

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

SILVIA SUSANA BALDEÓN LOZA

Bienestar subjetivo y apoyo social percibido en personas adultas mayores que participan en el Programa 60 y Piquito en los barrios del sur del Distrito Metropolitano de Quito.

Bem-estar subjetivo e suporte social percebido em idosos que participam do Programa 60 e Piquito nos bairros sul do Distrito Metropolitano de Quito.

Subjective well-being and perceived social support in older adults who participate in the 60 and Piquito Program in the southern neighborhoods of the Quito Metropolitan District.

RIBEIRÃO PRETO
2022

SILVIA SUSANA BALDEÓN LOZA

Bem-estar subjetivo e suporte social percebido em idosos que participam do Programa 60 e Piquito nos bairros sul do Distrito Metropolitano de Quito.

Versão corrigida

Tese apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do grau de Doutor em Medicina, área de concentração em Clínica Médica.

ORIENTADOR: Prof. Dr. Julio César Moriguti

CO-ORIENTDORA: Prof. Dra. Maria Paula Foss

RIBEIRÃO PRETO

2022

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo da Publicação

Ficha elaborada pelo Sistema de Geração Automática a partir de dados fornecidos pelo (a) autor (a) Bibliotecária da FSP/USP: Maria do Carmo Alvarez - CRB-8/4359

BALDEÓN , SILVIA SUSANA

Bienestar subjetivo y apoyo social percibido en personas adultas mayores que participan en el Programa 60 y Piquito en los barrios del sur del Distrito Metropolitano de Quito. / SILVIA SUSANA BALDEÓN ; orientador Julio César Moriguti; coorientadora María Paula Foss. -- São Paulo, 2022.

171 p.

Tese (Doutorado) -- Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2022.

1. bienestar subjetivo. 2. apoyo social percibido. 3. factores socio demograficos, envejecimiento, adulto mayor. I. Moriguti, Julio César , orient. II. Foss, María Paula , coorient. III. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Silvia Susana Baldeón Loza

Bienestar subjetivo y apoyo social percibido en personas adultas mayores que participan en el Programa 60 y Piquito en los barrios del sur del Distrito Metropolitano de Quito.

Tese apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do grau de Doutor em Medicina, área de concentração em Clínica Médica.

Aprovada em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

**Este trabajo fue realizado en el Proyecto 60 y Piquito
de la Unidad Patronato Municipal San José del Distrito
Metropolitano de Quito- Ecuador.**

DEDICATORIA

*A mí adorada hija Maritza por ser mi inspiración, por su
inigualable apoyo, comprensión y empatía en este
caminar...*

*A todo el equipo de Patronato Municipal San José, a
sus usuarios y especialmente a mis estudiantes con
quienes, de la mano, aprendimos haciendo.*

AGRADECIMENTOS

A mi mentor y eterno compañero, Nelson Rodríguez Aguirre, a mi familia y amigos por su apoyo incondicional.

A la Universidad Central del Ecuador y a la Universidad de Sao Paulo- Riberiao Preto, por el privilegio de ser parte de ellas.

A mi tutor Profesor Julio César Moriguti y a mi co tutora María Paula Foss, por su generosidad y valioso asesoramiento durante este proceso de formación.

Este estudio fue financiado en parte por la Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

RESUMEN

LOZA, S. **Bienestar subjetivo y apoyo social percibido en personas adultas mayores que participan en el Programa 60 y Piquito en los barrios del sur del Distrito Metropolitano de Quito.** Disertación de doctorado de programa de pos graduación en Clínica Médica, Facultad de Medicina de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo. São Paulo, 2022.

El envejecimiento de la población es un fenómeno mundial con varias implicaciones para la sociedad, incluyendo la disminución de la red de apoyo social, la jubilación, la vulnerabilidad a la enfermedad y la muerte. Cada vez más, se espera vivir más tiempo y con mejor calidad de vida, lo que no puede ser visto solo desde un enfoque patológico para evitar la enfermedad, sino también desde una perspectiva más positiva de bienestar subjetivo y apoyo social percibido. La hipótesis es que la percepción subjetiva de bienestar entre los adultos mayores puede estar relacionada con la percepción de mayor apoyo social. Entonces se pretende establecer la relación entre Bienestar Subjetivo y Apoyo Social Percibido en adultos mayores que participan en un proyecto social en los barrios del sur de Quito-Ecuador, para lo cual, se realizó un estudio observacional, transversal y correlacional, en 269 adultos mayores usuarios del programa "60 y Piquito". Se excluyeron a personas con indicadores de deterioro cognitivo no perteneciente al envejecimiento normal, depresión y aquellos con discapacidad auditiva total o intelectual. Se consideró la correlación de Pearson para el bienestar y apoyo social, obteniendo como resultado baja correlación entre el Bienestar Subjetivo y el Apoyo Social Percibido (0.24), se pudo identificar que existen altos y medios niveles de Bienestar Subjetivo y apoyo social percibido en los adultos mayores. Se evidencia en este estudio que el bienestar subjetivo no declina con el incremento de los años, sin embargo, la percepción del apoyo de amigos y otros

significativos declina a medida que aumenta la edad. Se verifica la hipótesis en la medida que el BS bajo está asociado al ASP bajo, en particular en los hombres con menos que primaria; por otro lado, el bienestar alto y, en cierto sentido el bienestar medio, se asocian al ASP alto, en particular en mujeres de 70-77 años y con secundaria.

Palabras clave: bienestar subjetivo; apoyo social percibido; factores socio demográficos, envejecimiento, adulto mayor.

RESUMO

LOZA, S. Bem-estar subjetivo e suporte social percebido em idosos que participam do Programa 60 e Piquito nos bairros sul do Distrito Metropolitano de Quito. Tese de Doutorado em Clínica Médica pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2022.

O envelhecimento da população é um fenômeno mundial com diversas implicações para a sociedade, entre elas o declínio da rede de apoio social, a aposentadoria, a vulnerabilidade à doença e à morte. Cada vez mais, espera-se viver mais e com melhor qualidade de vida, o que não pode ser visto apenas numa abordagem patológica para evitar a doença, mas também numa perspectiva mais positiva de bem-estar subjetivo e apoio social percebido. A hipótese é que a percepção subjetiva de bem-estar entre os idosos pode estar relacionada à percepção de maior suporte social. Em seguida, pretende-se estabelecer a relação entre o bem-estar subjetivo e o apoio social percebido em idosos que participam de um projeto social nos bairros do sul de Quito-Ecuador, para o qual foi realizado um estudo observacional, transversal e correlacional, em 269 idosos usuários do programa “60 e Piquito”. Foram excluídas pessoas com indicadores de comprometimento cognitivo não pertencentes ao envelhecimento normal, depressão e com deficiência auditiva total ou intelectual. Foi considerada a correlação de Pearson para bem-estar e suporte social, obtendo como resultado uma baixa correlação entre Bem-estar Subjetivo e Suporte Social Percebido (0,24), foi possível identificar que existem níveis altos e médios de Bem-estar Subjetivo e suporte social percebido em adultos. Fica evidente neste estudo que o bem-estar subjetivo não declina com o passar dos anos, porém, a percepção de apoio de amigos e entes queridos diminui com o aumento da idade. A hipótese é verificada na medida em que a baixa SB está associada à baixa ASP, principalmente em homens

com escolaridade inferior ao ensino fundamental; por outro lado, o bem-estar elevado e, em certo sentido, o bem-estar médio, associam-se a ASP elevado, sobretudo nas mulheres dos 70-77 anos e com ensino secundário.

Palavras-chave: bem-estar subjetivo; suporte social percebido; fatores sociodemográficos, envelhecimento, idosos.

ABSTRACT

LOZA, S. Subjective well-being and perceived social support in older adults who participate in the 60 and Piquito Program in the southern neighborhoods of the Quito Metropolitan District. Postgraduate doctoral dissertation in Medical Clinic, Ribeirão Preto School of Medicine, University of São Paulo. São Paulo, 2022.

The aging of the population is a worldwide phenomenon with several implications for society, including the decline of the social support network, retirement, vulnerability to disease and death. Increasingly, it is expected to live longer and with a better quality of life, which cannot be seen only from a pathological approach to avoid the disease, but also from a more positive perspective of subjective well-being and perceived social support. The hypothesis is that the subjective perception of well-being among the elderly may be related to the perception of greater social support. Then, it is intended to establish the relationship between Subjective Well-being and Perceived Social Support in older adults who participate in a social project in the southern neighborhoods of Quito-Ecuador, for which an observational, cross-sectional and correlational study was carried out, in 269 older adults users of the "60 and Piquito" program. People with indicators of cognitive impairment not belonging to normal aging, depression, and those with total or intellectual hearing impairment were excluded. Pearson's correlation for well-being and social support was considered, obtaining as a result a low correlation between Subjective Well-being and Perceived Social Support (0.24), it was possible to identify that there are high and medium levels of Subjective Well-being and perceived social support in adults. greater. It is evident in this study that subjective well-being does not decline with increasing years, however, the perception of support from friends and significant others declines as age increases.

The hypothesis is verified to the extent that low BS is associated with low ASP, particularly in men with less than primary education; on the other hand, high well-being and, in a certain sense, medium well-being, are associated with high ASP, particularly in women aged 70-77 and with secondary education.

Keywords: subjective well-being; perceived social support; socio-demographic factors, aging, older adults.

INDICE FIGURAS

Figura 1 – Marco conceptual de los Determinantes Sociales de la Salud según la OMS	69
Figura 2 - Tamaño muestral en función de la correlación esperada	91
Figura 3 - Niveles de deterioro	91
Figura 4 - Niveles de depresión.....	91
Figura 5 - Distribución de AM según deterioro y depresión.....	92
Figura 6.- Distribución de la muestra según indicadores.....	93
Figura 7 - Distribución de la muestra según indicadores agrupados	94
Figura 8 - Distribución de respuestas a la Escala de Felicidad en el grupo de AM Con Indicadores	95
Figura 9 - Distribución de respuestas a la Escala de Felicidad en el grupo de AM Sin Indicadores.....	95
Figura 10 - Valores promedios e I.C. 95% de la Escala de Felicidad	96
Figura 11 - Desviación estándar e I.C.95% de la Escala de Felicidad.	96
Figura 12 - Distribución de valores de la Escala de Apoyo en el grupo de AM Con indicadores.....	97
Figura 13 - Distribución de valores de la Escala de Apoyo en el grupo de AM Sin indicadores.....	97
Figura 14 - Valores Promedios e I.C. 95% de la Escala de Apoyo.....	98
Figura 15 - Desviación estándar e I.C.95%, Escala de Apoyo.	98
Figura 16 - Distribución Alpha de Cronbach de las Escalas de Felicidad y Apoyo.	100
Figura 17 - Puntajes promedio, desviación estándar e I.C. 95% de las Escalas de Felicidad y Apoyo.....	101
Figura 18 - Género de los AM Sin indicadores	102
Figura 19- Nivel de instrucción de los AM Sin indicadores.....	103
Figura 20 - Estado civil de los AM Sin indicadores.....	104
Figura 21 - Edad promedio e I.C. al 95% de los AM Sin indicadores	105
Figura 22 - Distribución de AM Sin indicadores según grupos de edad	106
Figura 23 - Mapas perceptuales de las características sociodemográficas de los AM Sin indicadores.....	106
Figura 24 - Distribución de AM según nivel de Bienestar Subjetivo	107
Figura 25 - Puntaje de Bienestar Subjetivo promedio e I.C. 95%.....	108
Figura 26 - Características sociodemográficas y Bienestar Subjetivo	109
Figura 27 - Distribución de AM según niveles de Satisfacción	109
Figura 28 - Puntajes promedio de Satisfacción e I.C. al 95%.....	110
Figura 29 - Características sociodemográficas y niveles de Satisfacción	111
Figura 30 - Distribución de AM según niveles de Realización.....	111
Figura 31- Puntajes promedio de Realización e I.C. al 95%	112
Figura 32 - Características sociodemográficas y niveles de Realización	113
Figura 33 - Distribución de AM según niveles de Sentido Positivo.....	113
Figura 34 - Puntaje promedio de Sentido Positivo e I.C. al 95%	114
Figura 35 - Características sociodemográficas y niveles de Sentido Positivo	115
Figura 36 - Distribución de AM según niveles de Alegría de Vivir.....	115
Figura 37 - Puntajes promedio de Alegría de Vivir e I.C. al 95%.....	116
Figura 38 - Características sociodemográficas y niveles de Alegría de Vivir.....	117
Figura 39 - Distribución de AM según niveles de Apoyo Social Percibido.....	118
Figura 40 - Puntajes promedio de Apoyo Social Percibido e I.C. al 95%	119
Figura 41 - Características sociodemográficas y niveles de Apoyo Social Percibido	

.....	120
Figura 42 - Distribución de AM según niveles de Apoyo Familiar.....	120
Figura 43 - Puntajes promedio de Apoyo Familiar.....	122
Figura 44 - Características sociodemográficas y niveles de Apoyo Familiar.....	122
Figura 45 - Características sociodemográficas y niveles de Apoyo Familiar.....	123
Figura 46 - Puntajes promedio de Apoyo de Amigos e I.C. al 95%.....	124
Figura 47 - Características socio demográficas y niveles de Apoyo de Amigos.....	125
Figura 48 - Distribución de AM según niveles de Apoyo de Otros significativos	125
Figura 49 - Puntajes promedio de Apoyo de Otros significativos e I.C. al 95%.....	127
Figura 50 - Características sociodemográficas y niveles de Apoyo de Otros significativos.....	127
Figura 51 - Diagrama de dispersión y distribución por niveles de Bienestar y Apoyo.....	128
Figura 52 - Diagrama de dispersión y distribución por niveles de Bienestar y Apoyo según sexo.....	129
Figura 53 - Valores de correlación entre Bienestar y Apoyo según características socio demográficos.....	129
Figura 54 - Características sociodemográficas y niveles de Bienestar y Apoyo.....	130

INDICE TABLAS

Tabla 1 - Operacionalización de variables socio demográficas	86
Tabla 2 - Operacionalización de la Escala de Felicidad de Lima (EFL).	87
Tabla 3 - Operacionalización de la Escala de Apoyo Social Percibido (ASP).....	87
Tabla 4 - Alpha de Cronbach de la Escala de Felicidad (retirando una pregunta)...	99
Tabla 5 - Alpha de Cronbach de la Escala de Apoyo (retirando una pregunta).	100
Tabla 6 - Estadísticos descriptivos de la edad de AM Sin indicadores.	104
Tabla 7 - Estadísticos descriptivos de Bienestar Subjetivo	107
Tabla 8 - Estadísticos descriptivos de Satisfacción	110
Tabla 9 - Estadísticos descriptivos de Realización	112
Tabla 10 - Estadísticos descriptivos de Sentido Positivo	114
Tabla 11 - Estadísticos descriptivos de Alegría de Vivir	116
Tabla 12 - Estadísticos descriptivos de Apoyo Social Percibido	118
Tabla 13 - Estadístico descriptivo del Apoyo Familiar.....	121
Tabla 14 - Estadísticos descriptivos del Apoyo de Amigos	123
Tabla 15 - Estadísticos descriptivos de Apoyo de Otros significativos.....	126

LISTA DE ABREVIATURAS Y SIGLAS

AFE	Análisis Factorial Exploratorio
AM	Adultos Mayores
AN	Afectos Negativos
AP	Afectos Positivos
AS	Apoyo Social
ASP	Apoyo Social Percibido
BS	Bienestar Subjetivo
CEAM	Centros de Experiencia del Adulto Mayor
COOTAD	Código Orgánico Organización Territorial Autonomía Descentralización
DCL	Deterioro Cognitivo Leve
DMQ	Distrito Metropolitano de Quito
EA	Alzheimer
EFL	Escala de Felicidad de Lima
EEUU	Estados Unidos
GDS	Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage
IMQ	Ilustre Municipio de Quito
INEC	Instituto Nacional de Estadísticas y Censos
LATAM	América Latina
MIES	Ministerio de Inclusión Económica y Social
MSPSS	Multidimensional Scale of Perceived Social Support
ODS	Objetivo de Desarrollo Sostenible
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAM	Población Adulta Mayor
PIB	Producto Interno Bruto
RAS	Red de Apoyo Social
SABE	Salud, Bienestar y Envejecimiento
SV	Satisfacción Vital
TDM	Teoría de las Discrepancias Múltiples
UPMSJ	Unidad Patronato Municipal San José

INDICE DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	19
2. JUSTIFICACION	23
3. REVISIÓN DE LITERATURA	27
3.1. SALUD MENTAL: PERSPECTIVAS EPISTEMOLÓGICAS Y PSICOLOGÍA POSITIVA	28
3.2. TEORÍAS DE LA FELICIDAD	31
3.3. BIENESTAR SUBJETIVO Y FACTORES DEMOGRÁFICOS.....	34
3.3.1. <i>Modelo teórico del Bienestar Subjetivo</i>	39
3.3.2. <i>Herramienta para evaluación de BS</i>	41
3.4. VERSIÓN ADAPTADA DE LA ESCALA DE FELICIDAD DE LIMA PARA AM. 44	
3.5. TEORÍAS DEL APOYO SOCIAL (AS).....	46
3.5.1. <i>Redes de Apoyo Social</i>	50
3.5.2. <i>El Apoyo Social y Factores Sociodemográficos</i>	53
3.5.3. <i>Modelo teórico del Apoyo Social Percibido (APS)</i>	54
3.5.4. <i>Herramienta para evaluación de APS</i>	58
3.5.5. <i>Propiedades psicométricas de la escala de Apoyo Social Percibido de Zimet</i> 62	
3.6. INDICADORES DE SALUD MENTAL EN AM.....	63
3.7. ENVEJECIMIENTO EN EL ECUADOR.....	66
3.8. LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO	68
3.9. POLÍTICAS SOCIALES DE SALUD EN EL ADULTO MAYOR, PROGRAMA 60 Y PIQUITO.....	71
4. OBJETIVOS	76
4.1. GENERAL	77
4.2. ESPECÍFICOS	77
5. MATERIAL Y METODOS	78
5.1. TIPO DE ESTUDIO	79
5.2. PARTICIPANTES.....	79
5.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	79
5.4. TÉCNICA DE MEDICIÓN.....	80
5.4.1. <i>La ficha sociodemográfica:</i>	80
5.4.2. <i>La Escala Minimental State Examination De Folstein MMSE (Folstein et al., 2018):</i>	80
5.4.3. <i>La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, abreviada (versión</i>	

española), GDS-VE (15 ítems) (Yesavage et al., 1983):.....	80
5.4.4. La Escala De Felicidad De Lima EFL, versión adaptada (Árraga, M. V. & Sánchez, M. 2012):.....	81
5.4.5. La Escala de Apoyo Social Percibido MSPSS (Zimet y cols., 2018):.....	81
5.5. PROCEDIMIENTOS.....	82
5.5.1. Autorización de los autores para el uso de las escalas	82
5.5.2. Levantamiento de información	83
5.5.3. Validación de instrumentos.....	83
5.5.4. Selección de participantes e identificación de la muestra	84
5.6. ANÁLISIS DE DATOS.....	85
5.6.1. Variables a ser estudiadas:.....	86
6. RESULTADOS	88
6.1. FASE I: RESULTADOS DE TAMIZAJE	89
6.2. Deterioro y Depresión	91
6.3. FASE II: EVALUACIÓN DE INSTRUMENTOS	92
6.3.1. Puntajes dados a las preguntas.....	94
6.3.2. Alpha de Cronbach	99
6.3.3. Indicadores	100
6.4. FASE III: RESULTADOS DESCRIPTIVOS BÁSICOS DE LAS VARIABLES SOCIO DEMOGRÁFICAS, BIENESTAR SUBJETIVO Y APOYO SOCIAL PERCIBIDO.	101
6.4.1. Resultados Socio Demográficos.....	101
6.4.2. Bienestar Subjetivo y sus componentes	106
6.4.2.1. Bienestar subjetivo	106
6.4.2.2. Componente: Satisfacción.....	109
6.4.2.3. Componente: Realización.....	111
6.4.2.4. Componente: Sentido Positivo.....	113
6.4.2.5. Componente: Alegría de vivir	115
6.4.3. Apoyo social Percibido y sus componentes.....	117
6.4.3.1. Apoyo Social Percibido.....	117
6.4.3.2. Componente: Apoyo Familiar	120
6.4.3.3. Componente: Apoyo de Amigos	122
6.4.3.4. Componente: Apoyo de otros significativos.....	125
6.4.4. Fase IV: Relación entre bienestar subjetivo y apoyo social percibido, modulado por factores socio demográficas.....	127
7. DISCUSIÓN.....	131

8. CONCLUSIONES	139
10. RECOMENDACIONES	142
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	145
ANEXOS	159
Anexo B: Mini Mental Examination (MMSE)	162
Anexo C: Test de Yesavage	163
Anexo D: Escala de Felicidad	164
Anexo E: Escala multidimensional de apoyo social percibido.....	165
Anexo F: Autorización de EFL	166
Anexo G: Autorización para MSPSS.....	167
Anexo H: Autorización de la Unidad Patronato Municipal San José	168
Anexo I: Formulario de Consentimiento Informado	169

1.INTRODUCCIÓN

1. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró pandemia a nivel mundial en marzo del 2020 (HARO, 2020), lo que conllevó al incremento de las emociones negativas (ansiedad, depresión e indignación) y una disminución de las emociones positivas (felicidad y satisfacción), (LI et al., 2020), la cuarentena aumentó la posibilidad de problemas psicológicos y mentales, principalmente por el distanciamiento entre las personas (HO; CHEE; HO, 2020; COSIO, 2020).

Por otra parte, el envejecimiento de la población se está experimentando en la mayoría de los países del mundo; cuyas principales causas están determinadas por la disminución de las tasas de fecundidad y el aumento de la supervivencia hasta edades más avanzadas, esta transición poblacional se considera está ligada al progreso económico, regiones actualmente desarrolladas como Europa Occidental, Japón, Estados Unidos y Canadá fueron las primeras en pasar por esta transición demográfica (LUIS; MONCAYO, 2017), mientras que en países menos desarrollados el cambio poblacional se experimenta de forma más acelerada.

Solo en América latina el nivel de envejecimiento emula en 50 años lo que a Europa le tomó dos siglos, con la desventaja de poseer menor tiempo para realizar ajustes y enfrentar el nuevo escenario poblacional (HUENCHUAN, 2018). En este sentido se constituye necesario entender el fenómeno de envejecer para establecer alternativas que promuevan la calidad de vida del AM y, por ende, una mejor atención (MAR; GARC; MAYA, 1964), así, el Bienestar Subjetivo (BS) es una de las tres formas de evaluar la calidad de vida de la PAM, junto con indicadores económicos y sociales; entonces plantearse cómo la gente evalúa la calidad de sus vidas de acuerdo a su criterio y de manera global es esencial para entender el bienestar (DENEGRÍ; GARCÍA; GONZÁLEZ, 2015).

De igual manera, las redes sociales de apoyo representan un aspecto crítico en la vida cotidiana de los adultos mayores (AM), existiendo varias formas de asociación en términos afectivos, culturales y económicos dentro de la familia y la comunidad; en esta investigación se aplicará el concepto de apoyo social entendido “como las transacciones interpersonales que implican ayuda, afecto y afirmación” (KAHN; ANTONUCCI, 1980).

Por ello este estudio es fundamental en las personas que han transitado por

las diferentes etapas de su vida, surgiendo el interés en centrarse en un segmento específico de la población y, de esta manera, conocer ¿Cómo autoevalúan los AM su propio bienestar? y ¿Cómo perciben los adultos mayores el apoyo social de las diferentes fuentes?

Por otra parte, se considera que la variable apoyo social podría contribuir al mejor BS de las personas adultas mayores, siendo necesario, determinar ¿Cómo se relaciona el apoyo social con el BS de las personas adultas mayores usuarias del programa 60 y Piquito en los barrios del sur de Quito?, precisando además ¿Cómo las características socio demográficas pueden predecir la percepción del apoyo social y ésta a su vez el BS de las personas adultas mayores?

De esta manera la presente investigación se procesa en cuatro fases que posibilita presentar los resultados con las muestras logradas para cada una. La primera fase es de tamizaje, la misma que permite detectar a los participantes con y sin indicadores clínicos para seleccionar la muestra de estudio.

La segunda fase concierne a la validación de los instrumentos, la misma que se realizó comparando los resultados de confiabilidad y validez entre los dos grupos (con y sin indicadores clínicos), para verificar el grado en que estos miden lo que realmente quieren medir. La tercera fase corresponde a la descripción de los determinantes individuales como la edad y el estado civil y los estructurales como el género y la educación, necesarios para comprender su influencia en el Bienestar y Apoyo. La cuarta fase permite encontrar la contribución del apoyo social percibido (ASP) en el BS de las personas adultas mayores.

Los principales objetivos de la presente investigación son: 1) Evaluar el BS de las personas adultas mayores usuarias del programa 60 y Piquito en el Centro de referencia del sur de Quito. 2) Evaluar el apoyo social de las personas usuarias del programa. 3) Evaluar las propiedades psicométricas de la "Versión adaptada de la Escala de la felicidad de Lima" y la "Escala multidimensional de percepción de apoyo social (MSPSS)" en AM usuarios del programa social de Quito, mediante el análisis de consistencia interna y validación discriminativa. 4) Describir las características sociodemográficas de las personas AM usuarias del programa 60 y Piquito en el Centro de referencia del sur de Quito. 5) Relacionar las características sociodemográficas, BS y el ASP de los AM del programa 60 y Piquito en el Centro de referencia del sur de Quito.

La hipótesis planteada es que el BS de las personas AM que presentan alto

apoyo social es diferente al BS de aquellas que tienen bajo apoyo social, está asociado a factores socio demográficos y repercute en la percepción de bienestar.

2.JUSTIFICACION

2. JUSTIFICACIÓN

La vejez es una etapa natural y de transición inherente a todo ser vivo, considerada como una evolución del ciclo vital con cambios psicológicos, biológicos y sociales; la edad es uno de los principios universales de la organización social, cada sistema social y cultural define determinados comportamientos como más o menos deseables y aceptables de acuerdo a la edad cronológica de mujeres y hombres, así, los aspectos socioculturales dialogan con la realidad bio-fisiológica que encierra el envejecer (OSORIO, 2012), de ahí que el envejecimiento es una etapa de transición que está influenciada por la cultura y la cosmovisión particular de los individuos.

En el Ecuador se experimenta un proceso de transición demográfica caracterizada por el progresivo envejecimiento de la población. Al momento, 7 de cada 100 ecuatorianos/as son personas adultas mayores, siendo los rangos de edad de 65 a 69 años y de 70 a 74 años donde se concentra más del 50% de ellas (ALBALA et al., 2005).

La realidad de la PAM transcurre entre la necesidad de contar con ingresos para subsistir, así como atención oportuna de la salud muchas veces deteriorada. Si bien se han diseñado e implementado varias políticas y programas relativos a la atención de salud, no ha sucedido así respecto al aseguramiento de una fuente de ingresos derivando en un empobrecimiento de este grupo poblacional (FREIRE, 2014).

Por lo anteriormente mencionado, se considera al BS como un elemento fundamental para lograr un envejecimiento positivo y que, desde la perspectiva cuantitativa, es posible conocer y sistematizar aquellas variables o factores que ayudan o promueven condiciones para alcanzar el BS adecuado (PALMA; GALAZ, 2018) .

Lo anterior, ha despertado el interés a nivel mundial de conocer las condiciones de vida y las necesidades específicas del AM, por esto, gran parte de científicos sociales como Ramiro, Navarro, Menacho Jiménez, Mar López & García-Sedeño (PALMA; GALAZ, 2018) se han ocupado de estudiar los aspectos que influyen en una evaluación positiva de la existencia cobrando relevancia en los últimos años las investigaciones relacionadas con el BS y variables como la satisfacción con la vida

(TEMKIN; TRONCO, 2006), apoyo social, autopercepción de la salud y estilos de afrontamiento (PALMA; GALAZ, 2018).

Al mismo tiempo, se puede vivenciar una mayor probabilidad del debilitamiento de redes sociales relacionado con el proceso de jubilación y la consiguiente disminución de contactos sociales, pero también por la pérdida de la pareja, amigos y compañeros. Estas experiencias requieren ajustes por parte del individuo que transita este ciclo vital para no ver mermado su bienestar, afectando mayoritariamente al hombre que la mujer (SARCHIELLI, 2008).

Esto es corroborado con los análisis realizados sobre redes sociales de apoyo como moderadora de los efectos negativos de estresores en el bienestar y la salud mental, añadido a este aspecto las redes pueden ser fundamentales para favorecer las condiciones de vida y el enfrentamiento de crisis en el hogar, especialmente para los grupos más vulnerables (AM, discapacitados físicos y mentales) no cubiertos por la protección social formal (Naciones Unidas, 2013).

Varios estudios demuestran que entre los factores psicológicos que afectan el BS, son: el temor a enfermarse, preocupación por pérdidas de familiares y amigos, manifestaciones de intranquilidad, desasosiego, tristeza, llanto, temor a la muerte y no poder estar con hijos y nietos cuando estos lo necesiten, entre los factores sociales auto percibidos por los ancianos, son: la necesidad de comunicación social sobre todo con personas de su edad, hijos y nietos, los problemas en la dinámica familiar a causa de la incompreensión al anciano, menos disponibilidad para atenderlo por la incorporación de la mujer al trabajo, migraciones, reducción de la natalidad, y; otros factores sociales, como: falta de medicamentos, insuficientes ingresos económicos, pobre apoyo comunitario, dificultades para la recreación y adquisición de alimentos, poca privacidad en la vivienda, por eso desean tanto asistir a círculos de abuelos y actividades culturales acorde a sus gustos (BRAÑAS, et al. , 2001).

Se menciona que aquellos AM que residen en sus hogares con recursos como la vida independiente y el hogar propio pueden adaptarse con mayor eficiencia (STEFANI, 2006). Los AM no institucionalizados, utilizan menos estrategias de enfrentamiento, se centran en planificar y buscar apoyo social, además realizan un encuadre positivo a las situaciones; mientras que los AM institucionalizados afrontan las demandas de la vida a través de un enfrentamiento activo, aceptación de la responsabilidad y autocontrol (REYES; PAZ; ARELLANO, 2006)

Por otra parte, es importante establecer el perfil sociodemográfico de las personas adultas mayores que son usuarias de este proyecto social y que podrían estar relacionado a la percepción de BS o del ASP.

Algunas características demográficas han sido resaltadas en varios estudios y serán consideradas en la presente investigación. Existe un predominio de mujeres surgiendo así el concepto de la “feminización del envejecimiento”, lo que aumenta la posibilidad de desarrollar discapacidades en relación con el aumento de la edad (SNYDER; WONG, 2007), situación que podría repercutir en la salud de las personas mayores, al influir directamente en la capacidad de la persona para su autocuidado (LARA; MARDONES, 2009), siendo que la edad cronológica y el envejecimiento son fenómenos paralelos, donde toma relevancia los estilos de vida más que los años transcurridos (ANZOLA, 1996).

Otros estudios que relacionan al BS con las variables sociodemográficas contextuales a la edad señalan que a mayor edad, mayor BS (KUNZMANN; LITTLE; SMITH, 2000). En relación con el estado civil, la convivencia con la pareja es un factor social protector mientras que la condición de viudez puede influir de manera negativa en su autonomía (SÁNCHEZ, 2019) por tanto, se expresa que los AM casados y extrovertidos presentan mejores índices de bienestar en detrimento de los solteros e introvertidos, no encontrándose relaciones lineales en el caso de las mujeres (MROCZEK; KOLARZ, 1998).

Es importante además conocer los tipos de apoyo social que recibe y tipos de redes sociales, tomando en cuenta que se ha demostrado que las personas que reciben un mayor apoyo social y participación en actividades sociales gozan de mejor salud (CASTELLANO, 2001).

Se ha estudiado también la relación entre BS con nivel de ingreso y pobreza no encontrándose evidencia que los relacione exclusivamente, la relación entre ingreso económico y BS solo es perceptible si la persona se encuentra en una situación de extrema pobreza (PALMA; GALAZ, 2018).

Finalmente, varios autores recomiendan el desarrollo de herramientas de investigación, validadas interculturalmente, para estudiar el bienestar y los determinantes de la salud mental en este grupo de edad, el impacto de las políticas sobre la salud mental y la prevención de la depresión, la ansiedad, el alcoholismo y la drogadicción, el suicidio y el abuso hacia las personas mayores (LANG et al., 2010).

3. REVISIÓN DE LITERATURA

3. REVISION DE LITERATURA

3.1. SALUD MENTAL: PERSPECTIVAS EPISTEMOLÓGICAS Y PSICOLOGÍA POSITIVA

Para comprender el enfoque desde el que se desarrolla el estudio del BS en las personas adultas mayores, es necesario revisar las principales perspectivas epistemológicas en salud mental y su fundamentación, de esta manera se podrá articular varios conceptos que permitan aclarar los resultados de este estudio.

La OMS, define a la salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad, desde esta perspectiva, la salud, implica que el sujeto vaya creando sus recursos personales para afrontar las situaciones cotidianas de la vida, aceptando sus potenciales, limitaciones y sentimientos, y establezca una relación con sus propios valores y estados afectivos sin desligarlos de los determinismos ya sean biológicos o del mismo entorno (CÓRDOBA; CÓRDOBA; GARCÍA, 2017).

Sin embargo, desde la perspectiva biomédica y conductual fundamentada en la Sociología funcionalista de Durkheim, considera que cualquier ciencia de la vida debe centrarse en el funcionamiento, las regularidades y las normas de la sociedad; de esta manera, traslada en el caso de la salud mental a lo normal y lo patológico, lo funcional y lo disfuncional, al tratamiento farmacológico y a las neurociencias (HOLGUÍN, 2020).

Mientras que las perspectiva del bienestar y las potencialidades que comprende la salud mental positiva, el bienestar y la resiliencia, coincide con los planteamientos que hace la OMS en su informe sobre promoción de la salud mental (BOXER, 2005), en el que relaciona la salud mental positiva desde su concepción de bienestar con afecto positivo, rasgo de personalidad y resiliencia.

Según la OMS, la salud mental se define como “Un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (ORELLANA; SALAZAR, 2012).

Es importante considerar que la salud mental está determinada por múltiples factores, es así que las intervenciones de promoción de la salud mental y prevención de las afecciones de salud mental, se centren en identificar los determinantes individuales, sociales y estructurales de la salud mental, para luego intervenir a fin de reducir los riesgos, aumentar la resiliencia y crear entornos favorables para la salud

mental. Pueden ir dirigidas a individuos, grupos específicos o poblaciones enteras (ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD, 2022).

De esta manera, la OMS define la promoción de la salud mental como "... acciones que creen entornos y condiciones de vida que propicien la salud mental y permitan a las personas adoptar y mantener modos de vida saludables" (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2004).

De ahí que un estilo de vida saludable, un medio ambiente seguro y coherente, la participación activa dentro de la sociedad y la comunidad, son importantes factores protectores del bienestar mental en la edad avanzada. El apoyo de las familias, coetáneos y cuidadores juega un papel clave en la promoción de la salud mental de las personas mayores (LANG et al., 2010).

Estas definiciones de la OMS abarcarían el estudio del bienestar emocional, psicológico y social por ser los componentes del bienestar, que están interrelacionados entre sí (KEYES, 2005), vincularía la labor investigativa en la promoción y llevaría a comprender las dinámicas de las sociedades sobre las cuales se van a hacer actividades de prevención (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2004).

Para Seligman (2002, apud PERUGINI; SOLANO, 2015, p. 50), "la Psicología no es solo el estudio de la debilidad y el daño, es también el estudio de la fortaleza y la virtud. El tratamiento no es solo arreglar lo que está roto, es también alimentar lo mejor de nosotros". Así, germina el concepto de promoción de la salud que anticipa el surgimiento del enfoque salugénico.

Este paradigma, plantea la necesidad de la prevención de la enfermedad mental mediante la optimización de los recursos psicológicos de las personas y el desarrollo del bienestar psicológico como forma de mejorar la calidad de vida. Se ha definido la psicología positiva como el estudio científico de las experiencias positivas, de los rasgos individuales positivos, de las instituciones que facilitan su desarrollo y de los programas que ayudan a mejorar la calidad de vida de los individuos y previenen o reducen la incidencia de la psicopatología (FRANCOISE; ESGUERRA, 2006).

La Psicología Positiva, supone un modelo salugénico orientado a la promoción y el desarrollo personal, lo que implica pensar la salud desde el bienestar psicológico, junto al físico y social de las personas, de esta manera, la Psicología Positiva tiene como objetivo el estudio de la satisfacción vital (SV), el bienestar psicológico, el BS y otras variables psicológicas positivas, así como el desarrollo de recursos para su

promoción (LANDETE, 2012).

De ahí que los determinantes demográficos como la edad, sexo, nivel de educación, ingreso y empleo actual, ayudan a caracterizar a las poblaciones y proporcionan un contexto descriptivo que permiten la implementación de la promoción de la salud mental como política social (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2004).

Una mejor educación aumenta la capacidad cognitiva – intelectual en las mujeres así como los prospectos de trabajo, y pudiera reducir la desigualdad social y los riesgos de desarrollar ciertos trastornos mentales como la depresión. En algunos estudios se demuestra que los riesgos de enfermedades mentales están asociados con indicadores de pobreza y bajos niveles de educación (HERNÁNDEZ; MORENO; BORGES, 2007).

La interacción entre salud física y mental sugiere la importancia de buenos hábitos alimenticios, ejercicio periódico, busca de conocimiento sobre la salud, participación en actividades religiosas, buenas relaciones con otras personas, la administración bien planificadas de los ingresos y egresos que al final conducen a una satisfacción con la vida (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2004).

La salud mental positiva involucra el logro propio, sentimiento de control que ejerce el individuo sobre su ambiente y autonomía que permite identificar, conformar y resolver problemas (MUÑOZ et al, 2016) y tiene diferentes significados dependiendo del entorno, cultura y las influencias socioeconómicas y políticas (MARTORELLI, 2004).

Para Bradburn (1969 apud BERICAT; ACOSTA, 2021, p. 723), desde la dimensión afectiva, la salud mental positiva puede ser conceptualizada como una sensación subjetiva de bienestar, estudios sugieren que el BS ejerce más efecto en el ambiente que el que el ambiente ejerce sobre él. Para Scheier y Carver (2001, apud CONTRERAS FRANCOISE; ESGUERRA, 2006), el optimismo parece ser una condición dominante en las personas con buena salud mental porque tienen mejores mecanismos para afrontar adversidades, tales como la aceptación de la realidad y confianza en su crecimiento personal.

Los resultados de las investigaciones psicológicas, en particular desde la perspectiva de la Psicología Positiva, evidencian que el desarrollo del bienestar y la felicidad se relacionan positivamente con la promoción de la salud psicofísica y la prevención de estados y conductas de riesgo, tales como el abuso de tabaco, alcohol

y otras sustancias, la violencia, la depresión y el suicidio (SCORSOLINI, 2010).

3.2. TEORÍAS DE LA FELICIDAD

El Informe Mundial de la Felicidad, señala que el interés por la felicidad y el BS ha aumentado considerablemente, mientras que la atención al ingreso y al producto interno bruto (PIB) es decreciente; es evidente que la investigación académica sobre la felicidad se ha disparado y las organizaciones, académicos o gobiernos tratan de definir el progreso a través de la creación de un nuevo conjunto de indicadores que incluyen cada vez más medidas de felicidad (HELLIWELL et al., 2022).

En el informe mundial sobre el envejecimiento y la salud el bienestar se considera en el sentido más amplio y abarca cuestiones como la felicidad, la satisfacción y la plena realización (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2016).

Para comprender el BS, es necesario mencionar brevemente algunas teorías psicológicas relacionadas con la felicidad, puesto que existen postulados que explican este constructo; así, las teorías finalistas sostienen la idea de que la felicidad se logra cuando un objetivo o necesidad es alcanzada, el grado de recursos presumiblemente relacionados con las necesidades y los deseos se correlacionan con el BS (DIENER, 1994).

Una de las teorías finalistas alternativas que es la teoría de la necesidad, postula que existen necesidades innatas y aprendidas y que pudiendo ser conscientes o no, éstas al ser satisfechas producen felicidad, así, para Wilson, las teorías denominadas de abajo-arriba se centran en identificar las necesidades o factores externos al sujeto afectan a su bienestar, mientras que las teorías denominadas de arriba-abajo se centran en identificar los factores internos al sujeto mediante su percepción de sus circunstancias vitales y como éstas afectan su juicios o valoraciones sobre su felicidad (MARTÍN, 2002).

La teoría de arriba-abajo sugieren que la felicidad es una predisposición o un rasgo y que no son sentimientos felices por si mismos sino una propensión a reaccionar de forma feliz; mientras que el acercamiento de abajo-arriba o estado, sugiere que una persona feliz es aquella que tiene momentos felices, ésta es una visión acumulada de la felicidad (GONZÁLEZ, 2017).

La felicidad puede, hasta cierto punto, ser considerada tanto un rasgo como un estado. El rasgo es una predisposición a experimentar ciertos niveles de afecto y debería ser medido de forma tan independiente del estado de ánimo actual como fuera

posible. Determinar hasta qué punto un rasgo tan hipotetizado es estable temporalmente y consistente en diferentes situaciones, es una cuestión empírica (DIENER, 1994).

En contraste, las teorías del objetivo están basadas en deseos específicos conscientes, en las que según Diener, la persona busca metas y éstas cuando se alcanzan producen felicidad; por lo tanto existen un amplio acuerdo en que la satisfacción de necesidades, metas y deseos están relacionadas de alguna manera con la felicidad (DIENER, 1994).

Según Diener, "... las investigaciones demuestran que felicidad y satisfacción vital comparten significados comunes. Las personas hacen referencia a la satisfacción vital como actitudes y sentimientos positivos y duraderos sobre sus vidas. Desde este punto de vista, si se atienden las dimensiones implicadas, una teoría de la satisfacción vital debería de ser igualmente una teoría de la felicidad y, en general, una teoría del BS" (GARCÍA, 2002).

Esta teoría de las Discrepancias Múltiples (TDM) de Diener, sostiene que el BS expresado por el sujeto es una función lineal positiva de las discrepancias percibidas entre lo que uno tiene ahora y lo que tienen los demás, esperaba tener ahora o en el futuro, necesita o cree merecer. Factores como la edad, el sexo, el nivel educativo y de ingresos o el apoyo social, entre otros, afectan directa e indirectamente a estas discrepancias percibidas y, por tanto, también al BS experimentado (GARCÍA, 2002).

Las teorías de la actividad, sostienen que la felicidad es un producto de una actividad que se realiza bien sin importar el estado final y que se llevan a cabo de una excelente manera, la teoría de la actividad en la gerontología se refiere a la actividad global como: las aficiones, la interacción social, el ejercicio (DIENER, 1994).

La teoría del flujo de Csikszentmihalyi (apud DIENER, 1994), es la formulación más explícita sobre la actividad y el BS y se refiere a que "...Las actividades se ven como placenteras cuando el reto va bien con el nivel de habilidad de la persona. Si una actividad es demasiado fácil se producirá aburrimiento; si es demasiado difícil se producirá ansiedad. Cuando una persona está metida en una actividad que requiere una concentración intensa y en la que las habilidades de la persona y el reto de la tarea son iguales, se producirá una experiencia placentera de flujo."

La teoría asociacionista, refiere que un tipo relacionado de teoría se basa en una evocación clásicamente condicionada de afecto. La investigación ha mostrado que el condicionamiento afectivo puede ser extremadamente resistente a la desaparición. De

este modo, las personas felices podrían ser las que tuvieran experiencias afectivas, muy positivas asociadas a un gran número de estímulos frecuentes diarios (DIENER, 1994).

La aseveración de Zajonc citado en Bisuerra (apud BISQUERRA, 2009) que defiende la postura biológica de que las relaciones afectivas tienen lugar independientemente y más rápidamente que la evaluación cognitiva de los estímulos, es compatible con un enfoque condicionante de la felicidad.

En cuanto a la felicidad o BS, Bar-On (apud LANDETE, 2012), en su modelo de la inteligencia emocional lo señala como rasgo de personalidad, que es una aptitud que forma parte, junto con el optimismo, del ámbito estado de ánimo general, y que consistiría, específicamente, en la capacidad de disfrutar de uno mismo y de los otros, de divertirse, de sentirse satisfecho con la propia vida y de experimentar sentimientos positivos emociones positivas.

Estas últimas son un importante factor a considerar en relación con un estilo de vida saludable y el desarrollo del bienestar y la felicidad debido al papel que desempeñan las emociones positivas. A pesar de que su estudio es reciente en Psicología, se ha evidenciado su importante papel protector en situaciones de adversidad y facilitador de la salud, el bienestar y el desarrollo de recursos personales que potencian la competencia social (LANDETE, 2012).

Esto es subrayado en la teoría de la ampliación y construcción de las emociones positivas de Fredrickson (apud BARRAGÁN, 2014), desde la que se afirma que las experiencias emocionales positivas son capaces de desarrollar la creatividad y de aumentar la satisfacción y el compromiso y tienen un efecto acumulativo con el transcurso del tiempo, ampliando el repertorio de pensamientos y acciones, y contribuyendo así al desarrollo de recursos adaptativos.

Los investigadores muestran un gran empeño en controlar y disminuir los estados emocionales negativos, una vez que varios autores señalan que el cultivo de las emociones positivas es parte de la naturaleza humana y se han convertido en una clave indiscutible para la consecución de las relaciones sociales, capaces de promover el disfrute y la gratificación y de desarrollar la creatividad y de aumentar la satisfacción y el compromiso (BARRAGÁN, 2014).

De esta forma, la teoría del Bienestar de Seligman, propone que se aborde el estudio de lo positivo de la experiencia humana desde tres ángulos: en primer lugar, el análisis de las experiencias positivas, en segundo lugar, la aproximación al estudio

de las fortalezas psicológicas y por último, el análisis de las características que configuran y determinan las organizaciones positivas (BOLAÑOS; ELBA; CRUZ, 2017).

En América Latina, se destacan los estudios de Alarcón (2006), que concibe a la felicidad como un estado afectivo de satisfacción plena que experimenta subjetivamente el individuo en posesión de un bien anhelado. Encontró que está compuesta por las dimensiones Sentido Positivo de la Vida, Satisfacción con la Vida, Realización Personal y Alegría de Vivir (AUNÉ; ABAL; ATTORRESI, 2017).

Según Beytía (apud AUNÉ; ABAL; ATTORRESI, 2017), en Latinoamérica se han encontrado valores relativamente altos de felicidad, aun considerando los estándares internacionales más demandantes, lo que constituye una aparente paradoja dadas sus altas tasas de pobreza, diferencias sociales e inequidad de ingresos y al bajo nivel de acceso a la salud y a la educación en relación a Estados Unidos y Europa Occidental.

3.3. BS Y FACTORES DEMOGRÁFICOS

El Bienestar es un constructo complejo que no solo incluye facetas de sentido de la coherencia, satisfacción con la vida, fortaleza y resistencia, sino que, además, es influenciado por aspectos cognitivos, emocionales y comportamentales, así como por características individuales y factores medio- ambientales tales como la edad, el género y la cultura (OMAR et al., 2009).

El BS se ha entendido tradicionalmente como la consecución del placer y disfrute inmediato, pero desde un punto de vista más amplio se podría definir como la sensación que tiene el individuo de que su vida está desarrollándose de acuerdo a sus metas, creencias, valores, deseos, lo que le proporciona una sensación de tranquilidad interior (QUEVEDO; ABELLA, 2010).

Para Ryan y Deci (2001 apud NAVASCUÉS; CALVO MEDEL; BOMBIN MARTÍN, 2016. p. 6), el bienestar es un constructo multidimensional que incluye el bienestar hedónico que entiende el bienestar como la consecución de la felicidad maximizando el placer y disminuyendo el dolor, y el bienestar eudomónico o psicológico que incluiría la congruencia entre los objetivos deseados y alcanzados en la vida, un buen estado de ánimo y un nivel afectivo óptimo (GARCÍA, 2002).

El paradigma hedónico propondrá que el bienestar depende principalmente de

vivir una vida con experiencias predominantemente placenteras, así; el BS se logra mediante la experimentación de niveles altos de afecto positivo, la vivencia de niveles bajos de afecto negativo y una alta satisfacción vital (KANTER; NAVARRO; MEDRANO, 2018).

El bienestar hedónico está constituido por el componente afectivo, es decir, el que contiene el agrado experimental por la persona con sus sentimientos, emociones y estados de ánimo más frecuentes (MORENO, 2013). En este punto cabe resaltar que en el término BS, se considera la dimensión empíricamente medible de la felicidad, y difiere del concepto de calidad de vida, al incluir autoevaluaciones y no solo estándares explícitos, que son operacionalizados a través de componentes objetivos (VEENHOVEN, 2012).

Por otra parte, el segundo paradigma, la visión eudaimónica, queda representado en la teoría del bienestar psicológico propuesto por Riff e Singer (2007) desde donde se propone que el bienestar se alcanza a través de la consecución de los siguientes rasgos positivos: el propósito en la vida, el dominio del medio ambiente, las relaciones positivas, la auto aceptación, el crecimiento personal y la autonomía (KANTER; NAVARRO; MEDRANO, 2018).

De esta manera, la felicidad puede entenderse desde un modelo hedónico o, desde una visión eudaimónica; en el ámbito del conocimiento científico, el término felicidad ha sido traducido por BS; se trata de una experiencia interna de cada individuo que emite un juzgamiento de como la persona se siente y su grado de satisfacción con la vida (COMIN, 2010).

Como afirma Argyle (1993), el BS representa la principal aportación de la psicología al estudio de la calidad de vida. Según él:

“Son varios los movimientos que han estado relacionados con la calidad de vida. Por ejemplo, los economistas del desarrollo miden la calidad de vida de los países en vías de desarrollo por su renta per cápita, porcentaje de empleados, longevidad y educación. La psicología puede añadir otra medida, el BS. No es bueno hacer a las personas más ricas si no se las hace también más felices.” (ARGYLE, 1993).

Por otra parte, según Ryff, (apud MELLA et al., 2004), en torno al concepto de bienestar al menos la auto aceptación, la autoestima y el propósito en la vida tienen que ver con muchos de los síntomas asociados comúnmente a depresión, así como el dominio del ambiente y las relaciones positivas con los demás se relacionan con el concepto de ASP.

Se percibe una tendencia contemporánea de relacionar el BS con la promoción de salud, sin embargo las delimitaciones de esos conceptos son todavía confusas y, consecuentemente, su operacionalización en términos de medirlos se muestra muchas veces distorsionado (ALBUQUERQUE; TRÓCCOLI, 2004).

Discurriendo sobre los factores que influyen en el BS, algunos autores sustentan que se trata de un constructo que sufre influencia tanto de los aspectos culturales (experiencias compartidas que forman la base de un modo similar de ver al mundo), como de los hereditarios (COMIN, 2010). El sentido de las experiencias de los individuos es construido socialmente por medio de creencias, presuposiciones y expectativas sobre el mundo. Como la cultura influencia la personalidad y la personalidad influencia la cultura, en una relación de reciprocidad, ambos niveles de análisis son considerados fundamentales para entender el BS dentro de una perspectiva sociocultural (ALARCÓN, 1975).

Algunos estudiosos como Diener e Tov, Inglehart e Klingemann, entre otros, refieren que la felicidad tiene características tanto universales como específicas y por lo tanto los valores y necesidades varían entre sociedades distintas; de esta manera se conoce que la cultura es un factor que influye en la concepción de la felicidad y por lo tanto influye en la forma en la que se viven las experiencias subjetivas (MÉXICO, 2014)

BS no significa necesariamente salud psicológica, este es la menos un aspecto del bienestar psicológico, siendo necesario mas no suficiente para la persona estar bien en la vida (ALBUQUERQUE; TRÓCCOLI, 2004). Es así que el BS incluye el estado emocional en un determinado momento, la satisfacción respecto a cada dominio de la vida, que se desprende de una valoración global respecto a la propia vida (GÓMEZ et al., 2007).

La definición que propone Reynaldo Alarcón (2006), se inspira en las ideas filosóficas de felicidad del mundo griego, así, define la felicidad "como un estado afectivo de satisfacción plena que experimenta subjetivamente el individuo en posesión de un bien anhelado" (ALARCÓN, 2006). A su vez, en un análisis de esta definición distingue la felicidad como un sentimiento de satisfacción que vivencia una persona, alude a la estabilidad temporal de la felicidad, puede ser duradera, pero, a la vez, es perecible y supone la posesión de un "bien" que son de naturaleza variada, así concibe a la felicidad como un sinónimo de satisfacción con la vida (GIL; MUÑOZ, 2017).

De acuerdo a Montero (2004), el bienestar se alcanza cuando las necesidades personales, relacionales y colectivas son atendidas. Las necesidades psicológicas de esperanza, optimismo, estimulación intelectual, dominio, control, bienestar mental, sentido y espiritualidad deben ser alcanzados para experimentar el sentido de bienestar personal; pero éstas se logran mediante relaciones de apoyo que a su vez implica satisfacer las necesidades relacionales como el afecto, el cuidado, la compasión, vinculación y apoyo, respeto por la diversidad, participación significativa en la familia, el trabajo y la vida cívica.

La relación entre indicadores objetivos y subjetivos de bienestar y satisfacción generalmente es baja "...por que la satisfacción se vincula a un proceso en el que se comparan las aspiraciones o expectativas con la situación real o logros obtenidos. La satisfacción o bienestar depende no tanto de la realidad, como de la relación entre esta y las aspiraciones" (ASON, 2002).

Algunos estudios sugieren que para el BS las condiciones objetivas importan pero no son el factor decisivo. Las condiciones objetivas parecen, efectivamente, impactar el BS a través de variables motivacionales y cognitivas (GÓMEZ et al., 2007).

Según la teoría de adaptación, las personas se adaptan de manera inevitable, rápida, y total, a cualquier suceso que ocurra en sus vidas, la premisa es que a nivel habitual de BS es altamente estable y que los cambios en las circunstancias de vida, podrían ocasionar aumentos o disminuciones en el BS, pero en cuestión de meses se regresaría a su nivel inicial; así, se ha observado en investigaciones transversales, que las correlaciones entre BS y las circunstancias externas de vida (por ejemplo, ingreso, estado civil) van de pequeñas a moderadas y en estudios longitudinales se ha observado que las diferencias individuales en el BS son altamente estables en el tiempo (GÓMEZ, 2016).

Algunos estudios del BS y la edad, indican que esta asociación es mayor cuando las variables ingreso y salud son controladas, de tal forma esta relación se enfoca en la evaluación cognitiva debido a que este componente tiene un efecto a largo plazo en el BS, a diferencia de los afectos, por lo que la edad es una variable a tomar en cuenta ya que a mayor edad, mayor BS (PALMA; GALAZ, 2018).

Factores como la edad, género, escolaridad, grado de integración social, ingresos, redes de apoyo y actividades profesionales presentan una clara relación con la percepción del bienestar, felicidad y calidad de vida, además de la participación social en el hogar, en la política y religiosidad, por lo que diversos factores pueden

contribuir para el mejor bienestar y como este es percibido por los AM (SAN ROMÁN et al., 2017).

La presencia de pareja estable y amistades parece contribuir significativamente a la calidad de vida y al BS. Estudios realizados en Europa y EE. UU., sugieren que las personas casadas son más felices y están más satisfechas con la vida que las personas viudas y divorciadas, y entre las personas casadas, las que tienen mayor satisfacción marital reportan niveles más altos de BS, es decir, el vínculo con amigos o parejas, compartir una intimidad, promueve sentimientos positivos y ayuda a superar el estrés y las dificultades. Algunos investigadores incluso han propuesto la principal contribución del AS al BS sería influir en las emociones, cogniciones y comportamientos para promover el afecto positivo (WOYCIEKOSKI; STENERT; HUTZ, 2012).

A través de estudios longitudinales, se demostró que los efectos de eventos vitales pueden ser duraderos en el BS, se observaron niveles bajos de BS después de accidentes que causan una invalidez, la viudez, divorcio y desempleo (WOYCIEKOSKI; STENERT; HUTZ, 2012).

Varios estudios han demostrado la asociación del nivel educativo con el nivel de dificultad en la movilidad en la tercera edad es que los individuos con mayor nivel educativo nivel tienden a estar menos expuestos a factores de riesgo de enfermedades y adoptar hábitos y conductas más saludables (CARVALHO; ALENCAR JÚNIOR; MORAES, 2020).

Constatan que algunos factores tradicionalmente asociados con el BS, como los ingresos, la salud, la confianza institucional o la educación, tienen un menor poder explicativo en la región que en países más desarrollados. Concluyen que es la cantidad, la densidad y la calidad de los vínculos sociales primarios en América Latina lo que explica esta aparente paradoja (BERICAT; ACOSTA, 2021).

Cabe señalar una diferencia significativa en la vivencia de la prejubilación entre el papel de los hombres y las mujeres. Los hombres, en la mayoría de los casos, al cesar su actividad tienden a percibir una pérdida relativamente mayor de su identidad, construida generalmente en relación al trabajo y, por tanto, el apoyo familiar resulta de gran valor. Necesitan sobre todo ese refuerzo afectivo quienes han sobredimensionado su rol laboral en detrimento del familiar y relacional (IMSERSO, 2008).

3.3.1. Modelo teórico del BS

La tradición positivista ha centrado sus estudios en las condiciones de vida que favorecerían el bienestar objetivo que se circunscribían a lo puramente económico; entonces, el concepto de nivel de vida tenía como marco de referencia el estado de bienestar y las políticas que a él se encaminaban, introduciéndose de esta manera el término "calidad de vida" (MARTÍN, 2002).

Las categorizaciones de indicadores objetivos de calidad de vida incluyen áreas como ingresos, salud, empleo, vivienda o condiciones del entorno, de esta manera ha sido identificada con el bienestar social y, debido a la equiparación de éste con el bienestar económico se han ligado con los indicadores socioeconómicos macro sociales (VEENHOVEN, 2012).

Es importante encontrar como de este modelo de calidad de vida se ha ido incorporando componentes más subjetivos, entre ellos: percepciones y evaluaciones sociales relacionadas con las condiciones de vida de las personas, y que pueden incluir los sentimientos de felicidad, la satisfacción, y otros aspectos (CASAS, 1991).

Esta diferenciación de la dimensión objetivo-subjetiva, ha permitido la intensificación del nivel de análisis individual frente al social o estructural y el abordaje de componentes internos del bienestar humano en su dimensión subjetiva, desde el punto de vista de la propia persona (MARTÍN, 2002).

En una revisión crítica de la medición del bienestar desde una perspectiva interdisciplinar, se menciona que el bienestar material se ha desplazado paulatinamente desde estas perspectivas puramente materiales hacia un idea de BS, como resultado de la evolución y el cambio social (MORENO, 2013).

En la teoría homeostática se coloca como indicador principal del BS a la satisfacción con la vida, sin embargo, la estimación global necesita ser acompañada de la evaluación de la satisfacción por diversos dominios de la vida, como las áreas de la familia, la relación con los hijos, la pareja, los amigos (ANGEL; NORIEGA, 2015). El modelo de BS propuesto por Diener et al. (2009) y su equipo lo define como "la evaluación cognitiva y afectiva de una persona sobre su propia vida" (KANTER; NAVARRO; MEDRANO, 2018).

En el BS se distinguen tres componentes, la satisfacción con la vida (cognitivo), la frecuencia de afecto positivo y baja frecuencia de afecto negativo (afectivo), mientras que en el bienestar psicológico se han distinguido seis componentes: la auto

aceptación, el crecimiento personal, el propósito vital, el mantenimiento de relaciones positivas, el dominio del entorno y la autonomía (NAVASCUÉS; MEDEL; MARTÍN, 2016).

Proponen un modelo de análisis trifactorial: la satisfacción con la vida (SV), los afectos negativos (AN) y los afectos positivos (AP). Para algunos autores esta estructura tripartita ha sido raramente cuestionada y ha sido adoptada como una premisa fundamental en los estudios sobre el BS (GARCÍA, 2002).

Para Pavot y Diener citado en Martínez (2003, apud MARTÍNEZ, 2004. p. 219), la satisfacción con la vida se refiere al proceso en el que las personas evalúan la calidad de sus vidas de acuerdo a su propio criterio y de manera global.

Es importante resaltar la distinción afectivo (emoción) - cognitivo (racional), cuando se evalúa la satisfacción con la vida como un todo, se considera la evaluación cognitiva, mientras que cuando se centra en las experiencias emocionales de la vida diaria, la evaluación es calificada de afectiva (GARCÍA, 2002).

La distinción positivo - negativo es una dimensión central de suma importancia que se han contemplado en numerosos estudios, ésta "... representa la principal dimensión de la experiencia afectiva, sobre la que descansa una gran variedad de fenómenos experienciales, que no se reducen sólo al estado de humor o al bienestar personal" (GARCÍA, 2002).

Harding encontró que el afecto negativo se hallaba relacionado significativamente con medidas auto informadas de deterioro de salud, preocupaciones y ansiedad, mientras que el afecto positivo no se relacionaba con éstas. El afecto positivo, por otra parte, se correlacionaba con la participación social mientras que el afecto negativo no. Otros estudios, observan que la dimensión positiva, que denominaron "BS", se predecía mejor atendiendo a variables como satisfacción con la familia, amigos y ocio, extraversión, así como a la disposición de una red social amplia. Frente a esto, la dimensión negativa, etiquetada como malestar subjetivo (ill-being), tenía como predictores más potentes el status socioeconómico, la competencia personal y la satisfacción con la salud (GARCÍA, 2002).

Es así que Diener señala tres elementos del bienestar: subjetividad, presencia de indicadores positivos/ausencia de factores negativos y valoración global de la vida. De esta manera un alto bienestar depende de una apreciación positiva de la vida que perdura a lo largo del tiempo, mientras que el bajo nivel obedece el desajuste entre expectativas y logros que correspondería a un elemento cognitivo (DIENER, 1994).

Según Veenhoven, el individuo utiliza dos componentes en esta evaluación: el componente cognitivo, la satisfacción con la vida, representa la discrepancia percibida entre sus aspiraciones y sus logros, cuyo amplio rango evaluativo va desde la sensación de realización personal hasta la experiencia vital de fracaso o frustración, y; el elemento afectivo que constituye el plano hedónico, es decir, el que contiene el agrado experimentado por la persona con sus sentimientos, emociones y estados de ánimo más frecuentes. Estos componentes en cierta medida están relacionados (GARCÍA, 2002).

De esta forma, otros autores, definen el BS como "... el grado en que una persona juzga de un modo general o global su vida en términos positivos, es decir, en qué medida la persona está a gusto con su vida.", así, el BS está relacionado con una valoración positiva de las circunstancias y eventos de vida, y en este sentido, los dominios como el bienestar material, la salud, la productividad, la intimidad, la seguridad, la relación con la comunidad y el bienestar emocional determinan también el componente cognitivo del BS (MUÑOZ, 2007).

Así, en palabras de Ortega y Gasset (s.d. apud GARCÍA, 2002), "...lo subjetivo no es lo contrario de la realidad objetiva, más bien es la "realidad" propia del sujeto, la que tiene de guía y le sirve de referente. El bienestar puede alcanzarse, por lo tanto, a través de procesos tan internos o dependientes de la persona como pueden ser: el cambio de sus aspiraciones, la percepción que tiene de sí misma y de su entorno, la acción sobre ella misma o la modificación de sus circunstancias vitales".

Es importante resaltar el estudio sobre el control de otras variables como la realización de actividades lúdicas conjuntamente con la salud, que indica que es la influencia de la salud sobre la posibilidad de llevar a cabo actividades recreativas lo que finalmente determina la relevancia de la salud en el BS (MANCINI; ORTHNER, 1980), así mismo, existen seis posibles vías en la relación entre salud física y el BS, ocupando un lugar destacado los cambios en el estilo de vida del sujeto y los factores sociales y de personalidad (ZAUTRA; HEMPEL, 1984).

Según Reid (2004 apud BARRA, 2012. p. 30), tanto el BS como el bienestar psicológico puede tener fuentes personales que corresponden a percepciones y cualidades del yo, e interpersonales que serían percepciones y cualidades de las relaciones sociales.

3.3.2. *Herramienta para evaluación de BS*

El bienestar incluye factores adicionales a los estados de ánimo positivo, no hay un concepto que represente completamente el BS, por lo que se tienen que medir distintas variables para describirlo totalmente, por eso no puede ser completamente evaluado a través de un indicador como la satisfacción con la vida (VILLATORO, 2012).

Algunos autores sugieren que la correlación y por lo tanto la validez predictiva de los indicadores subjetivos de bienestar, se correlacionan con medidas de BS producidas a partir de otros procedimientos, como los indicadores biológicos de estados negativos y positivos, los reportes de otros informantes y conductas que indican estados de ánimo positivos (VILLATORO, 2012).

El campo del BS ha sido investigado en su mayoría a través de encuestas de autorreporte y a través de diseños de investigación transversales, lo que ha conllevado a una serie de limitaciones metodológicas, porque éstas pueden ser ambiguas incluso cuando cuentan con características psicométricas de validez y confiabilidad adecuadas (MUÑOZ, 2007).

Una de las principales dificultades para llevar a cabo esta verificación es la carencia de medidas adecuadas, ya que muchas de las escalas de satisfacción vital a menudo contienen componentes afectivos. De igual forma, se observan altas correlaciones entre escalas tanto si tratan de medir el componente afectivo como el cognitivo del BS. Sea como fuere, a pesar de la limitada evidencia empírica, la mayor parte de los investigadores encuentra útil esta distinción en la comprensión del concepto de BS (GARCÍA, 2002).

Un análisis de la definición de la felicidad "... como un estado afectivo de satisfacción plena que experimenta subjetivamente el individuo en posesión de un bien anhelado", permite distinguir las propiedades de la conducta feliz: a) el componente subjetivo individualiza la felicidad; b) puede ser duradera, pero, a la vez, es perecible; c) es el objeto anhelado el que hace la felicidad de una persona; d) el bien o bienes que generan la felicidad son de naturaleza variada; e) no se descarta que en un tiempo histórico y en una sociocultural determinada, las aspiraciones colectivas pueden coincidir en desear algún bien o bienes (ALARCÓN, 2006).

A partir de esta definición, el profesor Reynaldo Alarcón de la Universidad Ricardo Palma en Lima, Perú, construyó la Escala de Felicidad de Lima, compuesta por 27 ítems, agrupados en cuatro dimensiones que miden el constructo felicidad, para ello, definió operacionalmente el constructo felicidad mediante cuatro factores: sentido

positivo de la vida, satisfacción con la vida, realización personal y alegría de vivir y sus respectivos indicadores, comprobó su validez de contenido y los organizó en una escala experimental tipo Likert de cinco alternativas donde al extremo positivo se le otorgan cinco puntos y al negativo un punto (BARRIOS; VILLARROEL, 2011).

Los 27 reactivos que integran la Escala de Felicidad de Lima (EFL) propuesta por Alarcón, fue administrada a 709 estudiantes universitarios, varones y mujeres, con una edad media de 23.10 años; en cuyo análisis factorial ha logrado identificar cuatro factores subyacentes que según la definición operacional y la Escala construida para medirla, la felicidad es un comportamiento complejo, los ítems que la miden no se articulan en torno a un único factor, más bien está integrada por cuatro dimensiones claramente distinguibles (ALARCÓN, 2006).

A continuación, se describen los cuatro factores del constructo felicidad propuestos por Alarcón y los resultados del análisis factorial que explica la varianza total y las cargas factoriales por cada uno para demostrar la confiabilidad de los ítems. La definición operacional de felicidad y la Escala construida para medirla, demuestra que es un comportamiento complejo y los ítems que la miden no se articulan en torno a un único factor, más bien está integrada por cuatro dimensiones claramente distinguibles (ALARCÓN, 2006).

El factor 1. Tiene once ítems, el mayor número de la Escala de Felicidad, explica el 32.82 de la varianza total y sus cargas factoriales son elevadas. Esta sub-escala la hemos denominado Sentido Positivo de la Vida, posee una alta confiabilidad (Alfa de Cronbach = .88).

Factor 2. Satisfacción con la Vida: Los seis ítems de este factor expresan satisfacción por lo que se ha alcanzado y la persona cree que está donde tiene que estar, o porque se encuentra muy cerca de alcanzar el ideal de su vida. Expresiones como las condiciones de mi vida son excelentes, me siento satisfecho con lo que soy, o la vida ha sido buena conmigo, trasuntan estados subjetivos positivos de satisfacción de los individuos que son generados por la posesión de un bien deseado. La sub-escala que evalúa este factor posee una alta confiabilidad (Alfa de Cronbach = .79).

Factor 3. Realización Personal: El primer ítem del Factor 3, "Me considero una persona realizada", condensa el contenido de este factor; sus reactivos expresan lo que podríamos llamar felicidad plena, y no estados temporales del "estar feliz": "Creo que no me falta nada", "Si volviese a nacer, no cambiaría casi nada de mi vida". Estos ítems señalan autosuficiencia, autarquía, tranquilidad emocional, placidez, todas son

condiciones para conseguir el estado de felicidad completa. El concepto de "realización personal" guarda correspondencia con la definición de felicidad que supone la orientación del individuo hacia metas que considera valiosas para su vida. La sub-Escala que mide el Factor 3, posee una confiabilidad media (Alfa de Cronbach = .76).

Factor 4. Alegría de vivir: La denominación que lleva este factor obedece a que sus ítems señalan lo maravilloso que es vivir, refieren experiencias positivas de la vida y sentirse generalmente bien. Tiene solo cuatro ítems y su confiabilidad es Alfa = .72.

Los reactivos miden indicadores de un mismo constructo y lo miden con eficacia. Es necesario recordar que en el Análisis Factorial Exploratorio (AFE) exige a las distintas dimensiones un Alfa de Cronbach que supere el 0,7 como criterio de fiabilidad (HAIR; ANDERSON; TATHAM, 2004) de esta manera, la Escala de Felicidad de Lima (EFL), ha mostrado poseer alta consistencia interna, lo demuestran los altos coeficientes Alpha de sus ítems y el de la escala total ($\alpha = .916$); la validez convergente se evaluó través de correlaciones entre puntajes de felicidad y dimensiones del Inventario de Personalidad de Eysenck (ALARCÓN, 2006).

Se han hecho varias sugerencias sobre las posibles fuentes de distorsión de la medición del BS. La primera es que las palabras como 'felicidad' y 'satisfacción' tienen sutilmente diferentes connotaciones en varios idiomas. Por lo tanto, preguntas similares medirían diferentes asuntos. Una segunda sugerencia es que las respuestas son sistemáticamente distorsionadas por sesgo de deseabilidad. En países donde la felicidad ocupa un lugar destacado como valor, la gente será más inclinado a exagerar su apreciación de la vida. Una tercera afirmación es que los estilos de respuesta distorsionan la imagen. Se sugiere que en las sociedades colectivistas las personas tienden a presentarse como 'promedio', lo que conduce a puntajes de felicidad más bajos. Finalmente, una sugerencia común es que la felicidad es un concepto típicamente occidental. Falta de familiaridad con el concepto en no-occidental se considera que las culturas resultan en calificaciones bajas (VEENHOVEN, 2012).

3.4. VERSIÓN ADAPTADA DE LA ESCALA DE FELICIDAD DE LIMA PARA AM.

En cuanto a las versiones en español, se conocen muy pocos instrumentos de medición, uno de ellos es la Escala de Bienestar Psicológico de Sánchez-Canovas, y la también reconocida Escala de BS de Albuquerque y Tróccoli, construida en

portugués.

El instrumento fue adaptado por Marisela Virginia Árraga Barrios y Mathilde Sánchez Villarroel en personas adultas mayores venezolanas, dando como resultado la "Versión adaptada de la Escala de Felicidad de Lima para AM", con una alta saturación factorial en 14 ítems que fueron reagrupados en las cuatro dimensiones referidas por Alarcón y que miden el constructo felicidad. Luego de redactados estos ítems, comprobó su validez de contenido y los organizó en una escala experimental tipo Likert de cinco alternativas: totalmente de acuerdo, acuerdo, ni acuerdo ni desacuerdo, desacuerdo y totalmente en desacuerdo (BARRIOS; VILLARROEL, 2011).

Esta escala está constituida por 14 ítems agrupados en cuatro dimensiones que miden el constructo felicidad. Los valores psicométricos obtenidos la acreditan como un instrumento válido y confiable para ser aplicado a AM.

La definición BS como sinónimo de felicidad que consideraron las autoras para su estudio, está inspirada en las ideas filosóficas de felicidad del mundo griego y en los hallazgos recientes de la investigación empírica, tal como lo expresa Alarcón como "un estado afectivo de satisfacción plena que experimenta subjetivamente una persona" (BARRIOS; VILLARROEL, 2011).

Las autoras mantienen que el constructo felicidad propuesto por Alarcón, está compuesto por los cuatro factores: Sentido positivo de la vida: sentimiento positivo que tiene la persona hacia sí mismo y hacia la vida; se refiere a una valoración del afecto positivo frente al nivel de actividad en los roles de la vida cotidiana. Satisfacción con la vida: estados subjetivos positivos de satisfacción de las personas que no depende solamente de condiciones presentes, sino también de perspectivas futuras. Realización personal: supone la orientación de la persona hacia metas que considera valiosas para su vida. Alegría de vivir: referido a ver las experiencias de la vida en forma positiva y sentirse generalmente bien.

El resultado obtenido con el coeficiente de alfa de Cronbach indica que los valores para cada uno de los ítems de la escala quedaron establecidos en un rango de 0.82 y de 0.84 el resultado del coeficiente de partición por mitades de Spearman-Brown (longitudes iguales) $r = 0.89$ y el de Guttman $r = 0.89$; ambos valores son altos y respaldan la alta confiabilidad de la escala analizada (BARRIOS; VILLARROEL, 2011).

Este hallazgo muestra consistencia en la medición del constructo felicidad en

AM, y apoya la evidencia del autor sobre que la felicidad es un comportamiento multidimensional integrado por cuatro factores que se han denominado: Sentido positivo de la vida, Satisfacción con la vida, Realización personal y Alegría de vivir.

3.5. TEORÍAS DEL APOYO SOCIAL (AS)

Se consideran dos perspectivas teóricas del apoyo social: la perspectiva estructural que enfatiza las condiciones objetivas del contexto social; y la perspectiva funcional que hace énfasis en las funciones que ese contexto desempeña para el individuo (DUTER, 2017).

Se hace necesario comprender los conceptos que están ligados a cada una de estas perspectivas; la estructural, hace referencia a la validación y dominio sobre el ambiente, información que ofrece a los individuos y que el apoyo social refuerza el sentido de valía y ser querido del individuo, al percibirse a sí mismo como un miembro aceptado de un grupo social. La funcional, se refiere al carácter de ayuda del apoyo social, que se definen como una transacción emocional, ayuda instrumental, información y valoración mediante intercambio entre, al menos, dos individuos, con el objetivo, percibido por el proveedor o el receptor, de incrementar el bienestar del receptor (DURÁ; GARCÉS, 1991).

Estas dos perspectivas incluirían dos aspectos del apoyo social: la conexión social y la interacción de ayuda que recogería aspectos de instrumentalización y, de acuerdo a lo propuesto por Caplan, se podría hablar de dos dimensiones: la objetiva (aspectos tangibles) y la subjetiva que harían referencia a la expresión de afecto del apoyo social (aspectos subjetivos) (DURÁ; GARCÉS, 1991).

De esta forma, Caplan había distinguido la dimensión objetiva y subjetiva del apoyo social: la primera hace referencia a las transacciones reales de ayuda que se producen con respecto a un individuo, o aspectos de instrumentalización (ayuda) y la segunda a la percepción subjetiva o aspectos de expresión (afecto) que esa transacción pudiera producirse en determinadas circunstancias (DURÁ; GARCÉS, 1991).

El apoyo social puede ser valorado a partir de dos perspectivas, una cuantitativa-estructural y otra cualitativa - funcional. La primera evalúa la cantidad de vínculos o relaciones que establece el individuo con su red social, que correspondería al apoyo social recibido; en tanto, la segunda se centra en la existencia de relaciones significativas. La evaluación o apreciación subjetiva que realiza el individuo de la

adecuación del apoyo que recibe, correspondería al ASP (SANTUBER et al., 2014).

En este sentido, una primera línea de investigación (perspectiva estructural) evalúa el impacto del apoyo social sobre la salud definida en función de los contactos sociales en base a medidas estructurales, por ejemplo: estar casado o no, pertenecer a alguna organización, acudir a actos sociales, etc; mientras que en una segunda línea (perspectiva funcional), estarían los estudios que postulan que el apoyo social reduce directamente el impacto de los eventos estresantes. En la primera se ha demostrado que la disponibilidad de apoyo social explica alrededor del 10% de la varianza de la variable dependiente, mientras que en la segunda no se relacionaría con la salud en general sino con el ajuste a un evento estresante particular (DURÁ; GARCÉS, 1991).

Una tercera conceptualización, se basa en “la hipótesis del efecto amortiguador”, que afirma que el estrés psicosocial tendrá efectos negativos sobre la salud y el bienestar de aquellas personas que no tengan apoyo social, mientras que estos efectos negativos se reducirán en aquellas personas con fuertes apoyos sociales (DURÁ; GARCÉS, 1991).

Se ha incluido también las redes sociales de apoyo formal e informal. Las redes formales de apoyo todo tipo de recursos del entorno que favorecen el mantenimiento de las redes sociales, la adaptación y el bienestar en un contexto comunitario, mientras que las redes informales de apoyo engloba a las relaciones sociales que se configuran en el entorno inmediato del sujeto (familia, amigos, compañeros de trabajo, etc.) siendo fuentes de apoyo más básicas y tradicionales (RODRIGUEZ; PASTOR; LOPEZ, 1993).

Para Hernández, Carrasco y Rosell (2010 apud ARANDA; PANDO, 2014. p. 239), las redes sociales de tipo informal son aquellas que impulsan y propician los contactos personales a través de los cuales el individuo mantiene su identidad social y recibe apoyo emocional, espiritual ayuda material y servicios de información.

Posteriormente, se distinguió entre apoyos sociales e interacciones sociales a través de redes sociales, las que podían tener efectos negativos (depresivos, de maltrato, violencia, negligencia), pero también positivos. Se reconoció que la extensión de los contactos, así como su estructura y composición, no era garantía de apoyo (GUZMÁN; HUENCHUÁN; OCA, 2003).

En América Latina se fue estableciendo también una fuerte tradición antropológica respecto de las redes sociales. Su énfasis se centró en la importancia de las redes sociales en las estrategias de reproducción social de aquellos que se

encontraban en situación desventajosa (migrantes, sectores populares, mujeres jefas de hogar, desempleados y madres solteras, entre otros) (GUZMÁN; HUENCHUÁN; OCA, 2003).

Otro grupo de revisiones delimitaron el AS desde tres aspectos de las relaciones sociales: cantidad, estructura y función que están interrelacionadas. De esta manera en términos de integración y participación social el apoyo social se refiere a la existencia, cantidad y frecuencia de relaciones sociales que una persona tiene; en términos de estructura, establecería los vínculos establecidos en los componentes de la red social y en términos de las funciones que las relaciones sociales pueden cumplir en relación con el bienestar de los sujetos (RODRIGUEZ; PASTOR; LOPEZ, 1993),

En este sentido, propone como definición de apoyo social

“... el grado en que las necesidades sociales básicas de la persona son satisfechas a través de la interacción con otros. Entiende por necesidades sociales básicas a la afiliación, afecto, pertenencia, identidad, seguridad y aprobación. Estas necesidades pueden cubrirse mediante la provisión de ayuda socio-emocional (afecto, simpatía, comprensión y estima de otros significativos), o por la provisión de ayuda instrumental (información, ayuda con el trabajo, en las tareas, en lo económico, etc.)” (CLEMENTE, 2003, p 13).

Se entiende por apoyo social "... a las interrelaciones que se dan entre las personas, con conductas que también se relacionan entre sí como el demostrar cariño e interés, escuchar, prestar objetos materiales, ayudar económicamente, cuidar de alguien, dar afecto, sentirse amado, dar consejo, aceptarse, satisfacerse, informarse, entre algunas, y por redes de apoyo social sean estas formales e informales a las instancias que moderan esas conductas de apoyo, además de concluir que, con la falta de apoyo o con su deficiencia, la mala salud está presente, o al menos es más probable, y que las respuestas negativas generadas, provocarán en el individuo consecuencias tanto en su ámbito familiar, social y laboral" (ARANDA; PANDO, 2014; SLUZKI, 2010).

El apoyo social es un concepto multidimensional que incluye el ASP, en términos de información, apoyo emocional, asesoramiento, existencia de redes y la comunicación del cuidado, entre otros (WEBER, 1998). El ASP se refiere a la valoración que una persona hace sobre su red social y los recursos que influyen desde

ella, lo que implica destacar el grado de satisfacción que obtiene del apoyo disponible (GRACIA, 2011).

La investigación sobre el apoyo social sostiene que la presencia o ausencia del apoyo social afecta diferencialmente la salud de los individuos, así como la naturaleza de esta relación explicaría por qué los individuos con relaciones de apoyo (en forma de familia, amigos, pareja, etc.), con frecuencia tienen mejores condiciones de salud física y mental dados los recursos emocionales y/o materiales que obtienen de estas relaciones (CASTRO; CAMPERO; HERNÁNDEZ, 1997).

La incorporación del paradigma de red posibilita el enriquecimiento de la visión multidimensional de los fenómenos y amplía las capacidades descriptivas, explicativas y terapéuticas (ARIAS, 2019).

De ahí que desde la Psicología Social, el apoyo social está dirigido a fortalecer las organizaciones comunitarias para alentar estilos de vida saludables y promover la salud mental, los factores de riesgo para los problemas de salud mental en los ancianos son principalmente las dificultades económicas, aislamiento social y salud física deficiente (LANG et al., 2010).

Numerosos estudios muestran que se puede reducir la velocidad de declinación de la función cognitiva, mediante intervenciones relativamente sencillas. Estas acciones se extienden desde niveles macro como la instauración de redes de apoyo social, hasta intervenciones individuales de tipo farmacológico y modificación en los estilos de vida en la etapa adulta (GARCIA, 2002).

Autores definen a la red social como un conjunto de relaciones humanas que tienen un impacto duradero en la vida de cualquier persona; ésta hace referencia a las características estructurales de las relaciones sociales y está conformada por los sujetos significativos cercanos al individuo constituyendo su ambiente social primario, puede ser evaluada en términos de sus características estructurales, funciones de los vínculos y los atributos de ellos (ORCASITA; URIBE, 2010).

Las redes sociales suelen estar constituidas por los miembros de la familia nuclear, amigos, vecinos, compañeros de trabajo y conocidos de la comunidad. Estos vínculos se convierten en sistemas de apoyo social, los cuales constituyen un elemento indispensable para la salud, ajuste y bienestar del individuo (CLEMENTE, 2003).

La definición de AS que consideramos en este estudio respecto al apoyo social

es la que se conceptualiza de forma multidimensional, puesto que considera las fuentes de apoyo que inciden de forma directa en los criterios que utilizamos para operacionalizarlo y medirlo. En este sentido el AS puede definirse como "una transacción interpersonal que incluye uno de los siguientes aspectos: (a) preocupación emocional (amor, empatía, etc.), (b) ayuda instrumental (bienes y servicios), (c) información (acerca del contexto), o (d) valoración (información relevante para la auto - evaluación) (RODRIGUEZ; PASTOR; LOPEZ, 1993).

El apoyo emocional es el más importante para fomentar y mantener la salud y el bienestar, ya que aumenta la autoestima y mejora el auto concepto de las personas al sentirse valoradas y aceptadas por los demás (CUTRONA, 1986). Se considera que el mejor camino para desarrollar una autoestima positiva es a través de la creación de un clima de relaciones personales donde sienta la amistad y el apoyo de los demás, metas claramente definidas y unos criterios de conducta objetivos (ROA, 1989).

3.5.1. Redes de Apoyo Social

El concepto de redes de apoyo social se relaciona estrechamente con la noción de capital social, en el que se resalta el papel de la confianza y reciprocidad en la reducción de la pobreza, la promoción del desarrollo y el crecimiento económico, sin embargo, distintos tipos de capital social pueden conducir a diferentes resultados de bienestar social (VILLATORO, 2012).

Las redes de apoyo social han sido analizadas como moderadores de los efectos negativos de estresores en el bienestar y la salud mental. En lo que refiere a las condiciones de vida, estas redes pueden ser fundamentales en el enfrentamiento de crisis en el hogar, especialmente para los grupos más vulnerables (AM, discapacitados físicos y mentales) no cubiertos por la protección social formal (VILLATORO, 2012).

Más allá de las precisiones conceptuales, los factores subjetivos que podrían incidir en el acceso y utilización de la oferta pública de servicios sociales en los países de la región, tema muy relevante para las iniciativas que buscan ampliar el acceso a la protección social entre los más pobres y que casi no ha sido explorado empíricamente en América Latina. La propensión a buscar ayuda y usar los servicios podría ser analizada en su vinculación con el estigma social y con los sentimientos negativos asociados a este último (la humillación y vergüenza) (VILLATORO, 2012).

Es importante destacar que las redes de apoyo social tienen un componente estructural, cuya unidad de análisis es la red social; el apoyo social recibido considerada como la cantidad de ayuda en un tiempo determinado; y el ASP como un componente cognitivo en cuanto a la evaluación del apoyo mediante la valoración de las fuentes de apoyo en relación a las satisfacción de necesidades (ORCASITA; URIBE, 2010).

A su vez, el intercambio interpersonal determina las funciones de la red, que pueden ser: compañía social (ejecución de actividades conjuntas), apoyo emocional (actitud emocional positiva), guía cognitiva y consejo (modelo de desempeño del rol), regulación o control social (neutralizan las desviaciones del comportamiento), ayuda material y de servicios (conocimiento o servicios, servicios de salud), acceso a nuevos contactos (posibilidad de conexión con otras personas y redes) (CLEMENTE, 2003).

De esta manera, el apoyo social de familiares, amigos, vecinos o voluntariado, las oportunidades para la educación y el aprendizaje durante toda la vida y la protección frente al abuso, son fundamentales para mejorar la salud, la independencia y la productividad en la vejez, así pues, evitar la soledad, el aislamiento social, el analfabetismo y la falta de educación y el abuso, disminuye los riesgos de discapacidad y muerte prematura en las personas mayores (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2002), de esta manera, al hablar de valoraciones subjetivas surge el concepto de ASP, que está formado por las evaluaciones subjetivas de la ayuda dada y/o recibida (PALMA; GALAZ, 2018).

Las investigaciones sobre el concepto de apoyo social proponen que sus efectos son los que tienen mayor incidencia sobre la salud y el bienestar en la vejez, así varios estudios han demostrado la incidencia de la falta de redes y soporte social sobre la aparición de síntomas depresivos, tanto en el caso de los AM que viven en hogares particulares como en los que viven en residencias para mayores (ARIAS, 2019).

De tal forma que se considera el predictor más relevante del BS de las personas mayores, sobre todo si lo que se mide es la satisfacción con el apoyo recibido (SAN ROMÁN et al., 2017), especifican la forma en que el BS es afectado por el apoyo social percibido (SVENSSON; MÅRTENSSON; MUHLI, 2012), al señalar que los AM que perciben que su red les da mucha ayuda, serán más resistentes a los estresores ambientales que aquellos que no se sienten ayudados de la manera esperada.

Para algunos autores, el apoyo percibido puede usarse para detectar la

presencia de interacciones sociales negativas, intercambios desiguales e insatisfacción por la falta de apoyo o la inadecuación de la ayuda, así como para predecir futuros problemas de salud (CASTRO; CAMPERO; HERNÁNDEZ, 1997).

La jubilación supone la pérdida de contactos sociales, pero todavía no está claro el grado de pérdida, tanto en términos de extensión de la red social, como de calidad y de apoyo recibido. Algunos autores han sugerido "... investigar el apoyo social para distinguir las diferentes fuentes (familia, amigos, etc.) y los diferentes tipos (emocional, instrumental, etc.) de apoyo social" (SARCHIELLI, 2008).

Las redes sociales favorecen el desarrollo psicológico y social y ejercen una función protectora sobre las enfermedades (COHEN; TERESI, 1985). El concepto de redes tiene dos perspectivas, una de ellas parte de un actor local denominado ego y se examinan los vínculos que existen con él, esta perspectiva se denomina ego-centrada de la red, se centra en el individuo y mira a la red como un todo; mientras que desde la otra perspectiva se utiliza un criterio de delimitación de la población sobre el universo, en este caso el objeto de análisis es la totalidad de los lazos que se establecen entre los miembros o subgrupos de la red (JP., 1986).

La red social de una persona, puede ser registrada en forma de mapa e incluye a todos los individuos con los que interactúa. El mapa puede ser sistematizado en cuatro cuadrantes: a.- familia, b.- amistades, c.- relaciones laborales o escolares y d.- relaciones comunitarias, de servicios o de credo (SLUZKI, 2014), por lo que se debe considerar que en las personas AM en este mapa se reducen las relaciones laborales por la jubilación o el cese de actividades laborales.

El conjunto de estos vínculos puede ser evaluada en términos de sus características estructurales (propiedades de la red en su conjunto), de las funciones de los vínculos (tipo prevalente de intercambio interpersonal característico de vínculos específicos y de la suma o combinación del conjunto de vínculos) y de los atributos de cada vínculo (propiedades específicas de cada relación (SLUZKI, 2014).

La *red social personal* puede ser definida como la suma de todas las relaciones que un individuo percibe como significativas o define como diferenciadas de la masa anónima de la sociedad y ésta corresponde al ámbito interpersonal del sujeto por lo que se constituye en un elemento clave de la experiencia individual de identidad, bienestar, competencia, protagonismo o autoría, incluyendo los hábitos de cuidado de la salud y la capacidad de adaptación frente a una crisis (CLEMENTE, 2003).

3.5.2. *El Apoyo Social y Factores Sociodemográficos*

El apoyo social tiene efectos sobre la salud física y mental de las personas, las personas que tienen relaciones y vínculos sociales viven más tiempo y tienen mejor salud física y mental (bienestar) que aquellos que no establecen tales vínculos (CASTRO; CAMPERO; HERNÁNDEZ, 1997).

Varios factores pueden disminuir la independencia del AM, factores indirectos como la percepción de salud y bienestar, la experiencia de problemas, de orden psicosocial, que puede implicar el duelo por la pérdida de amigos y cónyuge, así como enfermedades, hospitalización, jubilación y muerte del cónyuge pueden desencadenar estrés en personas mayores. Algunos estudios indican que las intervenciones que promueven el contacto social activo y que estimulen la creatividad es probable que afecte positivamente la salud y el bienestar de esta población (NAKANO; MACHADO; ABREU, 2019).

El apoyo social podría modular la relación entre salud y estresores, entre las posturas más aceptadas, pues éste, no influiría directamente ni sobre la salud, ni sobre los estresores, sino que amortiguaría el impacto de los efectos estresantes sobre la salud de las personas, de esta manera, el apoyo social reduce directamente el impacto de los eventos estresantes que afectan a las personas mediante el ajuste a un evento estresante en particular ayudándolo a adaptarse física y psicológica ante dichos eventos (DURÁ; GARCÉS, 1991).

La correlación existente entre estas variables y el apoyo social es pieza clave en la adaptabilidad del AM al deterioro biológico propio de este grupo etario. Así mismo, varios autores descubrieron que los ancianos que poseían un mayor grado de contactos sociales sobrevivieron más tiempo que aquellos que tenían menos recursos sociales, sobre todo a partir de los 60 años (MELLA et al., 2004).

Otro hallazgo interesante es que efectivamente la variable género contribuye a predecir la variación en la variable BS, sumado a los hallazgos obtenidos en el análisis bivariado, contribuye a apoyar la idea de que el BS de las mujeres es mejor que el de los varones, a partir de la experiencia de la jubilación a la que ellos están expuestos. Aquellos varones que llegan a consultar a su Centro de Salud, poseen por definición un recurso externo adicional en relación a aquellos que no lo hacen y por lo tanto, un mayor ASP y un mayor BS. En este punto se debe señalar que más allá de que se pudiera anticipar en torno a estas relaciones, el vínculo que existe entre género, vejez

y pobreza, es complejo, y está lleno de aristas, en la medida que puede, por ejemplo, comparar la salud de las mujeres con la de los ancianos en general, siendo estos ancianos "tipo", al fin y al cabo, varones (HUENCHUÁN, 2003).

Entre las condiciones externas objetivas tienen un lugar interesante las variables socio demográficas como la edad, el sexo, el estado civil, el nivel educativo, el estatus de empleo, el ingreso, la vivienda y el estatus marital, encontrándose resultados importantes como el desempleo que presenta un impacto devastador sobre el BS, los efectos de la educación no parecen muy fuertes, más bien éste interacciona con otras variables como los ingresos y estos se relacionan con el BS y varios estudios señalan que las personas casadas informan mayor BS que cualquier categoría de personas no casadas (RODRIGUEZ; PASTOR; LOPEZ, 1993).

En un estudio de meta-análisis, se muestra que las personas casadas muestran mayor BS que los solteros, viudos y separados, lo que puede deberse a un proceso de selección: la gente feliz y más positiva tienen más posibilidad de tener una pareja estable, aunque los estudios longitudinales muestran que este efecto de selección no es muy fuerte. Es más probable que al ofrecer apoyo social instrumental y emocional el matrimonio cause BS (ASON, 2002).

Para Sluzki (2010) la Red De Apoyo Social (RAS) significa "la suma de todas las relaciones que un individuo percibe como diferenciadas de la masa anónima de la sociedad". Por lo cual para la RAS forma parte de las claves básicas de las vivencias individuales que hacen parte de una identidad, bienestar, competencia, protagonismo y autoría, permitiendo al AM lograr conseguir su tranquilidad (GUEVARA; DÍAZ; CARO, 2020).

3.5.3. *Modelo teórico del APS*

Para comprender de mejor manera el concepto de apoyo social es necesario advertir la distinción entre el apoyo percibido y recibido, refiriéndose así a dos componentes de este constructo: el componente cognitivo y el componente conductual.

La definición de apoyo social propuesta por Lin (1986), plantea que el vínculo de una persona con el entorno social puede representarse en tres niveles distintos: la comunidad, las redes sociales y las relaciones íntimas y de confianza. Para este autor, el apoyo social se define como las provisiones expresivas (percibidas) o instrumentales (reales) proporcionadas por la comunidad, las redes sociales y las

relaciones íntimas y de confianza (GRACIA, 2011).

Hay un gran debate en esta distinción entre apoyo recibido o percibido, el cual se basa en la observación de que pueden obtenerse efectos positivos del ASP, en ausencia de la provisión objetiva del apoyo social y, por otra, en que la relación entre el apoyo percibido y el bienestar tiende a no replicarse cuando se utilizan medidas de apoyo social recibido (GRACIA, 2011).

Efectivamente, el análisis de las funciones protectoras del apoyo social en la salud y el bienestar ha estado vinculado al estudio del ASP. En otros términos, es la percepción de la disponibilidad de apoyo social, más que el hecho de recibirlo o no, lo que parece ser importante para la salud y el ajuste (SUMMERGRAD, 1994).

A su vez, el apoyo social percibido procura conocer las fuentes de apoyo de las personas adultas mayores que corresponden al sistema informal que "... está constituido por las redes personales y las redes comunitarias no estructuradas como programas de apoyo." (GUZMÁN; HUENCHUAN; OCA, 2003), puesto que éstas contribuyen a mantener integrados a los AM en la sociedad, a través de interacciones con familiares, amigos y grupos de interés (CARDOZO et al., 2020).

Sarason y sus colaboradores (1990) propusieron la "hipótesis triádica" que plantea que el apoyo social es el resultado de la interacción entre los niveles: intrapersonal, interpersonal y situacional. De acuerdo con esta perspectiva, el apoyo social no es una propiedad objetiva de las interacciones sociales y, por tanto, no es posible determinar si una interacción social específica constituye apoyo social sin tener en cuenta, además, las valoraciones cognitivas o significados personales que la personas atribuyen a esa interacción. Esos significados personales son, a su vez, determinados por los contextos intrapersonal, interpersonal y situacional en los que la interacción social tiene lugar (GRACIA, 2011).

De acuerdo con este modelo, el contexto intrapersonal incluye los modelos internos de representación (únicos y estables) que determinan la forma en la que una persona se percibe a sí misma, a los demás y las relaciones con los demás (GRACIA, 2011).

El contexto interpersonal que incluye la información interpersonal que se obtiene de un conjunto de fuentes que incluyen tanto el contexto como el comportamiento de las personas (gestos, movimientos, habla), siendo necesaria la integración de estos elementos para llevar a cabo una inferencia de aspectos que no son evidentes: los estados internos de otra persona que no son solo emocionales sino

también incluyen aspectos de conocimiento, motivación o intencionalidad (CASTELLÓ; CANO, 2011).

El contexto situacional incluye los sucesos o situaciones a los que los participantes en las relaciones sociales responden (GRACIA, 2011).

El análisis del ASP como factor protector del BS, ha de ser prioritario desde un enfoque sistémico ante los problemas de salud mental. El constructo red social se consolida en el enfoque sistémico (CLEMENTE, 2003).

El ser humano suele verse abocado a interpretar complejos fenómenos sociales, denominado percepción social, se puede analizar desde al menos cuatro variables: Variables referidas a la persona que percibe, variables referidas al suceso percibido, variables referidas a la relación entre objeto percibido y sujeto que percibe y variables que informan sobre el contexto donde se da la percepción (ESCOBAR, 2010).

El apoyo social comprendido como una influencia externa hace referencia al conjunto de aportaciones que la persona recibe o percibe por parte de los distintos miembros que conforman su red social. Entre estos, el apoyo material está vinculado a la posibilidad de disponer de ayuda directa por parte de alguno de los miembros que conforman la red; el apoyo emocional que representa el sentimiento personal de percibirse amado y la seguridad de confiar en alguien; el apoyo informacional o de compañía está vinculado a las guías o consejos que puedan obtener de esa red (DUTER, 2017).

Seis estudios prospectivos o longitudinales mostraron que había una relación positiva entre apoyo social y bienestar psicológico, confirmando que se trataba de una relación causal y no de una mera asociación (COHEN; ASHB, 1985). Además de un rol directo, la falta de apoyo social jugaría un rol indirecto de exacerbación de los efectos de los sucesos de vida negativos. Al contrario, una fuerte red de apoyo social permitiría mitigar y controlar el impacto del estrés (LEFCOURT et al, 1984; BILLINGS et al., 1983).

Las variables relativas al apoyo social (cantidad de contacto social, disponibilidad de apoyo o satisfacción con los amigos) tienden a corresponderse con el afecto positivo pero no con el negativo. Un patrón opuesto al anterior se observa con los acontecimientos negativos (estresores, molestias cotidianas, eventos vitales negativos) y problemas de salud (ansiedad, depresión, pobre salud física) más relacionados con el último (GARCÍA, 2002).

Con respecto al conjunto de factores extrínsecos, las variables más investigadas son salud, ingresos, nivel de educación, estado civil, estatus, eventos de la vida, entre otros (WOYCIEKOSKI; STENERT; HUTZ, 2012; SIMONE; HAAS, 2013; CONSULTING; 2015). Además de las variables antes mencionadas, el apoyo social ha ganado protagonismo en el modelo de abajo hacia arriba, ya que está fuertemente asociado con el BS a lo largo del ciclo de vida, pero especialmente en la longevidad, cuando las personas mayores tienden a perder roles sociales y demuestran mayor susceptibilidad a la vulnerabilidad y fragilidad (WOYCIEKOSKI; STENERT; HUTZ, 2012; SIEDLECKI, 2015; ROCHA; OLIVEIRA; MOTA, 2017).

Las relaciones de amistad pueden tener muchas funciones, entre ellas: brindar compañerismo, placer y apoyo en situaciones problemáticas y estresantes y el mantenimiento de la identidad y propósito; esta estrategia sirve para aumentar el apoyo social y reducir la soledad y la depresión en las personas AM (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2004).

El apoyo percibido se refiere a la satisfacción con el intercambio de apoyo y el apoyo anticipado, se diferencia del apoyo recibido en que el apoyo percibido se refiere a la expectativa de que brindará el apoyo en lugar de referirse a instancias en las que uno ha recibido apoyo. Con respecto al componente de juicio cognitivo de BS, estudios encontraron que una mayor percepción de apoyo social se correlacionó con una mayor satisfacción con la vida y se vinculó con menos síntomas depresivos en AM (SIEDLECKI, 2015).

En la literatura se distingue entre fuentes de apoyo formal e informal. El sistema formal de apoyo posee una organización burocrática, contempla objetivos específicos en ciertas áreas determinadas y utiliza a profesionales o voluntarios para garantizar el logro de sus metas; mientras que el sistema informal está constituido por las redes personales y las redes comunitarias no estructuradas como programas de apoyo (GUZMÁN; ZAVALA; HUENCHUAN, 2003).

Estudios sobre la relación entre familia y BS señalan la existencia de importantes aportes de la familia en la modulación del BS de sus miembros, algunas investigaciones sobre AS, en los más diversos contextos culturales, también han demostrado la presencia de una asociación entre AS y BS a lo largo del ciclo de vida, pero especialmente en longevidad; en general, las personas que reciben AS disfrutan de más salud y BS, y menos depresión y soledad. De esta forma, la existencia de

relaciones interpersonales de apoyo tiende a resultar en niveles más altos de bienestar, mientras que, bajos niveles de apoyo, aumentan la susceptibilidad de las personas al estrés psicológico y la enfermedad física (WOYCIEKOSKI; STENERT; HUTZ, 2012).

Existe abundante evidencia de los efectos positivos que parece tener el ASP en el bienestar y en la salud mental de los individuos, lo cual se explicaría porque el apoyo social proporciona al individuo un sentido de estabilidad, de predictibilidad y de control que lo hace sentirse mejor y percibir de manera más positiva su ambiente (ALMAGIA, 2012)

Los trabajos pioneros en relación con el apoyo social estaban sobre todo vinculados a los efectos protectores que el apoyo social brindado por el grupo primario tenía sobre la salud; a la familia se le considera el grupo primario por excelencia, caracterizado por relaciones consanguíneas y de afectividad que facilitan el desarrollo de las personas que lo conforman haciendo posible la adquisición de habilidades psico-sociales (BEZANILLA; MIRANDA, 2014).

El apoyo social es ya un tema clásico de las ciencias sociales que ha sido abordado ampliamente por la literatura y que se ha vinculado de forma consistente con el bienestar psicológico (FUENTE; HERRERO; GRACIA, 2010).

En varios estudios el apoyo social ha sido considerado como un factor protector frente a la mortalidad en población anciana y a la demencia; ha sido relacionado con la calidad de vida en pacientes y con su mejora en el seguimiento. En general puede afirmarse que existe una relación positiva entre apoyo social y bienestar individual, aunque no están claros los mecanismos mediante los cuales las relaciones sociales afectan a la cognición, las emociones y la salud y no siempre la presencia de apoyo social conlleva los efectos positivos mencionados (MOLINA et al., 2008).

Por su parte, Fernández-Ballesteros (1996), destaca la gran influencia positiva del apoyo social, derivado de una red de interacción, con el BS; de esta forma los vínculos y la satisfacción con estos, son un factor imprescindible para lograr un envejecimiento exitoso. En este punto se recalca la importancia de esta actividad social, pero no es la actividad por sí misma que incide en el bienestar, sino en la valoración subjetiva que es construida con relación a los otros, en un espacio social determinado (PALMA; GALAZ, 2018).

3.5.4. Herramienta para evaluación de APS

El apoyo social es un concepto multidimensional que incluye ASP en términos de información, apoyo emocional, existencia de redes, entre otros (WEBER, 1998).

Clemente, entiende por apoyo social "... el grado en que las necesidades sociales básicas como la afiliación, afecto, pertenencia, identidad, seguridad y aprobación de la persona son satisfechas a través de la interacción con otros. Estas necesidades pueden cubrirse mediante la provisión de ayuda socio-emocional (afecto, simpatía, comprensión y estima de otros significativos), o por la provisión de ayuda instrumental (información, ayuda con el trabajo, en las tareas, en lo económico, etc.)" (CLEMENTE, 2003).

El análisis del ASP como factor protector del BS, ha de ser prioritario desde un enfoque sistémico ante los problemas de salud mental, ya que el constructo red social se consolida en este enfoque; por lo que el ASP, según Sluzki, será evaluado desde dos vertientes: la cognición y la evaluación del apoyo (SLUZKI, 2014).

La Escala de ASP mide el apoyo social desde la perspectiva citada por Vivaldi, cualitativo - funcional, pues ésta se centra en la existencia de relaciones significativas, por lo tanto, la evaluación o apreciación subjetiva que realiza el individuo de la adecuación del apoyo que recibe, correspondería al ASP (SANTUBER et al., 2014).

La escala multidimensional de percepción de apoyo social (MSPSS) de Zimet y cols. fue diseñada en 1988, fue diseñada específicamente para evaluar la percepción de apoyo social de tres fuentes de apoyo diferentes: familia, grupo de pares y otros significativos, contando además con una subescala para cada una de estas fuentes; diversos estudios han demostrado que esta escala posee un excelente comportamiento psicométrico (PARADA; RIVERA, 2010).

En un estudio se demostró que el apoyo social es un ámbito descuidado (RUIZ-JIMÉNEZ et al., 2017), cada vez hay más conciencia sobre la contribución del ASP al bienestar emocional y físico. Se han desarrollado numerosas escalas que miden ASP, incluida la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS). Las propiedades psicométricas del MSPSS han sido demostradas en diversas muestras (PARADA; RIVERA, 2010).

Los apoyos sociales, tanto los suministrados como los recibidos, proceden de las redes de apoyo formal e informal, siendo importante diferenciar de manera individualizada lo que necesita cada persona, pues lo que sirve a uno puede que no sea válido para otros (JIMÉNEZ et al., 2017). Además, el ASP está estrechamente relacionado con la calidad de vida (MALDONADO et al., 2012; DOMÍNGUEZ et al.,

2004); con el bienestar psicológico en concreto, con la autoestima, el estrés percibido y la depresión (GRACIA, ENRIQUE; HERRERO, 2006); con una menor presencia de síntomas psiquiátricos y menos ingresos hospitalarios (NORMAN et al., 2005).

Se proponen como indicadores más significativos de AS estructural los estrechos contactos con familiares y amigos cercanos y de AS funcional el sentido de pertenencia, el apoyo emocional y el apoyo tangible diferenciándose tres aspectos fundamentales en el concepto de AS: a) la diferenciación entre el hecho objetivo de una interacción de apoyo y la de su percepción subjetiva; b) la existencia de tres niveles de apoyo (comunitario, laboral y personal), y c) la distinción entre las funciones instrumentales o expresivas del AS (FRANCÉS; PALAREA, 2004).

Con respecto al apoyo informal, la cohabitación con la familia es considerada como una de las formas más comunes de apoyo a las personas mayores, aunque puede darse también sin ella, especialmente en lo relativo a apoyo material y emocional. Hacia el futuro se detectan tres hechos fundamentales que ponen en duda la capacidad de la familia para asumir responsabilidades que pueden sobrepasarla.

En primer lugar, los cambios demográficos, en particular la baja de la fecundidad, tendrán efectos significativos al disminuir el número de miembros de la familia y potenciales proveedores de apoyo. En segundo lugar, dado que en buena medida los apoyos familiares están basados fundamentalmente en la ayuda femenina, la creciente participación de la mujer en la actividad económica y su tendencia hacia una mayor independencia en el plano social hacen dudar de la continuidad de un modelo de cuidado y apoyo instrumental provisto por las mujeres del hogar (AYENDEZ, 1994).

Finalmente, si bien es cierto que una de las formas más comunes de apoyo familiar es la cohabitación de los AM con sus familias, lo cual no parece haber cambiado sustancialmente (HAKKERT; GUZMÁN, 2002), este patrón puede modificarse en el futuro como resultado de cambios en la nupcialidad y del aumento de las necesidades de una creciente población de la cuarta edad y demandante de recursos médicos costosos. Las redes de amigos y vecinos constituyen también fuentes de apoyo importantes.

Los vínculos de amistad son establecidos por intereses comunes y actividades compartidas. Los apoyos que brinda la red de amigos son más públicos que los provistos en el seno de la familia, pero más personales que los suministrados por el sistema formal (HIMES, 2000). La red de amigos, más que la existencia de sólo un

buen amigo, hombre o mujer, es esencial para el cuidado fuera del ámbito del hogar.

En lo que respecta a los apoyos informales que brindan las redes comunitarias cabe distinguir entre los provenientes de organizaciones que dirigen su acción específicamente a los mayores y los de aquellas que organizan sus actividades en función de otros parámetros. En el primer caso, las personas mayores reciben apoyo bajo la forma de aportes instrumentales, materiales o de ayuda emocional. En el segundo, se trata de entidades en las que las personas mayores participan activamente, incluso en la toma de decisiones. Las organizaciones de auxilio y beneficencia entran en la primera categoría, en tanto que las organizaciones de personas de edad pertenecen a la segunda (GUZMÁN; HUENCHUÁN; OCA, 2003).

La percepción o creencia que el apoyo emocional está disponible parece influir mucho más fuertemente sobre la salud mental que el apoyo social efectivamente recibido en un momento determinado (MANTULIZ; CASTILLO, 2002).

La Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS), fue desarrollada por Zimet y cols, en Estados Unidos en 1988. Se desarrolló una media de auto informe evaluado subjetivamente, la misma que fue administrada a 275 estudiantes universitarios (ZIMET et al., 1988). Esta escala presentó una consistencia interna de (0.88), en el Factor personas relevantes (=0.91), Factor familia (=0.87) y Factor amigos (=0.85) (JIMÉNEZ et al., 2017).

Se identificaron tres subescalas, cada una dirigida a una fuente diferente de apoyo, y se encontró que tenían una fuerte validez factorial: (a) Familia, (b) Amigos y (c) Otro significativo. Además, la investigación demostró que el MSPSS tiene una buena confiabilidad interna y test-retest, así como una validez de constructo moderada. Los altos niveles de ASP se asociaron con bajos niveles de sintomatología de depresión y ansiedad y se presentaron diferencias de género con respecto al MSPSS (ZIMET et al., 1988).

El instrumento original fue construido con 24 ítems con cinco opciones de respuesta tipo Likert siendo totalmente en desacuerdo (1) y totalmente de acuerdo (5), y finalmente la Escala obtuvo resultados que eliminaron indicadores quedando únicamente con 12 ítems con cuatro por cada subescala con una valoración e implementada 7 opciones de respuesta estar muy en desacuerdo (1) y estar muy de acuerdo (7) (ZIMET et al., 1988).

El instrumento fue traducido al español en Chile, por M. Cecilia Arechabala Mantuliz y Claudia Miranda Castillo, en su artículo publicado en el año 2002,

(MANTULIZ; CASTILLO, 2002), se detalla el procedimiento de adaptación cultural, versión que fue sometida al juicio de expertos en el idioma inglés y en las áreas de psicología y geriatría. Las autoras realizaron una aplicación piloto en un grupo de AM hipertensos, la que mostró la necesidad de realizar algunas adaptaciones específicamente en la escala de respuesta, la adaptación consistió en cambiarla por una escala de frecuencia tipo Likert de 4 puntos. Los conceptos utilizados fueron: 1 = casi nunca; 2 = a veces; 3 = con frecuencia; 4 = siempre o casi siempre.

Este criterio se adoptó debido a que una serie de estudios relativamente amplios concluyen que la confiabilidad de un instrumento es independiente del número de respuestas que tengan los ítems, y debido a que la población de 51 AM en que se realizó el estudio piloto presentó dificultad frente a términos muy similares (escala de acuerdo) y a la gran diversidad de respuestas (MANTULIZ; CASTILLO, 2002).

La consistencia interna de la escala muestra que los tres ítems presentan valores mayores a 0,80 y la escala total un valor 0,8595 por cuanto la escala presenta alta confiabilidad, situación similar al resultado obtenido por GRANJA (2008) con un valor cercano al 0.85, similares resultados obtenidos en poblaciones diversas (SANTUBER et al., 2014).

Este instrumento diferencia claramente dos subescalas, familia-otros significativos y amigos, al calcular la confiabilidad de las mismas se obtuvo un alpha de Cronbach de .86 y .88 respectivamente, lo que muestra un buen índice de confiabilidad. La diferencia con el instrumento original puede deberse al tipo de familia (nuclear y ampliada), por lo que las autoras sugieren replicar el proceso de validación en un grupo de AM hipertensos no adscritos a un programa (MANTULIZ; CASTILLO, 2002).

3.5.5. Propiedades psicométricas de la escala de ASP de Zimet

El estudio de Parada y Rivera, realizado en Chile, en el año 2009 y publicado en el 2010, tuvo por objetivo estimar las propiedades psicométricas de la Escala de Apoyo Social Percibido (Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) de Zimet et al., en una muestra de 76 pacientes diabéticos tipo 2, pertenecientes a la ciudad de Temuco, Chile. La escala total presentó una consistencia interna de .0849. Los tres factores propuestos por los autores, en conjunto explican el 66.8% de la varianza. Los resultados alcanzados sugirieron que esta escala posee adecuadas propiedades psicométricas para su utilización en población de pacientes con Diabetes

Mellitus tipo 2 (PARADA; RIVERA, 2010).

Al no existir evidencia respecto a las propiedades psicométricas de la MSPSS en AM indistintamente de las condiciones de salud, Santubern et al., en el año 2013. Realizaron la evaluación de las propiedades psicométricas en personas mayores adscritas a un Centro de Salud de la red pública de Atención Primaria en Chile, cuyos resultados contribuyeron a fortalecer la aplicabilidad de esta escala en personas mayores a nivel nacional (SANTUBER et al., 2014).

Se realizó un estudio transversal en una población de 913 personas mayores de 65 años, bajo control en la red de Atención Primaria urbana de la comuna de Chillán Viejo, en una muestra de 87 personas. El estudio confirmó la presencia de los tres factores propuestos en el instrumento original: familia, amigos y otros significativos; situación similar a lo obtenido por Granja (2008), en personas mayores adscritas al programa de Diabetes Mellitus, a diferencia del estudio de Mantuliz en personas mayores adscritas al programa de Hipertensión en que se concluye que los ítems se ajustan a un modelo de dos factores, posiblemente, porque al aplicar el instrumento no queda claro para las personas mayores a quienes corresponden los “otros significativos”, situación que sí fue considerada en la presente investigación al ejemplificar a quienes considerar en este ítem (SANTUBER et al., 2014).

Los tres factores explican el 83,07% de la varianza, de los cuales el factor uno lo hace en un 28,19%, el factor dos en un 28,12% y el factor tres en un 26,76%. Para el cálculo de la confiabilidad del instrumento, presentaron valores de alfa de Cronbach mayores a 0,80 para cada uno de los tres factores extraídos, presentando la escala una alta confiabilidad con un valor de 0,8595. Respecto a la consistencia interna menos el ítem, se aprecian valores mayores a 0.80, mientras que la correlación ítem total, presentó valores estadísticamente significativos ($p > 0,0$) (SANTUBER et al., 2014).

3.6. INDICADORES DE SALUD MENTAL EN AM

En este punto, es necesario mencionar que la adultez mayor es una etapa en el desarrollo del ser humano que comienza a los 60 años y concluye en el momento en que la persona fallece. Siendo un período caracterizado por la presencia de notables cambios en todas las áreas del funcionamiento (ORBEGOZO; VALDERRAMA; RODRIGUEZ, 2010).

Cabe destacar que la depresión describe la persistencia, la severidad y la

capacidad para interferir negativamente en la vida del individuo y son los principales indicadores para diferenciar de aquellos estados emocionales negativos o fluctuantes que no constituyen una enfermedad, por lo que podría definirse como una “alteración primaria caracterizada por abatimiento emocional, y que afecta todos los aspectos de la vida del individuo” (ZARRAGOITÍA, 2010).

A su vez, para Guevara et al., citado en Muñoz e cols (MUÑOZ; JUCA; PACHECO, 2022), la depresión se refiere a un trastorno psicológico que altera los pensamientos y conducta de una persona, dificultando las relaciones intra e interpersonales, el AM llega a perder el sentido de la vida y percibe su entorno negativamente.

Un estudio reciente establece que la ausencia de bienestar psicológico constituye un factor de riesgo para la depresión, independientemente de la presencia de factores negativos y de una salud física alterada, siendo las personas con bajo bienestar psicológico 7,16 veces más propensas a estar deprimidas 10 años más tarde (VILLARROEL; PÁVEZ; SILVA, 2012).

De ahí que la ansiedad y la depresión tienen una relación negativa con el bienestar, alterando las relaciones interpersonales y el ASP del sujeto que las padece (FERGUSON, 2010).

Es necesario señalar que más de un 20% de AM sufren algún trastorno mental o neural siendo la demencia y la depresión los trastornos neuropsiquiátricos más comunes, los trastornos de ansiedad afectan al 3,8% de ésta población, el 6,6% de la discapacidad en ese grupo etario se atribuye a trastornos mentales y del sistema nervioso. Estos trastornos representan en la población anciana un 17,4% de los años vividos con discapacidad (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2017).

Un estudio reciente a nivel global sobre la prevalencia y la carga de los trastornos depresivos y de ansiedad debido a la pandemia de COVID-19 reveló que las tasas de trastornos mentales aumentaron entre un 20% y un 40% en los países de América Latina y el Caribe, lo que supone uno de los mayores aumentos en el mundo (SILENCIOSA, 2022).

En la depresión del adulto mayor existen varios factores de riesgo, tanto genéticos, biológicos, psicológicos y ambientales (CALDERÓN, 2018), dentro de este último se puede encontrar la situación sociodemográfica, haciendo referencia al sexo, estado civil, la convivencia y la autopercepción de salud (JULIO et al., 2019), así como también el nivel educativo y la poca o nula participación en actividades comunitarias

(CARDONA et al., 2015).

El deterioro cognitivo es uno de los problemas que se presentan con mayor frecuencia en la PAM como consecuencia del envejecimiento. La función cognitiva es el funcionamiento integral de la percepción, atención, habilidad, orientación, memoria, lenguaje y cálculo, los cuales en el envejecimiento sufren algún grado de deterioro (HERNÁNDEZ; JAIMES, 2017).

En América Latina (LATAM), la prevalencia de demencia se estima del 8,5% en la población general, una de las más altas del mundo (SÁNCHEZ et al., 2019). Según las proyecciones realizadas por Ferri et al., el número de sujetos con demencia en Latinoamérica podría incrementarse hasta en un 120% y 393% en el 2020 y el 2040, respectivamente (RODRÍGUEZ; ESPERANZA, 2020)

En Ecuador, la demencia y depresión tienen alta prevalencia en el adulto mayor, la prevalencia según la encuesta SABE (Salud, Bienestar y Envejecimiento) es de 39% (CALDERÓN, 2018).

Se conoce que en Ecuador, de acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE, 2009-2010), la prevalencia del deterioro cognitivo aumenta conforme se incrementa la edad, mientras que la depresión percibida aumenta especialmente en el grupo de personas que tienen 75 años o más y conforme se empeora el índice de condiciones sociales (MIES, 2010).

La demencia es una preocupación cada vez mayor en América Latina y el Caribe, que tiene las tasas más elevadas del mundo, con una prevalencia a 12 meses de 8,5% en las personas de 60 años de edad en adelante (OPAS, 2013).

Es necesario recordar que en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5ª versión DSM-5 se denomina al Deterioro Cognitivo Leve (DCL) (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014), como Trastorno Neurocognitivo Menor, y a la demencia, como Trastorno Neurocognitivo Mayor; y establece que la principal diferencia entre estas, radica en que las alteraciones cognitivas del primero no afectan la autonomía del adulto mayor, permitiéndole ejecutar sus actividades diarias y mantener su independencia, caso contrario se trata de una demencia (MUÑOZ; JUCA; PACHECO, 2022).

Para Snowden citado en Muñoz (MUÑOZ; JUCA; PACHECO, 2022), cuando al DCL se le adiciona la depresión aumenta la posibilidad de Alzheimer (EA) y de riesgo de fallecimiento en comparación con aquellos que no padecen depresión.

El término deterioro cognitivo leve se ha usado en la literatura durante varios

años como un estado de transición entre el envejecimiento normal y una enfermedad de Alzheimer muy leve (CASTRO; GARCÍA, 2009).

Un estudio realizado en EEUU demostró que la prevalencia del deterioro cognitivo aumenta con la edad, el 12% de los individuos de 70-89 años tenían deterioro cognitivo moderado, pasando de un 9% en los ancianos en la séptima década de la vida a un 18% en los que están en su octava década. Demostró que también hay diferencias en función de los años de educación: aquellos que habían ido al colegio menos de ocho años (enseñanza primaria) tenían un 25% de riesgo de deterioro cognitivo moderado, mientras que los que han estudiado entre nueve y 12 años tienen un 14%, los que han estudiado 13-16 años un 9% y los que han estudiado más de 16 años un 8.5% (BARBA, 2006).

Para poder hacerle frente a la creciente carga sanitaria que representan las enfermedades mentales en América Latina y el Caribe es menester entender su prevalencia y la brecha o hiato que existe en la provisión de atención, es decir, el porcentaje de personas que padecen de una afección determinada pero que no reciben ninguna atención (KOHN et al., 2005).

En el contexto ecuatoriano, como parte de América Latina, se estiman prevalencias 39% de depresión según la encuesta SABE (CALDERÓN, 2018), mientras que la demencia y la Enfermedad de Alzheimer (EA) no han sido investigadas de forma amplia, por lo cual actualmente no se dispone de datos epidemiológicos sobre la prevalencia, incidencia y factores de riesgo de esta enfermedad (ESPINOSA DEL POZO et al., 2012) , sin embargo, en un estudio realizado en una población marginal de la Sierra, se encontró una prevalencia de depresión de 12% y una asociación importante con deterioro cognitivo (CALDERÓN, 2018).

En el Ecuador, los datos sobre el estado de salud de los AM en términos de autopercepción demuestran que el deterioro físico y cognitivo afecta a altas proporciones de personas en este grupo, especialmente conforme avanza la edad, hasta tal punto que uno de cada tres personas mayores de 75 años reporta un deterioro en capacidad cognitiva, y uno de cada ocho AM en general dice haber experimentado un trastorno mental (FREIRE, 2014).

3.7. ENVEJECIMIENTO EN EL ECUADOR

Según la Organización de las Naciones Unidas (ONU), una población envejecida es aquella en la que, del total de sus habitantes, más del 7% son personas mayores

de 65 años, y propone trazar la línea divisora en los 60 años para los países en vías de desarrollo" (UNFPA, 2012).

El envejecimiento supone un decaimiento de las funciones propias del organismo relacionado con el aumento de patologías y discapacidades que ameritan cuidados (APARICIO, 2002), de ahí la importancia de la promoción del envejecimiento saludable como "...el proceso de desarrollo y mantenimiento de la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez" (OMS, 2020).

La población actual del Ecuador, según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) (INEC, 2022) es de 17'976.457 habitantes, según el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) (SOLIZ; FLORES; RÖBEN, 2013), 1'264.423 son AM, que representan el 7,17% del total de la población al 2010 y al 2050 representarán el 18%; y según el Informe del MIES (MIES, 2020), Pichincha con 240.786, siendo una de las provincias con mayor concentración de personas mayores a 65 años.

Las condiciones socio económicas en las que viven los AM son en su mayoría deficitarias, se estima que 537.421 que corresponde al 57,4% se encuentran en condiciones de pobreza y extrema pobreza, siendo significativamente mayor en los hombres y del área rural (MIES, 2013).

De acuerdo con el Censo de 2010, solo el 13% de los hombres y el 11% de las mujeres AM han completado la secundaria, y solo un 54,9% ha completado los ciclos primario y básico (SOLIZ; FLORES; RÖBEN, 2013). Según la Encuesta ENEMDUR citado por el MIES (MIES, 2013), 1 de cada 4 personas AM es analfabeta, esta condición es mayor en las mujeres, cuyo porcentaje llega al 29%, y en el caso de los hombres, es del 20%, aunque la encuesta SABE I, señala que el 80,65% de personas adultas mayores no tienen un alfabetismo funcional.

El Plan de Desarrollo de Quito 2012 - 2022 (ILUSTRE MUNICIPIO DE QUITO (IMQ), 2011), detalla los siguientes datos socio demográficos:

El 6,3% de la población del Distrito Metropolitano de Quito (DMQ) tiene más de 65 años (141.516), 103.032 viven en el área urbana y 42.484 en el sector rural; así mismo, 62.889 AM son hombres (44.4%) y 78.627 son mujeres (55.56%)

En cuanto a la educación, el 18,3% de mujeres no tienen ningún nivel de instrucción, frente a un 9,2% de instrucción de los hombres; un 28.7% de AM tiene educación secundaria; así mismo no existe AM con nivel de posgrado.

Alrededor del 60% de las personas mayores no ha accedido a la seguridad

social. Respecto del trabajo y seguridad social, el 30,8% del total de la PAM sigue trabajando y de este total, el 85% se encuentran realizando labores de empleo informal.

Por otro lado, más de la mitad (58,5%) de mujeres AM no tiene pareja por estar viudas, solteras, divorciadas o separadas, mientras que en los hombres esta cifra alcanza el 28%. Estos datos determinan las situaciones de soledad y aislamiento a la que están sometidos un número importante de personas AM y que está ligado a problemas de salud mental.

Las personas AM en Ecuador se enfrentan a una situación socioeconómica adversa que dificulta la capacidad de responder a la necesidad de cuidado que requieren con la calidad necesaria. La encuesta SABE realizada el año 2009, refleja que más del 30% de las personas de 60 años y más son pobres, y esta cifra aumenta al 50% cuando se trata de personas que viven en el área rural (ARANCO, 2019).

De acuerdo a las conclusiones emitidas por el MIES, obtenidas mediante resultados de la encuesta SABE,

“Los AM ecuatorianos viven en condiciones socio económicas muy variadas, pero una proporción importante viven en condiciones desfavorables”. Mientras uno de cada cuatro AM dice que vive en condiciones buenas o muy buenas, más de cuatro de cada diez viven en condiciones regulares y más de tres de cada diez en condiciones malas o de indigencia, así, la pobreza se expresa en varios aspectos fuertemente relacionados entre sí, especialmente los bajos niveles de ingresos y educación. Estos factores son más críticos para mujeres que para hombres y se complican aún más con la marcha de los años...” (FREIRE, 2014, p 22).

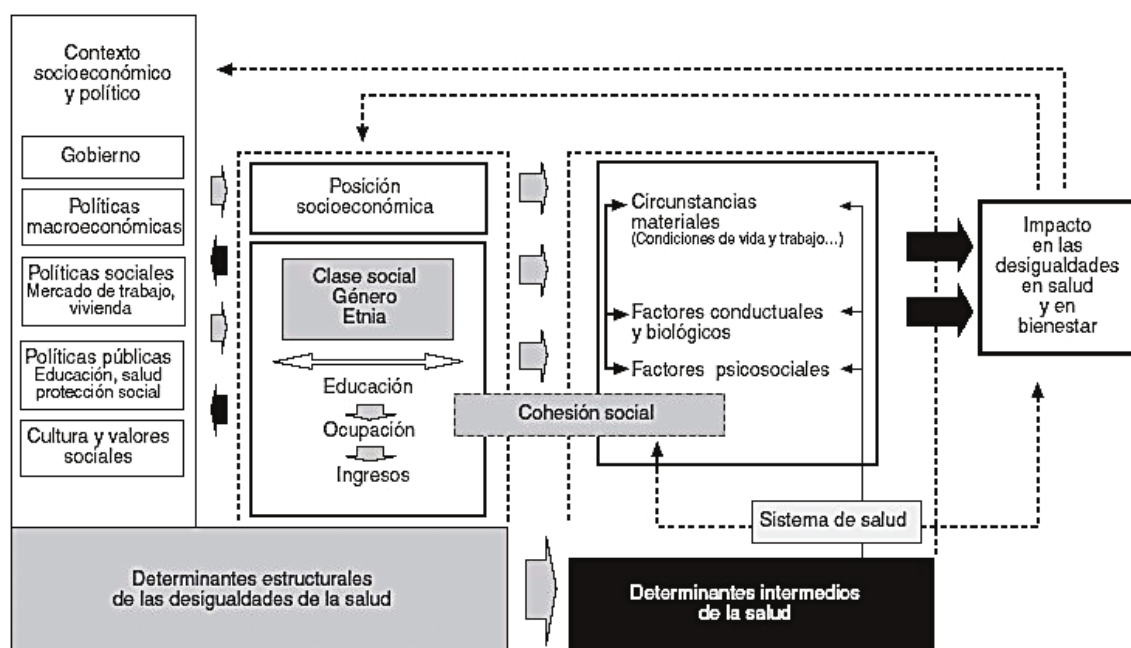
3.8. LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO

La OMS, decidió formar una comisión encargada de investigar los determinantes sociales de salud (CSDS-OMS) a fin de realizar estudios y recomendaciones encaminadas a disminuir las inequidades sanitarias en el mundo, entre sus objetivos destacan la sistematización de evidencias y de experiencias útiles para formular políticas enfocadas en los determinantes sociales de la salud; el fomento del debate social sobre las acciones que deben emprenderse para enfrentar estos determinantes (HERNÁNDEZ; MORENO; BORGES, 2007).

El modelo de determinantes sociales de la OMS, constituye una representación de la realidad para comprender el proceso salud-enfermedad y distingue: a) el determinante estructural que está dado por la posición social de la persona, así como los contextos sociales, políticos, económicos y culturales entre otros; b) el determinante intermedio que está dado por las exposiciones y vulnerabilidades diferenciales de los grupos poblacionales como el familiar, escolar laboral o social de la persona, y; c) el determinante proximal que está representado por factores de riesgo individuales como las morbilidades de base, la edad, carga genética, el sexo y la etnia (HERNÁNDEZ et al., 2017).

En atención a la estratificación de los grupos producto de los determinantes sociales, ingreso, educación, ocupación, género y otros factores, conlleva a inequidad social (VILLEGAS, 2017); así, las categorías como el sexo o el género pueden ser también determinantes estructurales, en la medida que modifiquen la posición social de la persona y se traduzcan en una desventaja social o en el acceso y utilización de los servicios de salud (HERNÁNDEZ et al., 2017).

Figura 1 – Marco conceptual de los Determinantes Sociales de la Salud según la OMS



Fuente: Solar e Irwin

La OMS, en relación a los determinantes de la salud mental, refiere que los “Factores psicológicos y biológicos individuales, como las habilidades emocionales, el abuso de sustancias y la genética, pueden hacer que las personas sean más vulnerables a las afecciones de salud mental”, así como “La exposición a

circunstancias sociales, económicas, geopolíticas y ambientales desfavorables, como la pobreza, la violencia, la desigualdad y la degradación del medio ambiente, también aumenta el riesgo de sufrir afecciones de salud mental” (ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD, 2022).

La OMS, define el envejecimiento activo como “el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen” basado en la adopción de medidas de carácter preventivo. Se hace hincapié en la necesidad de actuar en múltiples sectores, con el objetivo de asegurar que las personas mayores sigan siendo un recurso para sus familias, comunidades y economías (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2016).

A su vez, la teoría de la actividad afirma "...que un alto grado de participación es la clave para lograr un buen envejecimiento y autorrealización; quienes viven esto tienen más capacidad de adaptación y están más satisfechos con la vida" (MAR; GARC; MAYA, 1964).

Mientras que el envejecimiento saludable se define como "el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez". Esta capacidad funcional viene determinada por la capacidad intrínseca de la persona (es decir, la combinación de todas las capacidades físicas y mentales —así como las psicosociales— de una persona), los entornos en los que vive (entendidos en el más amplio sentido, que incluye los entornos físicos, sociales y normativos), y la relación entre ambos (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2016).

Es necesario resaltar que la prevención de la soledad y el aislamiento es una de las estrategias con mayor potencial para promocionar la salud mental y el bienestar en las personas mayores. Estas medidas también son importantes para mejorar la salud física y el envejecimiento saludable (CHILE, 2020).

El envejecimiento primario se refiere a los cambios predeterminados por aspectos genéticos individuales y por el uso de nuestro organismo a lo largo de la vida mientras que el envejecimiento secundario o envejecimiento patológico, que está vinculado a las consecuencias de enfermedades, accidentes o intervenciones quirúrgicas acumuladas a lo largo de la vida (ESPANHA, 2011).

Desde esta perspectiva, la promoción de la salud, implica la toma de medidas sanitarias, sociales, económicas, legislativas y políticas dirigidas a individuos y comunidades para incrementar el control sobre los determinantes de salud, actuando

sobre estilos de vida, factores personales o medioambientales que contribuyan a preservar la salud (ESPANHA, 2011).

De ahí que el principal fin de la promoción de la salud mental es ejercer un impacto sobre los determinantes de la salud mental con el fin de aumentar la salud mental positiva, reducir desigualdades, construir capital social, crear ganancia de salud y reducir la diferencia en la expectativa de salud entre los países y grupos (OMS, 1997), por lo que las intervenciones de promoción de la salud mental varían en su alcance e incluyen estrategias para promover el bienestar mental de aquellos que no están en riesgo, aquellos que están en alto riesgo y aquellos que están padeciendo o recuperándose de problemas relacionados con la salud mental (PINKER; THOMPSON, 1980).

El enfoque psicosocial del envejecimiento, tiene como unidad de análisis el conjunto de individuos que envejecen y la forma en la que encaran su proceso de envejecer. Envejecer se conceptualiza, desde esta perspectiva como un proceso individual de adaptación a los cambios en el propio organismo y en el entorno social que ocurren al envejecer (NAVARRO, 2018).

Actuar sobre los determinantes de la salud mental requiere a veces adoptar medidas en sectores distintos del de la salud, por lo que los programas de promoción y prevención deben involucrar a los sectores responsables de educación, trabajo, justicia, transporte, medio ambiente, vivienda y protección social. El sector de la salud puede contribuir de modo significativo integrando los esfuerzos de promoción y prevención en los servicios de salud, y promoviendo, iniciando y, cuando proceda, facilitando la colaboración y la coordinación multisectoriales.

Existen lagunas dentro de la base de conocimientos existentes referentes a la salud mental de las personas mayores, en términos de sus determinantes en el nivel de las políticas, de las actuaciones efectivas de promoción, y de la acción preventiva y difusión de la investigación, para determinar cómo se pueden transferir los resultados a las prácticas y a las políticas (LANG et al., 2010).

3.9. POLÍTICAS SOCIALES DE SALUD EN EL ADULTO MAYOR, PROGRAMA 60 Y PIQUITO.

La Agenda 2030 de la ONU, a través del Objetivo de Desarrollo Sostenible, ODS, número 3 y sus 13 metas, orienta a los Estados a garantizar una vida saludable y promover el bienestar para todos, en todas las edades. El objetivo 3.4 tiene como

objetivo reducir la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles en un tercio para 2030 a través de la prevención y el tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar (NACIONES UNIDAS, 2018).

El envejecimiento poblacional requiere de políticas públicas, ya que en las próximas décadas, muchos países estarán sometidos a presiones fiscales y políticas debido a las necesidades de asistencia sanitaria, pensiones y protecciones sociales de este grupo de población en aumento (HUENCHUAN, 2018).

La política de salud pública debe orientarse a aumentar al máximo el número de personas con trayectorias de capacidad y funcionamiento físico positivas de envejecimiento, y debe servir para eliminar muchos de los obstáculos que impiden que las personas mayores sigan teniendo participación social y haciendo contribuciones; el principal desafío es considerar la diversidad de los estados de salud y estados funcionales que presentan las personas mayores (ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD, 2015).

Los avances nacionales en materia de políticas de vejez tienen una evolución reciente, y se apoyan en la Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe basada en la Declaración Política y el Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento y envejecimiento activo (ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD, 2015), siendo éste último en el cual se sientan las bases para la acción en materia de atención a la vejez para los próximos años y constituye el primer instrumento regional de este carácter (HUENCHUAN, 2004).

Por otra parte, la atención primaria de la salud y los servicios sociales de carácter general constituyen puntos de acceso primordiales para muchos AM, y deben ser utilizados proactivamente en la persecución del objetivo de la buena salud mental (MINOLETTI; ROJAS; LENNON, 2012). Sin embargo, la presencia de programas preventivos es escasa en atención primaria, a pesar de que la mayoría de los servicios sanitarios públicos de los países occidentales que han asumido como eje primordial de su trabajo el modelo de salud mental comunitaria, uno de cuyos pilares es la prevención (GONZÁLES et al., 2006).

La Ley Orgánica de las personas AM del Ecuador, en su última reforma, establece que su principal objeto "... es promover, regular y garantizar la plena vigencia, difusión y ejercicio de los derechos específicos de las personas adultas mayores, en el marco del principio de atención prioritaria y especializada, expresados en la Constitución de la República, instrumentos internacionales de derechos

humanos y leyes conexas, con enfoque de género, movilidad humana, generacional e intercultural" (ECUADOR, 2019).

Las Políticas Públicas impulsadas por el Estado ecuatoriano, se sustentan en un análisis de las condiciones estructurales de las personas AM; toman en consideración su situación actual, mediante la identificación de sus problemáticas y en la búsqueda del cumplimiento de sus derechos (SOLIZ; FLORES; RÖBEN, 2013), y éstas se orientan a promover el ejercicio pleno de sus derechos, integrándolas plenamente al desarrollo social, económico, político y cultural del país, entre ellas: 1) Favorecer la inclusión social de las personas AM promoviendo su participación en la comunidad y fortaleciendo su actoría. 2. Promover un envejecimiento inclusivo social y económicamente que permita mejorar las condiciones de vida de los AM. 3) Ampliar la cobertura y fortalecer la calidad de los servicios de atención integral a personas adultas mayores (MIES, 2013).

El Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), es el ente rector de las políticas sociales en el Ecuador, lidera la inversión social para el fortalecimiento de las habilidades y capacidades del capital humano, así como en la protección y cuidado de las personas adultas mayores (SOLIZ; FLORES; RÖBEN, 2013).

La Unidad Patronato Municipal San José (UPMSJ) tiene personería jurídica propia, ya que de acuerdo a la disposición general octava del Código Orgánico Organización Territorial Autonomía Descentralización (COOTAD) establece que "Los gobiernos provinciales, metropolitanos y municipales conservarán los patronatos como instituciones de derecho público, regidas e integradas por las políticas sociales de cada gobierno" (ECUADOR, 2010).

La gestión territorial de las políticas sociales de la UPMSJ, promueve la coordinación con actores institucionales para el fortalecimiento técnico en el logro de objetivos de mediano y largo plazo, puesto que "... es el ente encargado de ejecutar programas sociales capaces de defender y restituir los derechos de la población más vulnerable como: niñas/os y adolescentes, jóvenes, AM y personas con discapacidad, que enfrentan el riesgo de sufrir problemas de salud, violencia y pobreza" (QUITO, 2022).

La UPMSJ tiene el propósito de fortalecer la atención a los grupos prioritarios, defendiendo y restituyendo sus derechos; además de realizar programas, proyectos, capacitaciones, actividades e investigaciones en las áreas de formación continua a las poblaciones objetivo. Uno de los lineamientos de los programas de su política social

que ha establecido es el Sistema Integral de Atención al AM, cuyo principal objetivo es el de propender a la autonomía y auto valencia a una vida digna, capacitar a los cuidadores y mejorar la salud del AM.

El Sistema Integral de Atención al AM restituye los derechos de este grupo de atención prioritaria mediante varios proyectos, entre ellos; “60 y Piquito”. El programa está organizado por Centros de Experiencia del Adulto Mayor (CEAM), ubicados en ocho (8) administraciones zonales de la ciudad”, donde los AM son beneficiarios de los servicios y actividades (QUITO, 2022).

Los CEAM ofrecen servicios gratuitos en 5 ejes de acción: 1) Recreativo: mediante talleres, baile, gastronomía, paseos y más. 2) Formativo: fortalece el conocimiento y capacidades a través de cronogramas curriculares de aprendizaje y reinserción educativa. 3) Preventivo-saludable: atención en fisioterapia y psicología, para prevenir y cuidar la salud física y mental. Visitas domiciliarias y Brigadas móviles para atender a los AM en sus hogares. Promoción de derechos y de protocolos para prevenir el Covid-19. 4) Productivo: capacitación, a través de entidades académicas, en negocios y emprendimientos. 5) Cultural: eventos y actividades participativas, priorizando la inclusión y el rescate de las tradiciones, la promoción de la cultura y la participación ciudadana (QUITO, 2022).

El programa se sustenta en un modelo innovador de base comunitaria que trabaja espacios de acceso a derechos, espacios de iniciativas productivas, pero además trabaja uno de los espacios menos abordados en experiencias tradicionales de atención a AM que es el de restablecer los lazos con la comunidad, que para el caso de este grupo, como lo presenta la línea de base el “sentir soledad o excluido de sus nexos familiares” es una de sus mayores insatisfacciones (MIES, 2013).

En el caso de los AM, el modelo del programa 60 y Piquito propone superar el asistencialismo, el recreacionismo y la atención biomédica; se orienta a la dignificación de las personas AM; tomando como base la complementariedad y concurrencia de las diferentes instituciones para la entrega de prestaciones y servicios, a partir de alianzas con las instancias nacionales pertinentes, pero también en un proceso hacia adentro, al trabajar con las familias de las y los AM y promover su participación incluso dentro del hogar. Según los datos levantados por este programa, las personas AM son las que menos recursos reciben al interior de sus hogares (MIES, 2013).

La población de Quito es 2.781.641 habitantes (2020), el 6% corresponde a la

población AM, (166.898,46), las administraciones con mayor población son Eugenio Espejo (Norte), Eloy Alfaro (sur) y Quitumbe (sur). La PAM representa al grupo etario más pequeño de la ciudad de Quito. El 91.7% se encuentra entre los 65 y los 80 años, el 31% trabaja para vivir, el 8.3% trabaja después de los 80 años y 38% se emplea por cuenta propia (QUITO 2020).

Actualmente, 23.927 AM son usuarios de los 501 puntos del programa 60 y Piquito en todo el DMQ, la misma que está organizada en los sectores: norte, centro, sur y valles (QUITO, 2022).

4.OBJETIVOS

4. OBJETIVOS

4.1. GENERAL

Evaluar la relación entre el BS y el ASP de las personas adultas mayores usuarias del programa 60 y Piquito en el Centro de referencia del sur de Quito.

4.2. ESPECÍFICOS

- I. Evaluar el BS de las personas adultas mayores usuarias del programa 60 y Piquito en el Centro de referencia del sur de Quito.
- II. Evaluar el apoyo social de las personas usuarias del programa.
- III. Evaluar las propiedades psicométricas de la "Versión adaptada de la Escala de la felicidad de Lima" y la "Escala multidimensional de percepción de apoyo social (MSPSS)" en AM usuarios del programa social de Quito, mediante el análisis de consistencia interna y validación discriminativa.
- IV. Describir las características sociodemográficas de las personas adultas mayores usuarias del programa 60 y Piquito en el Centro de referencia del sur de Quito.
- V. Relacionar las características sociodemográficas, BS y el ASP de los AM del programa 60 y Piquito en el Centro de referencia del sur de Quito.

5.MATERIAL Y METODOS

5. MÉTODOS

5.1. TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio de tipo observacional, transversal, correlacional de diseño no experimental en 269 personas adultas mayores que son usuarias del proyecto 60 y Piquito en los barrios del Sur del Distrito Metropolitano de Quito – Ecuador desde junio hasta septiembre de 2021.

5.2. PARTICIPANTES

La población está constituida por participantes Adultas Mayores entre hombre y mujeres en edades comprendidas de 60 en adelante, de estrato socioeconómico medio - bajo que son beneficiarias del proyecto emblemático del Patronato Municipal San José del Distrito Metropolitano de Quito “60 y Piquito”, que forma parte del Sistema integral de atención al adulto mayor.

Los centros de referencia del adulto mayor (CEAM), que trabajan con las personas que participan en el programa 60 y Piquito en el Distrito Metropolitano de Quito específicamente de la zona sur son 36 Centros distribuidos en la parroquia Ecuatoriana, Chillogallo, Turubamba, Guamaní y Quitumbe, centros que contienen a la población objetivo de investigación.

5.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

- Rango de edad a partir de los 60 años en adelante.
- Usuario inscrito en el Programa 60 y Piquito
- Consentimiento verbal y escrito para ser evaluado
- Participación voluntaria en la investigación mediante la firma del consentimiento informado.
- Deterioro cognitivo no perteneciente al envejecimiento normal que impida el levantamiento de la información.
- Diagnóstico referido de depresión.
- Discapacidad auditiva total o intelectual.

5.4. TÉCNICA DE MEDICIÓN

Se aplicó la entrevista asistida por cuestionarios y reactivos psicométricos. A continuación se describen los siguientes:

5.4.1. *La ficha sociodemográfica:*

Se registraron los datos sociodemográficos, en un cuestionario con un conjunto de preguntas (Anexo A) utilizadas para recopilar la identificación del participante, información de la familia y la situación de salud del encuestado, especificando la presencia de enfermedad por COVID-19, con tratamiento farmacológico que genere problemas de confusión u orientación, pudiendo incidir además en los estados afectivos y cognitivos, que conlleven a la percepción de deterioro de la salud y bienestar. Además, datos sobre discapacidad intelectual, física y/o sensorial que pueden producir incapacidad de cualquier tipo que impidan contestar los instrumentos o que impliquen limitación en las actividades de la vida diaria AVD y dependencia para su movilidad.

5.4.2. *La Escala Minimental State Examination De Folstein MMSE (Folstein et al., 2018):*

Mide el deterioro cognitivo no perteneciente al envejecimiento normal que impida contestar los instrumentos (Diagnóstico de síndromes y trastornos mentales orgánicos, delirium, demencia, trastorno amnésico u otros trastornos cognoscitivos).

Este instrumento cuantifica la severidad más no establece diagnóstico. Considera las siguientes variables: Orientación espacio-temporal, fijación de la memoria inmediata, atención y cálculo, producción y repetición del lenguaje, lectura y habilidad visuoespacial (Anexo B).

El baremo empleado en el Minimental fue:

- 27 ó más: normal
- 24 ó menos: sospecha patológica
- 12-24: deterioro
- 9-12: demencia

5.4.3. *La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, abreviada (versión española), GDS-VE (15 ítems) (Yesavage et al., 1983):*

Evalúa la presencia de episodios afectivos o trastornos del estado de ánimo (depresión, esquizofrenia y psicosis) en una versión abreviada de 15 ítems de esta escala) (Anexo C).

Este instrumento cuantifica la severidad mas no establece diagnóstico. El Baremo empleado en la escala de depresión geriátrica del test de Yesavage fue:

Versión de 15: Las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 y 15, y negativas en los ítems 1, 5, 7, 11 y 13.

Cada respuesta errónea puntúa 1. Los puntos de corte son:

- 1. - 4: Normal
- 5. o +: Depresión

5.4.4. *La Escala De Felicidad De Lima EFL, versión adaptada (Árraga, M. V. & Sánchez, M. 2012):*

Evalúa el estado afectivo de satisfacción plena que experimenta subjetivamente una persona y que se considera sinónimo de BS” (ARRAGA BARRIOS; VILLARROEL, 2010).

Se cuantifica la percepción del BS, en una escala experimental tipo Likert de cinco alternativas: totalmente de acuerdo, acuerdo, ni acuerdo ni desacuerdo, desacuerdo y totalmente en desacuerdo (Anexo D).

La clave de respuestas de la EFL califica según la posición de las marcas puestas en una de las cinco alternativas de respuestas (TA A ¿ D TD). Se atribuye 5 puntos al nivel más alto de felicidad y 1 punto al nivel más bajo. Los niveles intermedios reciben los demás puntajes.

Esta escala de felicidad internamente está constituida por 4 componentes: Satisfacción (preguntas 3, 5, 6, 8, 9, 10, 13), Realización (preguntas 1, 4, 7), Sentido positivo (preguntas 11,12) y Alegría (preguntas 2,14).

La valoración general de la felicidad es la siguiente:

- Grado alto percepción de BS (36 – 48 puntos);
- Grado medio de percepción de BS (25 – 35 puntos);
- Grado bajo de percepción de BS (12 – 24 puntos);

5.4.5. *La Escala de Apoyo Social Percibido MSPSS (Zimet y cols., 2018):*

Mide la valoración que una persona hace sobre su red social y los recursos que

influyen desde ella, lo que implica destacar el grado de satisfacción que obtiene del apoyo disponible (GRACIA, 2011).

Se cuantifica la percepción del AS, en una escala experimental tipo Likert de cuatro alternativas de respuesta en formato Likert, que comprenden las alternativas y una valoración: casi nunca = 1, a veces =2, con frecuencia= 3 y casi siempre o siempre= 4.

La escala MSPSS está compuesta por 12 ítems, agrupadas en tres subescalas referidas a tres fuentes de apoyo social: familia, amigos y otros significativos (Anexo E). El puntaje total de la escala corresponde a la sumatoria de los puntajes de cada ítem respondido, por cuanto a mayor puntaje corresponde un mayor ASP y viceversa (SANTUBER et al., 2014).

Esta escala de apoyo internamente está constituida por tres componentes: Familia (preguntas 1, 2, 3, 4), Amigos (preguntas 9,10, 11, 12) y Otros (preguntas 5, 6, 7, 8).

La valoración general de percepción de apoyo social es la siguiente:

- Grado alto percepción de apoyo social (36 – 48 puntos)
- Grado medio de percepción de apoyo social (25 – 35 puntos)
- Grado bajo de percepción de apoyo social (12 – 24 puntos)

5.5. PROCEDIMIENTOS

5.5.1. Autorización de los autores para el uso de las escalas

El permiso para utilizar la escala de BS de Lima (EFL), adaptada a AM en Venezuela, fue solicitado a Marisela Árraga Barrios, Dra. Profesora Titular Universidad del Zulia Maracaibo, Venezuela; una de las autoras de esta versión adaptada (Anexo F). La etapa de traducción al español, no fue necesaria considerando que tanto la versión original de Alarcón como esta versión adaptada están en el idioma español puesto que provienen de países latinoamericanos de habla hispana, Perú y Venezuela respectivamente. La versión adaptada para el presente estudio, se generó luego del consentimiento de las autoras otorgado vía electrónica el 06 de noviembre de 2018. Posteriormente, esta versión fue sometida para análisis de confiabilidad y validez.

De igual manera, el permiso para utilizar la Escala Multidimensional de Apoyo Social de Zimet en AM, adaptada a AM en Chile (MSPSS), fue solicitado a Cecilia Pinto Santuber, Departamento de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud y de

los Alimentos. Universidad del Bío-Bío. Chillán, Chile; una de las autoras de esta versión adaptada (Anexo G). La etapa de traducción al español, no fue necesaria considerando que la versión original de Zimet ha sido validada a nivel internacional, y en Chile específicamente se ha estudiado las propiedades psicométricas en personas mayores adscritas a programas de enfermedades crónicas de Hipertensión Arterial y Diabetes y en personas mayores adscritas a un Centro de Salud de la red pública de Atención Primaria. La versión adaptada para el presente estudio, se generó luego del consentimiento de las autoras otorgado vía electrónica el 08 de marzo de 2021. Posteriormente, esta versión fue sometida para análisis de confiabilidad y validez.

5.5.2. Levantamiento de información

El instrumento fue aplicado entre junio y septiembre del 2021 a los usuarios del Programa 60 y Piquito de la Unidad Patronato Municipal San José. Todos los puntos de encuentro pertenecen a las administraciones zonales Eloy Alfaro y Quitumbe del Sur del Distrito Metropolitano de Quito (DMQ), los cuales son puntos de encuentro para actividades que corresponden a un programa social. Los instrumentos fueron administrados conjuntamente con estudiantes de Psicología del último semestre y el equipo técnico del CEAM-SUR del programa, previo a la respectiva autorización por parte de la Institución (Anexo H), a la capacitación para la administración de los mismos y a la planificación correspondiente para la selección de los participantes.

En el contexto de pandemia por el COVID-19, los AM, respondieron a las preguntas de los instrumentos en sus domicilios. Previamente, fueron contactados telefónicamente para ser informados sobre los objetivos del proyecto y los beneficios de la evaluación de indicadores clínicos, BS y ASP y de esta manera conocer su disponibilidad y solicitar su consentimiento para ser visitados. Se elaboró una Guía de brigadas móviles y/o visitas domiciliarias a AM en situación de vulnerabilidad que viven en áreas urbanas y rurales en el sur del DMQ.

5.5.3. Validación de instrumentos

El análisis de la capacidad psicométrica de la versión venezolana de la EFL y la versión chilena del MSPSS fue realizada en una muestra de 468 AM de los cuales 269 sin indicadores clínicos y 199 con indicadores clínicos tanto de depresión como deterioro cognitivo. Se evaluaron las diferencias en las respuestas dadas y los

resultados obtenidos sirvieron para realizar el análisis de confiabilidad y validez.

Se realizó el **análisis de confiabilidad**, la que representa la reproducción de los resultados obtenidos a través de los instrumentos en sus diversos aspectos (8).

La validez fue analizada para determinar si el instrumento tiene poder de discriminación entre grupos, por medio de la comparación de los puntajes obtenidos en las escalas utilizadas (EFL) y (MSPSS), entre los AM con indicadores clínicos con puntos de corte para deterioro cognitivo (12-24) y demencia (9-12); y, sin indicadores clínicos con puntos de corte para normal (27 o más) y sospecha patológica (24 o menos).

El BS y el ASP fueron escogidos como parámetros de felicidad, con la finalidad de probar la validez de discriminación, pues se tiende a relacionar el alto BS y ASP con indicadores normales de depresión y deterioro cognitivo, como se menciona en algunos estudios.

5.5.4. Selección de participantes e identificación de la muestra

Para identificar la muestra fue necesario contar con la base de datos de los AM que estaban inscritos y que participan activamente en los diferentes puntos del programa 60 y Piquito en el Sur de Quito, la misma que se actualizó mediante la aplicación de la ficha sociodemográfica a 5651 usuarios en el segundo trimestre del año 2019. Por motivos de la pandemia, se suspendieron las actividades y se reactivaron en el tercer trimestre del año 2021.

Posteriormente se realizó un barrido (en orden aleatorio) para la identificación y contacto con el grupo de AM, verificando disponibilidad a participar y cumplimiento de criterios de inclusión. Finalmente se creó una base de datos de los potenciales participantes con 60 años o más, sea usuario del Programa 60 y Piquito, sin diagnóstico de depresión, ni deterioro cognitivo, discapacidad auditiva total o intelectual, y aceptó ser evaluado.

Se evaluaron a todos los usuarios que aceptaron recibir a la brigada móvil, y se priorizó la visita domiciliaria a aquellos que contaban con la ficha sociodemográfica actualizada, por la disponibilidad de sus datos de ubicación. Se consideraron en el primer contacto telefónico los criterios de inclusión y exclusión, la aceptación de su participación previo a los objetivos e información general del proyecto y consentimiento verbal de las personas AM.

Se respetó en todo momento el anonimato de los participantes, se les informó

sobre su derecho a desistir de participar en la investigación en cualquier etapa de la misma. De esta forma, fue firmado el consentimiento de manera voluntaria, libre e informado (Anexo I).

5.6. ANÁLISIS DE DATOS

Los datos logrados se procesaron con ayuda del software libre R v 4.2.1; el nivel significativo adoptado fue de 0.05. trabajándose, según corresponda, medidas de tendencia central, dispersión o posición (número de casos en la muestra, AM proyectados, valor mínimo, valor máximo, media, mediana, moda, desviación estándar y coeficiente de variación), además del cálculo de proporciones. De ser el caso se muestran tablas o gráficos que develan la situación de la población de AM.

Adicionalmente, se realizan desagregaciones de las variables de interés por las variables demográficas; esto, junto a la estimación de intervalos de confianza (equivalente a las pruebas t-Student de hipótesis) para la validez discriminativa que permite realizar contrastes entre grupos de interés.

Un punto relevante del proceso es la estratificación de las variables de Bienestar y Apoyo, a más de la construcción de los grupos de edad. Para esto, se procede con la denominada técnica de construcción de estratos propuesta por William G. Cochran en su libro *Sampling Techniques*; la cual consiste en extraer la frecuencia absoluta de los valores observados, para luego acumular la raíz cuadrada de la frecuencia, finalmente el valor más alto del valor acumulado dividirlo entre el número de grupos deseados y por medio de una pseudo inversa encontrar el punto de corte. Como resultado de este procedimiento se tienen los siguientes puntos de corte (redondeados al entero más próximo)

- 1) Para Edad: 60 – 69, 70 – 77 y 78 – 91.
- 2) Para Bienestar: 14 – 52, 53 – 59 y 60 – 70.
 - a) Satisfacción: 7 – 28, 29 – 31 y 32 – 35.
 - b) Realización: 3 – 9, 10 – 12 y 13 – 15.
 - c) Sentido: 2 – 5, 6 – 7 y 8 – 10
 - d) Alegría: 2 – 5, 6 – 7 y 8 – 10
- 3) Para Apoyo: 12 – 29, 30 – 38 y 39 – 48.
 - a) Familiar: 4 – 9, 10 – 13 y 14 – 16.
 - b) Amigos: 4 – 7, 8 – 11 y 12 – 16.
 - c) Significados: 4 – 9, 10 – 13 y 14 – 16.

Este último resultado no se diferencia sustancialmente de la escala propuesta por la autora del test para apoyo que reporta los puntos 12 - 24, 25 – 35 y 36 – 48 y 4 – 8, 9 – 11 y 12 – 16 para sus componentes.

Complementariamente, para mejor interpretación y comparación de resultados, los valores de la escala original se re-escalan a valores de 0 a 10.

Para cumplir con los objetivos de la investigación se procesan los datos de acuerdo a las muestras logradas en las siguientes fases:

- 1) Fase I: Resultados de tamizaje
- 2) Fase II: Resultados de evaluación de instrumentos
- 3) Fase III: Resultados descriptivos básicos de las variables socio demográficas, BS y ASP.
- 4) Fase IV: Resultados de relación entre BS y ASP, modulado por factores socio sociodemográficos.

5.6.1. Variables a ser estudiadas:

Tabla 1 - Operacionalización de variables socio demográficas

VARIABLES	DEFINICIÓN	ESCALA
Edad	Tiempo de la persona en años cumplidos al día de realizar el estudio.	60 – 69 años 70 – 77 años 78 – más años
Sexo	Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer	Hombre Mujer
Estado Civil	Situación del AM al momento de realizar la encuesta, de acuerdo a la legislación civil.	Casado y en convivencia Divorciado Soltero Viudo
Educación	Determinado por una serie ordenada de programas agrupados por años en relación a una gradación de experiencias de aprendizaje, conocimientos, habilidades y competencias.	Analfabetismo-primaria incompleta; (0-5 años) Primaria completa-secundaria incompleta; (6 - 11 años) Secundaria completa (12 años); y Superior (13 o más años)

Fuente: Autoría propia (2022)

Tabla 2 - Operacionalización de la Escala de Felicidad de Lima (EFL).

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Instrumento
Bienestar subjetivo (Felicidad)	Estado afectivo de satisfacción plena que experimenta subjetivamente una persona y que se considera sinónimo de bienestar subjetivo” (Árraga, M. V. & Sánchez, M., 2012).	1: Satisfacción con la vida.	<ul style="list-style-type: none"> · Expresiones de satisfacción. · Satisfacción de los logros alcanzados. · Creencias de que se está donde se tiene que estar. 	3, 5, 6, 8, 9, 10, 13,	Escala de Felicidad de Lima
		2: Realización personal.	<ul style="list-style-type: none"> · La apreciación de llamar felicidad como un estado permanente y no temporal 	1, 4, 7,	
		3: Sentido positivo de la vida	<ul style="list-style-type: none"> · Depresión y fracaso, · Pesimismo y vacío existencial. 	11, 12,	
		4: Alegría de vivir	<ul style="list-style-type: none"> · Experiencias positivas de la vida · Sentirse generalmente bien. 	2, 14	

Fuente: Autoría propia (2022)

Tabla 3 - Operacionalización de la Escala de Apoyo Social Percibido (ASP).

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Instrumento
Apoyo Social Percibido	“Percepción subjetiva del individuo respecto a la adecuación de los recursos de afrontamiento por la red social” (Zimet, Dahlem, Zimet & Farley, 1988).	Puntuaciones obtenidas en la Escala de [MSPSS] de Zimet, Dahlem, Zimet y Farley (1988) de 12 ítems que describen la percepción de apoyo social en tres dimensiones; familia -otros significativos y amigos.	1: Fuente de apoyo social familiar 2: Fuente de apoyo social de amigos 3: Fuente de apoyo social de otros significativos.	Percepción de ayuda. Apoyo emocional. Apoyo Social Percibido Solución de problemas. Percepción de ayuda Apoyo emocional y resolución de problemas. Expresión emocional. Percepción de ayuda. Expresión y apoyo emocional.	1, 2, 3, 4 5, 6, 7, 8 9, 10, 11, 12	Escala de Apoyo Social Percibido

Fuente: Autoría propia (2022)

6.RESULTADOS

6. RESULTADOS

6.1. FASE I: RESULTADOS DE TAMIZAJE

Inicialmente el diseño muestral considera 182 puntos de reunión de los AM en el programa “60 y Piquito” con un total de 5651 AM; de los datos recopilados (513 AM contactados) se desprende que 0.4% de los entrevistados están fuera de la edad considerada más asisten a los centros del programa; por otro lado, de los 511 AM, 52.6% (269 AM) superan el filtro de Depresión y Deterioro (Sin indicadores clínicos); dejando a 47.4% AM por ser detectados con Depresión o algún nivel de demencia o deterioro.

De esta manera, con una muestra de 269 AM sin indicadores clínicos (Sin deterioro y sin depresión) se estima una población de 2942 AM.

Cabe notar que, para el cálculo del tamaño de la muestra, se considera una metodología de muestreo que permite cubrir el objetivo de la investigación en función de las características de los AM; garantizando resultados representativos, con un nivel de confianza y error admisibles. Así, se trabaja en 2 etapas.

La primera considera que se desea estimar la proporción de AM sin indicadores clínicos; para ello se considera la fórmula del tamaño muestral para una proporción:

$$n = \frac{N p q Z^2}{d^2(N - 1) + Z^2 p q}$$

Donde:

- N es el tamaño, numero de AM, o población a considerar (5651)
- Z es el cuantil de una distribución normal correspondiente al 95% de confianza, que en este caso sale 1.96
- p es la proporción a priori, que en ausencia de información previa se asume aquella que genera la muestra más grande posible: 0.5.
- q es el complemento de p, es decir $q = 1 - p = 0.5$
- d es el error de estimación máximo que se está dispuesto a asumir, que en este caso es 0.05.

Con estos resultados, se obtiene un tamaño muestral ajustado de 360 AM a contactar. Bajo este contexto, una muestra de 511 AM reduce el nivel de error a 0.046 y por tanto la proporción estimada de AM sin indicadores clínicos es más exacta.

La segunda etapa, considera que el objetivo de la investigación pretende evaluar la correlación entre las variables denominadas ASP y BS, variables que a priori están positivo-correlacionadas y que son el agregado de 12 y 14 preguntas respectivamente, de cada test; se procede a estimar el tamaño de muestra considerando que se busca tal correlación.

Así, la fórmula de cálculo¹ que pretende así evaluar la existencia o no correlación entre las dos variables de interés está dada por:

$$n = 3 + \frac{K}{C^2}$$

Donde:

$$C = 0.5 \ln \left(\frac{1+r}{1-r} \right)$$

- r la correlación a priori.
- K efecto del nivel de confianza y potencia de la prueba.

$$K = (Z_{\alpha} + Z_{\beta})^2$$

Con $(1 - \alpha) \cdot 100$ y $(1 - \beta) \cdot 100$ los niveles de confianza y potencia buscada, que se establece en 95% y 80% respectivamente. Por tanto, $K = 6.2$

La figura 2, permite observar que mientras más pequeña sea la correlación esperada (cercana a cero) el tamaño de la muestra será mucho mayor y por el contrario, a mayor correlación, el tamaño de la muestra es menor.

Así, para garantizar una muestra que refleje la alta correlación esperada (correlación superior a 0.5) y en función de los recursos disponibles, se establece que haría necesario una muestra de al menos 155 AM a incluir.

Sin embargo, en virtud de los datos recolectados, la muestra lograda de AM sin indicadores clínicos llega a 269, entrevistas completas y que pasan los criterios de inclusión y exclusión. De esta manera, se logra una muestra suficientemente grande para realizar los análisis pertinentes y permitir ciertas desagregaciones.

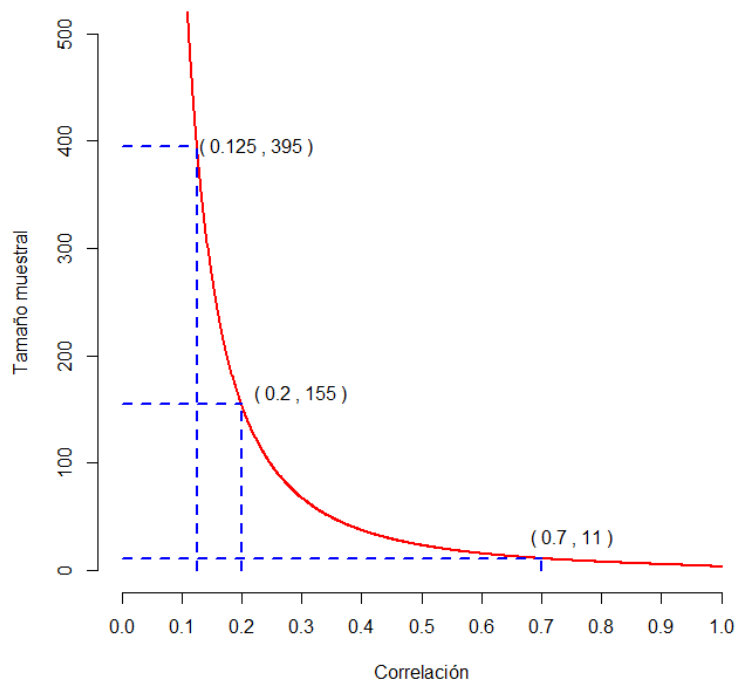
De esta manera, se logra una muestra suficientemente grande para realizar los análisis pertinentes y permitir ciertas desagregaciones. Los resultados se proyectan para 569 hombres y 2373 mujeres; con un total de 2942 AM de las dos zonas

¹ Velasco B.M., et al, Muestreo y tamaño de la muestra: Una guía práctica para personal de salud que realiza investigación, e-libro.net, 2002.

administrativas; así a continuación, consideran proyecciones poblacionales.

Figura 2 - Tamaño muestral en función de la correlación esperada

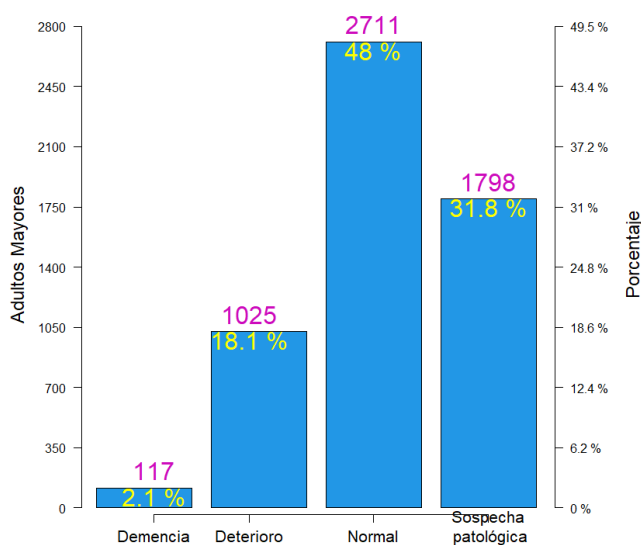
Fuente: Autoría propia (2022).



6.2. Deterioro y Depresión

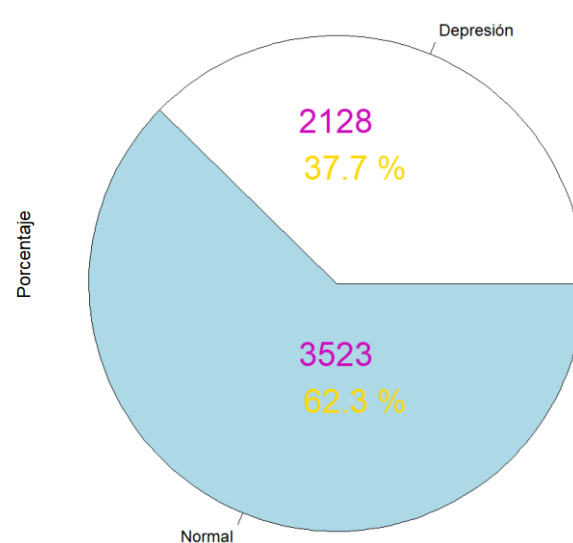
Un filtro importante que se considera antes del tratamiento de datos, está relacionado con aquellos AM con indicadores de demencia o deterioro (**Figura 3**) o depresión (**Figura 4**).

Figura 3 - Niveles de deterioro



Fuente: Autoría propia (2022).

Figura 4 - Niveles de depresión

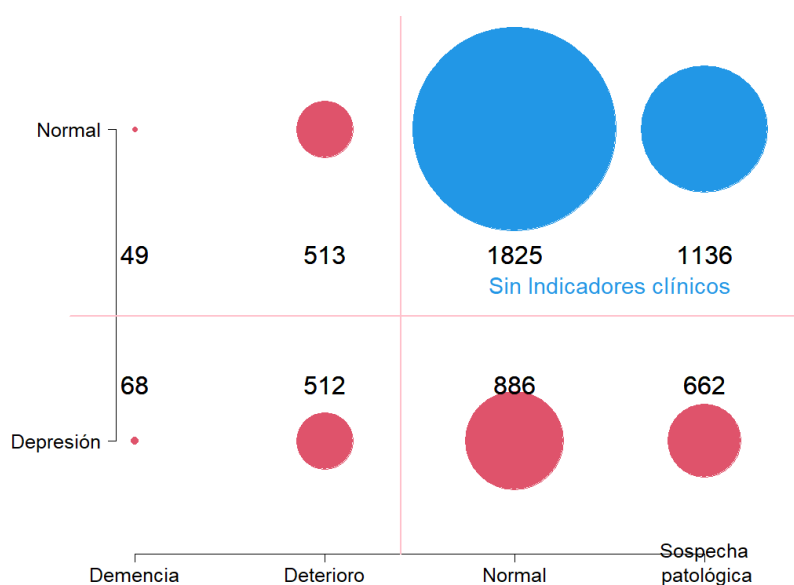


Fuente: Autoría propia (2022).

Al conjugar los dos filtros, se observa que la mayoría de AM cumple con los criterios de inclusión. Un dato adicional es que mediante la prueba chi cuadrado de independencia ($p = 0.000$) se observa que el deterioro cognitivo y la depresión se muestran como variables no independientes.

Se estima que los AM que muestran estado Normal en Depresión junto con Normal o Sospecha patológica en Deterioro son 52.4% (2941), a quienes se denomina “sin indicadores clínicos” vs. 47.6% de AM “con indicadores clínicos” (**Figura 5**). De esta manera, la población a representar se limita a los 2941 AM sin indicadores clínicos.

Figura 5 - Distribución de AM según deterioro y depresión.

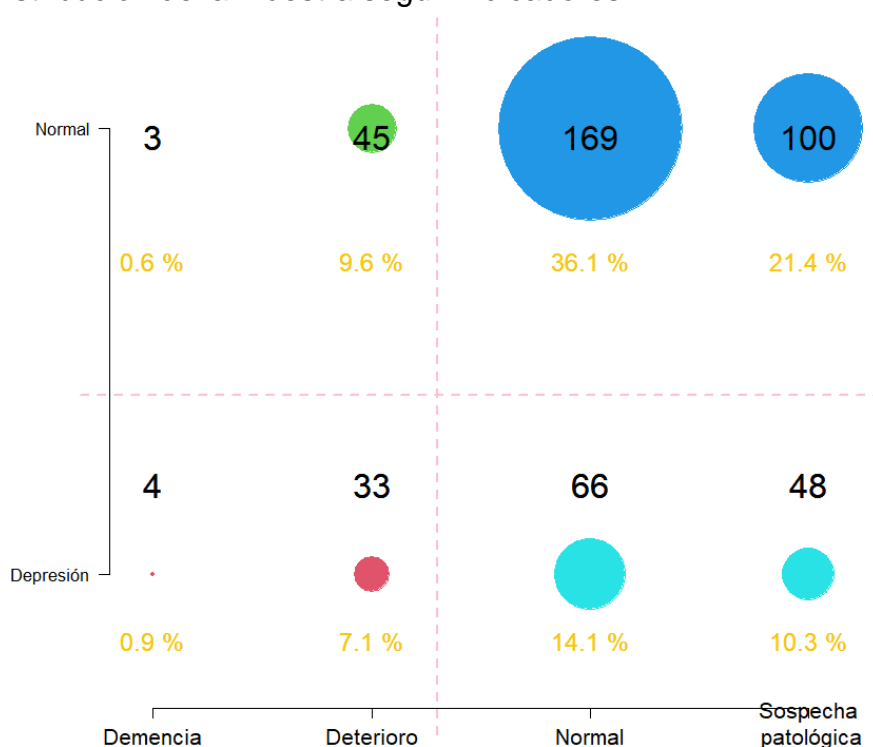


Fuente: Autoría propia (2022)

6.3. FASE II: EVALUACIÓN DE INSTRUMENTOS

De 511 entrevistas realizadas a los AM se consideran únicamente 468 para evaluar las diferencias en las respuestas dadas según presencia de indicadores clínicos, pues este número de AM fue evaluado en depresión, deterioro cognitivo, bienestar y ASP, mientras que el resto fueron excluidos por no contar con alguna de estas evaluaciones. Cabe notar que se considera cuatro niveles de deterioro: demencia, deterioro, normal, sospecha patológica; y, dos niveles de depresión: depresión y normal (**Figura 6**).

Figura 6.- Distribución de la muestra según indicadores.



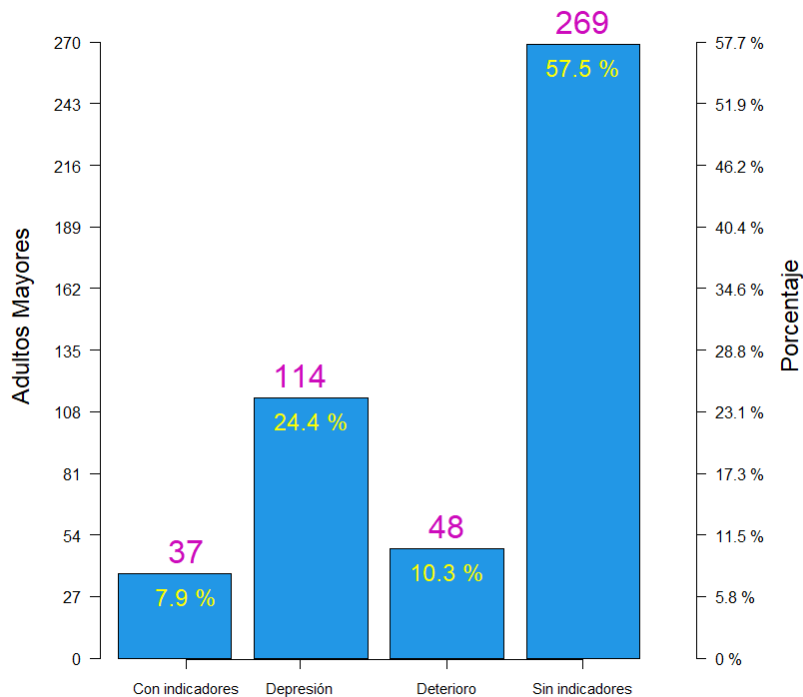
Fuente: Autoría propia (2022).

Se construye inicialmente la variable categórica: Indicador Clínico, según se haya asignado deterioro y depresión, así, si el AM registra:

- Deterioro o demencia, junto con depresión; se le categoriza como: Con indicadores Clínicos.
- Sospecha patológica o normalidad en deterioro, pero con depresión; se le categoriza como Depresión.
- Deterioro o demencia junto con ausencia de depresión; se categoriza como demencia.
- Ausencia de deterioro o demencia y ausencia de depresión, se categoriza como: Sin indicadores clínicos.

Al final, se considera la variable dicotómica Con o Sin indicadores clínicos para el contraste de validación con las respuestas dadas en las escalas de Felicidad y Apoyo (**Figura 7**).

Figura 7 - Distribución de la muestra según indicadores agrupados



Fuente: Autoría propia (2022).

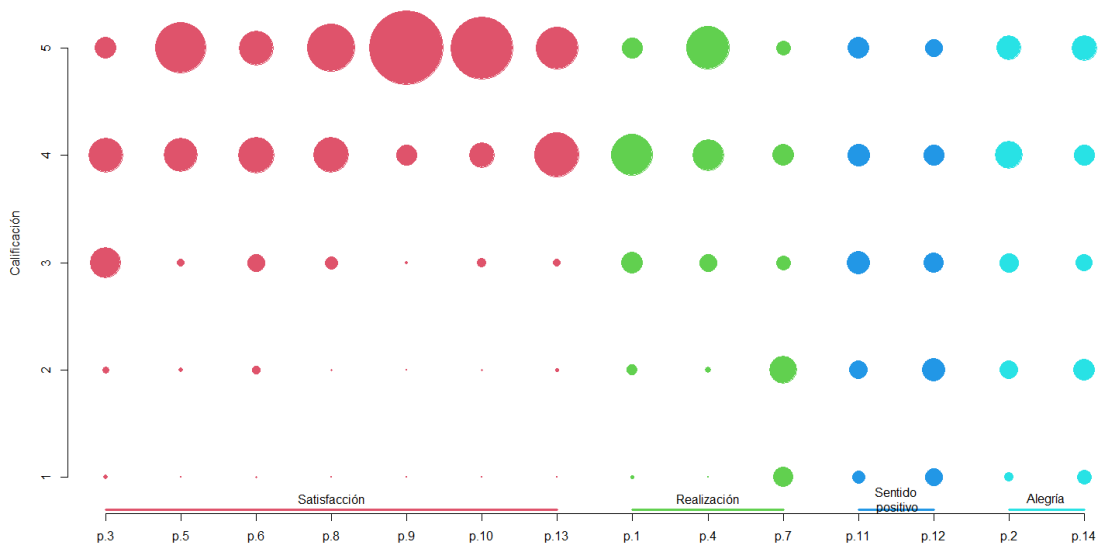
6.3.1. Puntajes dados a las preguntas

El análisis de las respuestas dadas a las preguntas de la EFL y MSPSS se evalúan desagregando según el AM tenga o no indicadores clínicos y se lo hace en tres etapas: tendencias de las respuestas dadas (diagrama de burbujas cuyo radio es proporcional al número de AM que responden a las diferentes preguntas agrupadas por componente según el puntaje asignado); valores promedio (diferencial semántico) de calificaciones dadas a cada pregunta por los AM, con sus correspondientes intervalos de confianza al 95% y agrupado según componente del test. Al final se muestra una Figura similar para las desviaciones estándar logradas en cada pregunta, lo cual permite contrastar la homogeneidad en las respuestas.

En primer lugar se muestran los resultados para la escala de felicidad EFL (**Figura 8**) y luego para la Escala de Apoyo MSPSS (**Figura 9**).

Para el grupo Con indicadores, las respuestas en el componente satisfacción de la Escala de Felicidad tienden a ser altas, mientras que en realización, medias y altas; para sentido positivo y alegría, las respuestas se distribuyen en toda la escala, es decir en valores bajos, medios y altos (**Figura 8**).

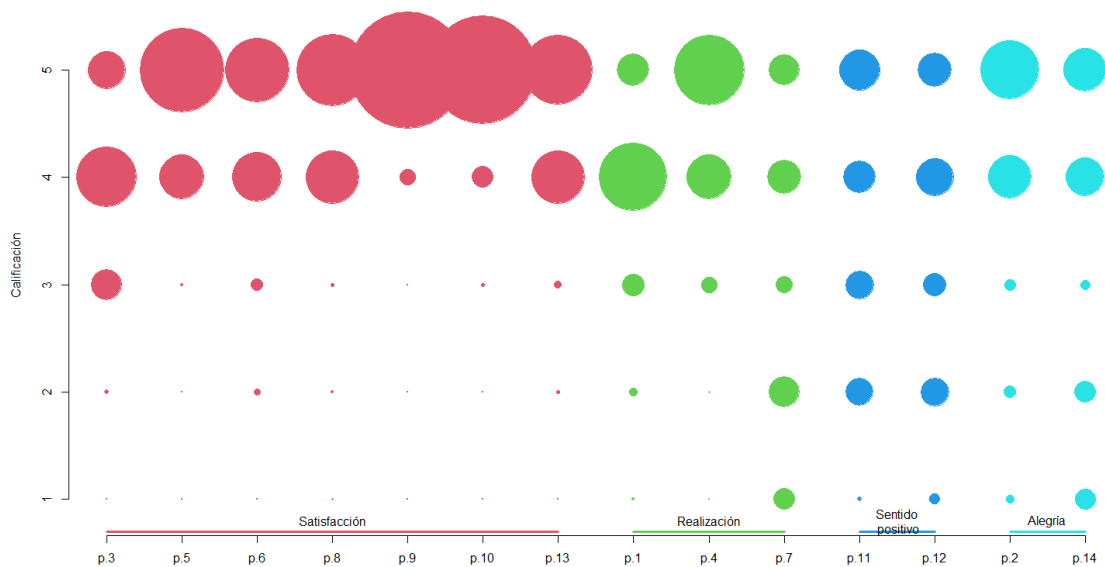
Figura 8 - Distribución de respuestas a la Escala de Felicidad en el grupo de AM Con Indicadores



Fonte: Autoría propia.

Para el grupo Sin indicadores, las respuestas en el componente satisfacción de la Escala de Felicidad en general tienden a ser altas para satisfacción, realización y alegría; mientras que para sentido positivo tienden a ser altas y medias (**Figura 9**).

Figura 9 - Distribución de respuestas a la Escala de Felicidad en el grupo de AM Sin Indicadores.



Fonte: Autoría propia.

En la Escala de Felicidad, los AM Con indicadores, califican en cada pregunta con valores promedio (diferencial semántico) menores que los valores promedio de los AM Sin indicadores (**Figura 10**).

Figura 10 - Valores promedio e I.C. 95% de la Escala de Felicidad



Fonte: Autoría propia.

En el grupo de AM Sin indicadores, el patrón de respuestas en la mayoría de preguntas de la Escala de Felicidad es más homogénea que el grupo Con indicadores (**Figura 11**).

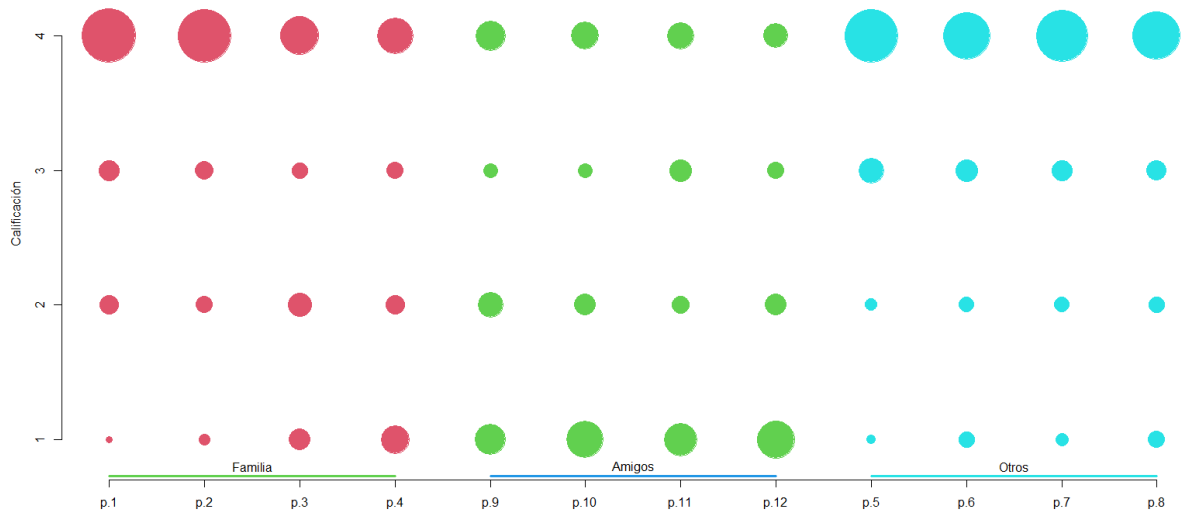
Figura 11 - Desviación estándar e I.C.95% de la Escala de Felicidad.



Fonte: Autoría propia.

Para el grupo Con indicadores, las respuestas en la fuente de apoyo familiar de la Escala de Apoyo tienden a ser altas, mientras que en la fuente de amigos predominan las bajas; y, para otros apoyos significativos sobresalen las respuestas altas (**Figura 12**).

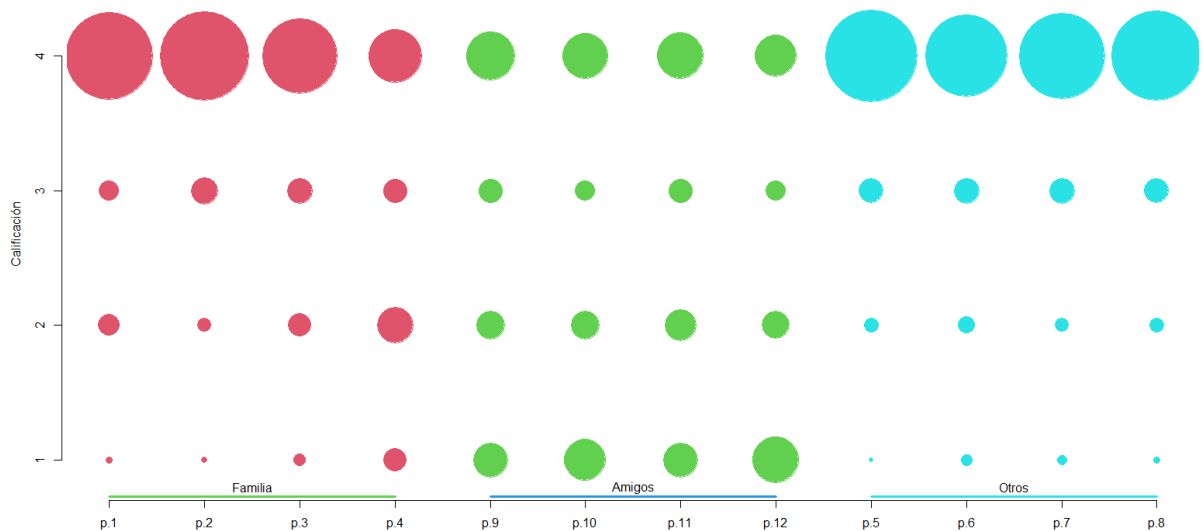
Figura 12 - Distribución de valores de la Escala de Apoyo en el grupo de AM Con indicadores.



Fuente: Autoría propia.

Para el grupo Sin indicadores, las respuestas en general de la Escala de Apoyo tienden a ser altas para familia y otros apoyos; mientras que para amigos, oscila entre altas y bajas (**Figura 13**).

Figura 13 - Distribución de valores de la Escala de Apoyo en el grupo de AM Sin indicadores.



Fuente: Autoría propia.

En la Escala de Apoyo, los AM Con indicadores, califican en cada pregunta con valores promedio (diferencial semántico) menores que los valores promedio de los AM Sin indicadores (**Figura 14**).

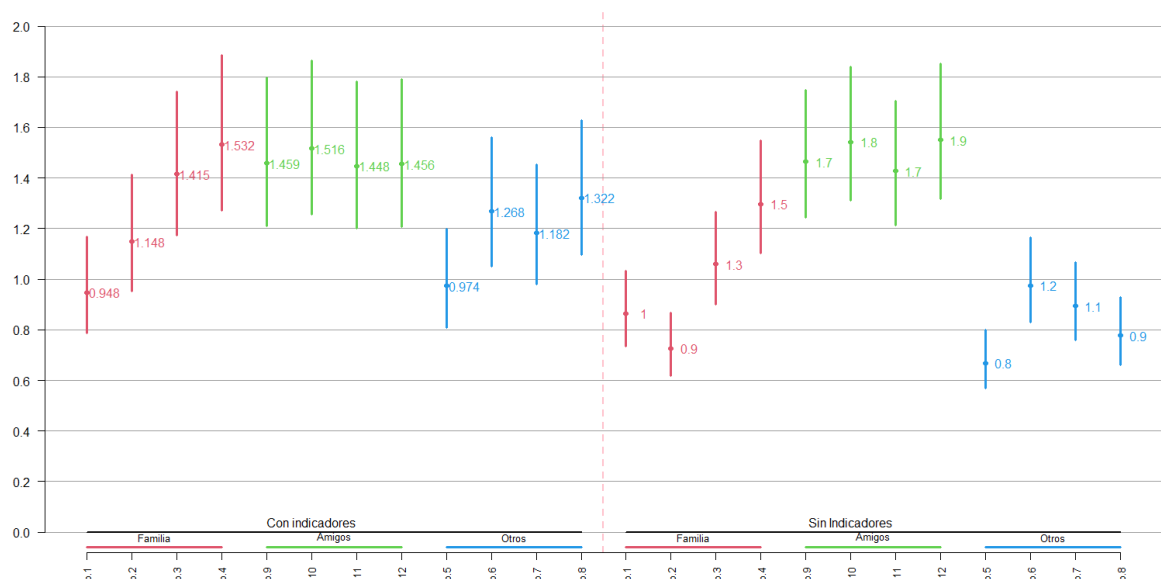
Figura 14 - Valores Promedios e I.C. 95% de la Escala de Apoyo.



Fuente: Autoría propia (2022).

En el grupo de AM Sin indicadores se muestra más homogéneo en casi todas las preguntas de la Escala de Apoyo; mientras que el grupo Con indicadores manifiesta significativamente, en casi todas las preguntas, más dispersión al momento de responder (**Figura 15**).

Figura 15 - Desviación estándar e I.C.95%, Escala de Apoyo.



Fuente: Autoría propia (2022).

6.3.2. Alpha de Cronbach

La confiabilidad de los instrumentos de lo hace utilizando el Alpha de Cronbach que se define como:

$$\alpha = \frac{K}{K - 1} \left[1 - \frac{\sum v_i}{v_t} \right]$$

Donde:

- α Alpha de Cronbach
- K Número de ítems ($K > 1$)
- V_t Variación del total (suma)
- V_i Variación de cada ítem

Para la Escala de Felicidad se logran valores de 0.727 para AM Con indicadores y 0.739 para AM Sin indicadores. Evaluando este coeficiente, si se retira una de estas preguntas no se observa mayor variación en el valor obtenido (**Tabla 4**).

Tabla 4 - Alpha de Cronbach de la Escala de Felicidad (retirando una pregunta).

	<u>Sin Pregunta</u>	<u>Con indicadores</u>	<u>Sin indicadores</u>
P. 1		0.704	0.717
P. 2		0.727	0.728
P. 3		0.693	0.723
P. 4		0.700	0.723
P. 5		0.689	0.716
P. 6		0.694	0.714
P. 7		0.742	0.743
P. 8		0.700	0.714
P. 9		0.717	0.726
P. 10		0.706	0.723
P. 11		0.724	0.726
P. 12		0.718	0.728
P. 13		0.704	0.709
P. 14		0.742	0.754

Fuente: Autoría propia (2022).

Para la Escala de Apoyo se logran valores de 0.869 para AM Con indicadores y 0.855 para AM Sin indicadores. Evaluando este coeficiente, si se retira una de estas preguntas no se observa mayor variación en el valor obtenido (**Tabla 5**).

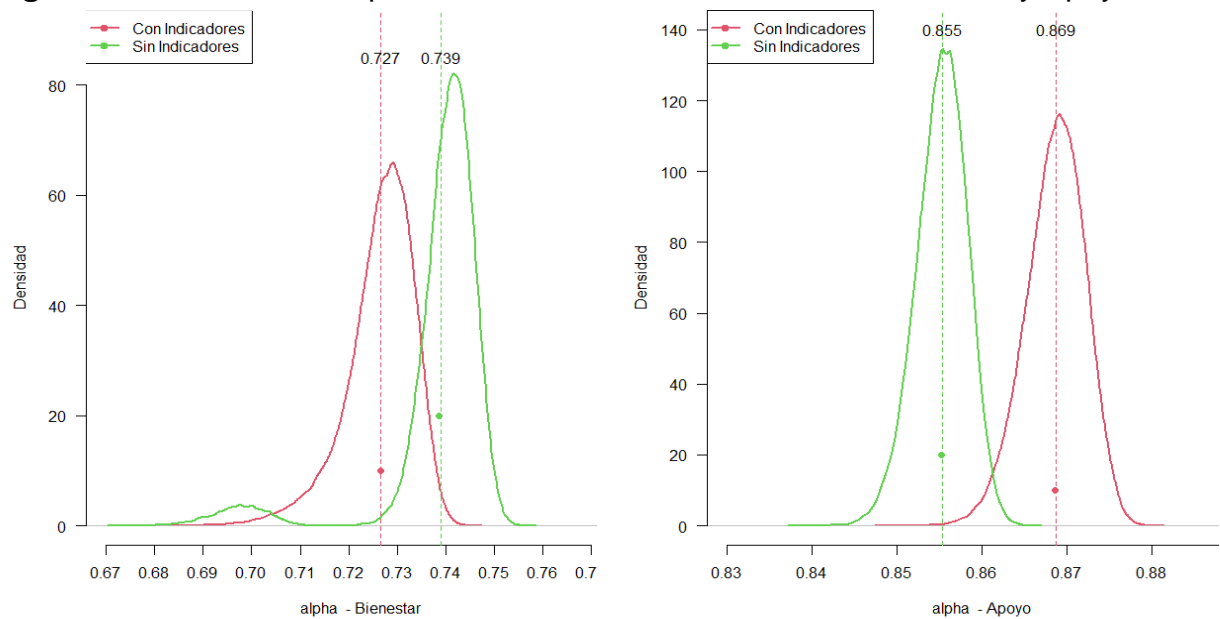
Tabla 5 - Alpha de Cronbach de la Escala de Apoyo (retirando una pregunta).

	Sin Pregunta	Con indicadores	Sin indicadores
P. 1		0.862	0.852
P. 2		0.856	0.850
P. 3		0.858	0.846
P. 4		0.862	0.857
P. 5		0.856	0.844
P. 6		0.855	0.839
P. 7		0.856	0.838
P. 8		0.860	0.843
P. 9		0.856	0.836
P. 10		0.861	0.840
P. 11		0.860	0.843
P. 12		0.859	0.840

Fuente: Autoría propia (2022).

Un análisis adicional de la distribución (Bootstrap) del Alpha de Cronbach permite contrastarlo en las dos escalas para AM Con y Sin indicadores (**Figura 16**).

Figura 16 - Distribución Alpha de Cronbach de las Escalas de Felicidad y Apoyo.



Fuente: Autoría propia (2022).

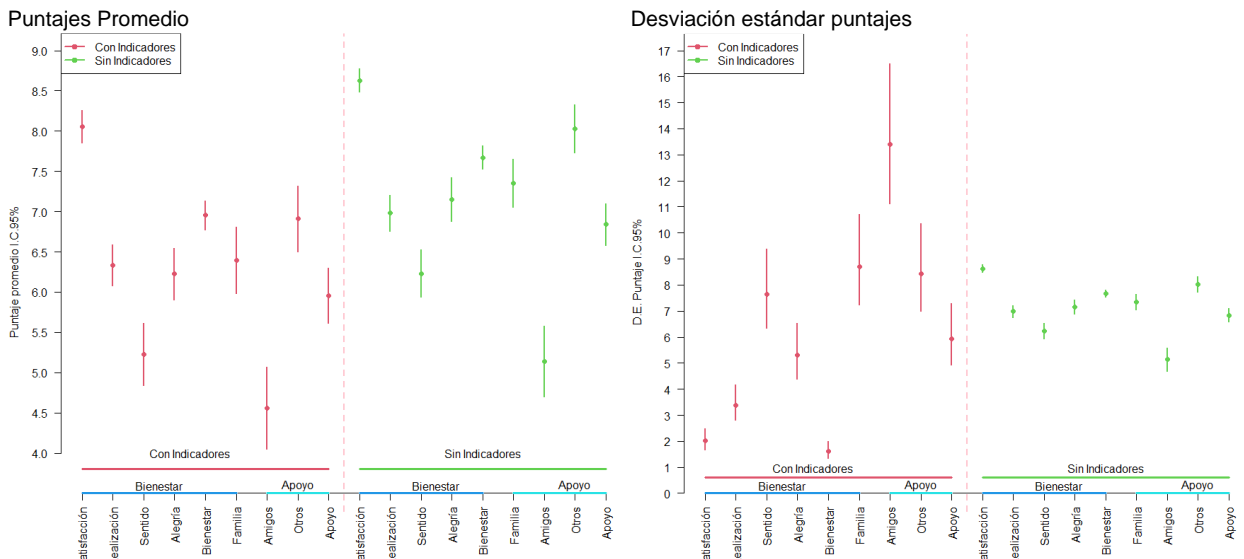
Se puede observar que en apoyo hay mayor diferencia de los valores de Alpha entre AM Con y Sin indicadores, mientras que en la Felicidad la diferencia no es tan marcada.

6.3.3. Indicadores

Finalmente, se contrastan las valoraciones promedio y la homogeneidad de las respuestas dadas por los AM a cada uno de los componentes de las dos escalas

(Figura 17).

Figura 17 - Puntajes promedio, desviación estándar e I.C. 95% de las Escalas de Felicidad y Apoyo.



Fuente: Autoría propia (2022).

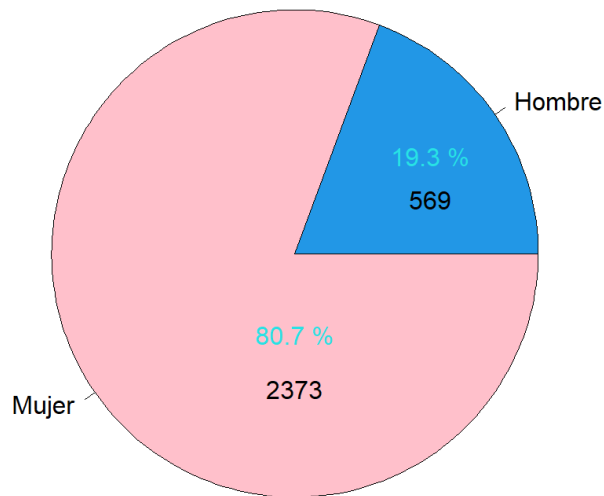
Se observa que en general el grupo Sin indicadores tiende a contestar con puntajes promedio superiores significativamente en todos los índices calculados tanto de Felicidad como de Apoyo, por otro lado las respuestas a los índices calculados tienden a ser más homogéneas en el grupo de AM Sin indicadores en casi todos los elementos analizados.

6.4. FASE III: RESULTADOS DESCRIPTIVOS BÁSICOS DE LAS VARIABLES SOCIO DEMOGRÁFICAS, BS Y ASP.

6.4.1. Resultados Socio Demográficos

En el grupo de AM Sin indicadores clínicos, se estima (19.3%) hombres y (80.7%) mujeres; con una relación de 4 a 1 mujeres por hombre (**Figura 18**).

Figura 18 - Género de los AM Sin indicadores

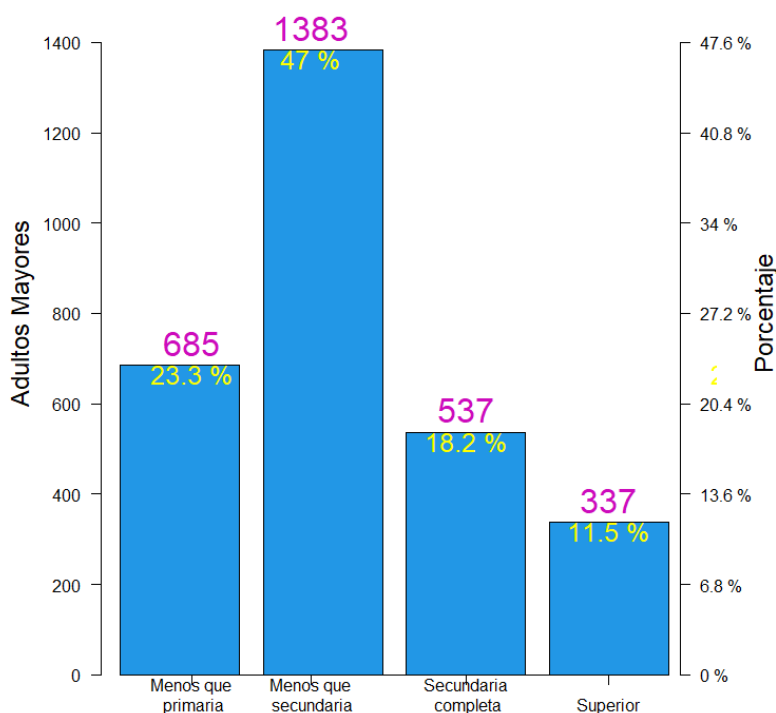


Fuente: Autoría propia (2022).

Para el nivel de instrucción, se evaluó en escala de instrucción formal: Analfabeto, menos que primaria, primaria completa, menos que secundaria, secundaria completa y superior. Los resultados muestran que predominan AM con instrucción primaria completa 31.7%, seguidos de quienes no terminan la primaria 22.4%; con secundaria completa 18.2% y 11.5% con de instrucción superior. Se observa además que 15.3% no terminó la secundaria y menos del 1% de AM manifiesta no haber realizado ningún nivel de estudios.

Esta diversidad de niveles de instrucción provoca que se agrupe: Analfabetismo y primaria incompleta (menos que primaria), primaria completa y secundaria incompleta (secundaria incompleta), secundaria completa e instrucción superior **(Figura 19)**.

Figura 19- Nivel de instrucción de los AM Sin indicadores.



Fuente: Autoría propia (2022).

De esta manera, 23.3% de AM no tuvieron instrucción formal o no lograron terminar la primaria, 47% no alcanzó a terminar la secundaria aun cuando haya culminado la primaria; 18.2% completó la secundaria y 11.5% alcanzó un nivel superior.

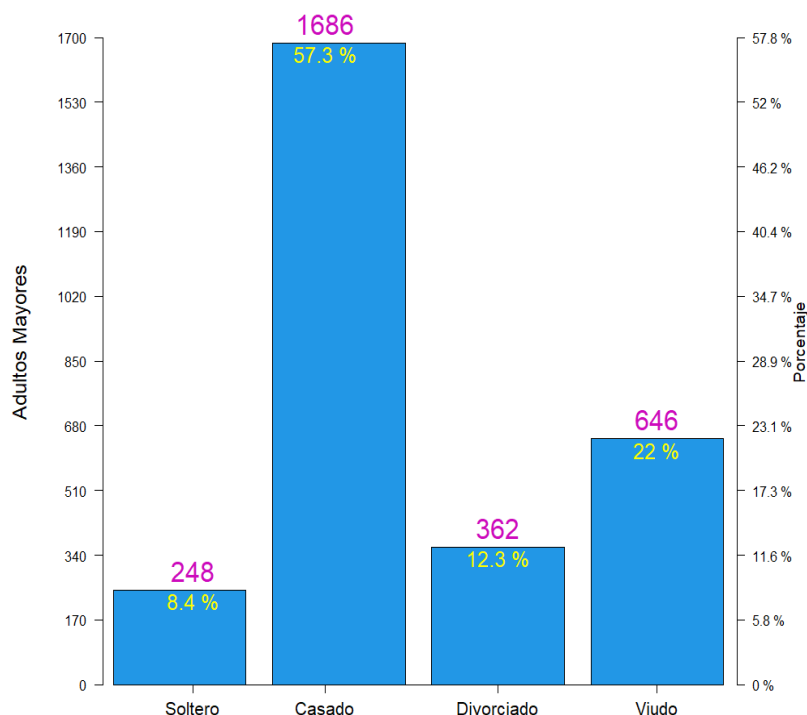
Concordando con los años de instrucción, el primer grupo no llegó a más de 5 años de instrucción, el segundo acudió a una institución de educación entre 6 y 11 años. Los que completaron la secundaria estuvieron al menos 12 años en la formación escolar.

En cuanto a estado civil, se detecta un 1% de AM en condición de convivencia; estos casos, para fines de tratamiento de datos, se añaden a los que declaran ser casados.

Los resultados logrados muestran que predominan los AM en condición casado (57.3%), seguido de los viudos (22%).

Llama la atención un 8.4% de AM solteros, que sumados al 12.3% de divorciados da un agregado total de 20.7% de personas que a priori no contarían con una pareja sentimental (**Figura 20**).

Figura 20 - Estado civil de los AM Sin indicadores



La edad considerada para los AM en este estudio va de los 60 a los 91 años eso luego de filtrar personas de menores de 60 años que asisten también a los puntos del programa 60 y Piquito. Cabe notar que la edad promedio en general es de 71.6 años, valor que no se diferencia sustancialmente del valor mediano; de esta manera se puede pensar que la mitad de los AM tienen menos de 71.9 años (Tabla 6)

Tabla 6 - Estadísticos descriptivos de la edad de AM Sin indicadores.

Variable	Categoría	AM	Mín*	Máx*	Mod*	Med*	Pro*	D.E	C.V	Li	Ls
Sexo	Hombre	569	62	91	73.6	75.4	74.6	7.2	9.7	74.0	75.2
	Mujer	2373	60	90	72.0	71.4	70.9	6.3	8.9	70.6	71.1
Instrucción	Menos que primaria	685	60	84	75.3	74.0	73.3	5.7	7.8	72.9	73.7
	Menos que secundaria	1383	60	91	70.4	71.6	71.5	7.2	10.0	71.1	71.9
	Secundaria completa	537	60	84	73.7	72.0	70.5	6.6	9.4	70.0	71.1
	Superior	337	62	85	68.2	70.7	70.2	5.7	8.2	69.6	70.8
Estado civil	Soltero	248	60	81	67.1	70.7	70.7	6.0	8.6	69.9	71.4
	Casado	1686	60	91	72.6	71.7	71.1	6.4	9.0	70.8	71.4
	Divorciado	362	60	89	68.0	71.5	71.5	7.0	9.7	70.8	72.3
	Viudo	646	60	90	76.6	74.2	73.3	7.1	9.6	72.8	73.9
Total		2942	60	91	72.4	71.9	71.6	6.7	9.3	71.4	71.8

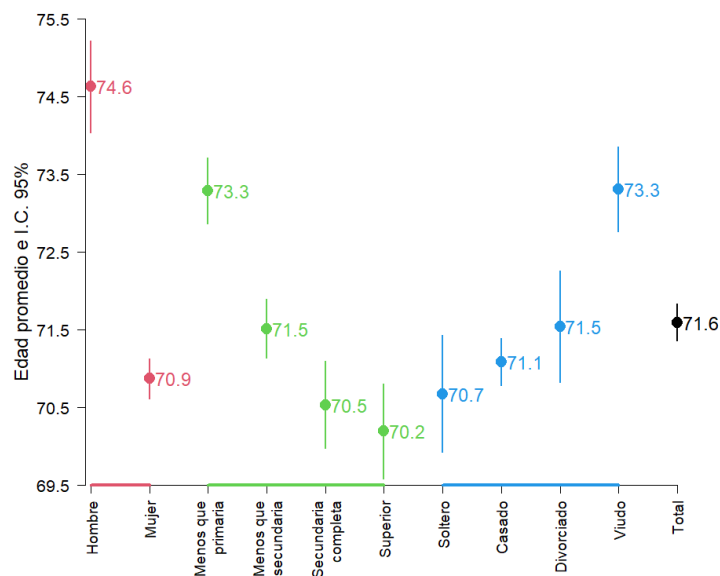
Legenda*: Mínimo; Máximo; Moda; Mediana; Promedio.

Fuente: Autoría propia (2022).

Revisando la edad promedio y sus correspondientes intervalos de confianza al 95%, se observa que los hombres son mayores de las mujeres con 3.7 años de

diferencia en promedio; se observa también que a mayor nivel de instrucción la edad promedio desciende desde los 73.3 años promedio para aquellos AM con menos que primaria hasta los 70.2 años promedio para aquellos AM con nivel de instrucción superior (**Figura 21**).

Figura 21 - Edad promedio e I.C. al 95% de los AM Sin indicadores



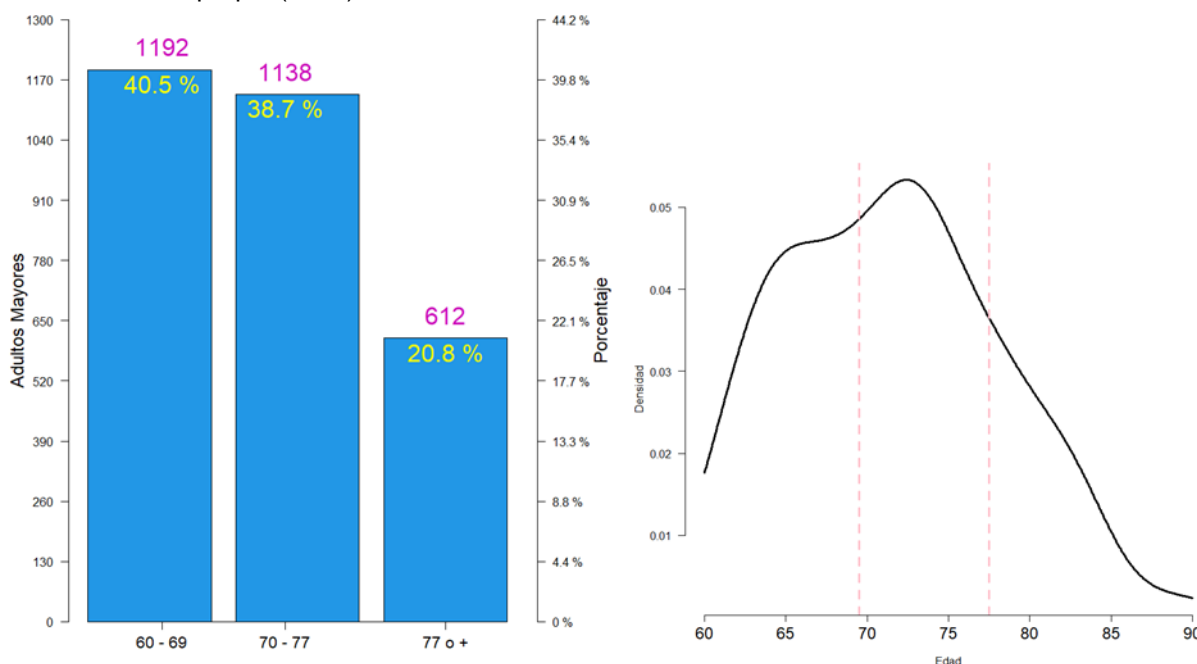
Fuente: Autoría propia (2022).

Los AM que se declararon solteros muestran una edad promedio de 70.7 años; edad que no se diferencia significativamente de los AM que se declaran casados. Si se percibe que los AM en condición divorciados muestra 1 año significativamente mayor a los dos grupos anteriores, más, el grupo de AM en estado civil viudos son aquellas personas de mayor edad promedio 73.3 años (**Figura 22**).

Al realizar el agrupamiento de las edades se observa que predominan AM entre 60 y 69 años (40.5%), seguido del grupo de 70 a 77 años (38.7%); y, algo más de la quinta parte son de 77 años o más (20.8%) (**Figura 22**).

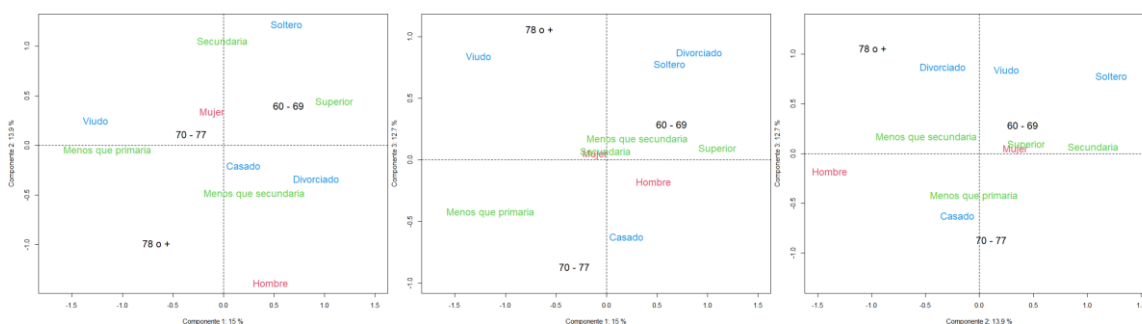
Figura 22 - Distribución de AM Sin indicadores según grupos de edad

Fuente: Autoría propia (2022).



El análisis factorial de correspondencias múltiples de las variables demográficas mostrado en los siguientes planos factoriales o mapas perceptuales; pueden interpretarse examinando las cercanías de las categorías de una variable y categorías de otra u otras variables (**Figura 23**).

Figura 23 - Mapas perceptuales de las características sociodemográficas de los AM Sin indicadores



Fuente: Autoría propia (2022).

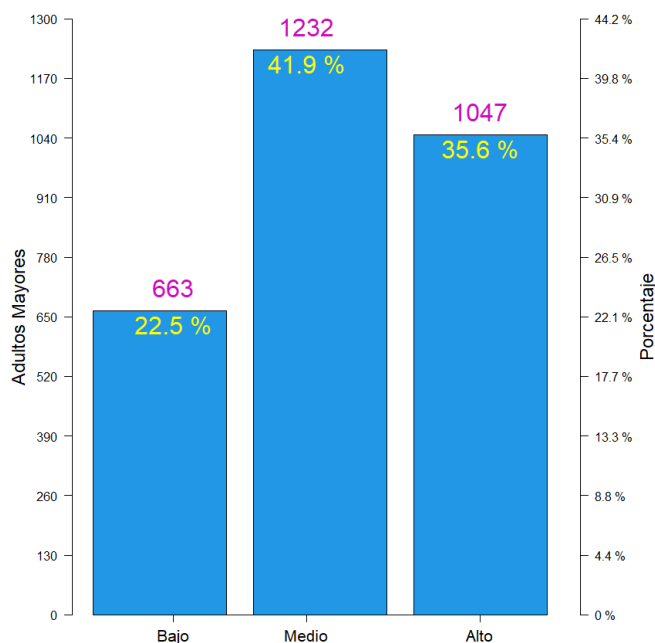
Con esto, se observa que las personas de 60 a 69 años tienden a ser mujeres con nivel de instrucción superior. El estado civil no se caracteriza por sexo, educación o edad; y, en general no se denota algún patrón entre variables demográficas.

6.4.2. Bienestar Subjetivo y sus componentes

6.4.2.1. Bienestar subjetivo

Los AM en general tienden a valorar el BS a un nivel medio (41.9%) aunque también algo más de 1/3 parte de AM (35.6%) valora su bienestar con nivel alto. Un poco más de la quinta parte de AM develan bienestar bajo (22.5%) (**Figura 24**).

Figura 24 - Distribución de AM según nivel de BS



Fuente: Autoría propia (2022).

Al revisar todas las puntuaciones según las diversas desagregaciones se observa cierta homogeneidad en las puntuaciones establecidas superior a los 7.5 puntos, de esta manera en promedio las valoraciones sobre el BS se establecen en un nivel medio (**Tabla 7**).

Tabla 7 - Estadísticos descriptivos de BS

Variable	Categoría	AM	Mín*	Máx*	Mod*	Med*	Pro*	D.E.	C.V.	Li	Ls
Sexo	Hombre	569	5.4	10	7.1	7.6	7.6	1.0	13.1	7.5	7.7
	Mujer	2373	0.4	10	7.6	7.7	7.7	1.2	15.7	7.6	7.7
Instrucción	Menos que primaria	685	4.6	10	7.1	7.6	7.6	1.2	15.5	7.5	7.7
	Menos que secundaria	1383	4.8	10	7.5	7.6	7.6	1.0	13.7	7.6	7.7
	Secundaria completa	537	5.2	10	7.7	7.8	7.7	1.1	14.0	7.7	7.8
	Superior	337	0.4	10	7.9	8.0	7.8	1.6	20.8	7.6	8.0
Estado civil	Soltero	248	5.2	10	7.7	7.9	7.7	1.2	15.5	7.5	7.8
	Casado	1686	0.4	10	7.9	7.8	7.7	1.2	15.5	7.7	7.8
	Divorciado	362	4.8	10	7.6	7.8	7.7	1.4	17.9	7.5	7.8
	Viudo	646	4.6	10	7.3	7.4	7.5	0.9	12.2	7.4	7.6
Edad	60-69	1192	0.4	10	8.0	7.8	7.7	1.3	16.8	7.6	7.8
	70-77	1138	4.6	10	7.6	7.7	7.7	1.0	13.7	7.6	7.7
	78 o +	612	5.4	10	7.3	7.6	7.6	1.1	14.7	7.5	7.7
Total		2942	0.4	10	7.6	7.7	7.7	1.2	15.2	7.6	7.7

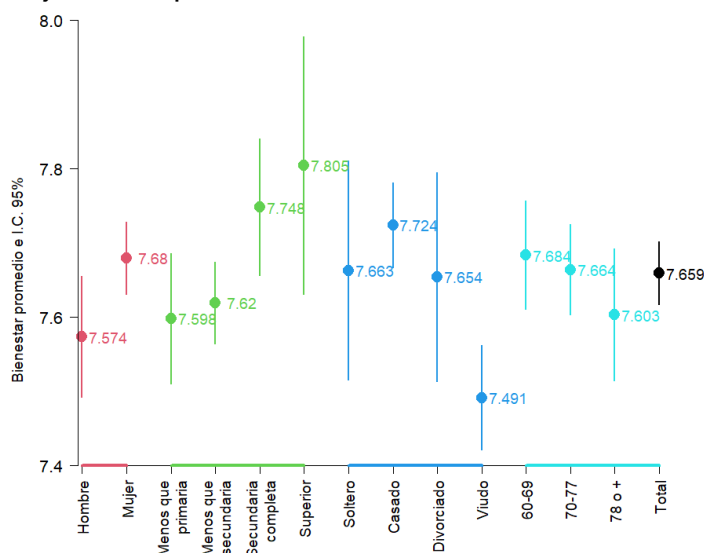
Legenda*: Mínimo; Máximo; Moda; Mediana; Promedio.

Fuente: Autoría propia (2022).

Las mujeres develan un mayor BS respecto de los hombres a pesar de que la diferencia numérica no es relevante, pero si resulta significativa.

Si bien se percibe cierta tendencia a que a mayor edad, menor nivel de bienestar, las diferencias entre las puntuaciones promedios entre AM no son significativas; por otro lado, con la instrucción se observa que menos de secundaria o menos de primaria no develan diferencia significativa; y, aquellos AM con secundaria o superior tienen mayor valoración al bienestar. Al evaluar el bienestar promedio según estado civil, se observa que los viudos muestran menor bienestar que el resto **(Figura 25)**.

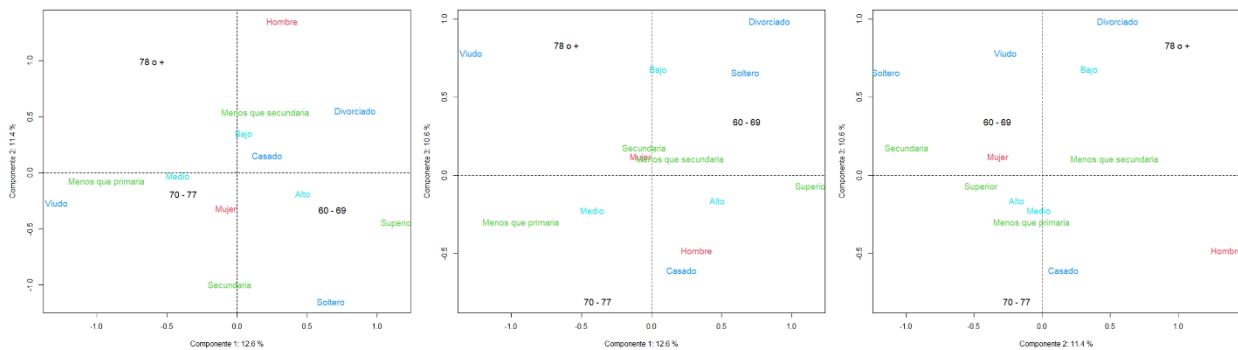
Figura 25 - Puntaje de BS promedio e I.C. 95%



Fuente: Autoría propia (2022).

AM que muestran altos niveles de bienestar se caracterizan por ser personas de 60 a 69 años de edad de preferencia con nivel superior. Los de nivel medio, son AM de 70 a 77 años, con menos de primaria y de preferencia viudos. Aquellos AM con nivel bajo de bienestar se caracterizan por ser casados o divorciados con menos de secundaria **(Figura 26)**.

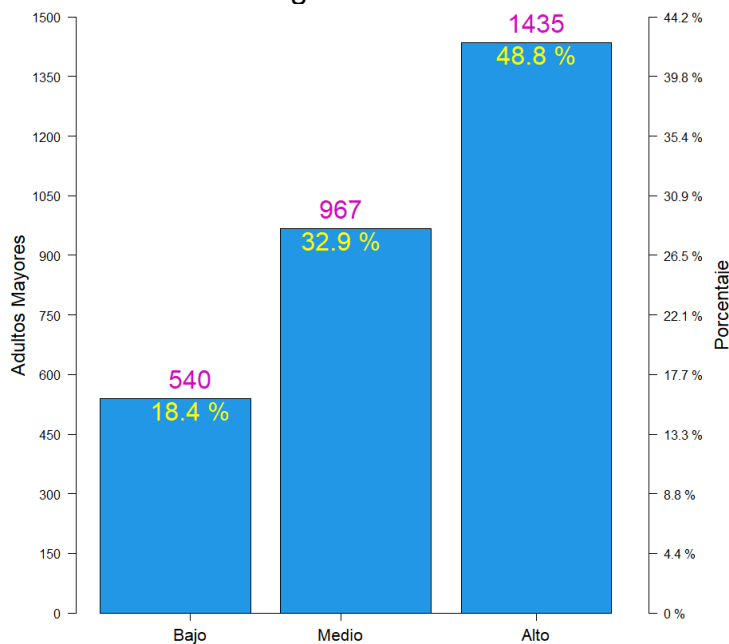
Figura 26 - Características sociodemográficas y BS
Fuente: Autoría propia (2022).



6.4.2.2. Componente: Satisfacción

Los niveles altos de satisfacción son predominantes (48.8%), algo menos de la tercera parte muestra niveles de satisfacción medio (32.9%) y menos de la quinta parte un nivel de satisfacción bajo (18.4%) (**Figura 27**).

Figura 27 - Distribución de AM según niveles de Satisfacción



Fuente: Autoría propia (2022).

Un detalle que llama la atención es que en ciertas desagregaciones por variables demográficas, el puntaje de satisfacción mínimo no baja de los 5 puntos lo cual diría que ciertos grupos de AM muestran buenos niveles de satisfacción. A nivel de promedio la valoración sobre 10 puntos está sobre los 8.6 puntos (**Tabla 8**).

Tabla 8 - Estadísticos descriptivos de Satisfacción

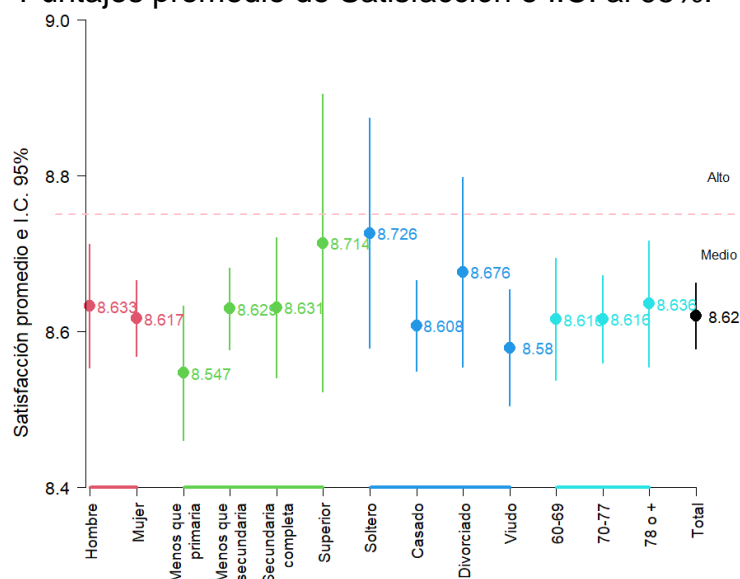
Variable	Categoría	AM	Mín*	Máx*	Mod*	Med*	Pro*	D.E.	C.V.	Li	Ls
Sexo	Hombre	569	6.4	10	8.5	8.7	8.6	1.0	11.1	8.6	8.7
	Mujer	2373	0.0	10	9.6	8.8	8.6	1.2	14.0	8.6	8.7
Instrucción	Menos que primaria	685	5.0	10	9.2	8.7	8.5	1.2	13.5	8.5	8.6
	Menos que secundaria	1383	6.1	10	8.5	8.7	8.6	1.0	11.5	8.6	8.7
	Secundaria completa	537	5.4	10	9.4	8.8	8.6	1.1	12.3	8.5	8.7
Estado civil	Superior	337	0.0	10	9.6	9.2	8.7	1.8	20.5	8.5	8.9
	Soltero	248	6.1	10	9.4	9.2	8.7	1.2	13.6	8.6	8.9
	Casado	1686	0.0	10	8.4	8.7	8.6	1.2	14.2	8.5	8.7
	Divorciado	362	5.4	10	9.6	8.9	8.7	1.2	13.6	8.6	8.8
	Viudo	646	5.0	10	8.6	8.6	8.6	1.0	11.2	8.5	8.7
Edad	60-69	1192	0.0	10	9.6	8.9	8.6	1.4	16.0	8.5	8.7
	70-77	1138	5.0	10	8.4	8.7	8.6	1.0	11.2	8.6	8.7
	78 o +	612	6.4	10	8.4	8.8	8.6	1.0	11.8	8.6	8.7
Total		2942	0.0	10	9.6	8.7	8.6	1.2	13.5	8.6	8.7

Legenda*: Mínimo; Máximo; Moda; Mediana; Promedio.

Fuente: Autoría propia (2022).

En general todas las desagregaciones realizadas muestran niveles medios de satisfacción promedio. De hecho, en pocas desagregaciones se observa alguna diferencia significativa; por ejemplo, ni en género ni edad los puntajes de valoración sobre satisfacción se pueden decir diferentes. Salvo posiblemente a nivel de instrucción que a menor instrucción se percibe menor puntuación en satisfacción (**Figura 28**).

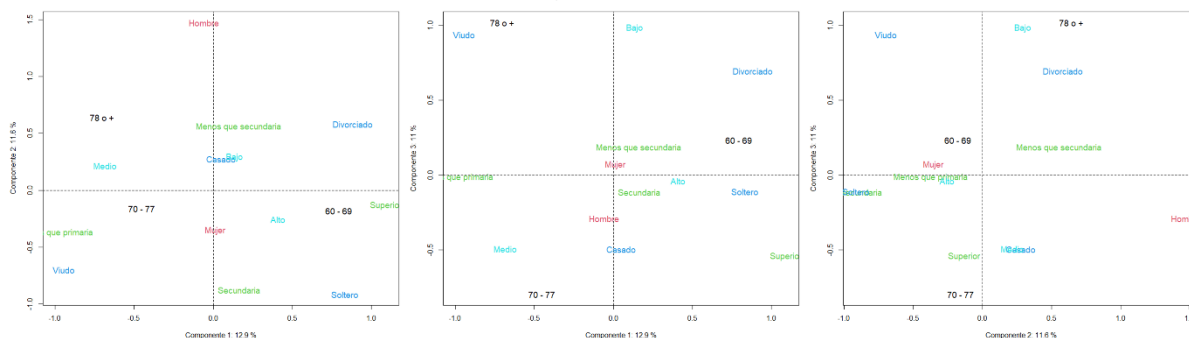
Figura 28 - Puntajes promedio de Satisfacción e I.C. al 95%.



Fuente: Autoría propia (2022).

En términos generales AM con niveles bajos de satisfacción serían aquellos que tienen menos que secundaria y con más años que el resto; los que perciben nivel medio de satisfacción tienen menos que primaria, predominan casados. Los de nivel alto son los de menor edad, con secundaria (**Figura 29**).

Figura 29 - Características sociodemográficas y niveles de Satisfacción

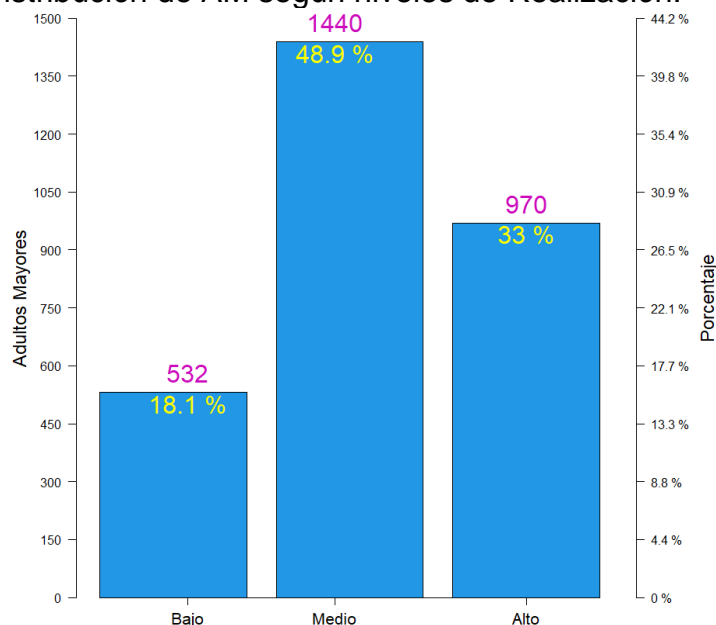


Fuente: Autoría propia (2022).

6.4.2.3. Componente: Realización

El componente realización muestra a casi la mitad de AM con un nivel medio de realización (48.9%), cerca de la tercera parte manifiestan un nivel alto de realización (33%) y algo menos de la quinta parte manifiestan un nivel bajo de realización (18.1%) (**Figura 30**).

Figura 30 - Distribución de AM según niveles de Realización.



Fuente: Autoría propia (2022).

Sobre la escala de 10 puntos el nivel de realización general se valora en 7 puntos; y, desagregado por las variables de interés se muestra muy similar (**Tabla 9**).

Tabla 9 - Estadísticos descriptivos de Realización

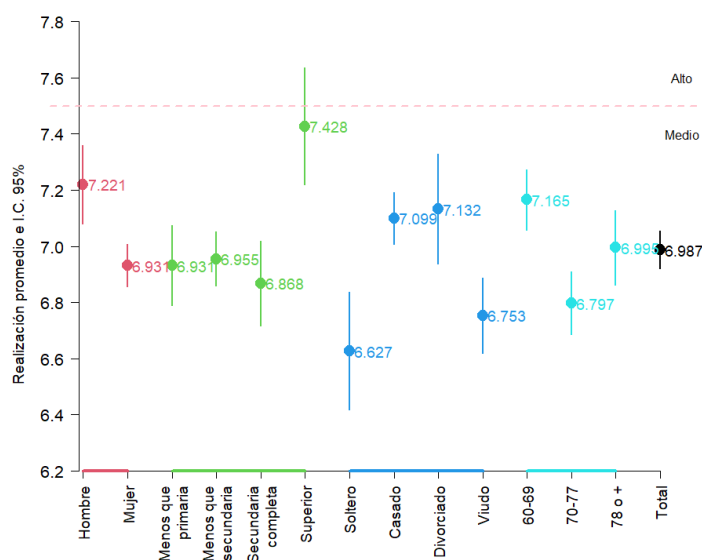
Variable	Categoría	AM	Mín*	Máx*	Mod*	Med*	Pro*	D.E.	C.V.	Li	Ls
Sexo	Hombre	569	4.2	10	6.9	7.5	7.2	1.7	23.6	7.1	7.4
	Mujer	2373	0.0	10	6.6	7.0	6.9	1.9	27.3	6.9	7.0
Instrucción	Menos que primaria	685	0.0	10	6.9	7.1	6.9	1.9	27.5	6.8	7.1
	Menos que secundaria	1383	2.5	10	6.7	7.1	7.0	1.8	26.3	6.9	7.1
	Secundaria completa	537	1.7	10	6.2	6.8	6.9	1.8	26.1	6.7	7.0
	Superior	337	0.8	10	7.1	7.6	7.4	1.9	26.2	7.2	7.6
Estado civil	Soltero	248	4.2	10	5.9	6.7	6.6	1.7	25.5	6.4	6.8
	Casado	1686	0.0	10	6.8	7.2	7.1	1.9	26.8	7.0	7.2
	Divorciado	362	2.5	10	6.7	7.1	7.1	1.9	26.6	6.9	7.3
	Viudo	646	2.5	10	7.1	6.9	6.8	1.7	25.8	6.6	6.9
Edad	60-69	1192	0.8	10	6.7	7.3	7.2	1.9	26.2	7.1	7.3
	70-77	1138	0.0	10	6.9	6.9	6.8	1.9	28.3	6.7	6.9
	78 o +	612	4.2	10	6.5	7.1	7.0	1.7	24.0	6.9	7.1
Total		2942	0.0	10	6.7	7.0	7.0	1.9	26.6	6.9	7.1

Legenda*: Mínimo; Máximo; Moda; Mediana; Promedio.

Fuente: Autoría propia (2022).

Sin embargo, sobre la escala hasta 10 puntos, se observa que en términos generales la población de AM devala un estatus de nivel medio en la realización a todo nivel de desagregación. Se resalta que los hombres muestran un mayor nivel promedio de realización que las mujeres; no se observa una marcada tendencia respecto del nivel educativo salvo para quienes cuentan con nivel superior. Solteros y viudos muestran menor realización que los casados y divorciados. Los AM con menor edad muestran mayor realización (**Figura 31**).

Figura 31- Puntajes promedio de Realización e I.C. al 95%

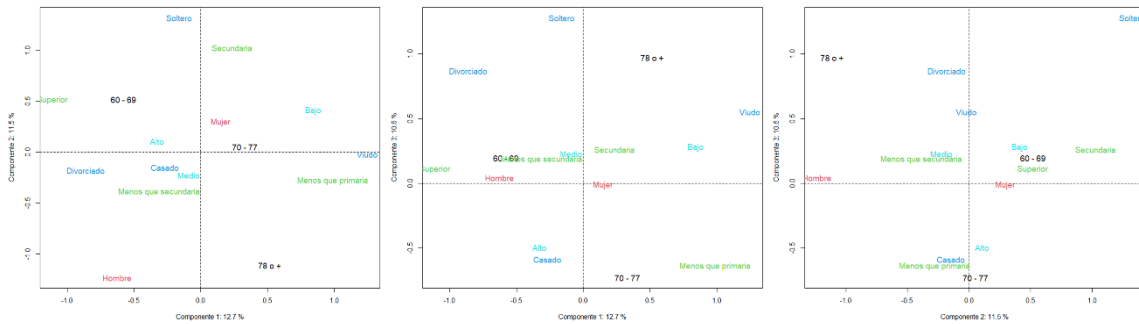


Fuente: Autoría propia (2022).

Evaluando las asociaciones entre los niveles de realización y características de

los AM se puede percibir que los casados presentan un nivel alto con edades hasta 77 años y sin una característica especial sobre el nivel educativo. El nivel medio de realización estaría caracterizado por instrucción no más allá de secundaria. Los AM con un nivel de realización bajo no muestran alguna característica en particular (Figura 32).

Figura 32 - Características sociodemográficas y niveles de Realización

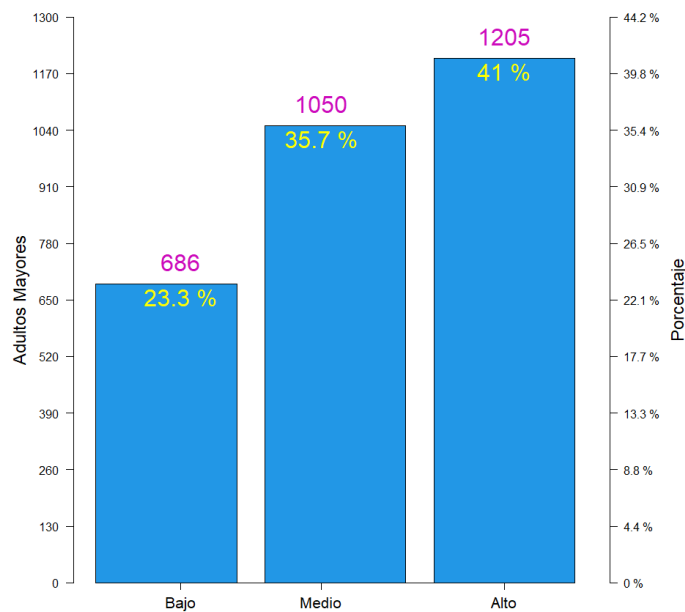


Fuente: Autoría propia (2022).

6.4.2.4. Componente: Sentido Positivo

4 de cada 10 AM manifiestan tener un alto nivel del sentido positivo (41%); algo más de la tercera parte muestra un nivel medio (35.7%) y cerca de la cuarta parte manifiestan un nivel bajo (23.3%) (Figura 33).

Figura 33 - Distribución de AM según niveles de Sentido Positivo.



Fuente: Autoría propia (2022).

En promedio los AM muestran para el sentido positivo, 6.2 puntos de valoración sobre 10, valor que salvo algunas caracterizaciones se mantiene (Tabla 10).

Tabla 10 - Estadísticos descriptivos de Sentido Positivo

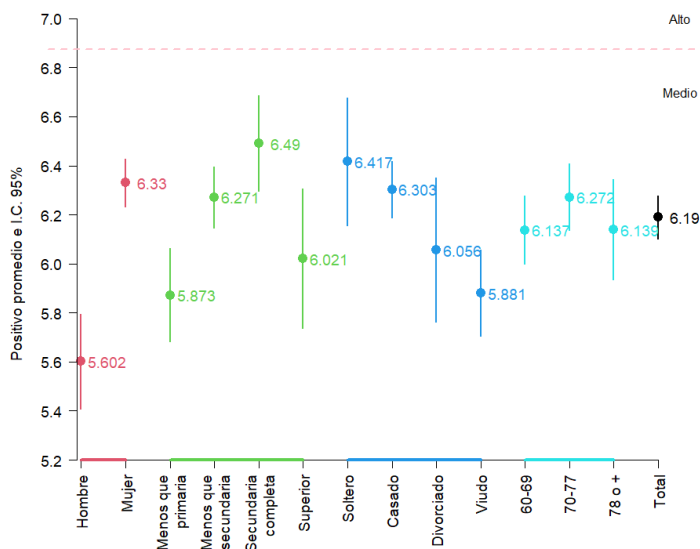
Variable	Categoría	AM	Mín*	Máx*	Mod*	Med*	Pro*	D.E.	C.V.	Li	Ls
Sexo	Hombre	569	1.3	10	6.5	5.8	5.6	2.4	42.0	5.4	5.8
	Mujer	2373	0.0	10	7.4	6.4	6.3	2.4	38.5	6.2	6.4
Instrucción	Menos que primaria	685	0.0	10	5.3	5.9	5.9	2.5	43.3	5.7	6.1
	Menos que secundaria	1383	1.3	10	5.2	6.3	6.3	2.4	37.6	6.1	6.4
	Secundaria completa	537	2.5	10	7.2	7.0	6.5	2.3	35.5	6.3	6.7
	Superior	337	0.0	10	6.9	6.5	6.0	2.7	44.3	5.7	6.3
Estado civil	Soltero	248	0.0	10	6.5	6.6	6.4	2.1	32.7	6.2	6.7
	Casado	1686	0.0	10	7.4	6.6	6.3	2.4	38.5	6.2	6.4
	Divorciado	362	1.3	10	5.1	6.4	6.1	2.9	47.1	5.8	6.3
Edad	Viudo	646	2.5	10	5.2	6.1	5.9	2.3	39.1	5.7	6.1
	60-69	1192	0.0	10	7.0	6.3	6.1	2.4	39.9	6.0	6.3
	70-77	1138	0.0	10	6.4	6.4	6.3	2.3	37.3	6.1	6.4
Total	78 o +	612	1.3	10	5.2	6.3	6.1	2.6	42.3	5.9	6.3
Total		2942	0.0	10	7.4	6.3	6.2	2.4	39.4	6.1	6.3

Legenda*: Mínimo; Máximo; Moda; Mediana; Promedio.

Fuente: Autoría propia (2022).

Se establece también que de manera general y en las diversas desagregaciones la población de AM mantiene en promedio un nivel medio de sentido positivo. Se nota que en promedio las mujeres muestran un nivel más alto que los hombres; se percibe que a mayor instrucción mayor sentido positivo, salvo los de nivel superior. De acuerdo al estado civil, existe diversidad de puntuaciones promedio; y, en cuanto a la edad no se nota diferencia significativa relevante (**Figura 34**).

Figura 34 - Puntaje promedio de Sentido Positivo e I.C. al 95%

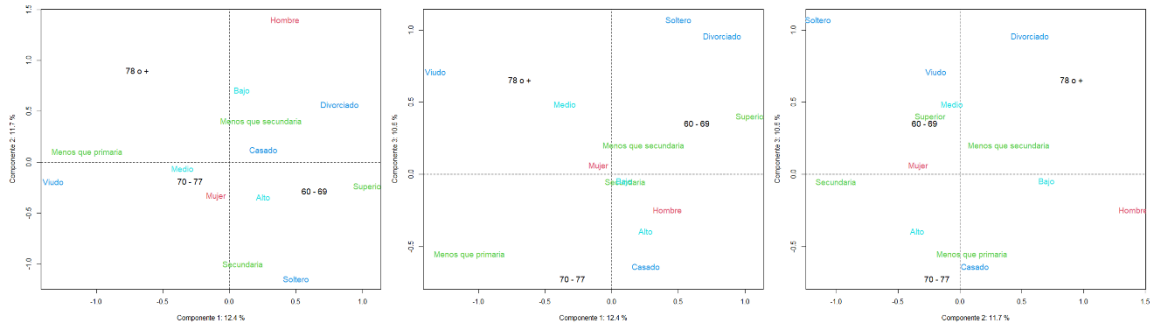


Fuente: Autoría propia (2022).

Nivel alto de sentido positivo se caracteriza en AM generalmente casados con alto nivel de instrucción de varios años, son los menos mayores en cuanto a la edad.

Nivel medio son aquellos AM de edad intermedia o mayor, viudos predominantemente y pocos años de escolarización. Bajo sentido positivo lo denotan AM con ciertos años de instrucción formal (**Figura 35**).

Figura 35 - Características sociodemográficas y niveles de Sentido Positivo

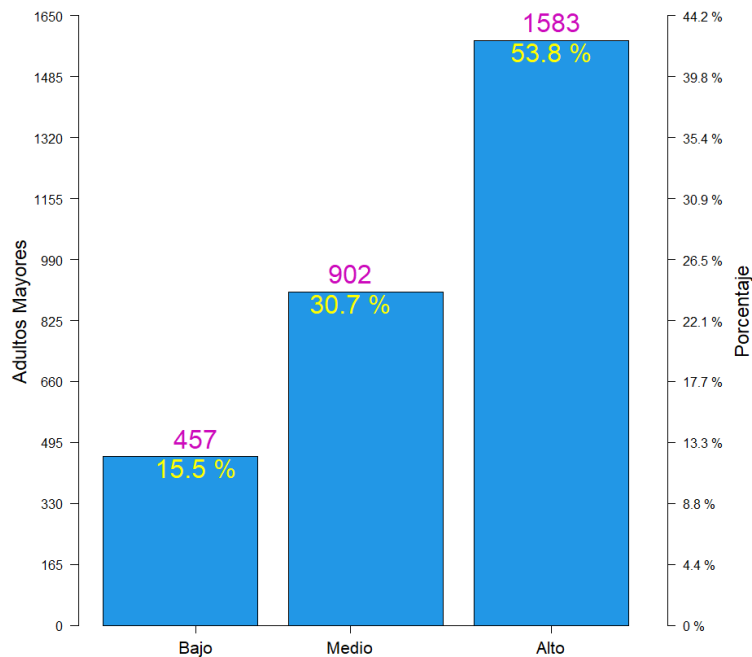


Fuente: Autoría propia (2022).

6.4.2.5. Componente: Alegría de vivir

La mayoría de los AM muestran un alto nivel de alegría (53.8%); dejando a algo menos de la tercera parte con un nivel medio (30.7%) y un nivel bajo (15.5%) (**Figura 36**).

Figura 36 - Distribución de AM según niveles de Alegría de Vivir.



Fuente: Autoría propia (2022).

En términos generales los AM califican su nivel de alegría con 6.8 puntos sobre 10, no mostrando diferencias relevantes según desagregaciones (**Tabla 11**).

Tabla 11 - Estadísticos descriptivos de Alegría de Vivir

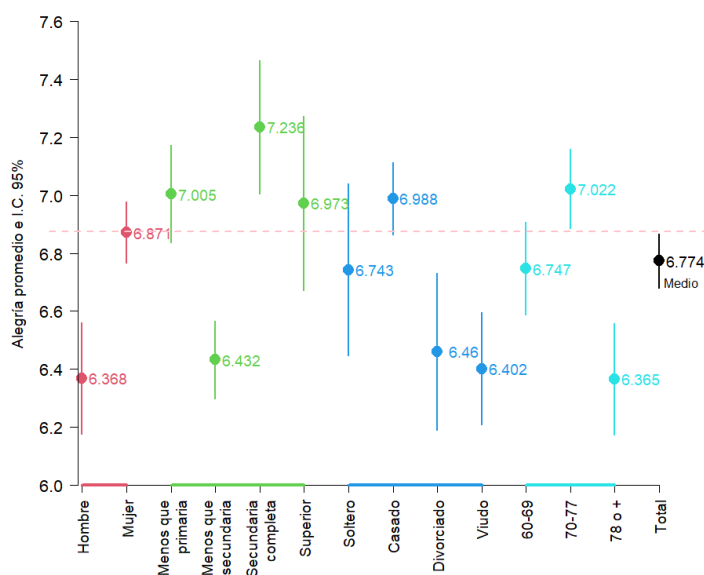
Variable	Categoría	AM	Mín*	Máx*	Mod*	Med*	Pro*	D.E.	C.V.	Li	Ls
Sexo	Hombre	569	1.3	10	7.5	6.9	6.4	2.4	36.9	6.2	6.6
	Mujer	2373	0.0	10	9.7	7.2	6.9	2.6	38.1	6.8	7.0
Instrucción	Menos que primaria	685	0.0	10	7.3	7.1	7.0	2.2	32.1	6.8	7.2
	Menos que secundaria	1383	0.0	10	5.2	6.5	6.4	2.6	39.8	6.3	6.6
	Secundaria completa	537	1.3	10	9.5	8.0	7.2	2.7	37.6	7.0	7.5
	Superior	337	0.0	10	8.3	7.8	7.0	2.8	40.5	6.7	7.3
Estado civil	Soltero	248	0.0	10	7.2	7.1	6.7	2.4	35.3	6.4	7.0
	Casado	1686	0.0	10	9.6	7.4	7.0	2.6	37.1	6.9	7.1
	Divorciado	362	0.0	10	5.0	6.5	6.5	2.6	40.7	6.2	6.7
Edad	Viudo	646	0.0	10	5.7	6.5	6.4	2.5	39.3	6.2	6.6
	60-69	1192	0.0	10	9.5	7.3	6.7	2.8	41.8	6.6	6.9
	70-77	1138	0.0	10	7.6	7.3	7.0	2.3	33.4	6.9	7.2
Total	78 o +	612	1.3	10	5.1	6.5	6.4	2.4	38.1	6.2	6.6
		2942	0.0	10	7.5	7.1	6.8	2.6	38.0	6.7	6.9

Legenda*: Mínimo; Máximo; Moda; Mediana; Promedio.

Fuente: Autoría propia (2022).

En promedio los AM muestran un puntaje que los ubicaría en un nivel medio de alegría; evidenciándose diferencias por ejemplo entre hombre y mujer que muestra a las mujeres con un nivel superior al de los hombres y tendencia a ser de nivel alto mientras que los hombres con tendencia a ser un nivel medio de alegría. En cuanto a nivel de instrucción únicamente aquellas personas con nivel menor a secundaria mostrarían un nivel intermedio de alegría (**Figura 37**).

Figura 37 - Puntajes promedio de Alegría de Vivir e I.C. al 95%

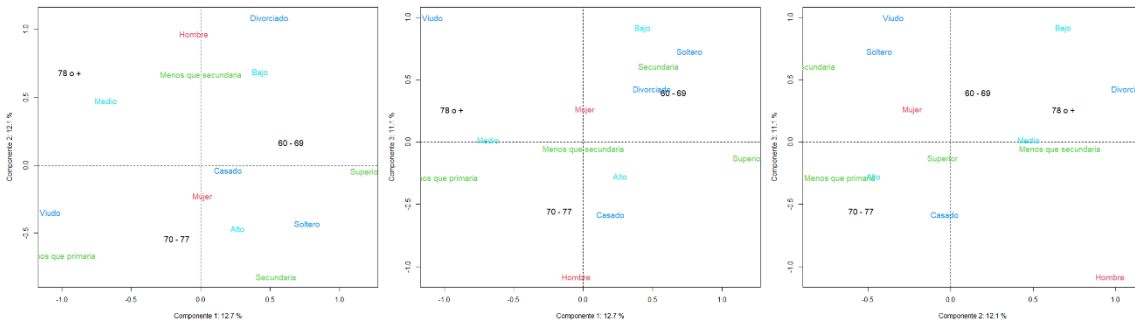


Fuente: Autoría propia (2022).

Caracterizando los niveles de alegría se puede observar que el nivel alto es AM

solteros o casados con altos niveles de instrucción formal y grupo de edad entre 70 y 77 años. El nivel medio de alegría se observa en personas de 78 años o más usualmente hombres con niveles de instrucción no más allá de la secundaria. El nivel bajo lo muestran también hombres generalmente divorciados con no más de 69 años con un nivel de instrucción no más allá de la secundaria (**Figura 38**).

Figura 38 - Características sociodemográficas y niveles de Alegría de Vivir



Fuente: Autoría propia (2022).

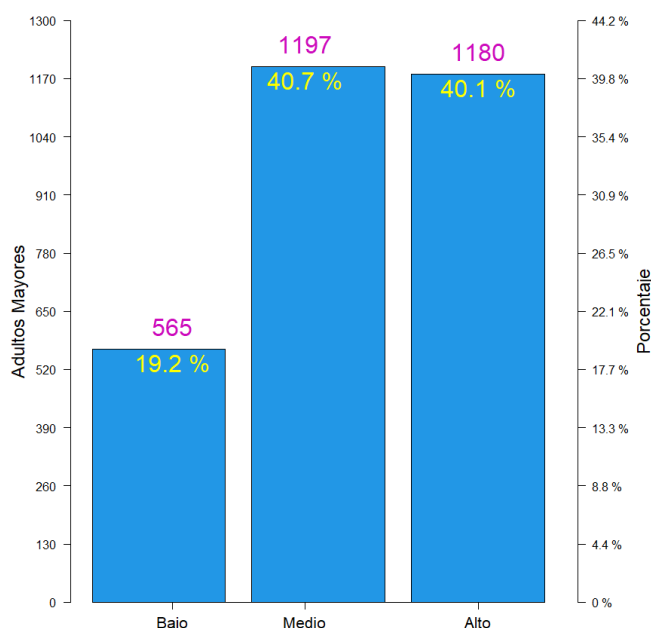
6.4.3. Apoyo social Percibido y sus componentes

6.4.3.1. Apoyo Social Percibido

Para el caso del ASP, se establece que menos del 20% de AM (19.2%) tienen un nivel bajo de apoyo.

Se observa además que el porcentaje de AM con un nivel medio de apoyo (40.7%) no guarda diferencia relevante ni significativa con el porcentaje de AM con un nivel de alto de apoyo (40.1%) (**Figura 39**).

Figura 39 - Distribución de AM según niveles de ASP



Fuente: Autoría propia (2022).

Se observa que en general los AM registran en promedio 6.7 puntos sobre 10 en el nivel de apoyo. Sin embargo, si se observa AM que marcan niveles de apoyo que llegan hasta menos de un punto a nivel general, siendo este nivel mínimo registrado por alguna de las mujeres con primaria incompleta y estado civil viuda (Tabla 12).

Tabla 12 - Estadísticos descriptivos de ASP

Variable	Categoría	AM	Mín*	Máx*	Mod*	Med*	Pro*	D.E.	C.V.	Li	Ls
Sexo	Hombre	569	2.5	10	5.2	6.1	5.9	2.2	37.2	5.8	6.1
	Mujer	2373	0.8	10	6.9	7.1	6.9	2.2	31.0	6.9	7.0
Instrucción	Menos que primaria	685	2.5	10	7.9	7.4	6.9	2.2	32.5	6.7	7.1
	Menos que secundaria	1383	0.8	10	6.2	6.4	6.4	2.2	34.2	6.3	6.5
	Secundaria completa	537	2.5	10	7.3	7.4	6.9	2.1	31.0	6.7	7.0
Estado civil	Superior	337	1.9	10	9.2	8.0	7.7	1.9	24.8	7.5	7.9
	Soltero	248	3.1	10	6.9	7.0	6.1	2.1	34.4	5.8	6.3
	Casado	1686	1.9	10	6.7	6.9	6.7	2.1	31.4	6.6	6.8
	Divorciado	362	1.9	10	8.9	7.8	7.4	2.0	26.8	7.2	7.6
	Viudo	646	0.8	10	8.9	7.0	6.7	2.5	36.9	6.5	6.8
Edad	60-69	1192	0.8	10	6.9	7.1	6.9	2.3	33.3	6.8	7.0
	70-77	1138	1.9	10	6.4	6.9	6.8	2.0	30.2	6.7	6.9
	78 o +	612	2.2	10	7.8	6.7	6.4	2.2	34.8	6.2	6.6
Total		2942	0.8	10	6.8	6.9	6.7	2.2	32.6	6.7	6.8

Legenda*: Mínimo; Máximo; Moda; Mediana; Promedio.

Fuente: Autoría propia (2022).

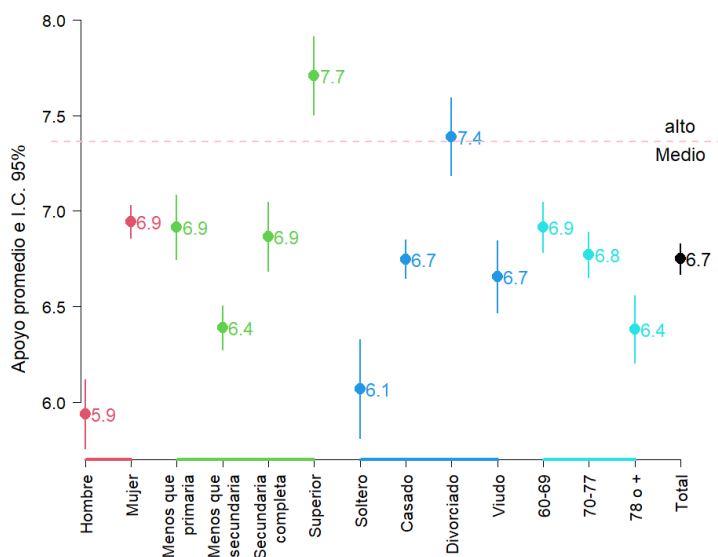
El nivel de apoyo en escala de cero a 10 puntos permite realizar comparaciones por características de los AM (**Figura 40**). Revisando los puntajes promedios y sus correspondientes niveles de confianza al 95%, se puede observar que las mujeres manifiestan un mayor puntaje que los hombres, con una diferencia de un punto sobre 10, diferencia que se muestra significativa. Sin embargo, en hombres o mujeres se establece un nivel de apoyo medio.

Para el caso de la edad se observa que a mayor edad existe una tendencia de menor apoyo que se refleja más en el grupo de edad de 78 años o más. Se establece un nivel medio de apoyo para los tres grupos de edad.

En cuanto a la condición de Estado civil, casados y viudos muestran valores promedio similares (no significativos) mientras que los solteros muestran un inferior nivel de apoyo al resto, los divorciados muestran un valor superior del nivel de apoyo.

Según nivel de instrucción se resalta que AM con nivel superior muestran mayor nivel de apoyo seguido por aquellos que han completado la secundaria, similar a quienes no completan la primaria. Los que no completaron la secundaria muestran el nivel más bajo de apoyo.

Figura 40 - Puntajes promedio de ASP e I.C. al 95%

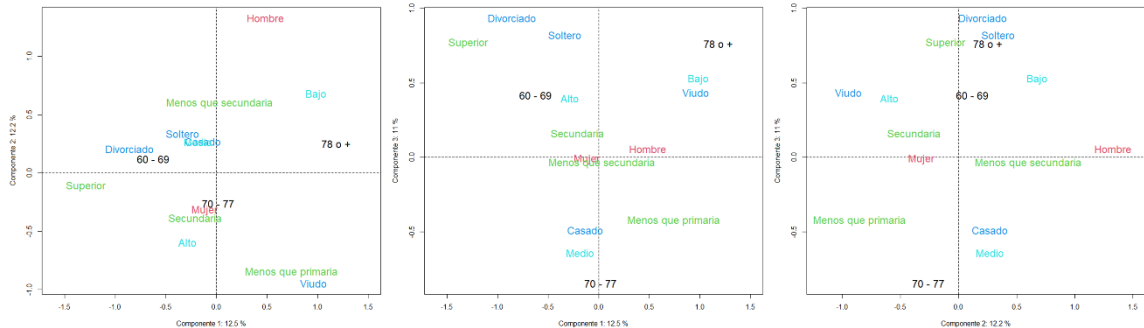


Fuente: Autoría propia (2022).

En los planos factoriales, se puede observar que los AM con bajo apoyo son preferentemente hombres de 78 o más años, sin relación con el estado civil, y sin característica particular en nivel de instrucción. Los AM con nivel medio de apoyo son personas casadas con nivel de instrucción menor a primaria, sin predominar algún

grupo de edad y los AM con alto apoyo son mujeres de edades de entre 70 y 77 años con instrucción secundaria y viudas (**Figura 41**).

Figura 41 - Características sociodemográficas y niveles de ASP

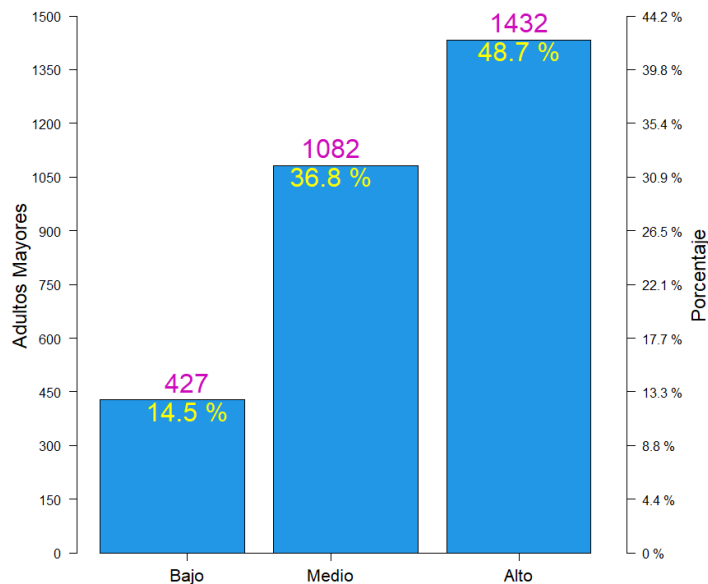


Fuente: Autoría propia (2022).

6.4.3.2. Componente: Apoyo Familiar

El primer componente del apoyo es el familiar, el cual se muestra con cierta preferencia en nivel alto (48.7%); seguido en menos proporción en nivel medio (36.8%); un importante porcentaje de AM (14.5%) muestran un nivel bajo de apoyo familiar (**Figura 42**).

Figura 42 - Distribución de AM según niveles de Apoyo Familiar



Fuente: Autoría propia (2022).

En promedio, los AM registran en promedio 7.3 puntos sobre 10 al apoyo familiar; que corresponde a un nivel medio (**Tabla 13**).

Tabla 13 - Estadístico descriptivo del Apoyo Familiar

Variable	Categoría	AM	Mín*	Máx*	Mod*	Med*	Pro*	D.E.	C.V.	Li	Ls
Sexo	Hombre	569	0.0	10	7.0	6.9	6.7	2.4	35.7	6.5	6.9
	Mujer	2373	0.0	10	9.5	8.0	7.4	2.5	34.2	7.3	7.5
Instrucción	Menos que primaria	685	1.7	10	9.7	8.4	7.9	2.2	28.0	7.7	8.0
	Menos que secundaria	1383	0.0	10	9.2	7.4	7.0	2.5	36.0	6.8	7.1
	Secundaria completa	537	0.8	10	8.8	7.9	7.3	2.5	33.9	7.1	7.5
	Superior	337	0.0	10	9.2	8.1	7.1	2.9	41.2	6.8	7.4
Estado civil	Soltero	248	0.0	10	6.2	6.7	6.1	3.0	48.6	5.8	6.5
	Casado	1686	0.0	10	9.6	8.0	7.5	2.4	32.4	7.4	7.6
	Divorciado	362	0.0	10	8.3	8.0	7.3	2.4	32.8	7.0	7.5
Edad	Viudo	646	0.8	10	8.1	7.6	7.0	2.5	35.2	6.8	7.2
	60-69	1192	0.0	10	9.3	7.8	7.1	2.7	38.9	6.9	7.2
	70-77	1138	0.0	10	9.6	7.9	7.5	2.3	31.2	7.3	7.6
	78 o +	612	0.8	10	8.1	7.8	7.3	2.4	32.4	7.1	7.5
Total		2942	0.0	10	9.6	7.8	7.3	2.5	34.7	7.2	7.3

Legenda*: Mínimo; Máximo; Moda; Mediana; Promedio.

Fuente: Autoría propia (2022).

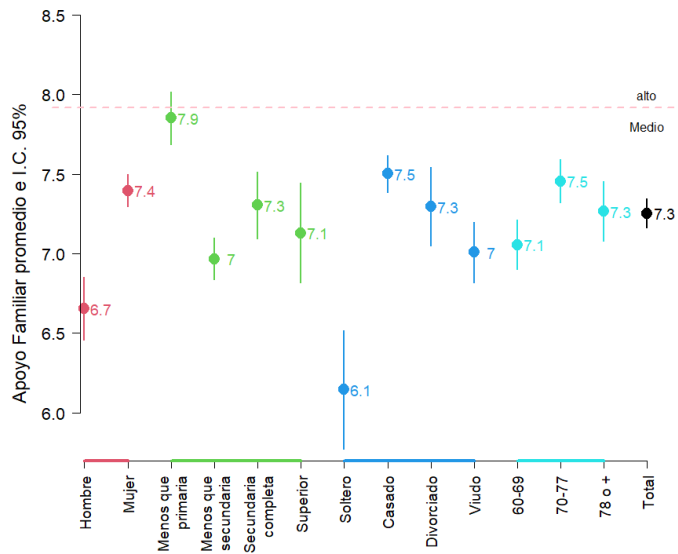
El nivel de apoyo familiar en escala de cero a 10 puntos permite realizar comparaciones por características de los AM (**Figura 43**). Se puede notar que en promedio las mujeres muestran mayor nivel de apoyo familiar que los hombres con una diferencia significativa de 0.7 puntos, sin embargo, tanto hombres y mujeres muestran en promedio un nivel medio de apoyo familiar.

Según el nivel de instrucción, se percibe disminución de la valoración del apoyo familiar a mayor nivel de instrucción; los AM con menor nivel de instrucción tienden a un nivel alto de percepción del apoyo familiar.

Los solteros son quienes muestran un nivel significativamente inferior al resto de estados civiles; casados, divorciados y viudos no muestran diferencias relevantes (aunque si significativas). En todo caso, según el estado civil, el apoyo familiar se percibe de nivel medio.

Los AM con más años son quienes muestran mejor valoración al apoyo familiar; sin embargo, también es percibido a nivel medio en todos los grupos de edad.

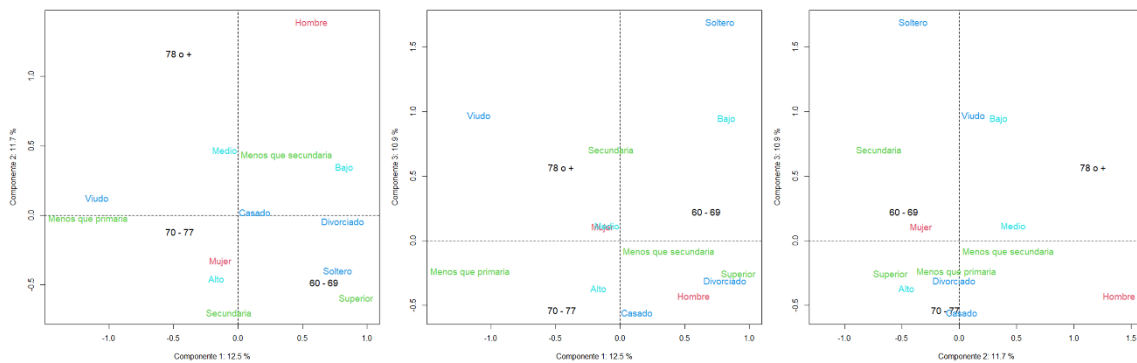
Figura 43 - Puntajes promedio de Apoyo Familiar



Fuente: Autoría propia (2022).

Finalmente, se percibe que nivel bajo de apoyo familiar lo están percibiendo aquellos AM con menos de secundaria, solteros y con menos años. Los que perciben un nivel medio de apoyo, son los de mayor edad, con máximo secundaria, predominando mujeres. Por otro lado, los que perciben un nivel alto de apoyo familiar son las mujeres de edad intermedia, casadas o divorciadas (**Figura 44**).

Figura 44 - Características sociodemográficas y niveles de Apoyo Familiar

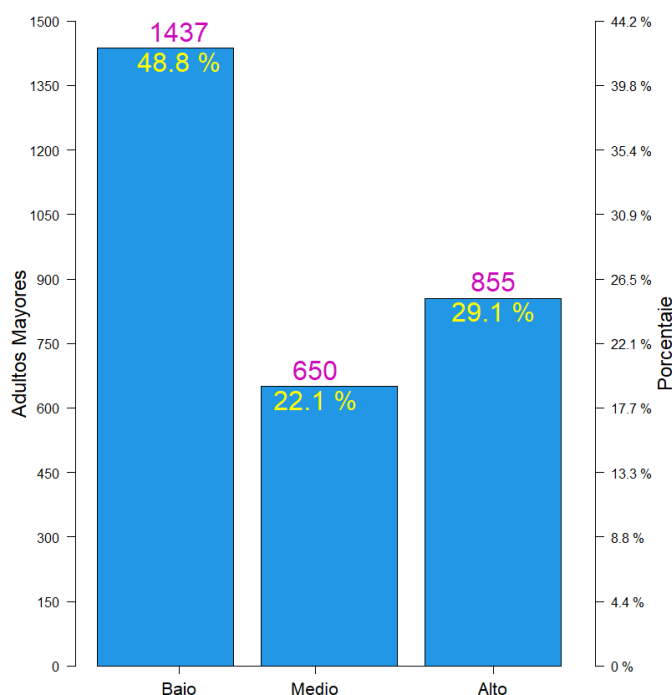


Fuente: Autoría propia (2022).

6.4.3.3. Componente: Apoyo de Amigos

En términos generales el apoyo de amigos se observa que es bajo (48.8%). Únicamente el 29.1% de AM revela que tendrían un nivel de apoyo alto proveniente de amigos (**Figura 45**).

Figura 45 - Características sociodemográficas y niveles de Apoyo Familiar



Fuente: Autoría propia (2022).

Revisando las valoraciones en escala de cero a 10 puntos se observa que en general el grupo de AM califican el apoyo de amigos con un valor de 5.1, es decir, un puntaje intermedio; se nota además que de manera general cualquier desagregación por sexo, instrucción o estado civil muestra puntajes bajos de apoyo de amigos; salvo posiblemente los AM con educación superior (**Tabla 14**).

Tabla 14 - Estadísticos descriptivos del Apoyo de Amigos

Variable	Categoría	AM	Mín*	Máx*	Mod*	Med*	Pro	D.E.	C.V.	Li	Ls
Sexo	Hombre	569	0.0	10	1.4	5.2	4.1	3.6	89.4	3.8	4.4
	Mujer	2373	0.0	10	9.8	6.5	5.3	3.6	67.9	5.2	5.5
	Menos que primaria	685	0.0	10	2.9	6.0	5.1	3.5	68.2	4.9	5.4
Instrucción	Menos que secundaria	1383	0.0	10	1.3	5.8	4.6	3.6	78.0	4.4	4.8
	Secundaria completa	537	0.0	10	0.8	7.2	5.0	3.9	78.2	4.7	5.4
	Superior	337	1.7	10	9.8	8.3	7.0	3.1	43.9	6.7	7.3
Estado civil	Soltero	248	0.0	10	1.3	6.4	4.6	3.7	79.7	4.2	5.1
	Casado	1686	0.0	10	1.5	5.5	4.5	3.6	78.8	4.4	4.7
	Divorciado	362	0.0	10	9.7	7.8	6.6	3.4	52.0	6.2	6.9
Edad	Viudo	646	0.0	10	9.5	7.2	5.8	3.6	61.9	5.5	6.1
	60-69	1192	0.0	10	9.7	6.9	5.6	3.7	65.6	5.4	5.8
	70-77	1138	0.0	10	1.5	6.0	4.8	3.5	73.6	4.6	5.0
	78 o +	612	0.0	10	0.8	6.1	4.5	3.7	81.0	4.2	4.8
Total		2942	0.0	10	9.8	6.2	5.1	3.7	71.9	4.9	5.2

Legenda*: Mínimo; Máximo; Moda; Mediana; Promedio.

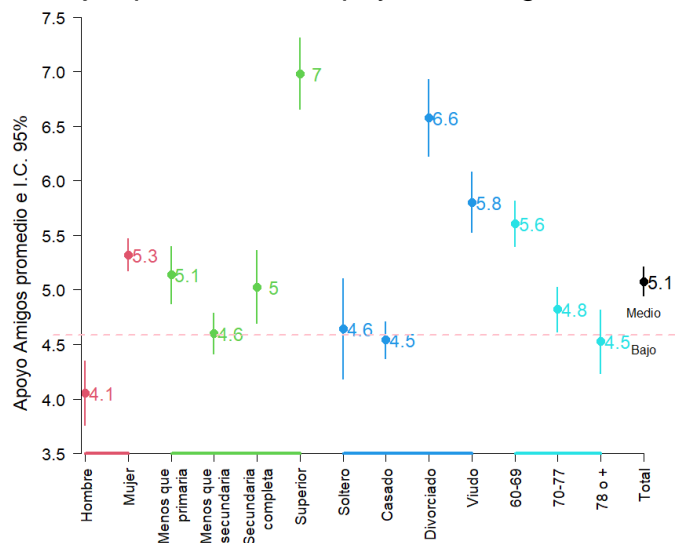
Fuente: Autoría propia (2022).

Estos resultados se confirman también al evaluar los puntajes promedio según las desagregaciones por grupos de interés (**Figura 46**). En general las puntuaciones promedio se ubican en puntuaciones medias; así por ejemplo las mujeres califican un puntaje medio 5.3 puntos y los hombres califican un puntaje bajo 4.1 puntos; notándose además diferencia significativa entre el puntaje de mujeres y hombres.

En cuanto al nivel de instrucción se nota cierta tendencia a valorar de mejor manera el apoyo de amigos según sea mayor el nivel de instrucción. En cuanto la edad por el contrario se percibe una valoración promedio menor a medida que la edad aumenta.

Revisando los resultados de evaluación de apoyo por amigos según el estado civil tanto casados como solteros tienden a mostrar valoraciones bajas mientras que los divorciados y viudos muestran valoraciones intermedias.

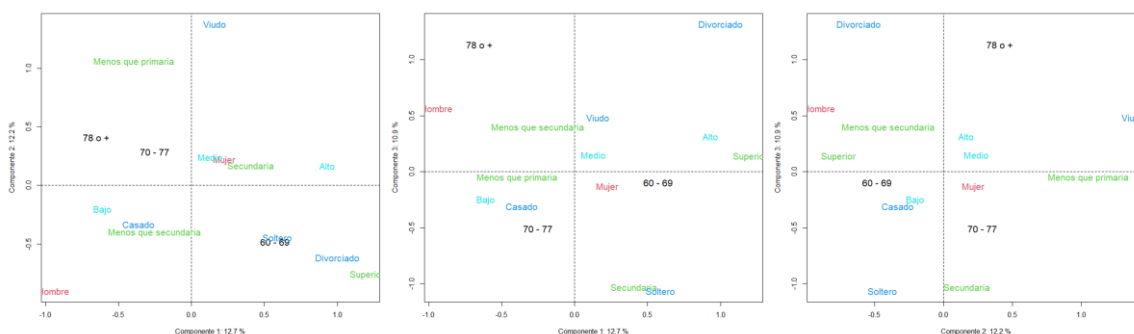
Figura 46 - Puntajes promedio de Apoyo de Amigos e I.C. al 95%



Fuente: Autoría propia (2022).

Una visión general de las interacciones entre las variables demográficas y el nivel de apoyo percibido por amigos, permite mostrar que los niveles altos de apoyo se da en mujeres de hasta 77 años y con algún nivel de instrucción no más allá de secundaria completa. Por otro lado un nivel medio de apoyo está destinado para AM con poca o ningún nivel de educación (**Figura 47**).

Figura 47 - Características socio demográficas y niveles de Apoyo de Amigos

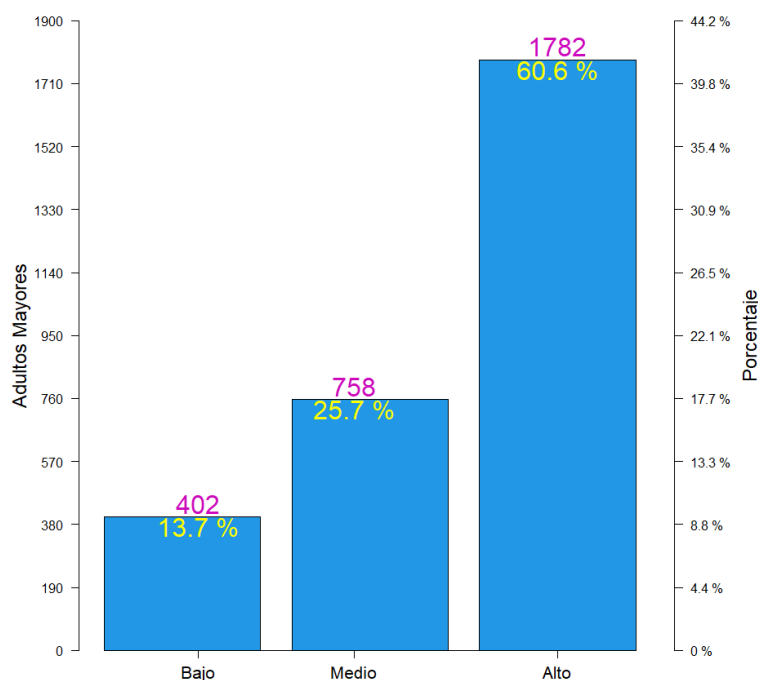


Fuente: Autoría propia (2022).

6.4.3.4. Componente: Apoyo de otros significativos

Un alto nivel de apoyo por otros es percibido por el 60.6% de AM que sumados al 25.7% que perciben un nivel de apoyo medio da lugar a pensar que en general los AM perciben buenos niveles de apoyo de otras fuentes que valoran como significativas (Figura 48).

Figura 48 - Distribución de AM según niveles de Apoyo de Otros significativos



Fuente: Autoría propia (2022).

Puntajes promedio sobre los 7/10 puntos en cualquiera de las desagregaciones y puntaje promedio de 7.9/10 puntos dan lugar a entender que en efecto los AM perciben un buen nivel de apoyo proveniente de otras fuentes significativas (Tabla 15).

Tabla 15 - Estadísticos descriptivos de Apoyo de Otros significativos

Variable	Categoría	AM	Mín*	Máx*	Mod*	Med*	Pro*	D.E.	C.V.	Li	Ls
Sexo	Hombre	569	0.8	10	9.7	7.5	7.1	2.6	36.0	6.9	7.3
	Mujer	2373	0.0	10	9.9	9.1	8.1	2.6	31.5	8.0	8.2
Instrucción	Menos que primaria	685	0.8	10	9.8	8.8	7.8	2.8	35.7	7.5	8.0
	Menos que secundaria	1383	0.0	10	9.8	8.3	7.6	2.6	34.6	7.5	7.7
	Secundaria completa	537	2.5	10	9.8	9.3	8.3	2.4	29.4	8.1	8.5
	Superior	337	2.5	10	10.0	9.7	9.0	1.8	19.9	8.8	9.2
Estado civil	Soltero	248	2.5	10	9.7	8.5	7.4	2.7	36.3	7.1	7.7
	Casado	1686	0.8	10	9.9	9.1	8.2	2.3	28.5	8.1	8.3
	Divorciado	362	0.8	10	9.8	9.3	8.3	2.5	30.4	8.0	8.6
	Viudo	646	0.0	10	9.7	8.0	7.2	3.0	41.7	6.9	7.4
Edad	60-69	1192	0.8	10	9.9	9.0	8.1	2.5	31.0	7.9	8.2
	70-77	1138	0.8	10	9.9	9.0	8.0	2.5	30.9	7.9	8.2
	78 o +	612	0.0	10	9.7	8.2	7.3	2.8	38.7	7.1	7.6
Total		2942	0.0	10	9.9	8.9	7.9	2.6	32.7	7.8	8.0

Legenda*: Mínimo; Máximo; Moda; Mediana; Promedio.

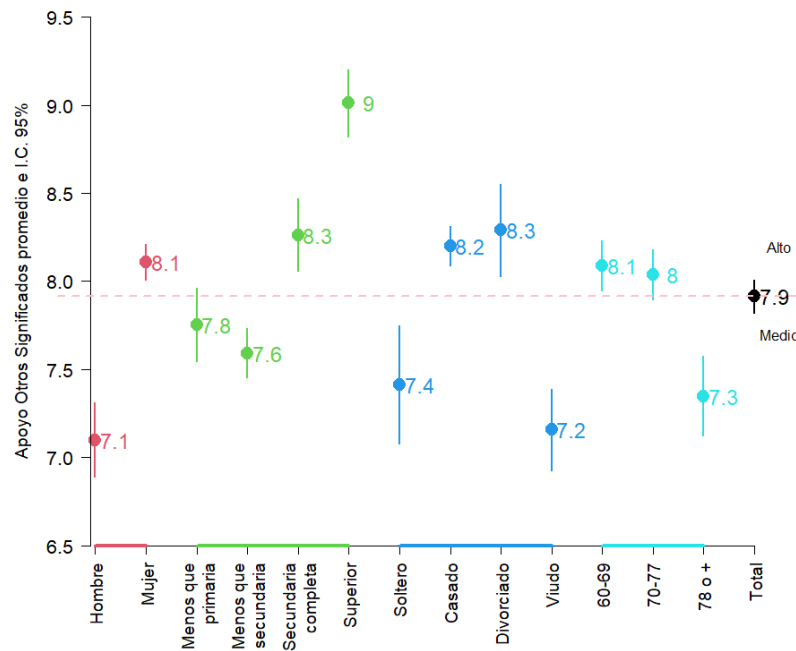
Fuente: Autoría propia (2022).

De esta manera a nivel promedio los puntajes de apoyo proveniente de otras fuentes significativas se establecen en niveles medio y alto (**Figura 49**). De hecho, las mujeres tienden a tener un nivel de apoyo alto, muy superior al de los hombres los cuales en promedio valoran otras fuentes de apoyo como nivel medio.

Se percibe cierta tendencia a declarar mejor nivel de apoyo de otras fuentes a mayor nivel educativo; mientras que personas de 78 o más años si bien valoran el nivel de apoyo de otras fuentes esta valoración es inferior a las personas de 77 años o menos.

En cuanto al estado civil casado y divorciado tienden a valorar de mejor manera el apoyo de otras fuentes que aquellos solteros o viudos, que en todo caso valoran sobre los 7 puntos es decir a nivel medio.

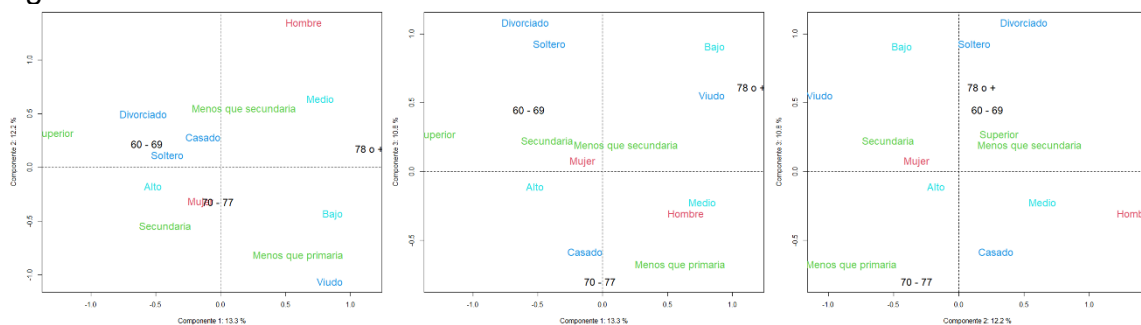
Figura 49 - Puntajes promedio de Apoyo de Otros significativos e I.C. al 95%



Fuente: Autoría propia (2022).

AM que valoran con un nivel alto el apoyo percibido de otras fuentes se caracterizan por ser mujeres de entre 70 y 77 años, con nivel máximo secundario, solteras o casadas. Mientras que aquellos que manifiestan un nivel medio de otros apoyos son los hombres de mayor edad, con preferencia casados. Los de nivel bajo de apoyo son AM con menos de primaria, viudos (**Figura 50**).

Figura 50 - Características sociodemográficas y niveles de Apoyo de Otros significativos



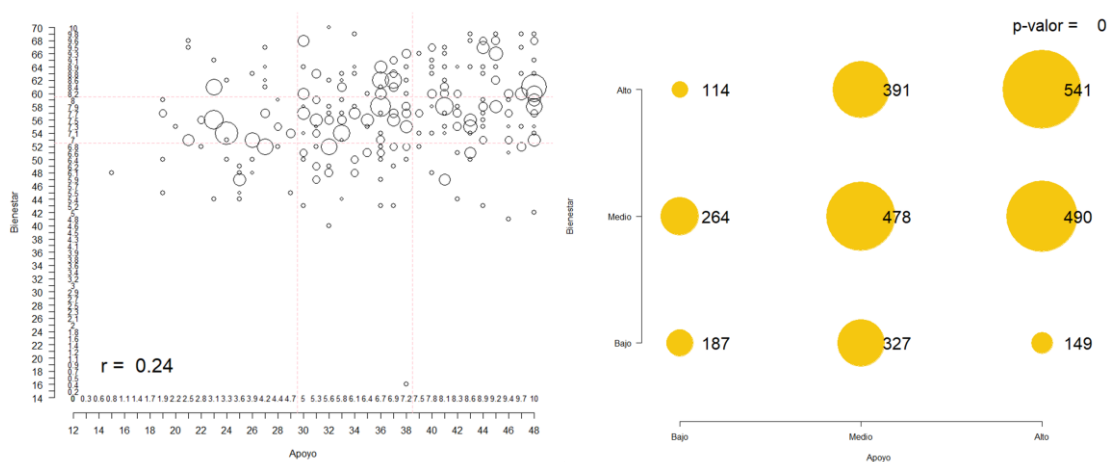
Fuente: Autoría propia (2022).

6.4.4. Fase IV: Relación entre BS y ASP, modulado por factores socio demográficas.

En el diagrama del lado izquierdo (**Figura 51**), denominado diagrama de dispersión, se muestra la distribución de los AM según los diferentes puntajes de bienestar y apoyo; en este, el tamaño de la circunferencia mostrada es proporcional al número de AM que coinciden con los correspondientes puntajes; se muestra también en la parte inferior el valor de la correlación entre los puntajes de bienestar y apoyo. Hay que destacar que no se observa una marcada tendencia respecto a los puntajes incluidos, lo cual se refleja en una baja correlación (0.24); y, bajo este contexto se podría afirmar que el bienestar y el apoyo son independientes.

Por otro lado, el diagrama de burbujas (**Figura 51**), lado derecho, muestra la cantidad de AM que se ubican según el nivel bajo, medio o alto en bienestar y apoyo, debe notarse como predominan casos de niveles altos; en este sentido el valor p de la prueba de independencia (chi cuadrado) indica que los niveles de bienestar y apoyo no son independientes.

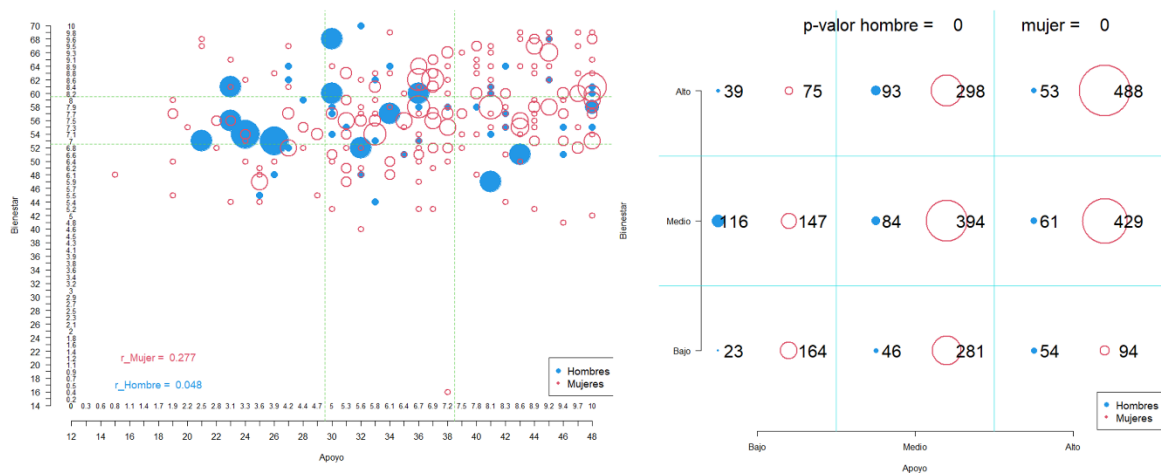
Figura 51 - Diagrama de dispersión y distribución por niveles de Bienestar y Apoyo



Fuente: Autoría propia (2022).

Un ejemplo de la correlación y la prueba de independencia realizadas a nivel total en la que desagregando en el diagrama de dispersión para hombres y mujeres se percibe que no existe correlación entre bienestar y apoyo para hombres ($r = 0.048$) ni para mujeres ($r = 0.277$). Así mismo la prueba de independencia chi cuadrado en los dos casos arroja un valor p de cero, lo cual reafirma que los niveles de bienestar y apoyo para los hombres y para las mujeres no son independientes (**Figura 52**).

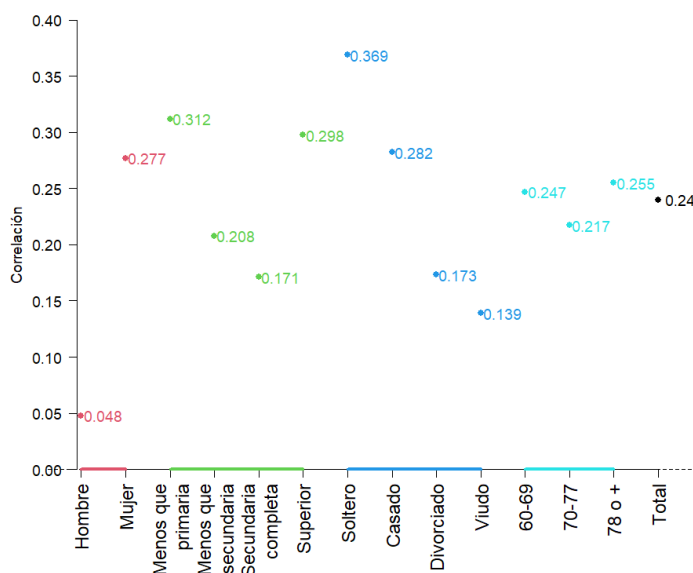
Figura 52 - Diagrama de dispersión y distribución por niveles de Bienestar y Apoyo según sexo



Fuente: Autoría propia (2022).

Resultados similares se logra al desagregar por las variables de interés; es decir, puntajes no correlacionados, pero con ciertos niveles de asociación entre Bienestar y Apoyo con variables socio demográficas (**Figura 53**).

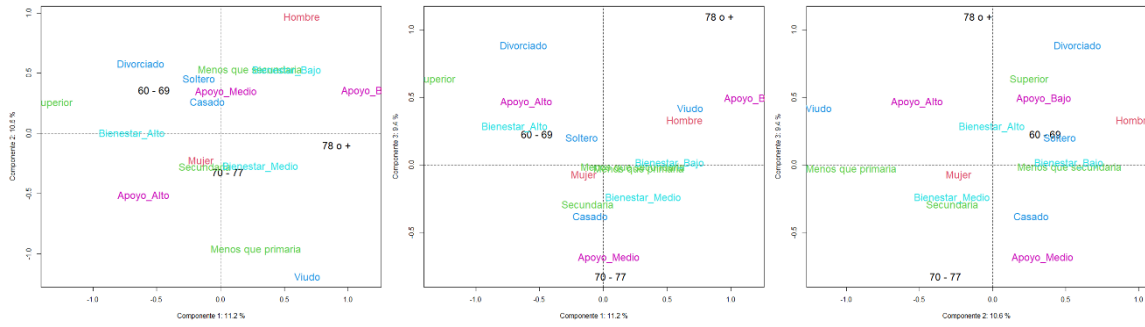
Figura 53 - Valores de correlación entre Bienestar y Apoyo según características socio demográficos.



Fuente: Autoría propia (2022).

Se verifica la hipótesis en la medida que el BS bajo está asociado al ASP bajo, en particular en los hombres con menos que primaria; por otro lado, el bienestar alto y, en cierto sentido el bienestar medio, se asocian al ASP alto, en particular en mujeres de 70-77 años y con secundaria (**Figura 54**).

Figura 54 - Características sociodemográficas y niveles de Bienestar y Apoyo



Fuente: Autoría propia (2022).

Si bien la correlación entre BS y ASP numéricamente son bajas y no significativas (no nulos) esta correlación se presenta como una asociación entre niveles de Bienestar y Apoyo, es decir, a mayor bienestar mayor apoyo y viceversa.

7.DISCUSIÓN

6. DISCUSIÓN

La alta desproporción de la presencia de las mujeres que asisten al Programa social 60 y Piquito en relación a los hombres (4 a 1 mujeres por hombre); podría explicarse por lo siguiente: 1) La esperanza de vida de las mujeres es mayor que la de los hombres, en Quito hay más mujeres AM 49.660 (6.4%) que hombres 40.967 (5.5%) (MORALES, 2008). 2) Los cambios demográficos favorecen la feminización de la vejez, en tanto que la preponderancia relativa de las mujeres de edad madura y avanzada se ha convertido en un factor de feminización del conjunto social (DÍAZ, 2003) y; 3) El rol de género y posición social, vinculado a la construcción social de la masculinidad (GUZMAN, 2011). Los hombres no suelen asistir a los programas sociales, debido a que, consideran gran parte de las actividades son eminentemente femeninas argumentando que éstas son poco varoniles y que sus intereses van por actividades más acorde con su género (HOTEL, 1997).

La mayoría de AM que asisten al programa 60 y Piquito (70%), no alcanzó a terminar la secundaria, es decir en el mejor de los casos estudiaron 11 años y en el peor de los casos no estudiaron, estos datos coinciden con los expuestos por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), en el que señala que más de un 70% de las personas AM en Ecuador llegaron a completar solo la educación primaria (VALDIVIA, 2020). A su vez, el MIES, muestra que como máximo la mayoría de esta población reúne once años de educación, lo que conlleva a que esta población se vuelva vulnerable sumado a otros factores (MIES, 2017).

Esta población que asisten al programa social 60 y Piquito, mayoritariamente son mujeres que en algunos casos no aprendieron a leer y escribir y en otros casos alcanzaron pocos años de estudio. Si alguna vez trabajó, realizó tareas socialmente consideradas femeninas como el trabajo doméstico, lo que indica que para esta generación un papel desigual y subordinado de las mujeres en la sociedad (OCA, 2017).

Es importante destacar que esta diferencia de género aparece muy significativa si se considera que las mujeres de la muestra son usuarias de un programa social y potencialmente poseerían recursos adicionales en relación a aquellas que no, lo que les llevaría a sentirse más participes de la vida social (CHEN; CHAN, 2006; RIOSECO et al., 2008; VIVALDI; BARRA, 2012).

Las mujeres informaron mayor BS que los hombres, lo que coincide con otros

estudios que muestran diferencias específicamente en las dimensiones afectivas (QUEVEDO; VILLALOBOS; ABELLA, 2014), lo que podría explicarse porque las medidas afectivas de BS son más sensibles a las diferencias de género que las cognitivas, especialmente las que se refieren a afectos negativos (MARTÍN, 2002).

Los puntajes de la evaluación en la dimensión afectiva de las mujeres podrían ser mayores porque presentan: i) valoración positiva de sus circunstancias y eventos vitales (ZUBIETA; MURATORI; FERNANDEZ, 2012), ii) mayor calidad percibida de los roles (GÓMEZ et al., 2007; GRANJA, 2008) y iii) y riqueza emocional (ALCALÁ et al., 2009; FISCHER, 1993).

Los hombres, ante la pérdida del rol social por la jubilación, demuestran mayor susceptibilidad a la vulnerabilidad y fragilidad, mientras que las mujeres mantienen en mayor medida su rol social, al cuidar de su grupo familiar (DORINA, 2004), (WOYCIEKOSKI; STENERT; HUTZ, 2012; SIEDLECKI, 2015; ROCHA; OLIVEIRA; MOTA, 2017). De esta manera, las normas y expectativas sociales asignadas a hombres y mujeres, actúan más a modo de atribuciones de género construidas a lo largo de la historia que a comportamientos inherentes según el sexo (COLOM, 1999), por lo que éste debe ser incluido en estudios de bienestar y vejez con un enfoque de complejidad, así la edad social estaría en función de ciertas circunstancias vitales (NAVARRO, 2018).

Otros estudios muestran que mientras los hombres tienden a enfrentar directamente o a negar la situación, las mujeres tienden hacia la rumiación y tratan de buscar apoyo social (MARTÍNEZ; SÁNCHEZ, 2014), así, para las mujeres mayores, tener un amigo íntimo podría disminuir considerablemente la sintomatología de la depresión (MARTÍN, 2002).

En cuanto a los componentes cognitivos, tanto hombres como mujeres parecen estar medianamente satisfechos con sus vidas desde una perspectiva del presente, éstos resultados estarían en la línea de varios países de Latino América y El Caribe en los que se informa una elevada satisfacción con la vida (PUERTO RICO, 2018; ZUBIETA; MURATORI; FERNÁNDEZ, 2012) y que el paso de los años en este grupo etario, refuerza la satisfacción con la vida (SAN ROMÁN et al., 2017; PALMA; GALAZ, 2018). Sin embargo, se resaltan las diferencias en función del nivel educativo y estado civil, correlación que es más fuerte en los países y clases más pobres (ASON, 2002); algunos estudios señalan que las mujeres, aún con importantes desigualdades de

inserción y consideración respecto de los hombres, perciban que han logrado más que sus pares hombres y se muestren optimistas respecto de sus posibilidades de crecimiento personal (ZUBIETA; MURATORI; FERNÁNDEZ, 2012).

Algunos estudios demuestran que las personas casadas informan de un mayor grado de satisfacción con la vida que las personas solteras, viudas o divorciadas (GARCÍA, 2002), la vida del AM en pareja aumenta el número de contactos positivos, que la persona tiene con su red social y por lo tanto, la vida en pareja en la tercera edad favorece el papel protector que representa en la salud y bienestar (BRUZAIN; INERÁRITY; ENRIQUE, 2018). El fallecimiento del cónyuge, supone una situación de amenaza para la seguridad y el bienestar propio (GARCÍA, 2002), y se ha visto que si bien tanto unos como otros buscan tener relaciones de amistad y cariño, entre las mujeres viudas no hay el deseo de querer casarse, mientras que entre los viudos se presenta con mayor frecuencia la opción de volverse a casar (COLOM, 1999), de ahí que la viudedad se asocia con una mayor sintomatología depresiva en los varones, frente a esto, las mujeres se suelen adaptar mejor a la nueva situación (GARCÍA, 2002).

Se muestra que en los divorciados y casados hay un mayor BS y ASP, lo que se suma a los resultados de varios estudios que evidencian que: i) el tipo de apoyo instrumental y emocional obtenido en el matrimonio causa BS (ASUN, 2002), ii) de los seis dominios o áreas examinadas (matrimonio, trabajo, nivel de vida, ocio, amigos y salud), sólo la satisfacción marital tenía una influencia significativa sobre la satisfacción global, iii) tanto el matrimonio como los ingresos tienen una relación positiva con el BS y que a pesar de la disminución de ambas variables a edades avanzadas, la satisfacción vital se suele mantener (GARCÍA, 2002), lo que demuestra que la principal contribución del BS y ASP es su influencia en las emociones, cogniciones y comportamientos para promover el afecto positivo (WOYCIEKOSKI; STENERT; HUTZ, 2012).

La realización personal presenta diferencias significativas en función del género, nivel educativo, estado civil y grupo de edad. Los hombres reportaron puntuaciones más altas en la "realización personal", parece que a diferencia de las mujeres, estos, se perciben más realizados, autosuficientes e independientes en términos socio económicos, lo que estaría relacionado al cumplimiento de su rol "instrumental" que implica hacer cosas para su familia (GRANJA, 2008).

Las mujeres presentan mayor percepción de apoyo social que los hombres, lo

que estaría asociado a la búsqueda de ayuda y a la expresión de emociones que conllevan a desarrollar actitudes positivas como el optimismo (QUEVEDO; VILLALOBOS; ABELLA, 2014), porque incrementa los afectos positivos y disminuye los negativos incluso frente a situaciones vitales estresantes, así, el optimismo unido a un alto apoyo social permite incrementar distintos indicadores de bienestar (QUEVEDO; ABELLA, 2010), que afecta mayormente a las medidas globales que a los dominios vitales específicos (GONZÁLEZ; VILLALOBOS; MARRERO, 2017).

La percepción de apoyo social especialmente de la familia y de otros significativos estaría influida por los roles de género (GÓMEZ et al., 2007), la apreciación subjetiva de sus recursos propios de afrontamiento (CHENG; CHAN, 2006; MELLA et al., 2004), que contribuyen a mejorar su calidad de vida (DURÁN et al., 2008) y que posibilita la adaptación al entorno y bienestar en un contexto comunitario (RODRIGUEZ; PASTOR; LOPEZ, 1993). La alta percepción de apoyo es evaluada desde la satisfacción de los vínculos que al mismo tiempo están contruidos en relación a los otros (PALMA; GALAZ, 2018), de ahí, que una de sus mayores insatisfacciones sea sentir soledad o sentirse excluido de sus nexos familiares (MIES, 2013), lo que sugiere que las principales políticas sociales deben considerar la prevención de la soledad y el aislamiento como una estrategia para promocionar la salud mental ya que tiene un efecto directo en el envejecimiento saludable y el bienestar de los AM (CHILE, 2022).

Las personas mayores incluyen variados tipos de vínculos en sus redes de apoyo social, la pareja, los hijos y los amigos (ARIAS, 2013), sin embargo, el grupo estudiado, percibe un bajo apoyo de amigos, estos resultados son similares a los encontrados por Mantuliz y cols (2012), en el que sugiere el hecho de que la amistad cambia con el transcurso de la vida y hay diferencias de género (MANTULIZ; CASTILLO, 2002), mientras las amistades de los hombres se basan en actividades compartidas que disminuyen debido a la jubilación, las de las mujeres son más íntimas e intensas (SARA ARBER, 1996). Los otros significativos pueden en este caso tener una función relacional de compañerismo, placer y apoyo en situaciones problemáticas, lo que aumenta en este grupo de AM, la percepción de apoyo social reduciendo así, la soledad y la depresión (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2004).

Es posible que la función de "compañía" y de "integración social" que en mayor

medida brindan los amigos, están siendo cumplidas por "otros significativos" en este grupo de AM, se debe considerar que la muestra se encuentra constituida por personas que comparten la misma red social, siendo relevantes para ellos los talleres a los que asisten en el programa social 60 y Piquito, en los que realizan actividad físicas y otras, constituyéndose una fuente de apoyo social (URZÚA et al., 2011), (ARANDA B.; PANDO M., 2014), que les hace sentirse partícipes de la sociedad y mantenerse activas (POWER, M., QUINN, K., SCHMIDT, S., 2005), (RIOSECO H. et al., 2008), fortalecen la interacción social con sus compañeros (CLEMENTE, 2003); la percepción de autonomía y competencia (GARCÍA, 2002), la mayor satisfacción de la necesidad de estabilidad y confianza en el plano relacional (ZUBIETA; MURATORI; FERNÁNDEZ, 2012; GARCÍA MARTÍN, 2002).

La autoevaluación de mayor BS y la percepción de alto apoyo social en este grupo de AM podría estar asociado a varios factores protectores como: tener buenas condiciones de salud física y mental (CASTRO; CAMPERO; HERNÁNDEZ, 1997; CLEMENTE, 2003), mayor autoestima y auto concepto, mayor adaptabilidad al deterioro biológico, lo que se asocia a menos síntomas depresivos (CUTRONA, 1986), (VILLATORO S, 2012; CASTRO; CAMPERO; HERNÁNDEZ, 1997; NAKANO; MACHADO; ABREU, 2019; DURÁ; GARCÉS, 1991; MELLA et al., 2004), (SIEDLECKI, 2015; ARIAS, 2019; SVENSSON; MÅRTENSSON; MUHLI, 2012) y sentido de estabilidad, de predictibilidad y de control que lo hace sentirse mejor y percibir de manera más positiva su ambiente (BARRA, 2012).

El alto nivel de educación está asociado con niveles medios y altos de BS y ASP, así, a mayor educación, mayor percepción de bienestar, esto puede explicarse mejor si se considera que está asociada: i) a menor afectividad negativa o BS (ASUN, 2002), ii) a mayor educación, más actividad laboral, más ingresos (ASUN, 2002) iii) a estar menos expuestos a factores de riesgo y a adoptar hábitos y conductas más saludables (CARVALHO; ALENCAR JÚNIOR; MORAES, 2020), lo que reafirma que la asociación de la educación con el BS no parece que sea relevante cuando se controlan los ingresos o el estatus laboral (GARCÍA, 2002; ASUN, 2002).

El grupo de AM que tiene menos que primaria o que no tiene ninguna instrucción formal tienen promedios más bajos de BS y ASP en comparación con aquellos AM con nivel de instrucción superior, resultados que son similares a un estudio realizado en población indígena del Ecuador, que mostró que tenían menor nivel de BS que el

resto de población; y que dos de los determinantes de tal diferencia son el menor número de años de escolaridad y el menor ingreso promedio (ANCA - IOANA, 2009). Así, se demuestra que existe una asociación entre el BS y ASP modulado por factores indirectos como el género y el nivel educativo (AUNÉ; ABAL; ATTORRESI, 2017), lo que indica que los bajos niveles de educación en las mujeres, es un factor de riesgo.

Se puede comprobar que mayoritariamente acuden al programa 60 y Piquito, personas AM de entre 60 a 77 años y en una menor proporción de 77 o más años, resultados que muestra similitudes con los datos ofrecidos en la encuesta SABE Ecuador que indican que el 70% de los AM se ubican en esta faja etérea (MIES, 2010).

Se evidencia que entre los grupos de edad, se observa que a mayor edad, menor ASP y resultados similares a otros estudios en los que se evidencia que a mayor edad, mayor BS (PALMA; GALAZ, 2018), esto puede deberse a que las diferencias individuales en el BS son altamente estables en el tiempo (GÓMEZ, 2016), puesto que la edad correlaciona positivamente con el componente cognitivo pero negativamente con el afecto tanto positivo como negativo (GARCÍA, 2002).

Los factores directos del BS en este estudio son la confianza en las relaciones familiares, la edad, y el hecho de convivir con una pareja y factores indirectos, que actúan como mediadores son el género y el nivel educativo (AUNÉ; ABAL; ATTORRESI, 2017). Estos determinantes sociales estructurales impactan no sólo en la esperanza de vida de las personas, sino también en la esperanza de vida saludable de las personas AM y, por tanto, en sus potenciales necesidades de cuidados. En este estudio se reafirma que un mayor conocimiento de las relaciones entre bienestar y salud puede dar lugar al desarrollo de programas de prevención, predicción de futuros problemas de salud y evaluación de impactos de las políticas sociales (LANDETE, 2012), (CASTRO; CAMPERO; HERNÁNDEZ, 1997; ENCYCLOPEDIA, 2019).

Limitaciones:

Este estudio al ser un diseño transversal correlacional no permite comprobar las hipótesis de causalidad. Es necesario implementar estudios comparativos con diseños longitudinales y analizar los datos a través de modelos causales.

El tamaño de la muestra no es representativa a la población del DMQ, por lo que convendría en el futuro proseguir investigando a la población AM que acude a los

programas sociales con muestras más amplias con población general y de otros sectores del DMQ y de otras ciudades relevantes de Ecuador.

8.CONCLUSIONES

9. CONCLUSIONES

La población AM que asiste al programa social 60 y Piquito, proviene de un estrato socio económico medio-bajo, que se caracteriza por estar integrada mayoritariamente por mujeres, con bajo nivel educativo, casadas o en una relación de convivencia que se encuentran entre 60 y a 69 años, la mayoría está exento de estados depresivos profundos y deterioro cognitivo.

Los AM, que mantienen indicadores clínicos de deterioro cognitivo y depresión más elevados son hombres y mujeres que se encuentran expuestos a múltiples factores de riesgo como enfermedades crónicas, discapacidades físicas, con bajos niveles de escolaridad, viudos o que viven solos y que se encuentran en el grupo comprendido entre 78 años o más. Las condiciones de salud en las que se encuentra la PAM del Sur de Quito son alarmantes ya que 4 de cada 10 AM tienen condiciones clínicas de depresión y/o deterioro cognitivo. Por lo tanto, es pertinente continuar analizando los factores que influyen en la condición de salud de esta faja etaria y su relación con los factores sociales y de vulnerabilidad desde las distintas dimensiones que involucran al ser humano.

Se conoce que los factores de riesgo para presentar problemas de salud mental en edades avanzadas son las enfermedades crónicas, las discapacidades físicas y que tanto en hombres como mujeres, con bajos niveles de escolaridad, que no tienen una relación de pareja de 78 años o más, tienen un riesgo mayor de sufrir problemas mentales como la depresión y el deterioro cognitivo.

La EFL y del MMSPS muestran niveles aceptables de confiabilidad y validez, la exclusión de ciertos ítems de los cuestionarios disminuyen el valor de este coeficiente, por lo que se sugiere mantener todos los ítems. En ese contexto se percibe que las preguntas de los cuestionarios aportan a la medición de los indicadores buscados y por lo tanto, el uso de estas pruebas psicométricas pueden ayudar a distinguir a usuarios felices con aquellos que podrían autoevaluarse con bajo bienestar o apoyo como un indicador de deterioro cognitivo o depresión.

Los AM que auto evalúan mejor su BS y que perciben mayor apoyo social, son las mujeres, con mayor nivel educativo, que han experimentado la convivencia con una pareja (divorciadas y casadas) y que se encuentran entre 60 a 69 años. En general, las mujeres parecen tener sentimientos positivos hacia sí mismas y hacia la

vida, se sienten más felices, son más optimistas, hay una valoración positiva frente al nivel de actividad en los roles de su vida cotidiana, además refieren alegría por las experiencias de su vida en forma positiva y sentirse generalmente bien.

Se confirma que el BS y ASP están asociados (confianza en las relaciones de otros significativos y familiares), y esta asociación está modulada por la edad, el hecho de convivir con una pareja, el género y el nivel educativo, estos determinantes sociales estructurales impactan en la esperanza de vida saludable de las personas mayores.

Se aprecia que a mayor edad, menor ASP, los AM no muestran diferencias en el BS por grupo de edad debido a que éste es altamente estable en el tiempo y se correlaciona positivamente con el componente cognitivo pero negativamente con el afecto tanto positivo como negativo.

El BS y ASP son factores coadyuvantes que influyen en las emociones, cogniciones y comportamientos que al mismo tiempo promueven el afecto positivo del AM. Ser hombre, con bajos niveles educativos, en esta edad, así como la pérdida de los roles sociales y la pérdida de la pareja son factores de riesgo, que conllevan a mayor vulnerabilidad que afecta en mayor o menor medida al BS.

La correlación entre el BS y el ASP no es estadísticamente significativa, sin embargo, se confirma que en efecto el bienestar y apoyo altos tienen cierta asociación y que están modulados por algunas características socio demográficas. El análisis del ASP como factor protector del BS, es prioritario desde un enfoque sistémico ante los problemas de salud mental, en una relación de asociación más no causal.

Para finalizar, destacamos que en este estudio se ha tratado el BS como una variable dependiente de otros factores como el género, nivel educativo, estado civil, grupo de edad y ASP. Basados en estudios previos acerca de los efectos a largo plazo del deterioro cognitivo y depresión que son los más prevalentes en esta edad, se sugiere que éstas podrían ser detectadas por un bajo nivel de BS y ASP; sin embargo, la relación podría ser la inversa o incluso bidireccional.

10.RECOMENDACIONES

11. RECOMENDACIONES

Instaurar en los programas sociales dirigidos a los AM, protocolos de evaluación integral de salud que incluyan la medición del BS, ASP, depresión y deterioro cognitivo, con la finalidad de mejorar el proceso de identificación de aquellos AM que requieren evaluaciones diagnósticas. La implementación de un sistema de información integrado que recoja los datos sociodemográficos, los registros de las evaluaciones de salud física, psicológica y social permitiría la identificación de los determinantes individuales, sociales y estructurales de la salud mental para planificar las intervenciones de promoción de la salud mental y prevención de las afecciones a fin de reducir los riesgos.

Es necesario explorar la red de apoyo social de los AM en general y en particular de los hombres, evaluar las características estructurales y funcionales, así como los atributos de los vínculos que conforma sus redes sociales y los tipos de apoyo que reciben de las diferentes fuentes podría ayudar a conocer de mejor manera la percepción de la calidad de las mismas y la función que estaría cumpliendo la red de apoyo de los programas sociales como es el “60 y Piquito”.

La iniciativa de la política social le corresponde a múltiples sectores, con enfoque sistémico de trabajo en red, por lo que éstas deberán considerar estrategias intersectoriales y multidisciplinarias para su planeación. Se recomienda utilizar los indicadores de BS y ASP para medir los impactos de la política social, en este caso implementada a través del programa social 60 y Piquito, ya que, éstos datos subjetivos podrían servir como medidas de resultados, como variables mediadoras o al mismo tiempo como factores que incrementan la intervención y los resultados finales de la misma.

Los programas sociales dirigidos a los AM, deben planificar y organizar las actividades de acuerdo a las diferentes necesidades tomando en cuenta los factores individuales y sociales de riesgo, así como la situación de vulnerabilidad. Se sugiere, considerar en las políticas sociales la prevención de la soledad y el aislamiento mediante estrategias de promoción de la salud mental ya que tiene un efecto directo en el envejecimiento saludable y el bienestar de los AM. La terapia comunitaria, y las agrupaciones de profesionales afines para el asesoramiento, han demostrado ser vías muy eficientes para reducir la soledad y el aislamiento social que podría considerarse para los AM, viudos, o los que presentan éstos indicadores.

Implementar actividades de prevención secundaria de la depresión en los programas sociales a través de la terapia interpersonal en formato grupal, y otras intervenciones en función de los factores protectores del BS ayudaría a reducir los indicadores de depresión que además está asociada al deterioro cognitivo y que son los padecimientos más prevalentes en este grupo etario.

De esta manera se puede activar las redes de prestación de servicios, protocolos de referencia y contra referencia para mejorar las condiciones de vida y disminuir los problemas de salud mental en de los AM, además de que estas medidas también pueden incrementar la inclusión y cohesión social.

Desarrollar con prioridad el programa 60 y Piquito en barrios deprimidos, con actividades de intervención preventiva para la inclusión social de hombres y mujeres, sin instrucción educativa, que viven solos y en el grupo de edad de 78 o más años. Sin que éstas intervenciones sean exclusivas del sector salud, pues la salud mental es multifactorial que puede ser atendida desde un enfoque psicosocial en los programas sociales.

Profundizar en el análisis del BS y el ASP con estudios comparativos y longitudinales desde un enfoque psicosocial entre los diferentes grupos etarios, en poblaciones nacionales y regionales para estudiar los posibles cambios asociados al ciclo vital, complementariamente, con estudios cualitativos que permita comprender la felicidad y en donde recae el énfasis de su evaluación en nuestro país, ya que está marcada por las creencias y el contexto social, las expectativas de roles en función del género y la autopercepción del AM en relación al envejecimiento.

Se sugiere realizar estudios de causalidad con las variables autopercepción de salud, discapacidad, depresión y deterioro cognitivo modulado por los factores socio demográficos para obtener perfiles de bienestar disminuido.

**REFERENCIAS
BIBLIOGRÁFICAS**

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALARCÓN, R. Development of factorial scale for the measurement of happiness. *Interamerican Journal of Psychology*, v. 40, n. 1, p. 99–106, 2006.
- ALBALA, C. et al. Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 17, n. 5–6, p. 307–322, 2005.
- ALBUQUERQUE, A. S.; TRÓCCOLI, B. T. Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjetivo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 20, n. 2, p. 153–164, 2004.
- ALCALÁ, V. et al. *Afectos Y Genero*. v. 18, n. 1994, p. 143–148, 2009.
- ANGEL, J.; NORIEGA, V.; DEVELOPMENT, A. C. Bienestar subjetivo en la población indígena de México. n. nov, 2015.
- ANZOLA, P. ; M. La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa. *Salud Pública de México*, v. 38, n. 6, p. 548–550, 1996.
- APARICIO, R. Transición demográfica y vulnerabilidad durante la vejez. La situación demográfica de México, p. 155–167, 2002.
- ARANCO, R. F. Envejecimiento y atención a la dependencia en Ecuador. Banco Internacional de Desarrollo, p. 81, 2019. BARRIOS, M. V. A; VILLARROEL, M. S. Bienestar Subjetivo en Adultos Mayores Venezolanos. *Interamerican Journal of Psychology*, v. 44, n. 1, p. 12–18, 2010.
- ARANDA, B., C.; PANDO, M., M. Conceptualización del apoyo social y las redes de apoyo social. *Revista de Investigación en Psicología*, v. 16, n. 1, p. 233, 2014.
- ARGYLE, M. “Psicología y Calidad de vida”. *Intervención psicosocial. Revista sobre igualdad y calidad de vida*. 2 (6), p. 5–15, 1993.
- ARIAS, C. J. El apoyo social en la vejez: la familia, los amigos y la comunidad. *Revista Kairós-Gerontología*, v. 16, n. 4, p. 313–329, 2013.
- ARIAS, C. J. La red de apoyo social en la vejez. Aportes para su evaluación. *Revista de Psicología da IMED*, v. 1, p. 147–158, 2019.
- AUNÉ, S. E.; ABAL, F. J. P.; ATTORRESI, H. F. Efectos del género y la educación en la felicidad en adultos argentinos. *Liberabit: Revista Peruana de Psicología*, v. 23, n. 2, p. 171–190, 2017.
- ASON, D. *et al.* Revisión Conceptual y Meta-análisis de investigaciones psicosociales realizadas en Chile. In: MORALES, J F *et al* (org.). **Psicología Social: afectividad, estrés y apoyo social**. Santiago: Prentice Hall, 2002. p. 443-453.
- BARRIOS, M. V. A; VILLARROEL, M.S. Validez y confiabilidad de la Escala de Felicidad de Lima en adultos mayores venezolanos. *Universitas Psychologica*, v. 11, n. 2, p. 381–393, 2011.

- BARBA, R. La edad y una educación pobre, factores de riesgo de demencia. Disponible em: <<https://www.elmundo.es/elmundosalud/2006/04/10/neurociencia/1144686711.html>>. Acceso em: 16 jun. 2022.
- ALMAGIA, E. B. Influencia de la autoestima y del apoyo social percibido sobre el bienestar psicológico de estudiantes universitarios chilenos*. *Diversitas*, v. 8, n. 1, p. 29, 2012.
- BARRAGÁN, M. Generalidades y beneficios. *Psychology of the positive emotions : generalities and benefits* Ahmad Ramsés Barragán Estrada. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, v. 19, n. 1, p. 103–118, 2014.
- BERICAT, E; ACOSTA, M. J. La paradoja latinoamericana de la felicidad.: consideraciones teórico-metodológicas. *Revista Mexicana de Sociología, Ciudad de México*, v. 3, n. 83, p. 709-743, 2021.
- BEZANILLA J; MIRANDA A. La familia como grupo social: una re-conceptualización. *Alternativas en Psicología [revista en Internet]* 2014 [acceso 1 de julio de 2019]; 29(17): 58-73. *Revista Semestral.*, v. 29, p. 326–345, 2014.
- BISQUERRA, R. *Psicopedagogía de las emociones*. Barcelona: Síntesis, p. 254. 2009.
- BOLAÑOS, D.; ELBA, R.; CRUZ, I. A new approach to the study of happiness positive psychologist. *Razón y Palabra*, v. 21, n. 96, p. 660–679, 2017.
- BOXER, J. Promoting mental health. *The Handbook of Community Mental Health Nursing*, p. 149–163, 2005.
- BRAÑAS, S. F et al. Factores psicosociales presentes en la tercera edad. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología [en línea]*. 2001, 39(2), 77-81 [fecha de Consulta 28 de Noviembre de 2022]. ISSN: 0253-1751. Disponible em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=223214834001>
- BRUZAIN, M. F; PÉREZ INERÁRITY, M.; PAZ, L. E. Caracterización de las redes de apoyo social del adulto mayor en la Casa de Abuelos del municipio de Camajuaní, Cuba. *Novedades en Población*, v. 27, n. 1, p. 1–9, 2018.
- CALDERON M, Diego. Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *Rev Med Hered, Lima* , v. 29, n. 3, p. 182-191, jul. 2018 .
- CAMARGO HERNÁNDEZ, K. D. C.; LAGUADO JAIMES, E. Grado de deterioro cognitivo de los adultos mayores institucionalizados en dos hogares para ancianos del área metropolitana de Bucaramanga - Santander, Colombia. *Universidad y Salud*, v. 19, n. 2, p. 163, 2017.
- CARDOZO, C. et al. Una propuesta para mejorar la experiencia de los adultos mayores con las redes sociales. *Revista Tecnología, Ciencia y Educación*, p. 113–142, 2020.
- CARVALHO, R. G.; ALENCAR JÚNIOR, F. DE O.; MORAES, J. R. DE. Association

between sociodemographic and health characteristics and the level of difficulty of locomotion of elderly. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, p. 551–558, 2020.

CASAS, F. El concepto de calidad de vida en la intervención social en el ámbito de la infancia. *Colegio Oficial de Psicólogos (Ed.)*, III Jornadas de Psicología de la Intervención Social Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales., p. 649–672, 1991.

CASTELLANO, C. La influencia del apoyo social en el estado emocional y las actitudes hacia la vejez y el envejecimiento en una muestra de ancianos. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, v. 14, n. 3, p. 365–377, 2001.

CASTELLÓ, A.; CANO, M. Inteligencia interpersonal: conceptos clave. *Revista Electrónica Interuniversitaria De Formación del Profesorado*, v. 14, n. 3, p. 23–35, 2011.

CASTRO, M. J. A, GARCÍA, S. A. M. Aproximación a los criterios diagnósticos para la definición de deterioro cognitivo leve. *Medisur*, Vol. 7, núm. 6, 2009.

CASTRO, R.; CAMPERO, L.; HERNÁNDEZ, B. La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos. *Revista de Saúde Pública*, v. 31, n. 4, p. 425–435, 1997.

CHENG, S. T., & CHAN, A. C. Relationship with others and life satisfaction in later life: do gender and widowhood make a difference? *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, 61(1), p. P46–P53, 2006.

CHILE, M. DE SALUD. G. DE. Estrategia de Salud Mental para Personas Mayores. Santiago, 2017.

CLEMENTE, M. A. Redes sociales de apoyo en relación al proceso de envejecimiento humano: Revisión bibliográfica. *Interdisciplinaria Revista de Psicología y Ciencias Afines*, v. 20, n. 1, p. 31–60, 2003.

COHEN CI, TERESI J, H. D. Redes sociales, estrés, adaptación y salud: un estudio longitudinal de una población de ancianos del centro de la ciudad. *Investigación sobre el Envejecimiento. PubMed*, v. 7(3), p. 409–431, 1985.

COLOM, J. Vejez, representación social y roles de género. *Educación i Cultura*, v. 12, p. 47–56, 1999.

COMIN, F. S. El estudio científico de la felicidad y la promoción de la salud : revisión integradora de la literatura1. v. 18, n. 3, 2010.

CARDONA, A. S et al. Risk of depression and associated factors in older adults. Antioquia, Colombia. 2012. *Revista de Salud Pública*, v. 17, n. 2, p. 184–194, 2015.

CONSULTING, C.; PL, C. Well-Being in Later Life. v. 76, n. 5, p. 930–948, 2015.

CÓRDOBA, P.; CÓRDOBA, P.; GARCÍA, A. Caracterización del Bienestar Subjetivo

mediante la aplicación de la Escala de Satisfacción Vital de Ed Diener en estudiantes de la Corporación Universitaria Antonio José de Sucre en Sincelejo durante el primer semestre de 2015. *Revista Encuentros*, v. 15, n. 2, p. 145–156, 2017.

COSIO, F. G. DE. COVID-19 y salud mental: mensajes clave*. *Ops Oms*, n. 1, p. 1–7, 2020.

CUTRONA, C. Manifestaciones conductuales de apoyo social: una investigación micro analítica. *Revista de personalidad y psicología social*, 51 (1), 201–208., 1986.

DENEGRI, C.; GARCÍA, J.; GONZÁLEZ, R. 423539425006. 2015.

DÍAZ, J. P. Feminización de la vejez y Estado del Bienestar en España. *Reis*, n. 104, p. 91, 2003.

DIENER, ED. *El Bienestar Subjetivo. Intervención Psicosocial*; Madrid, v. Tomo 3, N., p. 67, 1994.

DOMÍNGUEZ, R. I et al. Intervención familiar en la esquizofrenia: Su diseminación en un área de salud. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, n. 92, p. 9–23, 2004.

DORINA, S. Available in: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18009908>. *Interdisciplinaria*, núm. 99, pp. 109-125, 2004.

DURÁ, E.; GARCÉS, J. La teoría del apoyo social y sus implicaciones para el ajuste psicosocial de los enfermos oncológicos. *Revista de Psicología Social*, v. 6, n. 2, p. 257–271, jan. 1991.

DURÁN, D. M. et al. Social integration and functional skills in older adults. *Universitas Psychologica*, v. 7, n. 1, p. 263–270, 2008.

ECUADOR, P. D. L. R. DEL. Ley Orgánica De Las Personas Adultas Mayores. *Suplemento del Registro Oficial No. 484*, n. 484, p. 1–37, 2019.

ENCYCLOPEDIA. Fundamentos de la evaluación de políticas públicas. *Journal of Chemical Information and Modeling*, v. 53, n. 9, p. 1689–1699, 2019.

ESCOBAR, J. C. M. Revisión Teórica Respecto a Las Conductas Prosociales. *Análisis Para Una Reflexión Theoretical Review Regarding Prosocial Behaviors; Analysis for Reflection*. *Revista Psicogente*, v. 13, n. 24, p. 369–388, 2010.

ESPINOSA DEL POZO, P.; GARZON, Y.; VELEZ, R.; BATALLAS, E.; BASANTES, A.; BETANCOURT, J. Factores de riesgo y prevalencia de la demencia y enfermedad de Alzheimer en Pichincha – Ecuador (Estudio FARYPDEA). *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas (Quito)*, Quito, v. 37, n. 1-2, p. 50–55, 2017.

FERGUSON S. J. G. A. D. Optimism and well-being in older adults: the mediating role of social support and perceived control. *Int J Aging Hum Dev.*, v. 71(1), p. 43–68, 2010.

FISCHER, A. H. Sex Differences in Emotionality: Fact or Stereotype? *Feminism &*

Psychology, v. 3, n. 3, p. 303–318, 1993.

FRANCÉS, F. C; PALAREA, M. D. D. Apoyo social percibido: características psicométricas del cuestionario Caspe en una población urbana geriátrica. *Psicothema*, v. 16, n. 4, p. 570–575, 2004.

FRANCOISE. C; ESGUERRA, G. Psicología positiva: una nueva perspectiva en psicología. *Positive psychology: A new perspective in psychology. Diversitas perspectivas en psicología*, v. 2, n. 2, p. 311–319, 2006.

FREIRE, W. B. SABE - Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, v. 364, n. 1, p. 1724–1734, 2014.

FUENTE, A; HERRERO, J; GRACIA, E. Internet y apoyo social: sociabilidad online y ajuste psicosocial en la sociedad de la información [Internet and social support: Online sociability and psychosocial adjustment in the information society]. *Acción Psicológica*, v. 7, n. 1, 2010.

FUNCIÓN EJECUTIVA PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR. Código Orgánico Organización Territorial Autonomía Descentralización COOTAD. Registro Oficial Suplemento 303 de 19-oct-2010, v. 2, p. 174, 2010.

GARCIA, C. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la CEPAL Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez. 2002.

GARCÍA, M. Á. El bienestar subjetivo. *Escritos de Psicología - Psychological Writings*, n. 6, p. 18–39, 2002.

GIL, J.; MUÑOZ, J. La felicidad: Conceptos, teorías, formas de medición y discusiones. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, n. April, p. 2–19, 2017.

GÓMEZ, V. et al. Factores predictores de bienestar subjetivo en una muestra colombiana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, v. 39, n. 2, p. 311–325, 2007.

GÓMEZ, E. E Nota sobre el concepto de Bienestar o Felicidad y los Sucesos de vida: una aproximación a partir de hallazgos teóricos y empíricos. *Panorama*, v. 10, n. 19, p. 109–116, 2016.

GONZÁLES S et al. Prevención secundaria de la depresión en atención primaria. *Psicothema*, v. 18, p. 471–477, 2006.

GONZÁLEZ, J. Características sociodemográficas y personales como predictores de bienestar subjetivo y psicológico: diferencias transculturales entre México y España. p. 1–200, 2017.

GONZÁLEZ-VILLALOBOS, J. Á.; MARRERO, R. J. Sociodemographic and personal factors determining subjective and psychological well-being in the Mexican population. *Suma Psicológica*, v. 24, n. 1, p. 59–66, 2017.

GRACIA, E. Apoyo social e intervención social y comunitaria. *Psicología de la*

intervención comunitaria, n. February, p. 129–171, 2011.

GRACIA, ENRIQUE; HERRERO, J. La comunidad como fuente de apoyo social: evaluación e implicaciones en los ámbitos individual y comunitario. *Revista Latinoamericana de Psicología*, núm. 2., v. 38, p. 327–342, 2006.

GRANJA, D. G. *Terapia familiar sistémica*. Cuenca: Universidad Politécnica Salesiana: 2008. 333 p.

GUEVARA, F. E.; DÍAZ, A. F.; CARO, P. A. Depresión Y Deterioro Depression and Cognitive Deterioration in the Elderly. *Poliantea*, v. 15, n. 26, p. 1–7, 2020.

GUZMÁN, J. M.; HUENCHUAN, S.; OCA, V. M. Redes de apoyo social de personas mayores: marco teórico conceptual. Ponencia presentada en Simposio Viejos y Viejas. *Participación, ciudadanía e inclusión social*, v. 51, p. 14–18, 2003.

GUZMAN, M. A. S. Género y vejez: una mirada distinta a un problema común. *Ciencia*, n. enero-marzo, p. 48–53, 2011.

HARO, A. S. Epidemiological characterization of Covid-19 in Ecuador. *Inter American Journal of Medicine and Health*, v. 3, p. 1–7, 2020.

HAKKERT, R.; GUZMÁN, J. M. Envejecimiento demográfico y arreglos familiares de vida en América Latina. México, D. F.: Equipo de Apoyo Técnico del UNFPA para América Latina y el Caribe (Working Papers Series CST/LAC, n. 21). 2002.

HERNÁNDEZ, L. J. et al. The WHO model as a guideline for public health based on social determinants. *Revista de Salud Publica*, v. 19, n. 3, p. 393–395, 2017.

HERNÁNDEZ, L.O; MORENO, S. L; BORGES, G. Desigualdad socioeconómica y salud mental: revisión de la literatura latinoamericana. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 23, n. 6, p. 1255–1272, 2007.

HOLGUÍN, D. M. H. Conceptual perspectives in mental health and their implications in the context of achieving peace in Colombia. *Ciencia e Saude Coletiva*, v. 25, n. 3, p. 929–942, 2020.

HO, C. S.; CHEE, C. Y.; HO, R. C. Mental Health Strategies to Combat the Psychological Impact of COVID-19 Beyond Paranoia and Panic. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*, v. 49, n. 1, p. 1–3, 2020.

HOTEL, C. P. *La actividad económica de las mujeres en edad avanzada en México : entre la sobrevivencia y la reproducción cotidiana*. 1997.

HUENCHUAN, S. *Marco legal y de políticas en favor de las personas mayores en América Latina*. 2013

_____. *Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: perspectiva regional y de derechos humanos*. 2015

ILUSTRE MUNICIPIO DE QUITO (IMQ). *Plan de Desarrollo de Quito 2012– 2022*. p. 166, 2011.

ESPAÑA. INSTITUTO DE MAYORES Y SERVICIOS SOCIALES (IMSERSO). La participación social de las personas mayores. Ministerio de Educación, Política Social y Deporte, p. 133–140, 2008.

ESPAÑA. INSTITUTO DE MAYORES Y SERVICIOS SOCIALES (IMSERSO). Envejecimiento activo. Libro blanco. Imsero, p. 729, 2011.

INEC – Censo Equador. Inicio. Disponible en:
<<https://www.ecuadorencifras.gob.ec/estadisticas/>>.

PUERTO RICO. INSTITUTO DE ESTADÍSTICAS DE PUERTO RICO. Encuesta Mundial de Valores para Puerto Rico. n. June, p. 122, 2018.

JP., W. Amistad: lazos y lazos en una relación voluntaria. *Revista de Relaciones Sociales y Personales*, v. 3(2), p. 191–211, 1986.

JULIO, M. P. M. et al. Factors associated with depression in older adults over the age of 75 living in an urban area. *Enfermería Global*, v. 18, n. 3, p. 58–70, 2019.

KAHN, R. L.; ANTONUCCI, T. C. Convoys over the life course: Attachment, roles, and social support. *Life-span Development and Behavior*, n. 3, p. 253–286, 1980.

KANTER, P. E. F; NAVARRO, R. M; MEDRANO, L. A. Concepciones de la Felicidad y su relación con el Bienestar Subjetivo: un estudio mediante Redes Semánticas Naturales. *Liberabit: Revista Peruana de Psicología*, v. 24, n. 1, p. 115–130, 2018.

KEYES, C. L. M. Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v. 73, n. 3, p. 539–548, 2005.

KOHN, R. et al. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 18, n. 4–5, p. 229–240, 2005.

KUNZMANN, U.; LITTLE, T. D.; SMITH, J. Is age-related stability of subjective well-being a paradox? Cross-sectional and longitudinal evidence from the Berlin aging study. *Psychology and Aging*, v. 15, n. 3, p. 511–526, 2000.

LANDETE, J. O. G. A. Psicología positiva, bienestar y calidad de vida. *En-Claves Del Pensamiento*, v. 18, n. 16, p. 13–29, 2012.

LANG, G. et al. La salud mental y el bienestar de las personas mayores. *Hacerlo posible. Observatorio de Personas Mayores*, n. 46, p. 52, 2010.

LARA, R.; MARDONES, M. Perfil sociodemográfico de salud y funcionalidad en adultos mayores de la comuna de Chillán. *Theoría: Ciencia, Arte y Humanidades*, v. 18, n. 2, p. 81–89, 2009.

LI, S. et al. The impact of covid-19 epidemic declaration on psychological consequences: A study on active weibo users. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 17, n. 6, 2020.

MANCINI, J. A.; ORTHNER, D. K. Situational Influences on Leisure Satisfaction and Morales in Old Age†. *Journal of the American Geriatrics Society*, v. 28, n. 10, p. 466–471, 1980.

MAR, A.; GARC, A.; MAYA, S. Revision. *Archives of Environmental Health*, v. 8, n. 3, p. 458–458, 1964.

MOLINA, J. L. et al. Social support in crisis situations: a case study from the perspective of personal networks. p. 1578– 0236, 2008.

NACIONES UNIDAS. Sandra Manuelito. Principales tendencias desde 1980 al presente en una perspectiva de la contabilidad del crecimiento y las necesidades de inversión. In: MANUELITO, Sandra et al. *La inversión y el ahorro en América Latina: nuevos rasgos estilizados, requerimientos para el crecimiento y elementos de una estrategia para fortalecer su financiamiento*. 129. ed. Santiago de Chile: Naciones Unidas, 2013. Cap. 2. p. 43-50. (CEPAL - Macroeconomía del Desarrollo).

MALDONADO, J. M. et al. Influencia de la percepción de apoyo y del funcionamiento social en la calidad de vida de pacientes con esquizofrenia y sus cuidadores. *Psicothema*, v. 24, n. 2, p. 255–262, 2012.

MANTULIZ, M. A. C; CASTILLO, M. C. Validacion de una escala de apoyo social percibido en un grupo de adultos mayores adscritos a un programa de hipertension de la region metropolitana. **Cienc. enferm.**, Concepción , v. 8, n. 1, p. 49-55, jun. 2002 .

MANTULIZ, M. C. M; CATONI, M, I; BARRIOS, S; PALMA, E. Validación al español de la escala de auto percepción de carga de cuidado. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 140-145, 2012

MARTÍNEZ, M.; SÁNCHEZ, R. Correlatos Entre Bienestar Subjetivo Y Regulación Emocional Del Enojo : Diferencias Por Sexo. v. 19, n. 1, p. 179–198, 2014.

MARTÍNEZ U., P. Perspectiva temporal futura y satisfacción con la vida a lo largo del ciclo vital. Future time perspective and satisfaction with life across life span. *Revista de Psicología*, v. 22, n. 2, p. 216–252, 2004.

MARTORELLI, A. Salud Mental Y Diversidad Cultural. p. 1–11, 2004.

MELLA, R. et al. Factores Asociados al Bienestar Subjetivo en el Adulto Mayor. *Psykhe* (Santiago), 2004.

MÉXICO. Maestría en Gobierno y Asuntos Públicos Cultura y bienestar subjetivo : Heterogeneidad en la estructura explicativa del bienestar en indígenas y no indígenas María de la Paz Chávez Vargas. 2014.

MIES. Encuesta Nacional de Salud y Bienestar y Envejecimiento SABE/ECUADOR 2009-2010. [s.l: s.n.].

MIES. Política Pública Adulto Mayor. Ministerio de Inclusión Económica y Social, p. 1–32, 2013.

MIES. Informe mensual de gestión del servicio de atención y cuidado para personas adultas mayores y del estado situacional de su población objetivo Contenido. 2020.

MINOLETTI, A.; ROJAS, G.; HORVITZ-LENNON, M. Salud mental en atención primaria en Chile: aprendizajes para Latinoamérica. *Cadernos Saúde Coletiva*, v. 20, n. 4, p. 440–447, 2012.

MONTERO, M. Introducción a la Psicología Comunitaria. [s.l: s.n.].

MORALES, VH. La población Adulto Mayor en la ciudad de Quito, Estudio de la situación sociodemográfica y socioeconómica. 2008.

MROCZEK, D. K.; KOLARZ, C. M. The effect of age on positive and negative affect: a developmental perspective on happiness. *Journal of personality and social psychology*, v. 75, n. 5, p. 1333–1349, 1998.

MUÑOZ, C. Perspectiva Psicológica Del Bienestar Subjetivo. *Psicogente*, v. 10, n. 18, p. 163–173, 2007.

MUÑOZ, C. O et al. Construcción del concepto de salud mental positiva: revisión sistemática. (Spanish). Evolution of the concept of positive mental health: a systematic review. (English), v. 39, n. 3, p. 166–173, 2016.

MUÑOZ, K.; JUCA, J. F. G; PACHECO, G. A. B. Deterioro cognitivo y depresión en adultos mayores: una revisión sistemática de los últimos 5 años. *Revista Científica UISRAEL*, v. 9, n. 2, p. 77–93, 2022.

NAKANO, T. C.; MACHADO, W. L.; ABREU, I. C. C. DE. Relações entre estilos de pensar e criar, bem-estar, saúde percebida e estresse na terceira idade. *Psico-USF*, v. 24, n. 3, p. 555–568, 2019.

NAVARRO, S. H. Diferencias Sociales en la Vejez. Aproximaciones Conceptuales y Teóricas. *Revista Perspectivas: Notas sobre intervención y acción social*, n. 12, p. 13, 2018.

NAVASCUÉS, A.; MEDEL, D. C; MARTÍN, A. B. Efectos del bienestar subjetivo y psicológico en los resultados terapéuticos de un hospital de día. *Acción Psicológica*, v. 13, n. 2, p. 143–156, 2016.

NORMAN, R. M., MALLA, A. K., MANCHANDA, R., HARRICHARAN, R., TAKHAR, J., & NORTHCOTT, S. Social support and three-year symptom and admission outcomes for first episode psychosis. *Schizophrenia research*, 80(2-3), p. 227–234, 2005.

OCA; V. M. La actividad económica de las mujeres en edad avanzada en México: entre la sobrevivencia y la reproducción cotidiana. Guadalajara: Latin American Studies Association., 1997

OMAR, A. et al. Validación del inventario de bienestar subjetivo con muestras de jóvenes y adolescentes argentinos, brasileros y mexicanos TT - Validation of a subjective well-being inventory with youth and adolescents Argentinean, Mexican, and Brazilian samples. *Suma Psicológica*, v. 16, n. 2, p. 69–84, 2009.

ORBEGOZO, J. L. V; RODRIGUEZ, A. F, MOLINA J. M. Psychological intervention in elderly adults. *Psicología Desde El Caribe*, p. 246–258, 2010.

ORCASITA, L.; URIBE, A. La importancia del apoyo social en el bienestar de los adolescentes. *Psicología*, v. 4, n. 2, p. 69–82, 2010.

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (ONU). Objetivos de desarrollo sostenible. Disponible en: <<https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/2015/09/la-asamblea-general-adopta-la-agenda-2030-para-el-desarrollo-sostenible/>>. Acceso el: 11 ago. 2022.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD - OMS. Década del envejecimiento saludable 2020-2030. Primer informe de progreso, marzo del 2019. p. 1–7, 2020

_____. Envejecimiento activo: un marco político*. v. 37, p. 74–105, 2002.

_____. Promoción de la Salud Mental. *Promoción de la Salud Mental*, n. 1946, p. 60, 2004.

_____. Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud. 2015.

_____. Acción multisectorial para un envejecimiento saludable basado en el ciclo de vida: proyecto de estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud. 2016

_____. La salud mental y los adultos mayores. Disponible em: <<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>>.

_____. Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. Disponible em: <<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>>.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD & ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Demencia: una prioridad de salud pública. Organización Panamericana de la Salud. Disponible em: <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/98377>>.

OSORIO, P. La edad mayor como producción sociocultural. *Comunicación y Medios*, v. 0, n. 22, p. 30–35, 2012.

ORELLANA, L. A.; SALAZAR, B. L. ¿Salud mental? *Revista Mexicana de Neurociencia*, v. 13, n. 3, p. 168–169, 2012.

PARADA, M. S. O; RIVERA, M. J. B. Propiedades psicométricas de una escala para medir apoyo social percibido en pacientes chilenos con diabetes tipo 2. *Universitas Psychologica*, v. 10, n. 1, p. 189–196, 2010.

PALMA, W. I. T.; GALAZ, M. M. F. Factores predictores del bienestar subjetivo en adultos mayores. *Revista de Psicología (Perú)*, v. 36, n. 1, p. 9–48, 2018.

PASCUAL, A., RIPALDA, A., ORTEGA, I. Y EXTEBARRÍA, I. Diferencias de género

en frecuencia de emociones positivas y negativas, alexitimia y estrategias de afrontamiento. In P. Fernández Berrocal, N. Extremera, R. Palomera, D. Ruiz-Aranda, J. M. Salguero y R. Cabello (Eds.): *Memorias del I Congreso Internacional de Inteligencia Emocional: Avances en el estudio de la inteligencia emocional*. Santander: Fundación Marcelino Botín. p. 345-349, 2009.

PERUGINI, M. L. L.; SOLANO, A. C. Psicología Positiva: Análisis Desde Su Surgimiento. *Ciencias Psicológicas*, n. 1, p. 43–56, 2015.

PINKER, R. T.; THOMPSON, O. E. The microclimate of a tropical evergreen forest (Thailand). 1980.

POWER, M., QUINN, K., SCHMIDT, S., & W.-O. G. Development of the WHOQOL-old module. *Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, n° 14. v.10, p. 2197–2214, 2005.

QUEVEDO, R. J. M.; VILLALOBOS, J. Á.; ABELLA, M. C. Relación entre bienestar subjetivo, optimismo y variables sociodemográficas en estudiantes universitarios de la Universidad de San Luis Potosí en México. *Universitas Psychologica*, v. 13, n. 3, p. 1083–1098, 2014.

QUEVEDO, R. J. M.; ABELLA, M. C. El papel del optimismo y del apoyo social en el bienestar subjetivo. *Salud Mental*, v. 33, n. 1, p. 39–46, 2010

QUITO. Información sobre demografía “Quito Como Vamos 2020” - Demografía Crecimiento poblacional y expansión rural Densidad poblacional Población por sexo y edad. Municipio de Quito, n. 2017, p. 1–5, 2020

_____. PATRONATO MUNICIPAL SAN JOSÉ. No Title. Disponible em: <<https://www.patronato.quito.gob.ec/quienes-somos/>>. Acesso em: 13 jun. 2022.

REYES, C.; PAZ, R.; ARELLANO, R. Las estrategias de afrontamiento frente a la percepción de apoyo social: Estudio Descriptivo-Comparativo con adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados de la Región Metropolitana, considerando la variable género. *1 Strategies for Coping*. v. I, n. 1, p. 77–82, 2006.

RIOSECO H., R. et al. Cambio en las redes sociales de adultos mayores beneficiarios de programas de vivienda social en Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 23, n. 3, p. 147–153, 2008.

ROA, G, A. La educación emocional, el auto concepto, la autoestima y su importancia en la infancia. *Edetania: estudios y propuestas socio-educativas*, ISSN 0214-8560, No. 44, 2013, págs. 241-258, n. 44, p. 241–258, 1989.

ROCHA, F. D. L.; OLIVEIRA, E. R; MOTA, M. P. E. Relação entre apoio social e bem-estar subjetivo em idosos: revisão sistemática. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, v. 30, n. 4, p. 1–13, 2017.

RODRIGUEZ, J.; PASTOR, M. A.; LOPEZ, S. Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema*, 1993.

RUIZ-JIMÉNEZ, M. T. et al. Adaptación de la Escala Multidimensional de Apoyo

Social Percibido Adaptación de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido en población con trastorno mental grave. *Asoc. Esp. Neuropsiq*, v. 37, n. 132, p. 415–437, 2017.

SÁNCHEZ, C. Z et al. Prevalencia de demencia en adultos mayores de América Latina: revisión sistemática. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, v. 54, n. 6, p. 346–355, 2019.

SNYDER, V. N. S; WONG, R. Género y pobreza: Determinantes de la salud en la vejez. *Salud Pública de México*, v. 49, n. SUPPL. 4, p. 515–521, 2007.

SAN ROMÁN, X. A. et al. Fatores associados ao bem-estar subjetivo dos idosos. *Texto e Contexto Enfermagem*, v. 26, n. 2, p. 1–10, 2017.

SARCHIELLI, R. C. G Prepararse para la jubilación: el papel del apoyo social en la gestión de la ansiedad. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, v. 24, n. 3, p. 365–388, 2008.

SANTUBER, C. P. et al. Propiedades psicométricas de la escala de apoyo social percibido de Zimet. *Index Enferm (Gran)*, v. 23, n. 12, p. 85–89, 2014.

SARA ARBER, J. G. Sara Arber, Jay Ginn. España: [s.n.].

SIMONE, P. M.; HAAS, A. L. Frailty, Leisure Activity and Functional Status in Older Adults: Relationship With Subjective Well Being. *Clinical Gerontologist*, v. 36, n. 4, p. 275–293, 2013.

SLUZKI, C. E. La red social: frontera de la práctica sistémica. Barcelona: Gedisa, D.L, 2014.

_____. Migration and Family Conflict. *Family Process*, v. 18, n. 4, p. 379–390. 1979.

_____. Personal social networks and health: Conceptual and clinical implications of their reciprocal impact. *Families, Systems, & Health*, v. 28, n. 1, p. 1–18, 2010.

SOLIZ, D.; FLORES, G.; RÖBEN, I. J. Adultos mayores. *Ministerio de inclusión económica y social Ecuador*, v. 2, p. 96, 2013.

STEFANI, D. Estrés y estilos de afrontamiento en la vejez : Un estudio comparativo en senescentes argentinos institucionalizados y no institucionalizados *. *Anales de Psicología*, v. 22, p. 267–272, 2006.

SUMMERGRAD, P. Medical psychiatry units and the roles of the inpatient psychiatric service in the general hospital. *General Hospital Psychiatry*, v. 16, n. 1, p. 20–31, 1994.

SVENSSON, A. M.; MÅRTENSSON, L. B.; MUHLI, U. H. H. Well-being dialogue: Elderly women's subjective sense of well-being from their course of life perspective. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, v. 7, 2012.

TEMKIN, B; TRONCO, J. Desarrollo humano, bienestar subjetivo y democracia: confirmaciones, sorpresas e interrogantes. *Rev. Mex. Sociol, Ciudad de México* , v.

68, n. 4, p. 731-760, 2006.

UNFPA, F. DE P. DE N. U. Envejecimiento en el Siglo XXI: Una celebración y un desafío. *Help Age International*, p. 8, 2012.

VEENHOVEN, R. Cross-national differences in happiness: Cultural measurement bias or effect of culture? *International Journal of Wellbeing*, n. December 2012, p. 333–353, 2012.

VILLARROEL, P.; PÁVEZ, P.; SILVA, J. The causal role of the optimism; towards an etiological model of well-being. *Terapia Psicológica*, v. 30, n. 2, p. 77–84, 2012.

VILLATORO S, P. La medición del bienestar a través de indicadores subjetivos: Una revisión. *Serie de estudios estadísticos y prospectivos*, n. 79, p. 52, 2012.

VILLEGAS, B. Determinantes sociales de la salud en la población adulta mayor del Barrio San Nicolás de Coro. *Gestión I+D*, 2017.

VIVALDI, F.; BARRA, E. Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores. *Terapia psicológica*, v. 30, n. 2, p. 23–29, 2012.

VALDIVIA, P. F. Envejecimiento y Atención a la Dependencia en Ecuador. Quito: BID-Eurosocial. 2020. p. 64.

WEBER, M. L. on Women and Social Support PRAIRIE WOMEN' S HEALTH. Canada: 1998.

WOYCIEKOSKI, C.; STENERT, F.; HUTZ, C. S. Determinantes del bienestar subjetivo. *Psico (Porto Alegre)*, p. 280–288, 2012.

ZARRAGOITÍA, I. Depresión generalidades y particularidades. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2010. v. 1999

ZAUTRA, A.; HEMPEL, A. Subjective well-being and physical health: A narrative literature review with suggestions for future research. *International Journal of Aging and Human Development*, v. 19, n. 2, p. 95–110, 1984.

ZIMET, G. D; DAHLEM, N. W; ZIMET, S. G. Y; FARLEY, G. K. La Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido. *Revista de Evaluación de la Personalidad*, 52 (1), 30–41., 1988.

ZUBIETA, E.; MURATORI, M.; FERNÁNDEZ, O. Bienestar subjetivo y psicosocial: explorando diferencias de género. *Salud & Sociedad*, v. 3, n. 1, p. 66–76, 2012a.

ANEXOS

Anexo A: Cuestionario socio demográfico y de Salud

**UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CUESTIONARIO SOCIO DEMOGRÁFICO Y DE SALUD**

Presentación

¡Saludos! Mi nombre es _____ soy estudiante de la Facultad de Psicología de la Universidad central del Ecuador y estoy colaborando con el Estudio “Bienestar subjetivo y apoyo social percibido en personas adultas mayores, usuarias del programa 60 y Piquito”. Estamos realizando una encuesta para conocer su autoevaluación de felicidad y sus fuentes de apoyo. El año pasado se realizó una evaluación del deterioro cognitivo y depresión y ahora se espera continuar. Su participación es voluntaria y la información que brinde será confidencial. Las preguntas en total tardarán aproximadamente 45 minutos en completarse.

La información se utilizará para brindar recomendaciones en relación a las políticas sociales del Patronato y específicamente al programa “Sesenta y Piquito”, que no incluirán nombres específicos y no habrá forma de identificar que usted proporcionó esta información. Si acepta participar, puede optar por detenerse en cualquier momento u omitir cualquier pregunta que no desee responder. Sus respuestas serán completamente confidenciales; no compartiremos información que lo identifique con nadie.

¿Tiene alguna pregunta sobre la encuesta o lo que he dicho? Si en el futuro tiene alguna pregunta con respecto a la encuesta y la entrevista, o inquietudes o quejas, le invitamos a contactar al supervisor de la encuesta Dra. Susana Baldeón a: ssbaldeon@uce.edu.ec.

¿Acepta participar en esta entrevista?

Acepta: _____ No Acepta _____

Finalizar la encuesta si el participante no da su consentimiento.

I. INFORMACIÓN FAMILIAR						
1.- ¿Cuántas personas viven en este hogar? _____						
2. ¿Alguien de la familia ha muerto en los últimos 6 meses?: Sí () No ()						
Si la respuesta es afirmativa, describa quién murió y por qué:						
Nombre:		Edad:		Sexo:		Causa de muerte:
Nombre:		Edad:		Sexo:		Causa de muerte:
Nombre:		Edad:		Sexo:		Causa de muerte:
3. ¿Alguien de su familia se ha enfermado con COVID 19?: Sí () No ()						
Si la respuesta es Sí, especifique cuántas personas: _____						

Delirio o confusión ()	
4. ¿Se enfermó de COVID19 desde el carnaval del año pasado?: Sí () No ()	
Si la respuesta es afirmativa, especifique:	
4.1. En qué mes y año enfermó: ___ / ___	
4.2. ¿Fue hospitalizado?:	Sí () No ()
4.3. ¿Cuánto tiempo estuvo hospitalizado? ___ días	
4.4. ¿Se ha hecho la prueba de COVID19?:	Sí () No ()
Si la respuesta es afirmativa: ¿Qué resultados ha obtenido?	
Positivo ()	Negativo ()

Anexo B: Mini Mental Examination (MMSE)

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

Basado en Folstein et al. (1975), Lobo et al. (1979)

Nombre: _____ Varón [] Mujer []
 Fecha: _____ F. nacimiento: _____ Edad: _____
 Estudios/Profesión: _____ Núm. Historia: _____
 Observaciones: _____

¿En qué año estamos?	0-1	ORIENTACIÓN TEMPORAL (máx. 5)	
¿En qué estación?	0-1		
¿En qué día (fecha)?	0-1		
¿En qué mes?	0-1		
¿En qué día de la semana?	0-1		
¿En qué hospital (o lugar) estamos?	0-1	ORIENTACIÓN ESPACIAL (máx. 5)	
¿En qué piso (o planta, sala, servicio)?	0-1		
¿En qué pueblo (ciudad)?	0-1		
¿En qué provincia estamos?	0-1		
¿En qué país (o nación, autonomía)?	0-1		
Nombre tres palabras peseta-caballo-manzana (o balón-bandera-árbol) a razón de 1 por segundo. Luego se pide al paciente que las repita. Esta primera repetición otorga la puntuación. Otorgue 1 punto por cada palabra correcta, pero continúe diciéndolas hasta que el sujeto repita las 3, hasta un máximo de 6 veces. Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1 (Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1)		Núm. de repeticiones necesarias FIJACIÓN RECUERDO inmediato (máx. 3)	
Si tiene 30 euros y me va dando de tres en tres, ¿Cuántos le van quedando?. Detenga la prueba tras 5 sustracciones. Si el sujeto no puede realizar esta prueba, pídale que deletree la palabra MUNDO al revés. 30 0-1 27 0-1 24 0-1 21 0-1 18 0-1 (O 0-1 D 0-1 N 0-1 U 0-1 M 0-1)		ATENCIÓN CÁLCULO (máx. 5)	
Preguntar por las tres palabras mencionadas anteriormente. Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1 (Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1)		RECUERDO DIFERIDO (máx. 3)	
DENOMINACIÓN. Mostrarle un lápiz o un bolígrafo y preguntar ¿qué es esto?. Hacer lo mismo con un reloj de pulsera, lápiz 0-1, reloj 0-1. REPETICIÓN. Pedirle que repita la frase: "ni sí, ni no, ni pero" (o "en un trébol había 5 perros") 0-1. ÓRDENES. Pedirle que siga la orden: "coja un papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad, y póngalo en el suelo". Coge con la mano derecha 0-1 dobla por la mitad 0-1 pone en suelo 0-1. LECTURA. Escriba legiblemente en un papel "cierre los ojos". Pídale que lo lea y haga lo que dice la frase 0-1. ESCRITURA. Que escriba una frase (con sujeto y predicado) 0-1. COPIA. Dibuje 2 pentágonos intersectados y pida al sujeto que los copie tal cual. Para otorgar un punto deben estar presentes los 10 ángulos y la intersección 0-1.		LENGUAJE (máx. 9)	
Puntuaciones de referencia: 27 ó más: normal 24 ó menos: sospecha patológica 12-24: deterioro 9-12: demencia		PUNTUACIÓN TOTAL (máx. 30 puntos)	

a.e.g.(1999)

Anexo C: Test de Yesavage

Nombre		Edad		Fecha	
--------	--	------	--	-------	--

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA –TEST DE YESAVAGE

Población diana: Población general mayor de 65 años. Se trata de un cuestionario **heteroadministrado** utilizado para el cribado de la depresión en personas mayores de 65 años.

Existen dos versiones:

- **Versión de 15:** Las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 y 15, y negativas en los ítems 1, 5, 7, 11 y 13. Cada respuesta errónea puntúa 1. Los puntos de corte son:
 - 0 - 4: Normal
 - 5 ó +: Depresión
- **Versión de 5 ítems:** Los ítems incluidos en esta versión son el 3, 4, 5, 8 y 13. Las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 3, 4 y 8, y la negativa en el ítem 5 y 13. Cada respuesta errónea puntúa 1. Un número de respuestas erróneas superior o igual a 2 se considera depresión.

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

Anexo D: Escala de Felicidad

ESCALA DE FELICIDAD DE LIMA ADAPTADA A ADULTOS MAYORES

(Alarcón, 2006; Árraga & Sánchez, 2008)

Datos Personales Iniciales de los nombres: Seudónimo:

Sexo: Hombre..... Mujer..... Edad.....

Educación: Primaria Secundaria Superior.....

Ocupación..... Estado civil: Soltero..... Casado..... Viudo..... Divorciado.....

Conviviente..... Ciudad donde vive: Lugar donde vive (especificar si es su vivienda, de familiares, una institución u otros:

Personas con quienes vive:

Otra información relevante:

Instrucciones Más abajo encontrará una serie de afirmaciones con las que usted puede estar de acuerdo, en desacuerdo o en duda. Lea detenidamente cada afirmación y luego utilice la escala para indicar su grado de aceptación o de rechazo a cada una de las frases. Marque su respuesta con X. No hay respuestas buenas ni malas.

Escala: Totalmente de Acuerdo (TA) Acuerdo (A) Ni acuerdo ni desacuerdo (¿) Desacuerdo (D) Totalmente en Desacuerdo (TD)

1. En la mayoría de las cosas mi vida está cerca de mi ideal.	TA	A	¿	D	TD
2. Siento que mi vida está vacía.	TA	A	¿	D	TD
3. Las condiciones de mi vida son excelentes.	TA	A	¿	D	TD
4. La vida ha sido buena conmigo.	TA	A	¿	D	TD
5. Me siento satisfecho con lo que soy.	TA	A	¿	D	TD
6. Hasta ahora, he conseguido las cosas que para mí son importantes.	TA	A	¿	D	TD
7. Si volviese a nacer no cambiaría casi nada en mi vida.	TA	A	¿	D	TD
8. Me siento satisfecho porque estoy donde tengo que estar.	TA	A	¿	D	TD
9. Es maravilloso vivir.	TA	A	¿	D	TD
10. He experimentado la alegría de vivir.	TA	A	¿	D	TD
11. La vida ha sido injusta conmigo.	TA	A	¿	D	TD
12. Tengo problemas tan hondos que me quitan la tranquilidad.	TA	A	¿	D	TD
13. Estoy satisfecho con lo que hasta ahora he alcanzado.	TA	A	¿	D	TD
14. Todavía no he encontrado sentido a mi existencia.	TA	A	¿	D	TD

¡Gracias por su colaboración!

Anexo E: Escala multidimensional de apoyo social percibido

ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE APOYO SOCIAL PERCIBIDO

INSTRUCCIONES: Lea cada una de las siguientes frases cuidadosamente e indique su acuerdo con cada una de ellas empleando esta escala:

1	2	3	4
Casi nunca	A veces Con	Con frecuencia	Siempre o casi siempre

ITEMS	1	2	3	4
1. Tengo la seguridad de que mi familia trata de ayudarme				
2. Mi familia me da la ayuda y apoyo emocional que requiero				
3. Puedo conversar sobre mis problemas con mi familia				
4. Mi familia me ayuda a tomar decisiones				
5. Cuando necesito algo, sé que hay alguien que me puede ayudar				
6. Cuando tengo penas o alegrías hay alguien que me puede ayudar				
7. Hay una persona que me ofrece consuelo cuando lo necesito				
8. Hay una persona que se interesa por mis sentimientos				
9. Mis amigos realmente tratan de ayudarme				
10. Puedo contar con mis amigos cuando tengo problemas				
11. Cuando tengo alegrías o penas puedo compartirlas con mis amigos				
12. Puedo conversar de mis problemas con mis amigos				

Anexo F: Autorización para uso de la EFL



Marisela Árraga <mariarraga@hotmail.com>

Mar 6/11/2018 17:07

Para: Usted



Buenas tardes Susana.

Con mucho gusto, estaremos prestas a orientarles en lo que necesiten.

También tienen nuestra autorización para utilizar la Escala de Bienestar Subjetivo de Lima, adaptada a adultos mayores.

Sólo les pedimos que además de dar los créditos que se requieren en este tipo de investigación, nos envíen los resultados de su investigación para que podamos construir redes de investigación internacionales.

Anexo G: Autorización para uso del MSPSS

Estimada Susana

Junto con saludar, acuso recibo de correo y la felicito por el tema tan relevante en que se encuentra trabajando. Envío en adjunto instrumento validado ZIMET y recuerdo considerar autoría.

Saludos cordiales

Cecilia Pinto Santuber

Jefe Departamento de Admisión y Registro Académico

Fono: 422463014

Avenida Andrés Bello N° 720 Chillán

darchach@ubiobio.cl

Universidad del Bío. Bío

Anexo H: Autorización de la Unidad Patronato Municipal San José



Quito D.M., julio 22, 2019

Doctor
Fernando Arroyo
Presidente del Comité de Ética
UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
En su despacho.-

De mis consideraciones:

Al desearle total bienestar, la Unidad Patronato Municipal San José, entidad encargada de ejecutar las políticas sociales del Municipio del Distrito Metropolitano de Quito, le saluda.

Con fecha 3 de julio 2019, la Msc. Susana Baldeón y el Dr. Nelson Maldonado, Director de la Unidad Patronato Municipal San José suscriben el Convenio de Colaboración para el Desarrollo de Investigación Académica entre la Unidad Patronato Municipal San José y la Msc. Silvia Susana Baldeón Loza, que tiene por objetivo principal brindar el apoyo y colaboración para la realización del estudio de investigación denominado "*Bienestar subjetivo y apoyo social percibido en personas adultas mayores que participan en el Programa 60 y Piquito en los barrios del Sur del Distrito Metropolitano de Quito*", quien conforme a la documentación presentada ha sido aceptada en el programa de Doctorado de Clínica Médica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Sao Paulo.

Por medio de presente documento **CERTIFICO** que la Msc. Susana Baldeón está autorizada para realizar su investigación y proyecto de estudio denominado "*Bienestar subjetivo y apoyo social percibido en personas adultas mayores que participan en el Programa 60 y Piquito en los barrios del Sur del Distrito Metropolitano de Quito*", en los Centros y Programas de Adulto Mayor que administra esta entidad, específicamente en Centro y Sur del Distrito Metropolitano de Quito.

Agradezco su gentil atención y aprovecho la oportunidad para expresarle mis sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,


Dr. Nelson Maldonado Echeverría
DIRECTOR
UNIDAD PATRONATO MUNICIPAL SAN JOSÉ



Anexo I: Formulario de Consentimiento Informado

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CARRERA: PSICOLOGÍA CLÍNICA

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Propósito: Evaluar el bienestar subjetivo y asociarlo con el apoyo social percibido.

Riesgos y molestias: Al ser un estudio descriptivo correlacional los riesgos son mínimos,

Beneficios potenciales: Se ha evidenciado que el desarrollo del bienestar y la felicidad se relacionan positivamente con la promoción de la salud psicofísica y la prevención de conductas de riesgo.

Alternativas: Se beneficiarán de la detección oportuna de deterioro cognitivo y depresión, promoviendo las gestiones institucionales para que puedan ser referido a los servicios especializados para el tratamiento respectivo, así como la activación del trabajo con las familias, sin costo alguno.

Confidencialidad: Se garantizará el anonimato en las encuestas y escalas psicométricas, se levantará una ficha de identificación exclusiva de registro que se anexará únicamente a la encuesta, mas no a los resultados de los instrumentos aplicados;

Derechos del Sujeto: Usted, como participante del estudio no renuncia a ninguno de sus derechos legales. Dar el consentimiento significa que usted ha oído o leído la información acerca del estudio y que ha comprendido lo que se va a hacer y para qué le va a servir, por lo que está de acuerdo en participar.

Puede comunicarse con el Dr. Patricio Pazán, Presidente del Comité de Investigación en Seres Humanos de la Universidad Central del Ecuador, cuyo teléfono es 0999724609. La investigadora principal es la Msc. Susana Baldeón Loza, y mi número de teléfono es el 0994773470 para contacto en caso de preguntas.

Consentimiento: Como persona adulta mayor que acudo al grupo 60 y Piquito, declaro que he sido informada ampliamente sobre la investigación, entiendo los procedimientos, riesgos, beneficios, costos, etc. que tiene la misma, se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas, entiendo sobre la libertad de mi participación y sobre la confidencialidad de mis datos. Conozco a quien dirigirme en casos de duda; y por lo tanto, doy mi consentimiento para participar en el estudio.

Nombre y firma del participante

Nombre y firma del Investigador Principal

Quito,