Pinquart, M. (2001). Correlates of subjective health in older adults: a meta-analysis. *Psychology and aging*, 16(3), 414.
- Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, Rahman A (2007) No health without mental health. *Lancet* 370:859–877.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD (2015). El índice de desarrollo humano (IDH). Disponible en <http://hdr.undp.org/es>
- Ramos Esquivel, J., Meza Calleja, A. M., Hernández, I. M., Maldonado Hernández, I., Ortega Medellín, M. P., y Hernández Paz, M. T., (2009). Aportes para una conceptualización de la vejez. *Revista de Educación y Desarrollo*, 11, 47-56.
- Rojas, M. (2014). *El estudio científico de la felicidad*. México, D.F: Fondo de Cultura Económica.
- Satorres Pons, E. (2013). *Bienestar psicológico en la vejez y su relación con la capacidad funcional y la satisfacción vital*. Tesis doctoral inédita. Valencia: Universidad de Valencia.

Código de campo cambiado

- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y enfermería*, 9(2), 09-21.
- Seligman, M. E. (2011). *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being*. Simon and Schuster.
- Seligman, M. E. P., Steen, T., Park, N., y Peterson, C. (2005). Positive psychology progress. *American Psychologist*, 60(5), 410-421. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066x.60.5.410>
- Seligman, M. E., & Csikszentmihalyi, M. (2014). Positive psychology: An introduction. Seligman, M. E., & Csikszentmihalyi, M. (Ed.), *Flow and the Foundations of Positive Psychology* (pp. 279-298). Dordrecht: Springer Netherlands doi:10.1007/978-94-017-9088-8_18
- Tornimbeni, S., Pérez E., y Olaz, F. (2008). *Introducción a la psicometría*. Buenos Aires: Paidós.
- Triadó, C., y Posada, F. V. (1997). Modelos de envejecimiento y percepción de cambios en una muestra de personas mayores. *Anuario de psicología*, (73), 43-56.
- Veenhoven, R. (1994). El estudio de la satisfacción con la vida. *Intervención Psicosocial*, 3(9), 87-116.
- Waure, C. D., Soffiani, V., Viridis, A., Poscia, A., & Pietro, M. L. D. (2015). Italian university students' self-perceived health and satisfaction of life. *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*, 51(2), 121-125.
- Wood, A. M., Froh, J. J., y Geraghty, A. W. (2010). Gratitude and well-being: A review and theoretical integration. *Clinical psychology review*, 30(7), 890-905.
- World Health Organization. (2004). *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice: Summary report*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2017). *World health statistics 2017: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals*. Available in <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255336/1/9789241565486-eng.pdf>

XO 1

Perfil PERMA

(Julie Butler & Margaret L. Kern, University of Pennsylvania)

Adaptación al español

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

1. A1 ¿Con qué frecuencia siente que está avanzando hacia el logro de sus metas?

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

2. E1 ¿Con qué frecuencia se siente fascinado con lo que hace?

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

3. P1. En general, ¿con qué frecuencia se siente alegre?

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

4. N1. En general, ¿con qué frecuencia se siente angustiado?

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

5. A2. ¿Con qué frecuencia logra metas importantes que usted mismo se ha puesto?

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

6. P2. En general, ¿con qué frecuencia se siente optimista?

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

7. N2. En general, ¿con qué frecuencia se siente enojado?

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

8. A3. ¿Con qué frecuencia es capaz de manejar sus responsabilidades?

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

9. N3. En general, ¿con qué frecuencia se siente triste?

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

10. E3. ¿Con qué frecuencia siente que el *tiempo vuela* cuando hace algo que le gusta?

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

11. M3. En general ¿hasta qué punto lleva una vida con propósito y sentido?

Para Completamente
 nada
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

12. R1. ¿Hasta qué punto recibe apoyo de otras personas cuando lo necesita?

Para Completamente
 nada
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

13. H3. En comparación con otras personas de su misma edad y sexo, considera que tiene un excelente estado de salud?

Para nada Completamente

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

14. E2. En general, ¿hasta qué punto se siente entusiasmado con sus actividades?

Para nada Completamente

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

15. M2. En general, ¿hasta qué punto siente que lo que hace en su vida es valioso y vale la pena?

Para nada Completamente

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

16. LON ¿Qué tan solo se siente en su vida?

Para nada Completamente

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

17. H2. ¿Qué tan satisfecho con su salud física se siente actualmente?

Para nada Completamente

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

18. R2. ¿Qué tan querido se siente por otras personas?

Para nada Completamente

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

19. M1. ¿Generalmente, sabe lo que quiere hacer con su vida?

Para nada Completamente

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

20. H1. En general, ¿Tiene una excelente salud física?

Para nada Completamente

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

21. R3. ¿Qué tan satisfecho está con sus relaciones personales?

Para nada Completamente

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

22. P3. En general, ¿hasta qué punto se siente satisfecho con su vida?

Para nada Completamente

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

23. HAP Considerando todas las cosas de su vida en conjunto, ¿qué tan feliz es?

Para nada Completamente

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

24. ¿Siente que tiene algo importante para contribuir a la sociedad?

Para												Completamente
nada												
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9		10	

25. ¿Siente que es una parte importante de su comunidad?

Para												Completamente
nada												
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9		10	

26. En la actualidad tiene pareja?

0. No _____ 1. Si _____

27. Si tiene pareja, ¿Está satisfecho con su relación?

Para												Completamente
nada												
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9		10	

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

Para												Completamente
nada												
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9		10	

Sección 4. Datos demográficos

Marque con una cruz la respuesta correspondiente

1. Sexo

1 Hombre

2 Mujer

2. ¿Cuántos años cumplidos tiene?

--

Escriba su edad en el casillero

3. Estado civil

1 Soltero

2 Casado

3 Unión libre

4 Separado

5 Divorciado

6 Viudo

7. Trabaja actualmente

0 No

1 Si

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

0 No

1 Si

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

0 No

1 Si

11. ¿La discapacidad es de tipo?

1 física

2 visual

3 otra

Cuál

Escriba la respuesta textual en la línea punteada

4. ¿Cuál es su ocupación principal?

.....

Escriba su respuesta en la línea punteada

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

1 sin instrucción

2 sin bachillerato

3 con bachillerato

4 estudios universitarios

12. La discapacidad es

1 De nacimiento

2 Adquirida por enfermedad

3 Adquirida por accidente

13. El grado de discapacidad es:

1 leve

2 moderado

3 severo
