



Pontificia Universidad
Católica del Ecuador | Sede
Ambato

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Tema:

**PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA LA CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS
MAYORES DESDE LA PSICOLOGÍA POSITIVA**

**Proyecto de investigación previo a la obtención del título de Licenciada en
Psicología**

Línea de Investigación:

VIDA DIGNA Y SALUD INTEGRAL

Autora:

Stefanie Gissel Ortiz Gavilanes

Directora:

Mg. Juana Rosario Lara Machado

Ambato – Ecuador

Diciembre 2023

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo: **STEFANIE GISSEL ORTIZ GAVILANES**, con cédula de ciudadanía **1805777933**, autora del trabajo de titulación de graduación titulado "PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA LA CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES DESDE LA PSICOLOGÍA POSITIVA", previo a la obtención del título profesional de **LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**, en la escuela de **PSICOLOGÍA**.

1. Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT EN FORMATO DIGITAL una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.
2. Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la biblioteca de la PUCE Ambato, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Ambato, diciembre 2023



Stefanie Gissel Ortiz Gavilanes
CC. 1805777933

PONTIFICIA UNIVERSIDAD DEL ECUADOR
SEDE AMBATO
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO

Tema:

**PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA LA CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS
MAYORES DESDE LA PSICOLOGÍA POSITIVA**

Línea de Investigación

VIDA DIGNA Y SALUD INTEGRAL

Autora:

Stefanie Gissel Ortiz Gavilanes

Juana Rosario Lara Machado, Psi. Cl. Mg.

CALIFICADOR

f 

Ana del Rocio Martínez Yacelga, Dr. Mg.

CALIFICADOR

f 

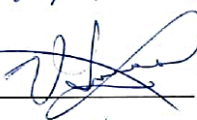
Wendy Tamara Naranjo Hidalgo, Psi. Cl. Mg.

CALIFICADOR

f 

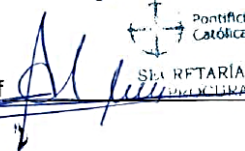
Varna Hernández Junco, PhD.

DIRECTORA DE LA ESCUELA DE PSICOLOGÍA

f 

Hugo Rogelio Altamirano Villarroel, Dr.

SECRETARIO GENERAL PUCESA

f 
Pontificia Universidad
Católica del Ecuador
SECRETARÍA GENERAL
PSICOLOGÍA

Ambato-Ecuador

Diciembre 2023

DEDICATORIA

El presente estudio lo dedico al Sr. Maximiliano Gavilanes, mi abuelito que en gloria este. La población seleccionada no fue coincidencia, gracias a mi abuelito evidencí la necesidad de un plan dirigido al adulto mayor para lidiar con la frustración de los cambios degenerativos de la edad, tras ello buscar la forma de desarrollar un programa que les permitiera vivir una vida digna, para prevenir trastornos emocionales que son comunes en la tercera edad.

De igual manera a mis padres por ser los gestores principales de mi realización personal y profesional, desde el amor, gracias por apoyarme en mis decisiones incondicionalmente, hoy este sueño cumplido se los debo enteramente a ustedes. A mi hermano, Dr. Marcelo Ortiz, por ser un ejemplo de disciplina y excelencia, te agradezco por ser mi soporte y guía de superación.

Este gran sueño cumplido le dedico enteramente a mis dos angelitos que están en el cielo, a mi abuelita y abuelito, a mi familia, además a todas y cada una de las personas que me apoyaron, compartieron y estuvieron conmigo en este proceso.

AGRADECIMIENTO

Es preciso agradecer a Dios por guiarme y permitirme culminar mi carrera universitaria, al igual que por ponerme a las personas correctas en mi camino para poder desarrollarlo de la mejor manera, y enriquecerme de experiencias y aprendizajes.

Además, quiero agradecer a mis Padres, Geovanny Ortiz y Gisela Gavilanes, quienes han sido los pilares fundamentales en mi vida fomentando la honestidad, la ética y el amor por lo que hago. Han sido incondicionales durante todo este proceso, al ser mi soporte en todo momento e impulsándome a luchar por mis metas a través del sacrificio y el goce de los momentos de felicidad. A mi hermano, Marcelo Ortiz por ser mi luz y guía, ha sido incondicional, gracias por celebrar mis triunfos y acompañarme en mis derrotas. A todos y cada uno de los miembros de mí familia que han sido parte de este camino, tienen un lugar especial en mi corazón y atesoro todas las muestras de afecto, apoyo y motivación para llegar a este punto de mi vida. A Xavi, mi novio quien ha sido mi soporte y apoyo en cada momento de este proceso. A mis amigos por haber formado parte de mi vida universitaria, por las risas, las vivencias, gracias por todo.

Por otro lado, quisiera extender mi gratitud a mi tutora, Mg. Rosario Lara, por brindarme su apoyo incondicional, y trasmitirme sus conocimientos, sumado a su guía para el desarrollo de este proyecto, se ha convertido en un referente para mí. También, quisiera agradecer a todos aquellos docentes que han forjado mis conocimientos a través de sus enseñanzas, quienes me han hecho enamorarme de la Psicología.

RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo general proponer un plan de intervención psicológica para la calidad de vida en adultos mayores desde la psicología positiva. El estudio maneja un enfoque no experimental, de modalidad cuantitativa, con un alcance descriptivo-correlacional de corte transversal con un muestreo no probabilístico por conveniencia. La muestra estuvo conformada por 101 adultos mayores de la provincia de Tungurahua de los cantones Ambato y Baños, y de las parroquias Picaihua y Quisapincha. Para evaluar a la población se empleó la Escala de calidad de vida Fumat su versión original de 57 ítems correspondientes a las 8 dimensiones y una ficha sociodemográfica dividida en 2 tipos de variables: sociodemográficas y clínicas, con 12 preguntas. Los resultados obtenidos del instrumento fueron que el nivel de calidad de vida de la población fue alto en un 77.2%. se evidenció que el nivel de calidad de vida es mayor en función de las características sociodemográficas como: sexo, situación económica, pertenencia a un grupo de la tercera edad, lugar de residencia, apreciación de la salud física y consumo de medicación diaria. Finalmente, la propuesta de intervención se construyó a la luz de la psicología positiva con el método PERMA (Positive emotion, Engagement, Relationships, Meaning, Accomplishment) con la finalidad de preservar y potencializar las siguientes dimensiones: bienestar emocional, relaciones interpersonales, desarrollo personal, autodeterminación e inclusión social.

Palabras clave: Calidad de vida, Adultos mayores, Psicología positiva, PERMA, Intervención

ABSTRACT

The general objective of this research is to propose a psychological intervention plan for the quality of life in older adults from positive psychology. The study uses a non-experimental approach, quantitative modality, with a cross-sectional descriptive-correlational scope with non-probabilistic convenience sampling. The sample, made up of 101 older adults from the province of Tungurahua, from the Ambato and Baños cantons, from the Picaihua and Quisapincha parishes. To evaluate the population, the Fumat Quality of Life Scale was used in its original version of 57 items corresponding to the 8 dimensions, and a sociodemographic sheet divided into 2 types of variables: sociodemographic and clinical with 12 questions in total. The results obtained from the instrument are the level of quality of life of the population is high, at 77.2%. It has been shown that the level of quality of life is higher depending on sociodemographic characteristics such as: sex, economic situation, membership in an elderly group, place of residence, appreciation of physical health and consumption of daily medication. Finally, the intervention proposal has been built in the light of positive psychology with the PERMA method (Positive Emotion, Engagement, Relationships, Meaning, Accomplishment) with the purpose of preserving and enhancing the following dimensions: emotional well-being, interpersonal relationships, development personal, self-determination and social inclusion.

Keywords: Quality of life, older adults, Positive psychology, PERMA, Intervention

ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD	ii
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO.....	8
1.1. Adulterio Tardío	8
1.2. Calidad de Vida	13
1.3. Psicología Positiva	21
CAPÍTULO II - MARCO METODOLÓGICO	29
2.1. Técnicas	30
2.2. Herramienta.....	31
2.3. Muestra	35
CAPÍTULO III: ANÁLISIS DE RESULTADOS	43
3.1. Análisis descriptivo	43
3.2. Análisis Correlacional	47
CONCLUSIONES.....	88
RECOMENDACIONES	90
BIBLIOGRAFIA	91
ANEXOS	95

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1. Teoría de Peterson y Seligman	23
Cuadro 2. Dimensiones e indicadores de la Escala Integral	32

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Consistencia interna de la escala	37
Tabla 2. Análisis descriptivo de variables sociodemográficas	39
Tabla 3. Análisis descriptivo de variables clínicas	42
Tabla 4. Fiabilidad	44
Tabla 5. Fiabilidad de cada elemento	44
Tabla 6. Análisis de resultados de las Dimensiones	45
Tabla 7. Nivel de calidad de vida	46
Tabla 8. Prueba de normalidad	49
Tabla 9. Correlación entre calidad de vida y datos sociodemográficos	49
Tabla 10. Correlación entre dimensiones y variables sociodemográficos	50
Tabla 11. Correlación entre dimensiones y variables clínicas	53
Tabla 12. Resumen de la propuesta de intervención	58
Tabla 13. Sesión 1	62
Tabla 14. Sesión 2	63
Tabla 15. Sesión 3	64
Tabla 16. Sesión 4	65
Tabla 17. Sesión 5	66
Tabla 18. Sesión 6	67
Tabla 19. Sesión 7	68
Tabla 20. Sesión 8	69
Tabla 21. Sesión 9	70
Tabla 22. Sesión 10	71
Tabla 23. Sesión 11	72
Tabla 24. Sesión 12	73
Tabla 25. Sesión 13	74
Tabla 26. Sesión 14	75
Tabla 27. Valoración de la propuesta de intervención psicológica por expertos	93
Tabla 28. Grado de conocimiento o información sobre el tema de investigación	99
Tabla 29. Fuentes de argumentación o fundamentación	100

Tabla 30. Valores establecidos para cada tipo de fuentes de argumentación..101

INTRODUCCIÓN

La calidad de vida representa el bienestar holístico del ser humano, englobado un conglomerado de características: sociales, económicas, familiares, emocionales, y físicas. Con el pasar de los años las condiciones de vida cambian, y al llegar a la tercera edad se suman factores condicionantes como autonomía, movilidad, creencias y autoconcepto. En esta etapa se originan grandes cambios orgánicos y cognitivos, que genera así nuevas expectativas y necesidades que esperan ser solventadas. Desde esta perspectiva, esta realidad, el estudio tiene como objetivo general validar una propuesta de intervención para la calidad de vida en adultos mayores desde la psicología positiva. La línea de investigación del presenta estudio se centra en vida digna, determinación social y salud integral.

A continuación, se presentan investigaciones realizadas previamente sobre la calidad de vida en adultos mayores, para comprender de manera más profunda las variables estudiadas. Por otro lado, se añadirán información acerca de las técnicas de psicología positiva que se va a emplear para la consolidación de estrategias que permitan al adulto mayor tener una mejor calidad de vida, desde una óptica de intervención preventiva.

La calidad de vida se explica desde varias ópticas, por medio de una línea de evolución del término. Al respecto Maldonado y Santoyo (2022), en su estudio Elementos teóricos para la investigación en psicología y calidad de vida mencionan que, el constructo surge en la economía, en los años 30's. El termino estaba, ligado a la cantidad de ingresos y forma de vida de las personas de la época. Y no fue hasta 1970 que el presidente de la APA (American Psychological Association) condujo a la psicología a la promoción del bienestar humano. A este cambio, se le suma un nuevo movimiento dirigido por Martin Seligman (1985), la psicología positiva, quien diferenció la calidad de vida objetiva y subjetiva. A continuación, se presentan artículos científicos que evalúan dicho constructo en adultos mayores.

La calidad de vida óptima se sintetiza en el bienestar objetivo y subjetivo del ser humano, incluye desde luego su estado de salud. En relación López, et al. (2018) realizaron una investigación titulada “Relación entre calidad de vida relacionada con la salud y determinantes sociodemográficos en adultos de Cuenca-Ecuador”. La muestra de dicho artículo estuvo compuesta por 280 personas de la tercera edad. Para su evaluación se empleó el cuestionario de Salud SF-36 sumado a una ficha sociodemográfica. Por medio de la investigación realizada se concluyó que, las mujeres perciben que tienen un estado de salud más deteriorado que los hombres. Además, se encontró que el nivel socio económico está relacionado con la visión del cuerpo desde la psique.

La investigación a cargo de Mesa, Valdés, Espinosa, Verona, y García (2020) tiene como objetivo diseñar estrategias para mejorar la calidad de vida en la población en la tercera edad, con una muestra de 223 participantes. El estudio tiene dos fases, la primera netamente descriptiva – evaluativa para establecer una estrategia de intervención basada en mejorar calidad de vida, autoestima y estilos de vida. A través de tres cuestionarios: Escala MGH de calidad de vida en adultos mayores, escala de autoestima de Coopersmith. Por otro lado, la segunda etapa se enfoca en promocionar la salud desde la prevención, el autocuidado y el envejecimiento digno; sumado al fortalecimiento de la comunicación interpersonal. Los resultados obtenidos se resumieron en la mejora de la calidad de vida de los participantes.

El estudio titulado Programa de psicología positiva sobre el bienestar psicológico aplicado a personal educativo, García et al. (2020) trabaja a la luz de dos objetivos, determinar el efecto del programa basado en la psicología positiva; y analizar la relación entre bienestar psicológico y las fortalezas del carácter tras la aplicación del programa. Se aplicó la escala de bienestar psicológico BIEPS-A y las subescalas de fortalezas del carácter. La información fue extraída de dos muestras, la primera de 34 sujetos y la segunda con 26. Tras la aplicación del programa, se llegó a la conclusión que el bienestar emocional aumentó significativamente. Además, se encontró

correlación estadística entre el bienestar psicológico y aspectos como: el autocontrol, el amor, la gratitud, la curiosidad y la valentía.

Para finalizar, se revisó el estudio de diseño bibliométrico, Envejecimiento e intervenciones terapéuticas desde la perspectiva psicológica en adultos mayores: una revisión descriptiva. Cuyo objetivo es, “analizar el estado de producción científica sobre envejecimiento e intervenciones terapéuticas a adultos mayores desde la perspectiva psicológica” (Carrillo et al., 2020, p.899). En cuanto a su metodología, posee una muestra teórica, analizada desde el modelo PERMA, los términos buscados fueron: calidad de vida, envejecimiento, y psicología positiva. La información se obtuvo de diversos buscadores de datos. Se llegó a la conclusión, que un predictor de calidad de vida es el envejecimiento activo. Donde radica la importancia de crear programas de intervención basadas en las fortalezas, a través de la psicología positiva.

En un estudio Cuba, precisamente en la ciudad de la Habana, Mesa, Valdés, Espinosa, Verona, y García (2020) desarrollaron un plan de intervención para mejorar la calidad de vida del adulto mayor a través de la psicología positiva. Este proceso tuvo tres momentos, fase de diagnóstico, ejecución y evaluación de resultados. El número de sesiones fue de 12 en total, donde se trabajaron las siguientes áreas: autoaceptación, relaciones positivas, dominio del ambiente, autonomía, propósito de vida, crecimiento personal e identificación de fortalezas y motivaciones. Los resultados obtenidos fueron, mayor integración social, fomento de participación comunitaria, mejora en su autoestima y autovalía. Con lo cual se concluye, que mejora la calidad de vida.

El modelo PERMA se ha efectuado con éxito en poblaciones adolescentes en países como Colombia, Austria, Alemania, España, Boston, México, Suecia, Finlandia y Países Bajos. Donde evalúan actitudes prosociales, acoso escolar, motivación, memoria, bienestar, emociones y amistad. Este modelo fue seleccionado porque potencializa las fortalezas y es un precursor de la felicidad. Es por ello que, los autores Gonzales y Molero (2023) a través de la revisión sistemática ratifican su efectividad evidenciada a través de conductas positivas que favorecen a su desarrollo en una etapa crucial como es la adolescencia.

En la etapa de vida del adulto mayor se evidencia el declive tanto físico como psicológico. Se clasifica el envejecimiento en tres momentos: “viejo-joven”, “viejo-viejo”, y de “edad avanzada”. Esta primera sub-etapa está comprendida entre los 65 a los 74 años, donde se comienza a notar cambios físicos y orgánicos, pero aún mantiene una actitud activa y vigorosa. La segunda sub-etapa se centra entre los 75 a 84 años. Por último, se encuentra la edad avanzada que supera los 85 años. En estas dos últimas etapas se evidencia un mayor nivel de decadencia. Los adultos mayores se ven expuestos a la fragilidad y por ende a la enfermedad (Papalia & Feldman, 2012). Dentro de los cambios físicos se detecta un mayor riesgo de fracturas, afección de organismos y sistemas de funcionamiento sensorial, sexual, y motor.

Es importante tomar en cuenta que los adultos mayores son propensos a desarrollar trastornos emocionales como la depresión. La depresión juega un papel importante en cuanto al área funcional, orgánico e incluso patológico, lo cual empeora las condiciones de salud. Dentro de los cambios cerebrales y cognitivos se encuentra la disminución de neurotransmisores dopamínicos, los cuales son vitales para regular los procesos atencionales. El ser humano es capaz de generar nuevas células hipocampales mediante la actividad física, la misma que se ve reforzada por la actitud y la entrega, que evidencia mayor bienestar en las personas. Para que el adulto mayor tenga una buena calidad de vida dependerá de factores como: salud física, mental, y un ambiente propicio.

¿Cómo mejorar la calidad de vida de los adultos mayores de la Provincia de Tungurahua?

Hipótesis

La calidad de vida es mayor en función de determinadas características sociodemográficas de la población.

Objetivo General

Proponer un plan de intervención psicológica para la calidad de vida en adultos mayores desde la Psicología Positiva

Objetivos Específicos

1. Fundamentar bibliográficamente la calidad de vida en el adulto mayor desde la Psicología Positiva.
2. Diagnosticar la calidad de vida de los adultos mayores de la provincia de Tungurahua.
3. Valorar la propuesta psicológica para la mejora de la calidad de vida de los adultos mayores de la provincia de Tungurahua desde la psicología positiva.

La investigación es de tipo cuantitativa, con un diseño a nivel no experimental - transversal, de tipo descriptivo, de alcance correlacional. Se concluyó el estudio con a muestra de 101 de una muestra total de 150 de la provincia de Tungurahua, enmarcados en los criterios de inclusión: mayores de 65 años, con un estado cognitivo adecuado, para que firme el consentimiento informado en pleno uso de sus facultades mentales. Es importante conocer que a los participantes firmaron un consentimiento informado, en donde se explica la finalidad del estudio. Desde luego, su identidad no será develada por el acuerdo de confidencialidad. Por otro lado, la recolección de datos y la aplicación del instrumento se realizarán de forma presencial.

Para la recolección de información se consideró una ficha sociodemográfica, donde constan datos como: sexo, edad, estado civil, nivel de instrucción, nivel socioeconómico, afecciones actuales, y hábitos tóxicos. Además de la escala Fumat, que tiene como finalidad evaluar la calidad de vida, empleada desde los 18 años, aunque se emplea mayor mente en adultos mayores. Este cuenta con 8 dimensiones y 57 ítems. Las dimensiones son: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social, y derechos (Verdugo, et al., 2009). Al considerar los resultados, se identificaron

las áreas con puntuación baja, para crear un programa de intervención basado en la psicología positiva.

Justificación

La calidad de vida es un constructo que se centrado en el bienestar holístico del sujeto. En los últimos años la adultez tardía ha sido víctima de trastornos emocionales afectando severamente a la percepción de su calidad vital. Por lo cual, se crea la necesidad de diseñar una propuesta de intervención centrado en sus fortalezas a través de la psicología positiva. Puesto que, se ha comprobado la efectividad en diferentes poblaciones. Es por eso que, Carrillo et al. (2020) menciona que, la psicología positiva provee un abordaje integral, que potencializa las fortalezas. Aunque no desconoce la influencia de los factores externos e internos, propone estas estrategias para que el sujeto tenga herramientas para afrontar de mejor manera las situaciones adversas.

Es importante comprender que, esta etapa evolutiva de la ancianidad se caracteriza por la metamorfosis de rasgos visibles y no visibles. Se evidencian grandes problemas de salud, Papalia et al (2013) afirma que, los cambios orgánicos y sistémicos, se ven fuertemente condicionados por el estrés, dado que es capaz de deprimir el sistema inmunológico, afectar la presión arterial, y los niveles de azúcar en sangre. Por otro lado, la independencia y autonomía se ven afectadas por el desgaste de los huesos, la disminución de fuerza y el tono muscular, dado que tras una caída o golpe fácilmente desencadenaría fracturas graves que requieran una intervención quirúrgica.

Ahora bien, la salud física con la mental mantiene una relación altamente estrecha. Dado que, muchos adultos mayores no autosatisfacen sus necesidades básicas por lo cual dependen de terceros, que lo conducirá a la frustración, por no sentirse autosuficiente. Esto no se liga únicamente a los problemas físicos, sino también a los mentales y conductuales. Papalia et al. (2013), comenta que esto imposibilita a la persona a realizar actividades importantes a causa de un deterioro cognitivo

importante. Además, señala que, los trastornos más comunes en esta población son: depresión, demencia, Alzheimer, y Parkinson.

Desde ese punto de vista, es importante estudiar la calidad de vida a más profundidad, desde la perspectiva de la población Tungurahuense. Desde una ideología positivista, se consideran las fortalezas, al igual que las dimensiones que se van a trabajar. Para poder brindar una mejor calidad de vida en esta etapa de su vida. Por otro lado, el estado de conciencia sobre la realidad de la población favorece al desarrollo de estrategias en pro del bienestar holístico del ser humano. En conclusión, la calidad de vida es un constructo que se construye a través de varios factores internos y externos. Por lo que, es óptimo trabajar desde la psicología positiva, tiene la misma finalidad de acción.

Finalmente, acorde con los objetivos nacionales del Plan Nacional de Desarrollo “Creación de Oportunidades 2021-2025” (SENPLADES, 2021), el proyecto se enfoca en el eje 1: Derechos para todos durante toda la vida en el cuál esta descrito el objetivo 1: garantizar una vida digna con iguales oportunidades para todas las personas. Así también, dentro del eje 2: Economía al Servicio de la Sociedad en donde consta el objetivo 5 que es: impulsar la productividad y competitividad para el crecimiento económico sostenible de manera redistributiva y solidaria. Se vincula también con el objetivo 3 (Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades. En otras palabras, la investigación promueve la mejora de la calidad de vida, es decir el bienestar holístico del ser humano.

CAPÍTULO I: ESTADO DEL ARTE Y LA PRÁCTICA

1.1. Adulthood Tardía

Los seres humanos idealizan el vivir eternamente, en mantener la juventud y vitalidad el mayor tiempo posible. No obstante, las células según el *límite de Hayflick* llegan a reproducirse hasta 50 veces (Papalia y Feldman, 2012). Ese ideal es demasiado idílico y totalmente irreal. Ahora bien, el tener una vida prolongada tiene sus ventajas y desventajas. La mayor ventaja es permanecer con los seres queridos, mientras que las desventajas se evidencian si aparecen diversas enfermedades y circunstancias que van a condicionar la calidad de vida del sujeto. Dentro de esta variable se esconden las esferas en las que se desenvuelve el sujeto. A continuación, se evidenciarán los cambios, físicos, psicológicos.

Cambios físicos

Esta etapa se ve caracterizada por una serie de cambios que inciden en la autonomía del sujeto. Los cambios físicos son externos e internos, por lo que Papalia y Feldman (2013), cita una serie de cambios externos como, la disminución de elasticidad en la piel, evidenciado por arrugas y manchas. La coloración gris o blanquecina en el pelo y las vellosidades. Dentro de la parte anatómica es notoria la disminución de la estatura por el atrofiamiento de los discos lumbares. Lo mismo que llega a evidenciarse por la cifosis, o también llamada "joroba de la viuda". Como dato adicional se suma la propensión a fracturas, debido al cambio en la composición química de los huesos según manifiestan las autoras.

Las emociones juegan un papel importante dentro de estos cambios, debido a que son capaces de ralentizar o agilizar la disfunción sistémica, orgánica e incluso el cerebral. Las características físicas internas. Por ejemplo, si el adulto mayor está expuesto a un estrés crónico genera una depresión en su funcionamiento inmunológico, es decir va a contraer infecciones respiratorias frecuentemente. Además, Papalia y Feldman

(2013), lo relacionan con la “inflamación crónica leve”. Los hábitos de las personas influyen de igual forma, dado que el consumo desmedido de grasas va a desencadenar obstrucción arterial que impiden que a sangre se movilice sin problema, lo cual genera hipertensión.

Es de conocimiento general que los sentidos auditivos y visuales comienzan a fallar, lo cual genera dificultad gradual de ver a una distancia corta, denominados presbicia. Además de la hipoacusia, esta se conoce como un sinónimo de vejez. Todo el cuerpo se ve abocado el declive de su funcionalidad. Este fenómeno fue relacionado con el termino *capacidad de reserva*, conceptualizado como “capacidad de apoyo que ayuda los sistemas del cuerpo a funcionar hasta el límite extremo en momentos de estrés (Papalia & Feldman, 2013, p. 549)”. En otras palabras, en situaciones donde se percibe peligro el cuerpo es capaz de reaccionar. A pesar de no tener la misma agilidad, es capaz de mantener su autonomía.

El sistema de salud se ha visto amenazado por el incremento de la población mayor a 65 años, Pinzón & Moreno (2019) estiman que, “entre 1990 y 2025 el total de ancianos será mayor en los países en desarrollo y solamente en América Latina y el Caribe las personas mayores de 60 años alcanzarán los 100 millones en 2025” (p. 189). Estas cifras son significativas al considerar que la estructura de seguro del plan de jubilación es más propensa a desarrollar enfermedades de amplio espectro. Desde una óptica gubernamental, el incremento de longevidad se asocia a los avances científicos que permiten que la población de la tercera edad incremente. No obstante, se considera el desequilibrio financiero que provoca esa reactividad del estado.

Los autores anteriormente citados comentan que, los vasos sanguíneos al igual que el corazón tienen menor distensibilidad y pérdida del tejido muscular, la pérdida de masa muscular repercute en el incremento de infiltración lípida asociada a la baja fuerza, que crea resistencia a la insulina por la pérdida de células beta. Los cambios hormonales evidencian un decremento en testosterona, andrógenos, estrógenos y progesterona (Pinzón & Moreno, 2019). En referencia a lo citado, el cuerpo humano

sufre cambios que influyen en el estado de salud del paciente. Es esperado que en ese punto vital los hábitos buenos y malos cobren frutos. Por lo que, el índice de grasa corporal repercute en el sistema circulatorio, endocrino, digestivo, inmunológico e incluso respiratorio.

Las hormonas juegan un papel preponderante en la estructura psíquica del sujeto. Por lo que, Pinzón & Moreno (2019) refieren que, “el estrógeno estimula el crecimiento dendrítico y espinas sinápticas hipotalámicas e hipocampales y sobre la red vascular favorece la vasodilatación” (p.191). En otras palabras, las áreas estimuladas se vinculan con la memoria. Es por ello que, la segregación de esta hormona es parte crucial, en cuanto al deterioro cognitivo. Los autores antes mencionados aseveran que la estructura cerebral sufre cambios desencadenan trastornos neurológicos degenerativos, con síntomas físicos y psíquicos como, atrofia muscular, inmovilidad general y depresión. Genera en la persona un nivel alto de frustración por la pérdida de su funcionalidad e independencia.

Los hombres y las mujeres vivencian de diferente manera el envejecimiento, aunque guardan cierta similitud. Pinzón & Moreno (2019) resalta que, a partir de los 80 años el cerebro reduce su peso en un 20% en las mujeres, mientras que en los hombres un 22%. Al igual que la pérdida de tejido en los lóbulos frontales y temporales en los hombres, mientras que las mujeres en el hipocampo y áreas septales. Estas áreas están estrechamente relacionadas con la memoria y las habilidades visoespaciales. Su incidencia se ejemplificaría en la dificultad en recordar cosas y orientarse en espacio o movimiento. Estas diferenciaciones son considerables en la involución de esta etapa vital.

Participación social

El ser humano está compuesto de elementos físicos, mentales y sociales. La siguiente incógnita está relacionada a como incide los estigmas y expectativas sociales en la paz mental del adulto mayor. Es aquí donde Erikson 1985 citado con Papalia &

Feldman (2013), comenta que, su última etapa tiene como objetivo principal lograr la *integridad del yo*, que se conceptualiza como el logro basado en la reflexión sobre la propia vida, al dotarle un sentido coherente y lleno de plenitud en lugar de ceder a la desesperanza por su incapacidad de cambiar el pasado. La desesperanza es inminente por la vulnerabilidad humana, sobre todo si las funciones del cuerpo se debilitan, pero se recomienda mantener una participación social.

La participación social se entiende como una necesidad de pertenencia a un grupo social. Además, cumple un rol trascendental en el autoconcepto de funcionalidad de las personas. En especial para el adulto mayor donde lo motiva a perseverar con el cumplimiento de actividades, fomenta la comunicación y la integración grupal que representen un apoyo social para la persona. Lo que se traduce en la mejora de la salud mental y la condición física, gracias a las actividades propias de las agrupaciones de adultos mayores como bailo-terapia, juego de cartas, caminatas, entre otras (Contreras, Ferrada, y Salazar, 2020). En conclusión, la participación social dentro de un grupo reduce la probabilidad de desarrollar un trastorno de depresión al mejorar su autoconcepto y valía frente a la sociedad.

La participación social activa y positiva influye no solo en el ámbito social sino también en la salud. Aunque, es inevitable el declive cognitivo de las funciones superiores que son: atención, memoria, concentración, velocidad de respuesta, lingüísticas y comprensión. Contreras, et al. (2020) refiere que el impacto a nivel social y en la salud del adulto mayor es positivo puesto que estos espacios de participación les permite mantener su autonomía, y empoderar sus capacidades dentro del grupo familiar y social. En primera instancia se genera una sensación de seguridad, ratifica su identidad propia a través del rol social que cumple, sumado al sentimiento de autoeficacia, autocontrol y la posibilidad de desarrollo de liderazgo al trabajar en grupo.

Formas de Afrontamiento

Los diferentes estilos de afrontamiento adaptativos demuestran la madurez emocional de la persona. Papalia y Feldman (2013) citan a George Vaillant, dentro de su teoría de defensas adaptativas, el ajuste psicosocial modifica la percepción hacia los hechos pasados, y reorienta esa energía al altruismo, sentido del humor y la sublimación. Las mismas que se manifiestan de manera inconsciente o intuitiva. Mientras que el Modelo cognoscitivo de Lazarus y Folkman elige de manera consciente las estrategias de afrontamiento enfocada en como percibe y analiza el problema. Se clasifican entre el afrontamiento enfocado en el problema y en la emoción. En síntesis, la energía se encausa en otra dirección. Es importante mencionar que, cada persona tiene su estilo de afrontamiento propio.

De los dos tipos de afrontamiento, el más recurrente es la respuesta enfocada al problema. No obstante, los adultos mayores poseen mayor flexibilidad de estrategias de afrontamiento basadas en la emoción. Papalia & Feldman (2013), citan a Boss (2007) comenta que esta es la mejor manera de afrontar la pérdida ambigua, que es una carencia o falta que no está claramente definida. En estas circunstancias es importante cambiar la percepción y comprender que existen circunstancias fuera de nuestro control. Es decir, por defecto los seres humanos intentan tener el control, sobre todo, y si se evidencia lo contrario genera frustración. Por lo cual, se considera importante comprender los alcances de acción que posee la persona, y a desapegarse de lo que no está bajo su control.

Los estudios realizados con una muestra de 500 adultos mayores tienen menor segregación de cortisol desde que usan las estrategias de afrontamiento basado en el problema al igual que la búsqueda del apoyo social (Papalia & Feldman, 2013). Mediante la introspección es posible identificar formas adaptativas de enfrentar una situación displacentera. Lo que genera el estrés a los seres humano y en sí a los adultos, es no tener la respuesta adecuada para una situación, esa frustración se transforma en cortisol y por ende afecta la homeostasis del cuerpo humano. Ahora sí,

las personas poseen estrategias de afrontamiento óptimas, el nivel de estrés y frustración disminuye, y da como resultado el bienestar físico y emocional del individuo.

Calidad de Vida y Envejecimiento

La vida de las personas mayores está llena de cambios y frecuentemente asociada a enfermedades y pérdidas de muy diverso tipo. Sin embargo, esto no impide que los mayores alcancen niveles aceptables de bienestar físico, psicológico y social. Los primeros intentos por mejorar las condiciones de vida de estas personas estuvieron dirigidos a analizar sus habilidades, memoria y aprendizaje. Del mismo modo, las primeras investigaciones se centraban en lograr la adaptación a la vejez y la jubilación.

Posteriormente, comenzó a examinarse el nivel de actividad y satisfacción con la vida, Desde el verdadero objetivo de mejorar la calidad de vida en esa etapa de la vida. Actualmente, los estudios de calidad de vida se dirigen a conocer y trabajar los indicadores objetivos de la calidad de vida de los individuos que influyen en su bienestar. Junto a este tipo de investigaciones, se desarrollan otras muchas para examinar los servicios prestados y el apoyo social recibido.

1.2. Calidad de Vida

Conceptualización de Calidad de Vida

El concepto de calidad de vida se ha resignificado desde su origen. A partir de los años treinta, Artur Pigou plantea la economía del bienestar o, *Welfare Economics*. que redefinió la economía. Dado que hasta esa época se lo asociaba al incremento financiero del país. No obstante, Pigou (1951) identifica una arista hasta ese entonces ignorada, el bienestar de la comunidad, es decir que la población tenga condiciones de vida dignas, al considerar libertad, creencias, y espiritualidad del individuo. En resumen, el bienestar se asocia con los aspectos económicos de la vida.

Tras la segunda guerra mundial se acentuó el interés investigativo por la CV,

enmarcado en un tinte social, biológico y psicológico. La *ONU* lo renombró como *nivel de vida* en 1954, además que incluyó componentes centrados en las necesidades básicas del ser humano como: salud, vivienda, alimentación, libertad, vestimenta, educación, transporte, condición laboral, ahorro y consumo. Posteriormente, en 1998 el bienestar personal engloba los pensamientos, motivaciones, sentimientos, aspiraciones, satisfacción de necesidades y acciones (Ramírez, et al. 2020). En otras palabras, gracias a ese acontecimiento histórico se amplía el compendio de dimensiones que comprenden la calidad de vida.

La calidad de vida (CV) se ha estudiado desde varias disciplinas como: medicina, psicología, filosofía, economía, sociología, entre otras. Cada una caracteriza el constructo desde su óptica. No obstante, todas se centran en el bienestar del individuo. En el presente estudio se tomará de referencia el modelo psicológico. Mientras que para Verdugo y Schalock (2013), lo conceptualizan como la satisfacción de necesidades y enriquecimiento personal deseado, desde la perspectiva de su entorno y su autoconcepto. Para concluir, es un constructo objetivo y subjetivo al mismo tiempo. Aunque, posee indicadores medibles; también trabaja con la experiencia personal del sujeto a evaluar.

A la luz de varios estudios se construyó el concepto de CV. Por lo que, toma relevancia la caracterización de la Organización Mundial de la Salud, que lo definió como, “La manera en la que el individuo percibe el lugar que ocupa en el entorno cultural, y en el sistema de valores en que vive, así como en relación con sus objetivos, expectativas, criterios y preocupaciones” (WHO Quality of Life Assessment Group, 1996, p.385). En otras palabras, la sociedad dictamina lineamientos básicos de convivencia que condicionan la conducta del ser humano, a través de la imposición de valores y creencias. Lo que sugiere, que la percepción de la realidad del sujeto se establezca desde las normas sociales, y sus experiencias personales para formar un criterio propio.

En concordancia con otros autores Schalock y Verdugo (2002) lo describe como un agente sensibilizador que fomenta el cambio social. A nivel investigativo se ha convertido en una guía hacia una buena vida, en base al contexto y la cultura. La CV al ser un modelo heurístico se desenvuelve en ocho dimensiones, las mismas que están condicionadas por factores personales y ambientales. El orden de jerarquía de los componentes depende del constructo de la persona de la calidad de vida. Además de las perspectivas de sistemas sociales: micro, meso y macro. El microsistema está compuesto por el círculo más cercano y afecta directamente. El mesosistema se refiere a la comunidad en general, como el vecindario. Por último, se encuentra el macrosistema engloba la cultura, el sistema gubernamental y socioeconómico.

Dimensiones de Calidad de vida

Las ocho dimensiones fueron caracterizadas por los autores Schalock y Verdugo (2009), quienes diseñaron este compendio de caracterizaciones que conforman la calidad de vida. Por lo que, el apartado trabaja bajo las ideas de estos autores, con el acompañamiento de otros autores en las clasificaciones necesarias.

Bienestar físico

El indicador se refiere al funcionamiento óptimo a nivel orgánico, sistémico e incluso hormonal. Cuesta et al. (2017) añade conductas y hábitos que influyen en el bienestar físico como: higiene y seguridad, sueño, alimentación balanceada, actividad física para mantener un peso adecuado, alejada del consumo de sustancias psicotrópicos que alteren el estado de conciencia. Aunque el consumo de alcohol y tabaco son aceptadas socialmente, su consumo en exceso se asocia a una salud física deplorable, dado que acarrea enfermedades y atentan contra el bienestar de las personas. La salud está condicionada por factores genéticos, biológicos, y sociales. El indicador se enfoca en la funcionalidad y autonomía del sujeto.

Bienestar emocional

El bienestar emocional se asocia al estado de tranquilidad del ser humano consigo mismo y su entorno. Es decir, busca un punto de equilibrio para afrontar su realidad, libre de presión. Los autores establecen los siguientes indicadores de evaluación: ausencia del estrés o sentimientos negativos, autoconcepto, ansiedad, relaciones sociales, satisfacción personal y vital. El Bienestar Emocional se traduce al bienestar psicológico y la satisfacción vital. El individuo construye su autoconcepto en base a sus capacidades, habilidades y debilidades; pero también evoca el resultado de decisiones tomadas que lo catapultan a tener una buena calidad de vida, y conseguir una satisfacción personal plena (Schalock y Verdugo,2009).Se relaciona con las aspiraciones consigo mismo.

Relaciones interpersonales

El ser humano es un ser por naturaleza sociable. Al pertenecer a una sociedad es implícitamente obligatorio el contacto con distintas personas. El ser humano tiene una necesidad afectiva e instrumental por establecer relaciones ya sean profundas o superficiales, con diferentes objetivos. Se mide a través de: relaciones sociales, familiares, contactos sociales positivos y gratificantes, relaciones de pareja, y amigos claramente identificados. Los indicadores mencionados se traducen a la convivencia e interacción apropiada con el medio (Schalock y Verdugo, 2009). Las relaciones interpersonales son vitales en la construcción del individuo, puesto que aporta refuerzos sociales positivos y negativos que favorece o dificulta la adaptabilidad del sujeto.

Inclusión social

La inclusión social tiene un componente participativo e integrativo en la comunidad. Todo ser humano tiene derecho a acceder a una buena educación, acudir a un servicio de salud. Pues todo ser humano tiene derecho a acceder a la educación, servicios de

salud, oportunidades laborales sin importar su condición socioeconómica, étnica, religiosa y física. Schalock y Verdugo (2009) incluyen los siguientes indicadores: participación, accesibilidad, integración y apoyos. La inclusión social hace al sujeto parte de la sociedad. Por lo que, el apartado se relaciona con el ámbito político, el elegir y poder ser elegido. Es decir, reconoce el papel protagónico del individuo dentro del sistema social.

Desarrollo personal

El ser humano alrededor de su vida adquiere destrezas en diversas áreas de trabajo que le permite ser un ente funcional. Por esa razón, el crecimiento o desarrollo personal se ve ligado con las fortalezas y debilidades. Pero, se va más allá del apartado experiencial, se trata del conocimiento adquirido que conlleve la realización personal. El Desarrollo Personal se mide a través de: las limitaciones-capacidades, oportunidades de aprendizaje, acceso a las nuevas tecnologías, habilidades funcionales, y con relación al trabajo. El desarrollo personal se asocia directamente con el autodesarrollo, y por ende a la autoestima de la persona (Schalock y Verdugo, 2009). La funcionalidad es la motivación vital de todo ser humano.

Bienestar material

El bienestar material, radica en poseer una estabilidad financiera que permita cubrir las necesidades básicas. Rodríguez (2019), refiere que el BM está constituido por la propiedad de una vivienda, nivel de ingresos y de consumo. Es decir, se centra en el salario que percibe una persona y su prioridad para utilizarlo. Schalock y Verdugo (2009) identifican como indicadores: estatus económico, vivienda y empleo. El factor económico es uno de los pilares fundamentales en la calidad de vida, puesto que de ese van a depender factores como el bienestar físico y emocional e inclusión social. Al no solventar necesidades básicas como una vivienda, alimentación adecuada, servicios básicos, vestimenta, transporte, e incluso higiene en determinados casos. Se empaña por consiguiente su participación social.

Autodeterminación

Las personas crean un plan de vida que va de acuerdo con sus expectativas de sí mismos. Es por ello que, Orosco et al. (2021), lo define como una motivación interna que encamina al desarrollo funcional del individuo, el mismo que se complementa por tres necesidades: autonomía, competencia y establecer relaciones. Dicho de otro modo, es poder decidir sobre las alternativas referentes a sus preferencias personales en el ámbito laboral, personal, educativo, y social. Los indicadores por considerar son: autonomía, metas y preferencias personales, decisiones y elecciones. Entre estas elecciones auspiciadas por sí mismo, se encuentra el lugar donde desea vivir, acciones realizadas en su tiempo libre, e incluso escoger el círculo de personas que lo rodea.

Derechos

Actualmente, los derechos humanos forman parte de la cotidianidad. Toda persona al nacer automáticamente se lo considera ciudadano, es decir es un portador de derechos. Es una condición de igualdad que equipara la condición socioeconómica. Parte de estos derechos se basa en el respeto hacia el otro como su intimidad, opiniones y deseos. Los indicadores son: respeto, conocimientos, intimidad, y ejercicio de derechos. Los derechos cumplen un papel regulador, pero con líneas de libertad (Schalock y Verdugo, 2009). La dimensión de inclusión se asocia con los derechos, dado que se hablaba de una exclusión cero. Lo que le permite al sujeto tener una participación social con respeto hacia los demás como así mismo.

Factores Incidentes en la Calidad de vida

La calidad de vida de los adultos mayores se ve afectada por diversos factores, uno de ellos es el maltrato y negligencia propiciado por los cuidadores directos. Un comunicado emitido por la Organización de Naciones Unidas (ONU) citada por Paucar, Urgilés, y Fernández (2022) refieren que durante la pandemia de COVID -19 se

evidenció casos de abuso, violencia física y psicológica donde los adultos mayores fueron el blanco principal al depender del cuidado que requerían de hijos y/o pareja para solventar sus necesidades físicas, emocionales e incluso económicas. Lo que generó que se elevaran los niveles de depresión, desnutrición y malestar. Lo cual, repercute directamente en los derechos de la población mencionada.

En el Ecuador un reportaje del Expreso, Alvarado (2021) estima que 6 de cada 10 fueron víctimas de algún tipo de maltrato o abandono, lo alarmante es que los diferentes comportamientos violentos son de familiares directos en su mayoría pareja e hijos. La prevalencia del tipo de maltrato se ve en el área psicológica, con amenazas, humillaciones, intimidación, e insultos hacia los adultos mayores. Según el estudio llevado a cabo en Perú por Pérez y Mori (2022), el 84% de la muestra fueron víctimas de violencia psicológica, que se manifiestan a través de sentimientos de abandono, culpabilidad, inutilidad y melancolía. Dentro de los hallazgos es necesario adicionar que el maltrato físico y la negligencia poseen una relación directa y significativa con la depresión.

La soledad es un sentimiento que se establece en la adultez tardía que repercute en la salud mental. Un estudio realizado por Meléndez, Delhom, Satorres, Abella, y Real (2022), en donde se demostró que la desesperanza está vinculada con el sentimiento de soledad, debido a la pérdida de motivación por el autocuidado y expectativas negativas hacia el futuro. Dentro de los resultados explican que los factores cognitivo y motivacional están vinculados directamente con la soledad, a diferencia del afectivo que no tuvo una significancia alta. Es por ello que, la red de apoyo es fundamental en esta etapa, entendiéndose las relaciones positivas como un acto que precautela la salud mental.

La tercera edad es una etapa de soledad proclive a varias enfermedades y/o trastornos físicos, mentales y emocionales. Una de ellas es la depresión, actualmente es la segunda causa a nivel mundial de morbilidad. En los últimos años en diversos estudios se ha comprobado que la depresión está estrechamente vinculada con trastornos

neurodegenerativos, principalmente la demencia. Debido a que, las áreas cerebrales comprometidas en los procesos de memoria y atención como: el sistema límbico, hipocampo, córtex prefrontal, y temporal. Estas zonas comparten el proceso emocional y cognitivo por ende se ven afectados (Parada, Guapizaca y Bueno, 2022). También está vinculado con la pérdida de autonomía y capacidades, que explica la dificultad para desempeñar actividades cotidianas, incluido el área social.

La insatisfacción vital está ligado directamente a los problemas de salud física. A causa de la vulnerabilidad del adulto mayor para contraer o desarrollar enfermedades de tipo motora, sistémica, nerviosa, entre otras. Las enfermedades más comunes son diabetes, hipertensión arterial, aterosclerosis, del sistema nervioso y respiratorio. Es necesario considerar que en esta etapa se cosechan los buenos o malos hábitos de la persona alrededor de toda su vida. Gracias al estrés, trastornos del sueño, mala alimentación, radiación ultravioleta, y el sedentarismo se afecta directamente el Sistema Nervioso en la pérdida de calcio, la desregulación de los astrocitos que se encargan de la regulación de neurotransmisores, el balance metabólico, y la plasticidad cerebral en los procesos sinápticos.

Evaluación de Calidad de Vida

La evaluación de calidad de vida consiste en medir y valorar diversos aspectos que afectan el bienestar y la satisfacción de las personas, como: aspectos físicos, psicológicos, sociales y ambientales. La evaluación de calidad de vida tiene una amplia variedad de aplicaciones, desde la evaluación de la efectividad de tratamientos médicos hasta la evaluación de políticas públicas y programas sociales. Ramírez et, al. (2020) manifiesta que este constructo goza de la subjetividad y objetividad que lo hace blanco de varias formas de evaluar en relación del objetivo e investigación. Al igual que el tipo cualitativo y cuantitativo, como métodos principales se encuentran la observación, la entrevista, grupo focal, evaluación a través de instrumentos varios. Existen muchos instrumentos y métodos para evaluar la calidad de vida, pero generalmente es una combinación entre cuestionarios, entrevistas y observaciones.

Los instrumentos más utilizados son: *la Escala de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud (WHOQOL)*, *la Escala de Evaluación de la Calidad de Vida de MacNew* y *la Encuesta de Valoración de la Salud de 36-temas (SF-36)*. Estos instrumentos evalúan diferentes dimensiones de calidad de vida, como la salud física y mental, relaciones sociales, el medio ambiente y otros factores relevantes. Ramírez et, al. habla acerca del *Well-Being Index (WBI)* dividido en dos escalas que consta de 16 ítems, la primera evalúa el nivel de satisfacción a nivel personal, a través de 8 ítems. Mientras que, la segunda interioriza en la satisfacción global a través de 6 ítems.

La evaluación de calidad de vida se centra tanto en individuos como en grupos, ayuda a desarrollar políticas y programas más efectivos para mejorar la misma. Ahora bien, el presente estudio trabaja con un conglomerado de adultos mayores, y la prueba elegida ha sido FUMAT creado por los autores Schalock y Verdugo en el año 2009, que consta de 57 ítems encasillados en las 8 dimensiones que contempla el test. Está dirigido para una población desde los 18 hasta los 95 años, existen dos versiones, la más extensa que es la ya antes mencionada y la corta que se simplifica a 21 ítems con la misma cantidad de dimensiones (Schalock y Verdugo, 2009). Tras la reclamación de datos, el paso consiguiente es la elaboración de un plan de intervención enfocado en las áreas que puntúen un déficit más alto.

1.3. Psicología Positiva

Origen de la Psicología Positiva

La felicidad, se considera un estado que se desea alcanzar, descrito como un momento efímero que permite al individuo alcanzar la plenitud. La significación que envuelve a este término tan nombrado y poco profundizado se remonta a la antigua Grecia. Sócrates en 399 a.C. lo plantea como un bien absoluto y universal, que se encuentra al realizar el bien al otro. Diógenes se refiere a él como un elemento intangible. Mientras que para Platón 427 a.C. fue abordado desde la parte religiosa, dado que lo consideró como la práctica de la virtud para acercarse a Dios. Para

Aristóteles era el punto de equilibrio entre la carencia y el exceso (Campo, 2020). En resumen, la felicidad depende de cada uno, proviene del interior, a través de esta lógica se determina por una motivación, más no por la posesión.

La felicidad es representada por Seligman (2014) como, “la crema batida sobre un expreso amargo” (p.30). Enfocado en la idea falsa que se comercializa sobre el significado de la felicidad como una ilusión efímera de breve extinción que todos desean alcanzar. Esta interrogante fue la base para constituir la psicología positiva, alejada de la psicología tradicional que se enfocaba en el diagnóstico y tratamiento de diversas patologías. A diferencia de la psicología positiva que se encuentra fuertemente vinculado con la promoción y prevención de la salud mental, el bienestar y por ende la calidad de vida.

La psicología positiva se construyó bajo la influencia de Csikszentmihalyi y su libro *Fluir o Flow* donde habla acerca de la experiencia óptima. A través de este escrito el autor exploró la felicidad como un estado de conciencia, tras la vivencia de una experiencia óptima. El término *Fluir*, es aquella sensación que mantiene al individuo absorto, concentrado e incluso consumido por algo que le genere placer y llame genuinamente su atención. Seligman adiciona que está estrechamente relacionada con la necesidad de formar parte de algo más grande. En segundo lugar, la experiencia óptima, se enfoca en destinar tiempo en una actividad placentera, para generar gratificación y alegría genuina (Campo, 2020). En otras palabras, el *fluir* es conectar con las actividades que generan satisfacción personal.

La psicología positiva tiene como objetivo una vida más activa, productiva, y plena. Además de identificar y potencializar las capacidades del sujeto. Esta rama de la psicología trabaja desde el componente emocional y el acompañamiento del proceso. Para Martin Seligman el ser humano es capaz de tomar decisiones, por ende, generar soluciones. Al incorporar una visión menos fatalista da como resultado una comunidad próspera (Espín, 2019). Cabe recalcar que este enfoque atraviesa los dos mundos, no se trata de una motivación lírica e irreal. Pues, se enfoca en una mejor adaptación del

individuo al medio en donde tras el desarrollo de herramientas personales. A continuación, se presentan las virtudes expuestas en la teoría de Peterson y Seligman para conocer las fortalezas de los participantes.

Cuadro 1.

Teoría de Peterson y Seligman

Virtudes	Fortalezas Personales
Conocimiento Sabiduría	- Curiosidad, perspectiva, mentalidad abierta, creatividad y pasión por aprender
Coraje	Vitalidad, persistencia, valentía e integridad
Humanidad	Generosidad, amor e inteligencia social
Justicia	Justicia, liderazgo y civismo
Templanza	Autocontrol, humildad y modestia, prudencia, perdón y compasión
Trascendencia	Humor, gratitud, espiritualidad, esperanza, apreciación de la belleza y excelencia.

Fuente: Peterson & Seligman en el 2004, basada en el texto "Desde la felicidad al bienestar: una mirada desde la psicología positiva", por S. A., Campo, 2020, Revista Reflexión e Investigación Educativa, 3 (1), p. 139.

Elaboración propia

La satisfacción personal se concatena con las habilidades de cada individuo por lo que Christopher Peterson y Martin Seligman en el 2004 desarrollan su teoría a la luz de las fortalezas personales y virtudes como un constructo alineado a la psicología positiva. En la *Cuadro 1* se describen las 6 virtudes, con 24 fortalezas ubicadas en cada categoría. La relación que guarda esta teoría con la felicidad se manifiesta como fortalezas personales. Por otra parte, un estudio similar sobre la construcción de virtudes y clasificación de fortalezas fue la puerta de ingreso para el análisis comparativo de perfiles entre culturas, regiones y países (Campo, 2020). Las fortalezas personales se traducirán en objetivos de actividades y ejercicios de psicología positiva aplicada.

Conceptualización de la Psicología Positiva

La segunda guerra mundial fue un punto de partida para cambiar el enfoque de la psicología. Seligman deja de lado el diagnóstico de trastornos, en su vez identifica elementos que componen la felicidad. Las áreas que se distinguen son: emociones positivas, compromiso, relaciones adecuadas, propósito y logro. El autor resalta que las emociones positivas son efímeras o momentáneas. Por eso se suman sus relaciones interpersonales gratificantes además del significado y objetivo de cada ser humano. Al igual que el logro, que se solventa con las fortalezas que adquiere alrededor de la vida el individuo para conseguir un propósito (Seligman, 2014). En resumen, para el autor la felicidad es indistinta a las diferentes realidades en tanto alcance estos principios básicos.

Finalmente, se pudo corroborar con los autores previamente citados que la psicología positiva es una rama de la psicología con un enfoque centrado en el bienestar, la felicidad, y la salud mental. La perspectiva positivista permite al individuo ver más allá de sus carencias ya sean materiales o ambientales, centrándose así en factores controlables y sobre todo potencializar sus fortalezas. Como toda teoría está sustentada a la luz de varios autores, no obstante, su creador es Martin Seligman quien ha trabajado a la luz de objetivos de desarrollo personal para conseguir que el individuo tenga una vida más feliz y por ende tenga una mejor calidad vital. Ciertos artículos mencionan que hasta cierto punto llega a ser político puesto que Seligman realiza un análisis cultural sectorizado a través de la *Big data* como él lo denomina.

Modelo PERMA

El modelo PERMA se ha desarrollado por Tayyab Rashid y Acacia Parks lo definen como un tipo de abordaje psicológico en el marco del asesoramiento, que busca potencializar las emociones positivas, una vida significativa y con compromiso. A través de 3 partes que corresponden a la evaluación de síntomas, intervención terapéutica y medición de resultados. Los autores antes mencionados emplearon esta

técnica para una población con trastorno depresivo, en donde distribuyeron estas tres etapas en catorce sesiones.

La psicología positiva a través del modelo PERMA es un modelo que se utiliza en la población de adultos mayores. Espín (2019) menciona que este método proporciona a la población herramientas que lo conduzcan al bienestar y la salud mental, y así lograr una vejez saludable. Es un modelo que se funde en las fortalezas de las personas, dotándole al adulto mayor de un sentido de vida, además de empoderarlo de su propia vida y la toma de decisiones. El modelo aplicado del modelo PERMA. Aunque, recientes estudios han adaptado el modelo a diferentes poblaciones y contextos con un propósito en común el incremento de bienestar y satisfacción vital.

Por otro lado, Seligman (2014) menciona que dentro del ámbito escolar, clínico, psicoeducativo se aplicó el modelo PERMA, incluso se utilizó en el ejército estadounidense en medio de la guerra con Irak. Al desarmar el acrónimo, Seligman (2011) manifiesta que la teoría del bienestar está compuesta por *Positive emotions* (emociones positivas), *Engagement* (compromiso), *Relationship* (relaciones positivas), *Meaning* (significado), y *Accomplishment* (logro). A continuación, se profundizará en torno a las aseveraciones de Espín (2019) juntamente con datos adicionales proporcionado por diferentes colaboradores.

Emociones Positivas

Las emociones cumplen un propósito, efectivizar una respuesta al ambiente. Con indicativos como: expresión facial, elementos fisiológicos y cognitivos. La finalidad de las emociones Feldman (2014) las clasifica en tres secciones, facilita la interacción social, preparar al individuo a la acción y a moldear el comportamiento. El autor base las clasifica en cinco principalmente: miedo, tristeza, ira, alegría e interés. Cada uno tiene una misión. Por ejemplo, la ira se produce para defender o atacar. El disgusto permite identificar elementos que no es posible confiar o percibir incomodidad. El temor se asocia a la cautela y protección. La tristeza por otro lado permite al individuo reintegrarse consigo mismo. Finalmente, la felicidad se asocia un elemento agradable

y por ende a la reproducción de aquel evento que genera bienestar.

Compromiso

Se refiere a la conexión profunda con una actividad, posándose sobre un estado de concentración óptima. Ese estado se conoce como *Flow* o *Fluir*, mediante esta el individuo obtiene herramientas que le permiten mantener una motivación intrínseca por más demandante que sea la tarea. Aunque también se habla acerca del *micro flujo*, que se refiere a pequeños momentos durante el día como escuchar una canción que sea de su preferencia, comer un platillo delicioso, o abrazar a un ser querido, a estos momentos cotidianos se les agrega una carga positiva, que contrarrestan los momentos malos o desagradables suscitados durante el día.

Relaciones Positivas

Al ser seres sociales están sujetos a la necesidad de establecer un contacto con terceros. Ahora bien, las relaciones tienen un componente directo de interacción. Ahora bien, el tener familia, amigos o pareja dotan de un sentido vital. A esto se suman los niveles de felicidad, pues aumentan gracias al apoyo social, que le permite al individuo percibir de manera positiva los acontecimientos de la cotidianidad. Además de proveer una sensación de colaboración e interdependencia. Dentro de las relaciones se consideraría ideal un apego seguro, aunque este tipo de apego es escaso en nuestro esquema social, por lo que predominan los evitativos y ansiosos. Por otro lado, es necesario considerar que esta área se refiere al acercamiento y por ende a la vulnerabilidad al permitir que el otro proporcione un apoyo incondicional.

Sentido

El sentido de vida es un componente importante dentro del enfoque positivista. Pues este se refiere al propósito de la persona frente a la vida. Por lo general, la significancia se somete a la espiritualidad y religiosidad. Por el nivel de pertenencia y colaboración con algo más grande que les permite ser útiles y proveer más de sí mismos por una finalidad mayor. Se considera como una motivación, como un objetivo macro al que se

direcciona. El sentido de vida ha sido un punto de reflexión desde la antigua Grecia, el cual lo define como razón de la existencia misma. Para llegar a esta única verdad, se requiere de introspección y autoanálisis para conocer el potencial que posee y canalizarlo en un fin prosocial.

Logro

El logro parte de un objetivo que se plantea el individuo, sobre el cual se establecen objetivos a corto plazo, para que, gracias a la suma del cumplimiento de estos pequeños objetivos, se logre el resultado esperado. Este apartado es esencial pues le genera al ser humano una sensación de satisfacción y logro. En el área cerebral, se genera una segregación de dopamina que se asocia al placer y felicidad. El mismo que actúa sobre los circuitos del cerebro que desencadena en una necesidad por generar y marcarse nuevas metas, activándose el circuito del logro. Se entiende además como parte de la validación humana, que se ve ligado con a la autoestima del sujeto.

Modelo PERMA en Adultos Mayores

El modelo PERMA ha sido aplicado en todo tipo de poblaciones, no obstante, el autor considera que en adultos mayores funcionaría igual de bien o mejor. Puesto que se concentra en propiciar un envejecimiento activo. Sumado a que, la psicología positiva maneja como principal objetivo el aumento de vivacidad y felicidad. Las actividades se emplean se dirigen a la evocación de momentos cumbre, donde los sentidos son cómplices de ese estado de complacencia. Un ejemplo que Espín (2019) menciona es el permitirles disfrutar de la música que le transporta a un buen recuerdo. Otra actividad propuesta es escribir en un diario cada día tres cosas positivas que ocurrieron ese día.

La visualización es un elemento altamente recomendado puesto que el adulto mayor podrá conectar con recuerdo y activas áreas cerebrales estimuladas por el recuperar memorias.

El adulto mayor está socialmente investido por la negatividad del paso de los años y las condiciones desfavorables que acarrea el envejecimiento. Es por eso que, Blinder (2015) citado por Espín (2019) refiere que el adulto mayor al experimentar emociones positivas es más proclive experimentar el bienestar en todas sus formas. A esto se suma, el flujo conceptualizado anteriormente como la sensación de satisfacción tras superar un desafío, ayuda a un afrontamiento favorable de la realidad. Esta sensación es necesaria, y lo obtiene por medio de actividades recreativas como lo son el baile, el canto, la pintura, el convivir con sus pares refuerza las relaciones sociales positivas. El compromiso propiciará a la identificación de fortalezas personales, al igual que las actividades y personas que contribuyen a sus emociones positivas.

El apartado religioso forma parte de la significancia que le permite sentir al sujeto que está en este mundo por una razón o misión que cumplirá. Se asocia a una religión o deidad que conduce su camino y lo lleva a tomar diferentes caminos. Para fomentar el significado en sus vidas las personas suelen rezar, meditar e incluso honrar a sus antepasados que han trascendido a otro plano. Frente a la sensación de soledad que percibe el adulto mayor, este es el refugio que lo dota de cuidado, compañía y propósito de existencia. A este apartado se suma el logro, en este punto del ciclo de la vida, se sugiere que las metas sean a corto plazo, de ser así permitirá crear una creencia propia que fomenta la resiliencia. Espín (2019) promueve el establecimiento de objetivos Smart que son medibles, realistas, sistemáticos y orientados a la acción.

CAPITULO II - MARCO METODOLÓGICO

1.1. Diseño de Investigación

El método general de la investigación corresponde al método científico en ciencias sociales. La presente investigación tiene una modalidad cuantitativa, enfoque no experimental, descriptivo con alcance correlacional de corte trasversal. El estudio se realiza en una muestra de 101 adultos mayores de la provincia de Tungurahua, con 67 mujeres y 34 hombres.

Método general del estudio es el hipotético - deductivo empleado en las ciencias sociales. Surge gracias a la cantidad de estudios del área sociológica a mediados del siglo XIX, se convierte en un método de las ciencias sociales que resignifica al método científico orientada al área social y comportamental. Con la ideología de explicar la razón por la que se presenta una determinada situación en un tiempo y lugar específico (De la Cruz, 2020). El método seleccionado sugiere la comprobación de la hipótesis planteada, la calidad de vida engloba al ser humano de manera holística por lo que, a través del estado del arte y varias líneas de estudio se descubrirán resultados objetivos que aporte a la ciencia.

La presente investigación es cuantitativa. Según Hernández et al. (2014), el enfoque se caracteriza por ser secuencial, probatoria, objetiva y deductiva. Sigue una sucesión de pasos, que parte desde la elaboración del marco teórico, donde surge diferentes hipótesis en las que se fundamenta la investigación; y se comprueba a través del análisis estadístico para comprobar la teoría propuesta. El presente estudio encaja con el modelo cuantitativo no solo porque se emplea una prueba estandarizada para evaluar calidad de vida en adultos mayores, sino también porque maneja un paradigma positivista. Como es característico de esta modalidad, los resultados se someten a una generalización para cuestionar la veracidad de la hipótesis planteada con mayor eficacia. Además, que la investigación cuantitativa otorga validez.

En lo que respecta al diseño de la investigación, es descriptiva con alcance correlacional de corte trasversal y no experiemetal. Se considera descriptivo, al

caracterizar la variable calidad de vida y sus dimensiones. Además, maneja un alcance correlacional, porque se contrasta el nivel de calidad de vida general y específico, con los datos sociodemográficos de la población para establecer una relación entre ambos. Por otro lado, como el instrumento se aplicó una sola vez se contempla dentro de un corte transversal, según Rodríguez y Mendivelso (2018), se realiza en un punto específico de tiempo, lo cual permite explorar la problemática, y establecer prioridades de atención. Por último, es no experimental, puesto que; Agudelo y Aigner (2008), exponen que este no altera las variables, como se evidencia en el estudio

1.4. Técnicas y Herramientas

Técnicas

Se utilizaron dos técnicas para recabar información fundamental, como las pruebas psicométricas que poseen el amparo científico para obtener resultados generalizados acerca de la temática de interés regulado por calificaciones estandarizadas. Al igual que la ficha sociodemográfica donde se contemplan datos personales de los participantes, para correlacionar los resultados de las pruebas con los datos recabados e interpretar como están ligados.

Técnica Psicométrica

La técnica de pruebas psicométricas pretende recolectar datos directamente de las personas, con un menor grado de interacción en comparación con la entrevista. El levantamiento de datos se efectúa a través de cuestionarios, test, o pruebas. Como toda técnica tiene sus ventajas y desventajas. El lado positivo es que facilita la comparación de resultados, debido a que las pruebas empleadas como instrumentos son estandarizadas, la generalización de datos es inminente en estas técnicas. Gracias a ello, la información obtenida posee mayor significancia (Useche, et al., 2020). Cabe recalcar que la técnica se desarrolla en relación con los objetivos de la investigación. En resumen, la prueba psicométrica permite obtener datos mayormente

confiables través de test para registrar un comportamiento observable.

Cuestionario

Es un instrumento que tiene como finalidad principal obtener datos de la variable de estudio. Se efectúa a través de una serie de preguntas con relación a la variable. Gracias a este se identifica las necesidades de la población evaluada, información necesaria para la creación del programa de intervención. Ahora bien, existen varios tipos, para el estudio se seleccionó la autoadministración, que se caracteriza por entregar de primera mano al participante para que desarrolle las preguntas en función a su realidad, sin la necesidad de un intermediario (Hernández, Fernández, y Baptista, 2014). El cuestionario se centró en los datos sociodemográficos y en calidad de vida del adulto mayor, el mismo que se les proporcionó directamente, para evitar sesgos de interpretación de las respuestas.

Herramienta

Las herramientas empleadas para el presente estudio fueron: la Escala de Calidad de Vida FUMAT la versión original, el cual engloba ocho dimensiones, distribuidas en 57 preguntas. En adición a la ficha Ad Hoc sociodemográfica semiestructurada, el cual se dividió en datos sociodemográficos y un apartado de variables clínicas centrado en la percepción de salud, hábitos tóxicos y patologías.

Escalada de Calidad de Vida Fumat

La herramienta de evaluación Fumat tiene dos versiones, la primera de 57 ítems y la segunda de 21, ambos con 8 dimensiones. El instrumento seleccionado fue la versión extensa porque permite recabar más información acerca de cada subescala. Con el objetivo de crear un programa de intervención en psicología positiva, enfocado en las áreas que se muestran como fortalezas en la población seleccionada. En adición, el enfoque de la prueba colinda con la elaboración de planes de intervención y seguimiento. Por otro lado, el idioma de origen se asemeja al contexto investigativo, motivo por el cual se refleja en las investigaciones latinoamericanas. Aunque el test tenga una cantidad de ítems considerables las preguntas son claras para evitar

confusiones, lo que facilita la aplicación a los adultos mayores.

La Escala Fumat, creado por Miguel Ángel Verdugo, Laura Elizabet Gómez y Benito Arias Martínez en el año 2009. Para evaluar objetivamente la calidad de vida de los usuarios. La significación se enfoca en las ocho dimensiones. Esta prueba tiene como población diana adultos desde los 18 años, aunque preferentemente se usa con adultos mayores. Con un tiempo de aplicación de 15 a 20 minutos, aunque esto varía según la edad y las condiciones de la población. Los materiales que se requieren con únicamente el manual y el cuadernillo de anotaciones (Verdugo, et al.,2009). En cuanto a la aplicación se hizo de manera presencial por lo que se les proporcionó el cuestionario y un esfero únicamente.

El instrumento comprende 57 ítems que evalúan el constructo de calidad de vida, los mismos que se disgregan en las ocho dimensiones que son Bienestar emocional, relaciones interpersonales, Bienestar emocional, Bienestar material, Desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social, y derechos. Las preguntas con opción de respuesta cerrada a través del método de escalamiento Likert de cuatro puntos que comprende: siempre o casi siempre 4, frecuentemente 3, a veces 2, y nunca o casi nunca 1. Los cuales se representan en el *Cuadro 2*.

Cuadro 2.

Dimensiones de Escala Fumat

Dimensiones	Indicadores
Autodeterminación	Autonomía, decisiones, elecciones, metas y preferencias personales
Derechos	Humanos; legales
Bienestar Emocional	Ausencia de estrés, ansiedad, sentimientos negativos, autoconcepto, relaciones sociales, satisfacción personal y vital
Inclusión Social	Integración en la comunidad, participación social, apoyos sociales
Desarrollo Personal	Trabajo, educación actividades de la vida diaria
Relaciones Interpersonales	Relaciones familiares, amistad y sociales.
Bienestar Material	Relaciones con la comunidad, ingresos, economía, posiciones, pertenencias, servicios comunitarios, vivienda (confortabilidad)
Bienestar Físico	Salud (consecuencias), salud (energía, vitalidad); salud general, servicios sanitarios, sueño

Nota: Verdugo, Arias & Schalock, 2009. Tabla ubicada en el manual de la Escala Fumat

El instrumento tiene la finalidad de evaluar la calidad de vida con la finalidad de establecer planes de apoyo con una medida fiable para la supervisión de procesos. Cuestionario Fumat fue validado por el Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO) de la Universidad de Salamanca establecida en España.

Tabla 1.

Consistencia interna de la escala

Escala Fumat	Alfa de Cronbach del instrumento	Alfa de Cronbach de la población
Bienestar emocional	,860	,730
Relaciones interpersonales	,807	,731
Bienestar Material	,604	,722
Desarrollo Personal	,918	,729
Bienestar Físico	,732	,728
Autodeterminación	,908	,730
Inclusión Social	,862	,730
Derechos	,774	,729
Escala Total	,962	,733

Fuente: Verdugo, Arias & Schalock, 2009. Manual de Escala Fumat. Tabla ubicada en el manual de la Escala Fumat y datos de la investigación

En cuanto a las propiedades psicométricas, tiene un Alfa de Cronbach general de $0,962$ y en Spearman-Brown es $0,894$. La consistencia interna también fue realizada por dimensiones en dos mitades entre Spearman-Brown y Alfa de Cronbach donde puntúan: Bienestar emocional ($0,901$); relaciones interpersonales ($0,753$); bienestar material ($3,08$), desarrollo personal ($0,928$), bienestar físico ($0,781$), autodeterminación ($0,845$), inclusión social ($0,870$), y por último en derechos ($0,823$) (Verdugo et, al.,2009). A través, de los datos empleados se comprueba la fiabilidad del instrumento y las subescalas. En otras palabras, es un instrumento con una alta fiabilidad.

En cuanto a la validez de contenido los autores afirman que se basaron en la revisión bibliográfica específicamente de *escalas de calidad de vida de Schalock y Keith, Escala de GENCAT y Escala Integral de calidad de vida de Verdugo, Arias, Gómez y Schalock*. En adición a la consulta de 15 jueces expertos que reformularon los ítems para que sea acorde a la población y constructo. Por otro lado, se añade el análisis de

validez discriminante a través de *clusters de k-medias*, donde se encontró tres niveles, el cluster 1 obtuvo una puntuación de 94,59%, y los *clusters 2 y 3* arrojaron un total de 100%. Para finalizar, se encuentra la validez convergente que se presenta frente a la correlación de las 8 dimensiones que oscilan entre 0,192 y 0,874.

Ficha sociodemográfica

El instrumento sociodemográfico tiene un objetivo, contrastar datos personales de los participantes con los obtenidos en la prueba psicométrica. Martínez y Subía (2022) citan a Magnusson y Jonsson (2007), quienes mencionan que la ficha Ad Hoc se adapta completamente al contexto, acorde a las exigencias del estudio. En la presente investigación a ficha de identificación sociodemográfica contiene datos como edad, sexo, estado civil, identificación étnica, procedencia, formación académica, situación económica, con quien vive, situación laboral actual, forma parte de un grupo de la tercera edad, apreciación de salud actual, patologías, consume medicamentos, y hábitos tóxicos. Con la finalidad de obtener información sobre varias aristas del contexto y obtener resultados más profundos.

La prueba estadística contiene un apartado con los siguientes datos: número de identificación, nombres y apellidos, sexo, edad cronológica (Verdugo et, al. 2009). No obstante, se consideró importante dividir la ficha sociodemográfica del presente estudio en dos apartados: datos sociodemográficos y variables clínicas. Tras la revisión bibliográfica realzan la influencia en su percepción. Si bien la psicología positiva se centra en las fortalezas, es necesario conocer los limitantes. Se indagó acerca de la perspectiva de su condición de salud que posee el participante al igual que si tiene alguna patología que se necesite considerar. En adición del consumo de estupefacientes y actividades en el tiempo libre, debido a la incidencia del estilo de vida que lleva en la calidad de vida. El área social incide al ser la red de apoyo.

Población, muestra y muestreo

La investigación se llevó a cabo en adultos mayores de la Provincia de Tungurahua del Ecuador, con un rango de edad superior o igual a 65 años. Con lo cual se contempla que su procedencia se equipara por población urbana y rural respectivamente. En su mayoría forman parte de grupos de la tercera edad cercanos a su localidad.

Los participantes del estudio son hombre y mujeres dentro del rango de tercera edad de la provincia de Tungurahua, Ecuador. Durante el periodo febrero – mayo 2023. Al encontrar información oficial actualizada acerca de la totalidad poblacional, se tomó datos del Censo del 2010. La información arrojada por el INEC (2010) menciona que en la provincia de Tungurahua existían 45,503 adultos mayores, el 8,4% de la población tungurahuese. Lo más probable es que estas cifras se hayan modificado en los últimos trece años. Debido a la muerte poblacional ocasionada por el *COVID - 19*, donde se consideró a la tercera edad como una población vulnerable.

Muestra

La muestra inicial de 150 participantes que, de la provincia de Tungurahua, Cantones de Baños, Ambato principalmente. La muestra final fue determinada por los criterios de inclusión que son: rango de edad mayor o igual a 65 años, con un estado cognitivo óptimo, que tenga condiciones sensorperceptivas adecuadas en visión, audición y motricidad fina, y finalmente que acepte participar firme el consentimiento informado. Por lo cual, el número de la muestra ya depurada es de 101 participantes. Posterior a la aplicación del instrumento, se ingresará los datos en el programa IBM SPSS versión 25 para analizar y correlacionar las variables. Con el estadístico no paramétrico Rho de Spearman. Rivas et al. (2013) lo identifica como la prueba indicada para correlacionar dos variables.

La muestra del estudio fue establecida por tipo de muestreo no probabilístico por conveniencia. Otzen & Manterola (2017) comenta que se enfoca en la accesibilidad de los participantes y disponibilidad en el tiempo específico que dure la investigación. Este

tipo de muestreo se empleó debido a los criterios de inclusión que son: un rango de edad igual o superior a 65 años, con sus habilidades sensorperceptivas en buen estado, Lo que permitirá establecer resultados de participantes que compartan diferencias y semejanzas para a posteriori establecer el plan de intervención que tiene como propósito mejorar la calidad de los adultos mayores de la provincia de Tungurahua.

Proceso Metodológico

Se identificó la necesidad de construir un programa de intervención para trabajar con adultos mayores, debido a que las organizaciones no tienen un plan definido para abordar al adulto mayor y promocionar la salud y el bienestar de estos. En función a ello se construyó el estado de arte que se centró en tres ejes principales: adultez tardía, calidad de vida y psicología positiva. Se identificó una población de acceso, dentro de la provincia de Tungurahua. Posterior a ello al conocer las características y limitantes de la etapa de la adultez tardía, se seleccionó la Escala de calidad de vida Fumat.

Se estableció contacto con los directores del GAD de Quisapincha y Picaihua, a través de una solicitud de autorización se presentó un documento escrito a los presidentes del GAD parroquial de Quisapincha y Picaihua, donde constan los siguientes datos: nombres completos del investigador, el número de matrícula, título del proyecto, el instrumento que se va a aplicar, que es la escala de calidad de vida Fumat; y la ficha sociodemográfica. En adición al motivo por el cual solicito el acercamiento con el grupo de adultos mayores. Tras el acercamiento con la población se les explicó acerca del estudio, y los beneficios que traería su cooperación para la creación de un plan de intervención de asesoramiento que procure su calidad vital.

Posteriormente se proporcionó el consentimiento informado donde consta el espacio para el nombre del participante, la procedencia académica universitaria del autor del proyecto, es decir universidad y carrera a la que pertenece. Además, se plasma el título del proyecto, el objetivo de este. Para finalizar se les pide su consentimiento para participar en la investigación, donde consta el acuerdo de confidencialidad donde se

reemplazará los datos por un código para precautelar su anonimato. Se procedió a explicar a los participantes en que consiste el estudio y los datos que se requieren en caso de que decidan participar. A continuación, se les proporcionaba el cuestionario donde constan los datos sociodemográficos y la escala de calidad de vida.

La línea de tiempo de recolección de datos se establece en cuatro momentos. El primer acercamiento fue con los adultos mayores pertenecientes a la parroquia de Quisapincha. Seguido de la ciudad de Baños situado en la parte urbana del cantón. a continuación, se evaluó a la asociación de policías retirados de la Ciudad de Ambato. Por último, se estableció contacto con los adultos mayores de la zona rural de Picaihua. La muestra inicial era 150 participantes que debido a la depuración de datos quedó en 101 personas.

Tras la obtención de datos, se calificó de manera manual a través de los baremos establecidos en el manual de la Escala de Calidad de Vida FUMAT. Posteriormente, se trasladaron los datos sociodemográficos y los resultados de cada dimensión en dos modalidades las puntuaciones naturales y los percentiles, y analizar los datos al estadístico IBM SPSS versión 25. Para generar la tabulación de datos, se obtuvo el Alpha de Cronbach de la prueba empleada de la población de estudio general y de cada dimensión. Además de establecer una correlación, a través del estadístico Rho de Spearman, entre los datos sociodemográficos y la escala de calidad de vida.

Gracias a la tabulación de datos fue posible identificar las dimensiones deficientes, con lo cual se elaboró el plan de intervención enfocado en la psicología positiva, basado en el modelo PERMA. El cual se centra en potencializar sus fortalezas y mejorar la calidad de vida de las personas.

Variables Sociodemográficas de la Muestra

La muestra inicial fue de 150 participantes, que debido a la muerte muestral se concluyó con 101. Los cuales están dentro de los criterios de inclusión que son: son

de 65 años en adelante, que tenga condiciones senso-perceptivas adecuadas, y finalmente que acepte participar firme el consentimiento informado. Los adultos mayores provienen de la provincia de Tungurahua, de Ambato, y Baños. Dentro del análisis sociodemográfico de la *tabla 1* se encuentra: edad, sexo, estado civil, identificación étnica, formación académica, situación económica, con quien vive, grupos de aplicación, y procedencia. Los resultados se analizaron a través de la Frecuencia (Fr), y el porcentaje (%).

Tabla 2.

Análisis descriptivo de variables sociodemográficas

Variables Sociodemográficas	Fr	%
Edad		
Viejo-Joven (65-75 años)	78	77.2
Viejo-Viejo (76 -85 años)	22	21.8
Edad Avanzada (>86 años)	1	1
Sexo		
Hombre	34	33.7
Mujer	67	66.3
Estado Civil		
Soltero/a	8	7.9
Casado/a	63	62.4
Viudo/a	20	19.8
Divorciado/a	10	9.9
Identificación Étnica		
Mestizo	98	97
Blanco	3	3
Formación Académica		
Primaria	52	51.5
Secundaria	29	28.7
Superior	11	10.9
Universitario	4	4
Ninguna	5	5
Situación Económica		
Muy buena	5	5
Buena	43	42.6
Regular	52	51.5
Mala	1	1
Vive con		

Solo/a	18	17.8
Pareja	47	46.5
Hijos	17	16.8
Pareja e hijos	15	14.9
Otros	4	4
Cantón		
Baños	29	28.7
Quisapincha	14	13.9
Ambato	41	40.6
Picaihua	17	16.8
Procedencia		
Zona Urbana	67	66.3
Zona Rural	34	33.7
Jubilado		
Si	51	50.5
No	50	49.5

Fuente: Datos de investigación
Elaboración propia

La edad de los participantes se segmentó en tres puntos desde la teoría de Papalia. Razón por lo cual se manejaron tres rangos: viejo – joven, viejo – viejo, y edad – avanzada (Papalia, et al., 2013). En cuanto a, viejo - joven, comprende edades desde 65 a 74 años. Viejo - viejo por otro lado va desde los 75 años hasta los 84. Por último, en edad avanzada se contempla a sujetos mayores de 85 años. Al respetar este criterio se entiende que el mayor porcentaje de la muestra se encuentra agrupada en la categoría de viejo – joven con un 77.2%, mientras que el 21.8% recae sobre viejo – viejo. Un dato relevante, es que, de la última categoría, edad avanzada, solo existe un participante, debido a la poca accesibilidad de esta población con los criterios de inclusión y exclusión expuestos con anterioridad.

En cuanto a la variable de sexo, se encontró que la mayor parte de la muestra está conformada por mujeres en un 66.3%, mientras que la presencia de los hombres se evidencia en un 33.7%. En cuanto al estado civil, se encontró que en el presente grupo el estado casado predomina con un 63%, seguido de las personas viudas con un 19.8%, sucedido por las personas divorciadas que engloban el 9.9%. Gracias al

anterior análisis se pudo concluir que la población soltera tiene el menor porcentaje de 7.9%. Por otro lado, en identificación étnica la etnia predominante es la *mestiza* con un 96%, en contraste los porcentajes menos significativos son el *blanco* con 3% y el *cholo* en un 1%.

La formación académica se subclasificó en cinco puntos, donde se encontró que tan solo el 4% de la muestra cursó la universidad. Aunque el 11% posee un nivel superior, el 29% cursó la secundaria. En contraste el 5% eran analfabetos por lo que no sabían ni leer, ni escribir. Gracias a la tabulación de datos se encontró que el 52% de la muestra cursó la primaria. Por otro lado, la situación económica se sub - clasificó en cuatro apartados, mala fue la más baja con 1%, seguido de muy buena con un 5%, el 43% de los participantes mantenían una situación económica pero la más representativa fue el 52% de la situación económica regular.

Dentro de la ficha sociodemográfica se contempló con quien vive, donde se encontró que el 47% de la muestra vive con su pareja, el 18% vive solo, el 17% residen con sus hijos, apenas el 15% se establece con su pareja e hijos, y por último el 4% vive con otros, lo que se sobreentiende como hermanos, o algún familiar cercano. En el apartado de *grupo de aplicación* que se refiere al lugar de donde se obtuvieron la información, el 40,6% fue de la ciudad de Ambato, seguido por un 28.7% que corresponde a Grupo de Baños. A continuación, está el conglomerado de Picaihua con un 16.8%, y por último el grupo con menor porcentaje es Quisapincha con un 13.9%. Debido a lo mencionado, es entendible que el 66,3% de la muestra se ve representado por la población Urbana, a diferencia de la Zona rural que contempla un 33.7%.

En el apartado de jubilado, donde se encontró que el 50.5% si son jubilados, mientras que el 49.5% pertenece a las personas que no perciben una pensión del estado, ya sea porque generan sus propios ingresos de diferentes formas o a su vez porque son mantenidos por sus familiares. Por otro lado, el área que evalúa el nivel de soledad en base a la percepción del individuo se encontró que el 58.4% de los participantes refieren sentirlo pocas veces, el 33.7% mencionan que es a veces y por último el porcentaje menos representativo es el de frecuentemente con un 7.9%. Para concluir,

en la arista evaluada donde consta si pertenece a un grupo de la tercera edad, el 57.4% de la muestra si forma parte, a diferencia del 42.6%.

Variables Clínicas

En el anterior apartado se habló de las variables sociodemográficos, no obstante, es necesario ampliar información de los participantes en variables clínicas relacionados directamente con la percepción que tiene acerca de su salud actual. Además de que se les pidió a los participantes que enlisten las enfermedades que han sido diagnosticadas. Por otro lado, se consideró los hábitos tóxicos como, el consumo de alcohol, tabaco y/ sustancias psicotrópicas que lleguen a alterar la conciencia. Los resultados de las variables cualitativas se analizaron a través de la Frecuencia, representado en la tabla como Fr, y la representación porcentual (%).

Tabla 3.

Análisis descriptivo de Variables Clínicas

Variables Clínicas	Fr	%
Apreciación de salud		
Muy Buena	10	9.9
Buena	36	35.6
Regular	50	49.5
Mala	5	5
Patologías		
Hipertensión Arterial	12	11.9
Cardiopatías	3	3
Diabetes	11	10.9
Hipertensión y otros	16	15.8
Otro	33	32.7
Ninguna	26	25.8
Consumo de medicina		
Si	66	65.3
No	35	34.7
Hábitos tóxicos		
Consumo de Alcohol		
Si	2	2
No	99	98
Fumar		
Si	4	4
No	97	96
Consumo de drogas		
Si	0	0
No	101	100

Fuente: Datos de investigación

En la variable salud, se encontró que el porcentaje más representativo es 49.5% correspondiente a la percepción *Regular*, seguido de una apreciación Buena con un 35.6%, la situación Muy buena con un 9.9%, finalmente se encuentra la percepción mala en un 5%. En el apartado de patología se encontró que el 3% de personas poseen algún tipo de cardiopatía. A nivel ascendente le sucede la Diabetes en un 10.9%, Hipertensión arterial que posee un 11.9%, ahora bien, existe una opción similar con la variante que considera Hipertensión arterial y otras patologías que se ve representado en un 15.8%. Por otro lado, se identificó que el 25.8% de los participantes no tienen ningún diagnóstico médico. Finalmente, el mayor porcentaje de los participantes que poseen otro tipo de patologías como artrosis, artritis, gastritis, cáncer, entre otros.

En cuanto al consumo de medicina diaria se evidenció que el 65.3% Si ingiere medicamentos, en contraparte el 34.7% no la consume. Por otro lado, se consideraron hábitos tóxicos, se estima que el 98% de la población no ingiere alcohol, y tan solo el 2% sí. Mientras que el 4% de los participantes fuman, el 96% que es su mayoría no fuma. Por último, se encontró que el 100% no consume sustancias psicotrópicas en la actualidad. Tras este análisis, se encontró que el consumo de diferentes sustancias alucinógenas o depresivas en la actualidad, aunque en el discurso en su mayoría refería que el consumo si se dio hace años atrás, por motivos diversos este cesó.

CAPÍTULO III: ANÁLISIS DE RESULTADOS

3.1 Análisis descriptivo

En este apartado se aborda el análisis de datos descriptivos tras la recolección de información a través de la ficha sociodemográfica y los resultados obtenidos en la escala de calidad de vida FUMAT, su primera versión, debido a que la cantidad de preguntas permite explorar el fenómeno con mayor precisión.

Escala de Calidad de Vida Fumat

Los resultados obtenidos en la variable Calidad de Vida, no se encuentran segmentados, es decir se consideró la muestra completa de adultos mayores. En cuanto a las medidas de distribución se contempló extraer de la muestra la media (X), desviación estándar (σ). Al ser necesario establecer los rangos polarizados de las respuestas en las diferentes dimensiones se consideró importante analizar el mínimo y máximo.

Tabla 4.
Fiabilidad

Alfa de Cronbach del instrumento	Alfa de Cronbach de la población
0,962	0.733

El Alpha de Cronbach del documento tiene una fiabilidad de 0,962 en el manual de la escala de calidad de vida FUMAT. Mientras que, el Alpha de Cronbach es de 0.733 del instrumento aplicado en la población de adultos mayores de la provincia de Tungurahua conformado de una muestra de 101 personas, tanto de la zona urbana como rural. Lo que significa que, aunque el cuestionario ha perdido la fiabilidad aun es aceptable y por ende es factible para el empleo de los resultados para la elaboración del plan de intervención.

Tabla 5.
Fiabilidad de cada dimensión

Dimensiones	Alfa de Cronbach
Bienestar emocional	0.730
Relaciones Interpersonales	0.731
Bienestar material	0.722
Desarrollo personal	0.729
Bienestar físico	0.728
Autodeterminación	0.730
Inclusión social	0.730
Derechos	0.729

Fuente: Datos de investigación

A modo general se identificó un Alfa de Cronbach de 0.733 general de la Escala Calidad de Vida FUMAT. Además, se calculó por separado las ocho dimensiones, donde se encontró que Bienestar emocional tiene 0.730, Relaciones interpersonales con 0.731, Bienestar material posee un 0.722, Desarrollo Personal tiene un 0.729, Bienestar Físico posee un 0.728, Autodeterminación con 0.730, Inclusión social maneja un 0.730, por último, el apartado de Derechos posee un 0.729 en su Alfa de Cronbach. Con lo que se concluye que el resultado obtenido marca que el instrumento en dicha población tiene una fiabilidad aceptable.

Tabla 6.
Análisis de resultados de las Dimensiones

Dimensiones	Media	Máximo	Mínimo	Desviación Estándar
Bienestar Emocional	11.45	14	7	1.41
Bienestar Material	8.4	12	1	2.88
Relaciones Interpersonales	11.35	13	6	1.52
Desarrollo Personal	12.07	15	8	1.49
Bienestar Físico	11.15	14	5	2.11
Autodeterminación	12.89	15	8	1.56
Inclusión Social	12.08	14	8	1.61
Derechos	11.47	14	6	1.78

Fuente: Datos de investigación

En cuanto al análisis de resultados se encontró que el puntaje mínimo en bienestar emocional es de 7 y el máximo es de 14, con una media de 11.45 y una desviación estándar de 1.41. En el bienestar material el puntaje máximo fue de 12 y el mínimo de 1, una media de 8.4. El apartado de relaciones interpersonales posee un máximo de

13 y un puntaje mínimo de 6, con una media estimada de 11.35. En desarrollo personal se encontró que el puntaje más alto fue de 15 y el más bajo de 8, y una media de 12.07. La autodeterminación obtuvo un valor máximo de 15 y un mínimo de 8, adicionado una media de 12.89. En cuanto a inclusión social 14 es el más alto y 8 es el mínimo, 12,08 es la media. Finalmente, derechos tiene un máximo de 14, y mínimo de 6 con una media de 11.47.

El nivel de calidad de vida se evalúa a través de las ocho dimensiones, en la *Tabla 6* se evidencia que los resultados son moderadamente altos. No obstante, las áreas identificadas con menor puntaje fueron: bienestar emocional el min. de 7 y el máx. de 14 puntos, una media de 11.45. Inclusión social con un valor máximo de 14 y mínimo de 8 mínimo, 12,08 es la media. La Autodeterminación posee una media de 12.89. El apartado de Relaciones interpersonales posee un máximo de 13 y un puntaje mínimo de 6, con una media estimada de 11,35. En desarrollo personal se encontró que el puntaje más alto fue de 15 y el más bajo de 8, y una media de 12.07. La desviación estándar en general se mantiene cerca de la media poblacional

Tabla 7.

Nivel de calidad de vida

Rangos de Calidad de vida	Frecuencia	Porcentaje
Alto (103-123)	78	77.2%
Medio (83 -102)	22	21.8%
Bajo (62-82)	1	1%
Total	101	100%

Fuente: Datos de investigación

Los resultados obtenidos de la Escala de Calidad de Vida en general acerca del nivel de calidad de vida estimado de la población participante fue en su mayoría alto que se encuentra enmarcado en las puntuaciones transformadas a través de los baremos para determinar el Índice de calidad de vida establecido desde 123 hasta 103, en un (77.2%). El nivel medio comprende desde 102 hasta 83 obtuvo un (21.8%) y el resultado más bajo encontrado fue de un (1%) que se encuentra en un espacio contemplado entre el 82 y el 62. En resumen, el mayor porcentaje de los participantes goza de un nivel de calidad de vida Alto.

Una investigación realizada en Ecuador en la comunidad indígena de Pilahuin, donde

Solís y Villegas (2021) se encontró que el nivel de calidad de vida es bajo en un 75%. Las características evaluadas fueron: autoaceptación, autonomía, relaciones positivas, bienestar psicológico, crecimiento personal, propósito de vida, y dominio del entorno. Las áreas con mayor déficit fueron de crecimiento personal y relaciones positivas. Ahora bien, la población pertenece a una procedencia rural, con lo cual los datos sociodemográficos influyen en la calidad de vida del adulto mayor. A diferencia del presente estudio que se efectúa en el área rural y urbana.

Por el contrario, en un estudio realizado en Ecuador, específicamente en la ciudad de Cuenca con adultos mayores no institucionalizados. Samaniego, y Quito (2022) refieren que el nivel de calidad de vida es moderadamente alto en un 51,5%. Se evaluaron cuatro apartados: desarrollo físico, psicológico, relaciones sociales y ambientales con relación a los datos sociodemográficos. Donde no se evidenció una diferencia significativa en el sexo. No obstante, en el apartado de estado civil y relaciones sociales, se encontró que el divorciado obtuvo una puntuación superior en esa área, pero el viudo tiene un mejor resultado en el desarrollo del ambiente. En cuanto al nivel de instrucción el 41,6% cursaron la secundaria. Con lo cual, se concluye que, al tener un ambiente mejor valorado, tendrá una calidad de vida más alta.

3.2. Análisis Correlacional

El análisis correlacional se estableció a través de la ficha sociodemográfico y la escala de calidad de vida FUMAT para poder establecer relación y así analizar la posible significancia con las variables establecidas tanto sociodemográficas como clínicas.

Pruebas de normalidad

La prueba de normalidad o de distribución libre es una técnica estadística que sirve para comprobar si se distribuyen los datos de manera continua, estos están sujetos a la media y la desviación típica del estudio. Dando como resultado una distribución normal o no normal. La distribución normal se caracteriza por tener una muestra inferior a 30 participantes. Mientras que, la distribución no normal se considera cuando el número de participantes es mayor a 30 y un nivel de significancia menor a 0,005 (Malpartida y Rojas,2021). El presente estudio empleó la prueba de Kolmogorov–Smirnov por el número de muestra de 101 participantes que es el grado de libertad (gl), y se obtuvo un nivel de significancia es de 0,000, por lo que se considera que es de tipo no paramétrico. Se emplea una prueba no paramétrica.

Durante el proceso estadístico se conserva la hipótesis nula, la distribución de la muestra es normal; y como hipótesis alternativa se menciona que presenta una distribución no normal. La hipótesis alternativa se acepta debido a que el nivel de significancia según Kolmogorov-Smirnov es menor a 0.05. Por lo cual, se concluye que es de tipo no paramétrico (Malpartida y Rojas,2021). El siguiente paso es seleccionar la prueba estadística no paramétrica. Al ser un estudio de alcance correlacional, la prueba empleada es Rho de Spearman, que es prueba estadística no paramétrica empleada para definir la magnitud de asociación entre dos variables. En la presente investigación se evalúa el nivel de correlación entre las dimensiones de calidad de vida y los factores sociodemográficos de la población.

Tabla 8.*Prueba de normalidad*

	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Estadístico	gl	Sig.
Bienestar emocional	,234	101	,000
Relaciones interpersonales	,257	101	,000
Bienestar Material	,146	101	,000
Desarrollo Personal	,177	101	,000
Bienestar Físico	,189	101	,000
Autodeterminación	,191	101	,000
Inclusión Social	,218	101	,000
Derechos	,130	101	,000

Fuente: Datos de investigación

Análisis con Rho de Spearman

La prueba estadística no paramétrica de correlación Rho de Spearman se caracteriza por establecer una relación entre dos variables. Se empleó este estadístico debido a la finalidad correlacional del estudio entre la calidad de vida y datos sociodemográficos. Donde el nivel de significancia se ve reflejado en un valor menor a 0,05, o a su vez si hay mayor significancia menos de 0,01. En base a ello se establece que los elementos tienen correlación entre las dimensiones de la escala de calidad de vida y los variables sociodemográficas y clínicas. En conclusión, se acepta la hipótesis del estudio que si influyen las características sociodemográficas en la calidad de vida del adulto mayor.

Tabla 9.*Correlación entre calidad de vida y datos sociodemográficos*

Datos Sociodemográficos	Categorías	Calidad de vida	Frecuencia	%	Correlación	Sig.			
Estado civil	Soltero	Nivel Alto	2	25	-.343**	.000			
		Nivel Medio	6	75					
		Total	8	100					
	Casado/a	Nivel Alto	48	76.2					
		Nivel Medio	14	22.2					
		Nivel Bajo	1	1.6					
		Total	63	100					
	Viudo/a	Nivel Alto	19	95					
		Nivel Medio	1	5					
		Total	20	100					
	Divorciado/a	Nivel Alto	9	90					
		Nivel Medio	1	10					
		Total	10	100					
		Apreciación de la Salud	Muy buena	Nivel Alto			9	90	.295**
	Nivel Medio			1			10		
Total	10			100					
Buena	Nivel Alto		33	91.7					
	Nivel Medio		3	8.3					
	Total		36	100					
Regular	Nivel Alto		33	66					
	Nivel Medio		16	32					
	Nivel Bajo		1	2					
	Total		50	100					
Mala	Nivel Alto		3	60					
	Nivel Medio		2	40					
	Total		5	100					

Fuente: Datos de investigación

En la *tabla 9* se evidencia la correlación entre el nivel de calidad de vida general y los datos sociodemográficos significantes que fueron estado civil y apreciación de la salud. El estado civil con relación a la calidad de vida tiene una correlación negativa baja de $-.343$. Lo que se traduce en que la correlación va en sentido contrario, mientras que, una variable sube la otra baja. Lo cual, presenta un nivel alto de calidad de vida las personas viudas con un 95%. A diferencia de una investigación realizada en la ciudad de México por Soria y Montoya (2017), donde justifica que él 66,99% de personas que

viven con pareja tienen un mayor nivel de calidad de vida. Debido a las diferencias socioculturales se entiende porque los resultados entre ambos contextos son distintos.

Por otro lado, se encontró que existe una correlación positiva baja de ,295** entre la apreciación de la salud y el nivel de calidad de vida. Es decir, la relación de las dos variables va en el mismo sentido, es decir es proporcional. Arévalo, Game, Padilla (2021) afirman que la mala percepción de calidad de vida interfiere en la calidad de vida del adulto mayor, con una correlación de ,456**. Además de especificar que este patrón posee mayor relevancia en los adultos mayores no profesionales. En la presente investigación, el 91.7% de adultos mayores que poseen un nivel de calidad de vida alto, son los que tienen una percepción buena de su salud física.

Tabla 10.

Correlaciones entre dimensiones y datos sociodemográficas

Variables Sociodemográficas	Coeficiente Rho	Dimensiones de Calidad de Vida (FUMAT)						
	BE ¹	RI ²	BM ³	DP ⁴	BF ⁵	AU ⁶	IS ⁷	DE ⁸
Edad	0,022	0,197*	-0,002	-0,007	-0,118	0,035	0,003	0,103
Sig.	0,829	0,048	0,984	0,948	0,241	0,726	0,978	0,307
Sexo	-0,084	0,076	-0,132	-0,156	-0,260**	-0,001	-0,017	-0,004
Sig.	0,406	0,452	0,187	0,120	0,009	0,994	0,864	0,965
Estado civil	0,198*	0,138	0,197*	0,140	0,136	0,228*	0,155	0,141
Sig.	0,047	0,168	0,048	0,164	0,174	0,022	0,122	0,159
Nivel Educativo	-0,057	0,149	0,156	-0,022	-0,057	-0,023	0,231*	0,060
Sig.	0,571	0,136	0,120	0,829	0,572	0,820	0,020	0,550
Situación Económica	-0,371**	-0,060	-0,309**	-0,199*	-0,215*	-0,099	-0,106	-0,154
Sig.	0,000	0,548	0,002	0,046	0,031	0,326	0,291	0,123
Grupo de Aplicación	-0,053	0,173	0,217*	0,124	0,099	-0,012	0,028	0,208*
Sig.	0,598	0,084	0,029	0,218	0,327	0,906	0,777	0,037

Nota: ** = La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral). * =La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral). ¹ = Bienestar emocional, ² = Relaciones interpersonales, ³ = Bienestar material, ⁴ = Desarrollo personal, ⁵ = Bienestar físico, ⁶ = Autodeterminación, ⁷ = Inclusión social, ⁸ = Derechos

En la correlación de las dimensiones de calidad de vida con las variables sociodemográficas se encontró una correlación positiva muy baja de 0,197, entre edad

y relaciones interpersonales. Lo cual, según establece Soria y Montoya (2017), es considerado uno de los principales grupos vulnerables a la discriminación, por una percepción negativa ligada a la ineficiencia, dependencia, involución, y menor productividad. Se asocia también al nivel de independencia y autonomía que tenga el adulto mayor. Puesto que, incluso pierde su capacidad de decisión dentro del contexto social y familiar. No obstante, los grupos de adultos mayores genera un soporte importante en esta área, puesto que entre pares existe un mejor entendimiento y contención debido al nivel de identificación.

En cuanto a la variable sexo con la dimensión de bienestar físico existe un nivel de correlación bajo, $-.260^{**}$. Lo que se traduce en una relación negativa, dado que el 66.3% de participantes son mujeres, y el 74,6% mantiene una puntuación alta, a diferencia los hombres que tienen un 82.4%. En una investigación efectuada en el Ecuador específicamente en la ciudad de Cuenca, donde López, Quesada y López (2019) refieren que, las mujeres de su población tienen una perspectiva negativa de la adultez, debido a que los hombres poseen mayor puntuación en áreas como es el funcionamiento y desempeño físico. Dado que, los hombres mantienen mayores actividades física grupal a través de deportes como el futbol, y el voleibol.

Por otro lado, la situación económica tiene una correlación entre cuatro áreas. Las dimensiones que poseen una significancia baja son: bienestar emocional con un $-.371^{**}$, bienestar material con un $-.309^{**}$, y bienestar físico con $.215^*$. Mientras que el apartado de desarrollo personal posee una significancia muy baja de $-.199^*$. Según López et al. (2019), las puntuaciones más altas de calidad de vida lo tienen las personas que tienen mayor poder adquisitivo, al igual que puntuaciones más altas en el apartado emocional como: vitalidad, salud mental y funcionamiento social. A diferencia de las personas con un nivel económico menor, donde se relaciona con problemas médicos.

Tabla 11.*Correlaciones entre el Fumat y las variables clínicas*

Coeficiente Rho	Dimensiones de Calidad de Vida								
	Variables Clínicas	BE	RI	BM	DP	BF	AU	IS	DE
Apreciación actual de la salud	-,301**	0,001	-,243*	-0,152	-,321**	-0,094	-0,127	0,011	
Sig.	0,002	0,992	0,014	0,130	0,001	0,349	0,206	0,910	
Consume medicamentos	,207*	0,118	0,180	,214*	0,186	0,163	0,098	-0,174	
Sig.	0,037	0,240	0,071	0,032	0,063	0,103	0,332	0,081	

Nota: ** = La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral). * =La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral). ¹ = Bienestar emocional, ² = Relaciones interpersonales, ³= Bienestar material, ⁴= Desarrollo personal, ⁵= Bienestar físico, ⁶= Autodeterminación, ⁷= Inclusión social, ⁸= Derechos

Dentro de las variables que se estableció mayor significancia en el apartado clínico es la apreciación de salud que en su mayoría es con tendencia regular, es una variable significativa en la correlación con el nivel de calidad de vida. Aunque la mayoría de los participantes poseían otro tipo de enfermedades que se especificó que eran de tipo motor y orgánico no son tan repetitivas en la muestra. La siguiente con mayor puntuación ya se contempla como una unidad o en conjunto por las patologías que lo acompañan es la hipertensión. En base a Duran et al. (2022), una de las enfermedades crónicas con mayor número de casos en adultos mayores es la Hipertensión arterial, que es un factor de riesgo hacia diferentes patologías, debido a la modificación de los sistemas especialmente el hormonal y el renal.

En cuanto a la apreciación actual de la salud del adulto mayor se relaciona con tres dimensiones. El nivel de significancia es bajo en las áreas de, bienestar emocional con $-,301^{**}$; el bienestar físico de $-,321^{**}$; y el bienestar material de $-,243^{*}$. La apreciación de salud se divide entre muy bueno, bueno, regular y mala. Donde 50 participantes que se ubican dentro de una salud regular, el 66% tienen un nivel de calidad de vida alto. Por lo que, se entiende que mantenga una relación negativa; mientras una variable sube la otra baja. López et al. (2019) menciona que la percepción de la salud está sujeta al nivel educativo, económico, y una estabilidad mental en buenas condiciones.

Por último, el consumo de medicamentos tiene una significancia baja en las áreas de bienestar emocional con un $,207^{*}$ y desarrollo personal con un $,214^{*}$. Mantiene una

relación positiva es decir es equivalente y las dos variables van en el mismo sentido. Lo que significa que a mayor consumo de medicamentos mayor a nivel de calidad de vida en las áreas que se precisaron con antelación. Ya que, el 65,3% ingiere fármacos diarios. Según Sánchez, Escare, Castro, Robles, Vergara, y Jara (2019) el 90% de adultos mayores consume fármacos, con una mayor incidencia en mujeres y en personas con un nivel de instrucción bajo. No obstante, a largo plazo se evidencian efectos nocivos como alteraciones del sueño, depresión, somnolencia, taquicardia y alteraciones en el equilibrio. Por otro lado, ayuda a mantener un estilo de vida más funcional.

Comprobación de Hipótesis

La hipótesis del estudio es, la calidad de vida es mayor en función de las determinadas características sociodemográficas. Para comprobar la certeza de la hipótesis existe una serie de pasos. En primer lugar, se efectuó un análisis estadístico donde se establece una correlación entre el nivel de calidad de vida general y los datos sociodemográficos; a través del estadístico SPSS. Donde se identificó el nivel de significancia entre ambas variables. Por lo que, la hipótesis de trabajo se confirma, en la *tabla 7* se visualiza el nivel de correlación del estado civil y la percepción de salud física con relación a un nivel alto de calidad de vida de los adultos mayores.

Propuesta de Intervención Psicológica

1. Nombre de la propuesta:

Propuesta de Intervención para la Calidad de Vida en Adultos Mayores a través de la Psicología Positiva

2. Datos informativos:

Nombre de la institución:

Ubicación geográfica y dirección: Tungurahua, Baños, Ambato, Picaihua y Quisapincha

Tiempo estimado para la ejecución: tres meses y medio

Beneficiarios:

- Directos: Adultos mayores
- Indirectos: Entidades encargadas de los grupos de tercera edad

Personal administrativo y técnico:

- Responsable de la propuesta: Stefanie Gissel Ortiz Gavilanes
- Equipo de trabajo: Coordinadores de los grupos de la tercera edad

Presupuesto: aproximado de los costos según el personal que participa en la ejecución de la propuesta de acuerdo horas-cantidad de personas, también los materiales, pruebas psicológicas, software, movilización, entre otros aspectos que se requieran.

Recursos	Monto
Humanos	300
Materiales y suministros	200
Material bibliográficos	50
Material tecnológico	200
Recursos técnicos	100
Imprevistos	150
Total	1000

3. Justificación

Se evaluó a un total de 101 personas de la tercera edad, 67 mujeres y 34 hombres. La muestra se encuentra dividida en el 40.6% del cantón de Ambato, el 28.7% provienen de Baños. En las parroquias de Picaihua con un 16.8% y Quisapincha con 13.9%. La mayor parte de la población cuenta con un nivel básico de educación en el que saben leer y escribir, dado que, dentro de la formación académica el 51,5% de la población cursó la primaria. La edad es un parámetro que considerar debido a que el 77.2% poseen una edad entre 65 a 74.m La identificación étnica en un 96% es mestiza.

Por otro lado, el estado civil predominante en la población es de personas casadas en un 62.3; lo que evidencia el contraste pues el 46.5% vive con su pareja, en adición al 14.9% que reside con pareja e hijos. Dicho elemento se asocia con el nivel de soledad poco frecuente que fue considerado en un 58.4% En cuanto a la situación económica en un 51.5 es regular, pero con una diferencia poco considerable esta la buena con un 42.6%. Debido a que, el 50.5% son jubilados o a su vez reciben una pensión por parte del gobierno. En cuanto a la participación social, se encontró que el 57.4% pertenece un grupo de la tercera edad.

La calidad de vida tiene una estrecha relación con la percepción de salud. Por ese motivo se consideraron las variables clínicas, donde se encontró que el 49.5% tiene una apreciación de la salud regular. Las patologías más comunes fueron Hipertensión arterial en un 11.9% sumado al apartado de Hipertensión y otros que posee un 15.8% de los participantes, y diabetes en un 10.9%. Un dato adicional es que el 25.6% no tienen un diagnóstico de ninguna enfermedad. Por lo cual, fue necesario conocer acerca del consumo de medicina diario donde se encontró que el 65,3% si lo hace. Dentro de los hábitos tóxicos se encontró que el consumo de licor fue el 2%, similar al consumo de tabaco que fue 4%. Como dato particular se encontró que el consumo de drogas fue nulo.

Para evaluar adaptación se utilizó la escala de calidad de vida FUMAT y se encontró que el índice de calidad de vida en la población es alto en su mayoría. El instrumento se divide en ocho dimensiones que son: bienestar emocional, bienestar material,

relaciones interpersonales, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social, y derechos. Las áreas evaluadas dentro del ámbito psicológico que tienen una puntuación moderada son: bienestar emocional con una media de 11.45; relaciones interpersonales con 11.35, desarrollo personal de 12.07; autodeterminación tiene una media de 12.89; y por último la inclusión social con un 12.08.

4. Objetivos(s)

Proponer un plan de intervención psicológica para la calidad de vida en adultos mayores desde la Psicología Positiva

5. Planificación general y temporalización de la propuesta

El programa de intervención se desarrolla dentro de la psicología positiva a través del modelo PERMA, sus siglas en ingles representan los siguientes pilares de la teoría: *Positive emotions, Engagement, Relationships, Meaning, Accomplishment*. Los cinco constructos presentados se entrelazaron con las áreas a mejorar identificadas a través de la Escala de calidad de vida Fumat: bienestar emocional, relaciones interpersonales, inclusión social, desarrollo personal y autodeterminación. El presente plan se llevará a cabo en tres meses y medio, debido a que consta de 14 sesiones, las mismas que se efectuarán un día a la semana por un tiempo estimado de dos horas.

Tabla 12.*Resumen de la propuesta de intervención psicológica*

Sesiones	Área de intervención	Objetivos	Técnicas	Actividades	Recursos	Tiempo
1	Área Cognitiva: Evaluar	Diagnosticar el nivel de calidad de vida en los adultos mayores	Psicométrica	Aplicar la escala de calidad de vida Fumat adicional a la ficha sociodemográfica	Escala de calidad de vida Fumat y la ficha sociodemográfico impresos	2 horas
2	Área Afectivo-Social: Autocuidado Convivencia social	Sensibilizar sobre la importancia del autocuidado corporal para la mejora de calidad de vida	Danza movimiento terapia	Se lleva a cabo una serie de movimientos controlados con ayuda de una pelota a través del baile	Instructor Parlantes Computadora Pelotas	2 horas
3	Social: Relaciones sociales Gratitud	Fortalecer los lazos sociales, para contribuir con un ambiente favorable en el grupo	Una sorpresa en cada rincón	Escribir una acción y sentimiento positivo de una persona del grupo y esconderlo en donde el participante lo encuentre fácilmente.	Hojas Esferos Sobres	2 horas
4	Social-Afectiva: Relaciones interpersonales Autoconocimiento Fortalezas	Generar colaboración a través del autoconocimiento de los participantes	Mi escudo	El escudo se compone de los aspectos positivos de cada uno al igual que de fotos o recortes de sus logros. Para luego designar diferentes responsabilidades en base a las fortalezas	Cartulinas Fotos Marcadores Pegamento Tijeras Pizarra	2 horas
5	Emocional: Bienestar emocional Emociones positivas	Identificar emociones placenteras como displacenteras	Rincón de la belleza	Identificar una figura, u gráfico que considere agradable visualmente	Recursos humanos	2 horas
			Emoción -arte	Ver un cortometraje, identificar las emociones positivas, e integrar un dibujo donde se mencione como se sienten al respecto. Distinguir el nivel de identificación con los personajes	Computador Proyector Hojas Colores Video	

6	Emocional: Emociones positivas Bienestar emocional	Identificar estrategias de afrontamiento en situaciones problemáticas para mantener el bienestar emocional	Registro de emociones Redescubre tus estrategias	Anota las emociones experimentadas alrededor de la semana y las situaciones que las provocaron En papel de color amarillo se coloca situaciones que generen malestar y aun no este resultas. En el verde se escribe las situaciones que ha aceptado	Hojas Esferos Mesa Cartulinas Esferos	2 horas
7	Cognitiva – Conductual: Autodeterminación Logro	Incentivar el compromiso para conseguir la meta establecida	Máquina Registradora	Escribir los logros alcanzados, seguido de un desafío diario y anotar como lo cumplió, al finalizar escribirá el impacto del compromiso e identificará nuevas actividades por hacer y con ella una promesa de cumplimiento.	Libretas Esferos Pizarra Colores	2 horas
8	Cognitiva – Conductual: Autodeterminación Logro	Fortalecer la autodeterminación en función del cumplimiento de los objetivos	Mi vida ideal Visualización	Proyectar su vida ideal de aquí a un año	Libretas Esferos Pizarra Colores sobres	2 horas
9	Cognitiva, Afectiva, Conductual: Desarrollo Personal Propósito	Potencializar el desarrollo personal desde el cumplimiento del propósito.	Tú tienes la llave	Seleccionar un objetivo a corto plazo que no se ha cumplido y explicar el porqué Proponer al menos 3 estrategias para poder cumplirlo y seleccionar un día que lo realice	Libretas Esferos Pizarra Colores Marcadores	2 horas
10	Cognitiva, Afectiva, Conductual: Desarrollo Personal Logro	Reconocer el desarrollo personal a través de los logros a corto plazo.	Disfrutar el camino	Dibujar un camino, hacer una historia de vida donde ponga sus logros,	Hojas Colores Pizarra Marcadores	2 horas
11	Social -Emocional: Inclusión social Emociones positivas	Fomentar la inclusión social en el grupo desde las emociones positivas	Las reglas del juego	Enlistar algunas situaciones para establecer las reglas que fomenten una sana convivencia	Hojas Colores Pizarra Marcadores	2 horas
12	Social -Emocional: Inclusión social	Fomentar la inclusión social	Banco de ayuda	Cada uno describirá cualidades propias que ayuden al otro en las tarjetas, y en otras	Tarjetas Esferos	2 horas

	Relaciones positivas	en el grupo desde las relaciones positivas		cartulinas se especificarán las necesidades, posteriormente seleccionarán en base a su necesidad esa cualidad que les podría ser de ayuda	Cinta adhesiva	
13	(Todas las Áreas) Cierre del programa	Evaluar el impacto del programa en su objetivo vital	Disfrutar del camino	Dibujar un camino y poner sus logros dentro del programa de intervención	Hojas Colores Pizarra Marcadores	2 horas
14	(Todas las Áreas): Evaluación	Evaluar el plan de intervención desde la perspectiva de beneficiarios directos e indirectos	Guía MIFP - Evaluación final del proceso de intervención	Los participantes en conjunto con el profesional llenaran una serie de preguntas del efecto que ha traído el programa	Guía MIFP - Evaluación final del proceso de intervención	2 horas

Nota: Se deben incluir como mínimo 8 sesiones para la intervención psicológica, además, de al menos una sesión para el diagnóstico y otra al final para la evaluación.

Fases de la propuesta de intervención psicológica:

Fase I: Diagnóstico: se aplicó la escala de Fumat a los adultos mayores

Fase II: Intervención psicológica

- a. **Desarrollo de la intervención:** diseño de matrices operativas de intervención (ver tabla 2)

Tabla 13.
Sesión 1

Sesión 1						
Tema: Evaluación						
Objetivo: Diagnosticar el nivel de calidad de vida en los adultos mayores						
Área de intervención: Cognitiva						
Etapas	Objetivos específicos	Actividad	Técnicas	Recurso	Tiempo	Logro
Introducción	Socializar las instrucciones	Explicación del instrumento psicométrico	Técnica Psicométrica	Computador	30 min	Ejecución adecuada de la actividad. Seguimiento adecuado de las instrucciones del instrumento.
Desarrollo	Diagnosticar las necesidades de la población.	Aplicación de la Escala de Calidad de Vida Fumat	Aplicación de: Hojas de consentimiento informado. Ficha sociodemográfica Escala de calidad de vida Fumat.	Instrumento	1 h	Identificar el nivel de calidad de vida global y específico para desarrollar el programa de intervención acorde a las necesidades de la población Aplicación completa de todos los instrumentos por cada participante.
Cierre	Calificar el nivel de calidad de vida global y específico de cada área.	Criterio de calidad	Técnica Bibliográfica (Perez LLantada, 2009) El experto calificará las pruebas basándose en los baremos establecidos dentro del manual de la escala de calidad de vida Fumat, para establecer el nivel de calidad de vida global y distinguir las puntuaciones de cada área para trabajar durante la intervención	Computador	30 min	Diagnosticar las necesidades para ajustar el plan de intervención en función de las áreas identificadas como problemáticas y las demandas que tiene la población.
Evaluación de la sesión por el beneficiario:						

Tabla 14.
Sesión 2

Sesión 2	
Tema: Introducción al programa	

Objetivo: Sensibilizar sobre la importancia del autocuidado corporal para la mejora de la calidad de vida						
Área de intervención: Afectivo - social.						
Etapas	Objetivos específicos	Actividad	Técnicas	Recurso	Tiempo	Logro
Introducción	Incluir la mayor cantidad de miembros del grupo en la actividad.	Explicación previa sobre los beneficios del programa	Bailoterapia	Computador	30 min	Conseguir la participación de los miembros del grupo, al respetar su habilidad de movimiento.
Desarrollo	Empoderar sobre la necesidad en la práctica física en la calidad de vida de la población	Atención a las necesidades físicas, psicológicas y sociales	Danza movimiento terapia Los participantes tomaran distancia, al menos de 1 metro a la redonda para tener la suficiente amplitud, y se les proporciona una pelota liviana. Para seguir las instrucciones del profesional Enlace: https://www.youtube.com/watch?v=W-rKBvShm_g Escribe y verbaliza la respuesta a la siguiente pregunta: ¿Cómo cree que el baile se asocia con el autocuidado? ¿Qué sensación se le viene a la mente tras hacer la actividad? ¿Cómo ayuda el autocuidado a su salud mental y física?	Instructor Parlantes Computador Pelotas	1 h	Identificar la sensación corporal de bienestar y expresarlo verbalmente en el grupo.
Cierre	Valorar el cumplimiento de los objetivos de la sesión	Criterio de calidad	Se hace una lluvia de ideas en la pizarra acerca de actividades que fomenten el autocuidado y lo implementen en su vida diaria dentro del grupo de trabajo. Se implementa el uso de una bitácora donde escribirán las actividades que acogerán en su diario vivir y se comprometan a realizar.	Computador	30 min	El proceso de evaluación de un programa según Juste (1997) tiene 3 momentos: inicio, desarrollo, y final. Pérez Llantada (2009) refiere que la primera fase evalúa la calidad intrínseca, la pertinencia y la viabilidad. A través de la actividad se identificarán las necesidades en la práctica del autocuidado.
Evaluación de la sesión por el beneficiario:						

Tabla 15. Sesión 3

Sesión 3						
Tema: Relaciones Interpersonales - Relaciones Positivas						
Objetivo: Fortalecer los lazos sociales, para contribuir con un ambiente favorable en el grupo.						
Área de intervención: Social						
Etapas	Objetivos específicos	Actividad	Procedimientos/Técnicas	Recurso	Tiempo	Logro
Introducción	Socializar la actividad con los participantes	Socialización	Una sorpresa en cada rincón	Computador	30 min	Ejecución adecuada de la actividad.
Desarrollo	Fortalecer el compañerismo a través de la gratitud	Nota de gratitud	Una sorpresa en cada rincón (Sevilla, et al.,2017) Los participantes formarán un círculo, en silencio van a reflexionar sobre un gesto, momento o palabra que fue importante, en las libretas van a escribir quien lo efectuó y que hizo. En la nota constará: la fecha, la acción, además de como los hizo sentir y la importancia de esta persona. En un momento dado lo dejaran entre sus cosas: cartera, paraguas, abrigo, etc. Con la finalidad de que se lo encuentre de forma inesperada y así compartir su gratitud.	Hojas Colores Marcadores Pegatinas Sobres	1 h	Compartir ideas acerca de la gratitud genera satisfacción del vínculo, con esto se fortalecerá el compañerismo.
Cierre	Valorar el cumplimiento de los objetivos de la sesión	Criterio de calidad	En bitácora se responderá las siguientes interrogantes: ¿Cómo se sintió antes y después de expresar su gratitud? ¿Cómo cree que la gratitud mejore las relaciones interpersonales? Proponga ideas para fortalecer el compañerismo desde la gratitud.	Hojas Esferos Computador	30 min	En la evaluación de la planificación que propone Pérez Llantada (2009) considera la evaluación interna para evitar dificultades posteriores través de los antecedentes que justifican la relación causal entre la cooperación. Por lo que, Sánchez et al. (2021) refiere una correlación significativa entre las relaciones interpersonales y la gratitud.

Evaluación de la sesión por el beneficiario:

Tabla 16. Sesión 4

Sesión 4						
Tema: Relaciones Interpersonales - Relaciones Positivas						
Objetivo: Generar colaboración a través del autoconocimiento de los participantes						
Área de intervención: Social - afectiva						
Etapas	Objetivos específicos	Actividad	Procedimientos/Técnicas	Recurso	Tiempo	Logro
Introducción	Fortalecer las relaciones sociales del grupo por medio de la expresión facial a través de muecas.	Ejercicio de Risoterapia	Técnica de ejecución grupal – Ejercicios de Risoterapia (Gallegos, 2022) En un círculo, los participantes harán una mueca graciosa y creativa que genere la expresión emocional positiva en los miembros.	Recursos humanos	30 min	Evocar emociones agradables asociadas a la convivencia.
Desarrollo	Propiciar la colaboración desde el conocimiento de fortalezas personales	Autoconocimiento de capacidades y herramientas de cooperación	Mi escudo (Adánez, et al., 2017) Cada participante elaborará su <i>escudo de armas personal</i> donde consten aspectos positivos de su personalidad que constituyen su fortaleza y las metas más importantes conseguidas, etc. El escudo se construirá con elementos como: fotografías, recortes y dibujos. Se va a dividir en función a las cualidades que se quiera representar. Cada participante posará su escudo en la pared, expondrá al grupo y preguntará ¿Qué aspecto ha llamado su atención?	Cartulinas Fotos Marcadores Pegamento Tijeras Pizarra	1 h	Redefinir el rol de cada uno como un ente productivo dentro del grupo y observar sus fortalezas personales.

Cierre	Valorar el cumplimiento de los objetivos de la sesión	Criterio de calidad	<p>En la bitácora va a desarrollar estrategias acorde al grupo en el cual pertenece para fomentar las relaciones interpersonales</p> <p>Hacer entre todos una serie de actividades con relación a las cualidades de cada uno con relación a las necesidades del grupo.</p>	Hojas Esferos	30 min	La valoración de Evaluabilidad según Wholey (2009) se da desde el conocimiento de objetivos, expectativas, recursos, progresos, previstos y probabilidad de ejecución. Para ello se considera la opinión de los participantes contribuye a la mejora del programa.
Evaluación de la sesión por el beneficiario:						

Tabla 17. Sesión 5

Sesión 5						
Tema: Bienestar emocional - Emociones positivas						
Objetivo: Identificar emociones placenteras como displacenteras						
Área de intervención: Emocional						
Etapas	Objetivos específicos	Actividad	Procedimientos/Técnicas	Recurso	Tiempo	Logro
Introducción	Identificar elementos positivos dentro del entorno en el que se desenvuelven	Describir elementos que cautiven su atención	El Rincón de la Belleza (Muñoz, et al., 2017) Se les pide identificar en el lugar que se encuentran: figuras, gráficos u objetos que tengan una representación artística y lo considere como bello.	Recursos humanos	30 min	Considerar que se instaurará un cambio de perspectiva, al cambiar el foco atencional respecto al autocuidado emocional.

Desarrollo	Identificar los detonantes de las diferentes emociones y pensamientos.	Identificar emociones	<p>Emoción-arte (Sánchez, et al., 2017) Ver un cortometraje que representa una situación con carga emocional placenteras referente a la necesidad experiencias positivas. Enlace: https://www.youtube.com/watch?v=u_XjPW06cAc Las emociones que se va a tratar: alegría, amor, empatía, diversión, inspiración, gratitud, esperanza y optimismo. Dibujar en diferentes recuadros la situación la escena que más llamó su atención acompañada de una pequeña explicación respecto a la misma. Se introducirá las viñetas, donde se establecerá: lo que dicen, piensan y que emoción provocó en ellos. Hablar acerca de la función que cumplen las emociones y como se 1111 responder a ellas.</p>	Cartulinas Colores Computador Proyector	1 h	Identificar de mejor manera las emociones positivas y negativas que experimentan.
Cierre	Valorar el cumplimiento de los objetivos de la sesión	Criterio de calidad	<p>En la bitácora resolverá la siguiente pregunta: ¿Cuál fue el nivel de identificación con el personaje optimista y con el pesimista? Se hará un grupo focal desenvuelto en la temática de emociones positivas del cortometraje y como lo trasladan a su contexto para afrontar las dificultades diarias.</p>	Hojas Esferos	30 min	En el apartado de desarrollo del programa en base a los criterios de Pérez Llantada (2008) habla sobre el monitoreo y el grado de participación de tipo con el número de intervenciones en el grupo focal.
Evaluación de la sesión por el beneficiario:						

Tabla 18. Sesión 6

Sesión 6						
Tema: Emociones positivas – Bienestar emocional						
Objetivo: Identificar estrategias de afrontamiento en situaciones problemáticas para mantener el bienestar emocional						
Área de intervención: Emocional						
Etapas	Objetivos específicos	Actividad	Procedimientos/Técnicas	Recurso	Tiempo	Logro
Introducción	Fomentar el autoconocimiento de emociones	Registro	Diario de abordó del viaje de emociones (Botía, et al., 2017) Describe las emociones que ha experimentado cada día de la semana, sumado a las situaciones que las han generado. Posteriormente responda las siguientes preguntas en la libreta: ¿Qué emoción percibió? ¿Cómo identifiqué esta emoción?	Hojas Esferos	30 min	Utilizar el diario con los registros de autoconocimiento emocional y la identificación de situaciones que le generan emociones en concreto.
Desarrollo	Identificar estrategias de afrontamiento a situaciones desfavorables	Estrategias de afrontamiento	Redescubre tus estrategias (Gutiérrez, 2017) Entregar cartulinas de color verde y amarillo a los participantes En la cartulina de color verde escriba las situaciones que ha aceptado, con dos estrategias que lo ayudaron lo más concreta posible. Por otro lado, en la cartulina amarilla se especifica aquello que le dificulta para adaptarse actualmente. Posteriormente, se colocan ambas en una mesa, donde se establecerá una reflexión acerca de la posibilidad de reutilizar las estrategias empleadas.	Mesa Cartulinas Esferos	1 h	Los participantes reconocerán sus propias herramientas utilizadas en otro momento de su vida para enfrentar situaciones adversas, lo que permitirá que genere más alternativas de resolución y de afrontamiento.
Cierre	Valorar el cumplimiento de los objetivos de la sesión	Criterio de calidad	En la bitácora se relaciona con la actividad anterior orientada a la identificación de emociones positivas y concuerde con la	Computador	30 min	La monitorización es una fase donde se evalúa el programa en desarrollo y se centra en el grado de participación, desarrollo lineal y

			actividad del día de hoy acerca de las estrategias de adaptación. Escribir cinco estrategias de solución para que pongan en práctica en una situación problémica que ocurra en el grupo.			comportamiento del personal. Manifiesta Pérez Llantada (2008) que el desarrollo lineal consiste en cumplir la programación prevista y la secuenciación que tenga la misma.
Evaluación de la sesión por el beneficiario:						

Tabla 19. Sesión 7

Sesión 7						
Tema: Autodeterminación - Logro						
Objetivo: Incentivar el compromiso para conseguir la meta establecida						
Área de intervención: Cognitiva – conductual						
Etapas	Objetivos específicos	Actividad	Procedimientos/Técnicas	Recurso	Tiempo	Logro
Introducción	Socializar la actividad con los participantes	Socialización	La máquina registradora	Recursos humanos	30 min	Ejecución adecuada de la actividad.
Desarrollo	Fomentar la concientización de los logros a través del registro diario	Registro diario desde la psicología positiva	La Máquina Registradora (García, et al., 2017) Se les pide enlistar los compromisos u objetivos adquiridos. En una libreta anotaran todos los logros de cada día de la semana en relación con el objetivo por más mínimo que sea. Sumado a un comentario donde conste la respuesta de sus acciones y el impacto del compromiso, posteriormente enlistar las cosas que no ha realizado y generar una promesa de cumplimiento. Para finalizar, se evalúa la efectividad del compromiso y su cumplimiento,	Libretas Esferos Pizarra Colores	1 h	Registrar las actividades generará un efecto de recompensa que promulgará el planteamiento y cumplimiento de compromisos.

			para reconocer la suma de pequeñas acciones, para llegar al objetivo planteado.			
Cierre	Valorar el cumplimiento de los objetivos de la sesión	Criterio de calidad	Indique su nivel de satisfacción con el programa a través de las siguientes preguntas: ¿Las actividades realizadas cumplen con su objetivo? ¿El programa se ajusta a sus necesidades? ¿Qué recomendaría para mejorar el mismo en función a sus necesidades?	Computador	30 min	En la fase de monitoreo de Pérez Llantada (2008), la evaluación formativa permite reestructurar aspectos del programa durante el periodo de aplicación en caso de existir insatisfacción de los participantes.
Evaluación de la sesión por el beneficiario:						

Tabla 20. Sesión 8

Sesión 8						
Tema: Logro - Autodeterminación						
Objetivo: Fortalecer la autodeterminación en función del cumplimiento de los objetivos						
Área de intervención: Cognitiva – Conductual						
Etapas	Objetivos específicos	Actividad	Procedimientos/Técnicas	Recurso	Tiempo	Logro
Introducción	Socializar la actividad con los participantes	Socialización	Mi vida ideal	Recursos humanos	30 min	Ejecución adecuada de la actividad.
Desarrollo	Fomentar la motivación del logro tras la visualización de su futuro	Visualización a futuro	Mi vida ideal (Sánchez, 2017) Escribir una carta donde describa a detalle cómo sería su vida ideal de aquí a un año después y relate como sería un día normal.	Libretas Esferos Colores sobres	1 h	La visualización es un recurso altamente empleado para la programación de objetivos y por ende compromisos para alcanzar la vida que desea conseguir y como trabajar para lograrlo.

			Analizar los objetivos personales que se han cumplido, los valores que se requieren e identificar que factor externo impide que se lleve a cabo.			
Cierre	Valorar el cumplimiento de los objetivos de la sesión	Criterio de calidad	<p>En la bitácora escribirán ¿Qué requiere para lograr esa realidad soñada? A través de una lluvia de ideas</p> <p>Hacer una lista de los compromisos para trabajar en las áreas que influyen negativa o positivamente para lograrlo</p>	Computador	30 min	La monitorización es una fase dónde se evalúa el programa en desarrollo y se centra en el grado de participación, desarrollo lineal y comportamiento del personal. Manifiesta Pérez Llantada (2008) que el desarrollo lineal consiste en cumplir la programación prevista y la secuenciación que tenga la misma. Al pedirle al participante que relacione con la actividad anterior se comprueba la secuenciación de una sesión a otra.
Evaluación de la sesión por el beneficiario:						

Tabla 21. Sesión 9

Sesión 9						
Tema: Desarrollo Personal - Propósito						
Objetivo: Potencializar el desarrollo personal desde el cumplimiento del propósito.						
Área de intervención: Cognitiva, afectiva, conductual						
Etapas	Objetivos específicos	Actividad	Procedimientos/Técnicas	Recurso	Tiempo	Logro
Introducción	Socializar la actividad con los participantes	Socialización	Tú tienes la llave	Recursos humanos	30 min	Ejecución adecuada de la actividad.

Desarrollo	Identificar los factores que influyen en el cumplimiento de una meta	Identificación de debilidades, fortalezas e intereses	<p>Tú tienes la llave (Gutiérrez, et al., 2017) Escoja un objetivo a corto plazo que desea conseguir, pero no lo ha logrado. Cuenta las veces que has intentado llevarlo a cabo y describe que factores internos o externos (personales o del entorno) que te han impedido cumplirlo. Ejemplo: estrés, exceso o falta de curiosidad, creatividad, etc. Identifica al menos tres factores, luego piensa en ideas para poder neutralizarlos como reservar un momento para tu relajación. Escoge el día más accesible de la semana que aplique la estrategia, evite interrupciones. Después, haga una actividad placentera como recompensa.</p>	Libretas Esferos Pizarra Colores Marcadores	1 h	Facilitar el cumplimiento del objetivo, para obtener como resultado mayor persistencia.
Cierre	Valorar el cumplimiento de los objetivos de la sesión	Criterio de calidad	En la bitácora trazarán un horario donde registren su rutina diaria, en adición la actividad que desea instaurar.	Computador	30 min	La evaluación de programas de intervención en la fase de monitorización según Pérez Llantada (2008) manifiesta que para la evaluación formativa se utilizan registros, a través de la bitácora se evidencia la ejecución de actividades para comprobar el trabajo y por ende el cumplimiento del objetivo.
Evaluación de la sesión por el beneficiario:						

Tabla 22. Sesión 10

Sesión 10						
Tema: Desarrollo Personal - Logro						
Objetivo: Reconocer el desarrollo personal a través de los logros a corto plazo.						
Área de intervención: Cognitiva, afectiva, conductual						
Etapas	Objetivos específicos	Actividad	Procedimientos/Técnicas	Recurso	Tiempo	Logro
Introducción	Socializar la actividad con los participantes	Socialización	Disfrutar del camino	Recursos humanos	30 min	Ejecución adecuada de la actividad.
Desarrollo	Crear un espacio donde se esquematice el camino hacia el objetivo planteado	Dibujo y reflexión	Disfrutar del camino (Sánchez, et al.,2017) En una cartulina, dibuje un camino que lo lleve hacia un objetivo en el que trabaje actualmente Tras un momento de reflexión, determine los aprendizajes obtenidos durante este tiempo. A continuación, represente con un símbolo los logros adquiridos y dibujarlos en el camino previamente trazado. Con la finalidad de graficar el camino y reflexionar sobre los logros obtenidos.	Hojas Colores Pizarra Marcadores	1 h	Le permitirá al participante ser consciente de su crecimiento personal a través de los símbolos que ha adquirido a lo largo del camino.
Cierre	Valorar el cumplimiento de los objetivos de la sesión	Criterio de calidad	Identifique el nivel de satisfacción: ¿Qué tan satisfecho se encuentra con el programa hasta el momento? ¿Qué cambios ha podido evidenciar desde que empezó el programa?	Computador	30 min	El proceso de evaluación de programa de intervención en la fase de monitorización, Pérez Llantada (2008) comenta que en evaluación formativa se emplea el autoinforme, donde se exprese el nivel de satisfacción que tienen el participante y su percepción de bienestar que es el principal objetivo para cumplir.

Evaluación de la sesión por el beneficiario:

Tabla 23. Sesión 11

Sesión 11						
Tema: Inclusión social – Emociones positivas						
Objetivo: Fomentar la inclusión social en el grupo desde las emociones positivas						
Área de intervención: Social - Emocional						
Etapas	Objetivos específicos	Actividad	Procedimientos/Técnicas	Recurso	Tiempo	Logro
Introducción	Socializar la actividad con los participantes	Socialización	Las reglas del juego	Recursos humanos	30 min	Ejecución adecuada de la actividad.
Desarrollo	Evaluar las reglas personales y sociales del grupo para la regulación el grado de aceptación	Conversatorio	<p>Las reglas del juego (García, et al., 2017)</p> <p>En una hoja cada participante va a escribir las reglas básicas con el que opera en las diferentes áreas mencionadas a continuación</p> <p>Reglas acerca de las relaciones con los demás</p> <p>Reglas para incluir a un compañero a mi grupo social</p> <p>Reglas acerca de sentirse mal internamente</p> <p>Reglas para superar obstáculos en la vida</p> <p>Reglas orientadas al concepto de justicia</p> <p>Reglas sobre la relación consigo misma</p> <p>Reglas de convivencia con los demás</p>	Hojas Colores Pizarra Marcadores	1 h	El nivel de inclusión social será más factible debido a la socialización de las áreas problemáticas y puntos de tolerancia de cada persona, para facilitar la convivencia.
Cierre	Valorar el cumplimiento de los	Criterio de calidad	Escribir en la bitácora y socializar las reglas de convivencia e inclusión social y a través de una lluvia de ideas generar un código de convivencia	Computador	30 min	La evaluación de programas de intervención en la fase de monitorización según Pérez Llantada (2008) manifiesta que para la

	objetivos de la sesión		interna enmarcada en las reglas expuestas.			evaluación formativa se utilizan registros, a través de la bitácora se evidencia la ejecución de actividades para comprobar el trabajo y por ende el cumplimiento del objetivo.
Evaluación de la sesión por el beneficiario:						

Tabla 24. Sesión 12

Sesión 12						
Tema: Inclusión social – Relaciones positivas						
Objetivo: Fomentar la inclusión social en el grupo desde las relaciones positivas						
Área de intervención: Social - Emocional						
Etapas	Objetivos específicos	Actividad	Procedimientos/Técnicas	Recurso	Tiempo	Logro
Introducción	Socializar la actividad con los participantes	Socialización	Banco de ayuda	Recursos humanos	30 min	Ejecución adecuada de la actividad.
Desarrollo	Incentivar la cooperación grupal desde la inclusión	Enlistar las cualidades y áreas de necesidad	Banco de ayuda (Madrigal, et al., 2017) Se trabajará en grupos o en parejas Cada participante describirá cualidades que ayuden al otro en una tarjeta y en otra escribirá las áreas en las que necesita ayuda. Escribir los nombres en cada tarjeta. Cada habilidad o necesidad estará en una cartilla diferente. Se coloca encima de una mesa, cada participante escogerá una habilidad y una necesidad, se pondrá de acuerdo	Hojas Colores Mesa Marcadores	1 h	Aprender a expresar necesidades y generar cooperación entre el grupo en función a las fortalezas.

			con la persona que va a brindarle ayuda y se genera un acuerdo.			
Cierre	Valorar el cumplimiento de los objetivos de la sesión	Criterio de calidad	Identifique el nivel de satisfacción: ¿Qué tan satisfecho se encuentra con el programa hasta el momento?	Computador	30 min	El proceso de evaluación de programa de intervención en la fase de monitorización, Pérez Llantada (2008) comenta que en evaluación formativa se emplea el autoinforme donde se exprese el nivel de satisfacción que tienen el participante y su percepción de bienestar que es el principal objetivo para cumplir.
Evaluación de la sesión por el beneficiario:						

Tabla 25. Sesión 13

Sesión 13						
Tema: Cierre del programa						
Objetivo: Evaluar el impacto del programa en su objetivo vital						
Área de intervención: Todas las áreas						
Etapas	Objetivos específicos	Actividad	Procedimientos/Técnicas	Recurso	Tiempo	Logro
Introducción	Socializar la actividad con los participantes	Socialización	Disfrutar del camino	Computador	30 min	Ejecución adecuada de la actividad.
Desarrollo	Comparar los logros de la mitad del camino y una vez finalizado el programa	Dibujo y reflexión	Disfrutar del camino (Sánchez, et al., 2017) En una cartulina, dibuje un camino que lo lleve hacia un objetivo en el que trabaje actualmente Tras un momento de reflexión, determine los aprendizajes obtenidos durante este tiempo. A continuación, represente con un	Hojas Colores Marcadores	1 h	Valorar su avance y mejora gracias al programa de intervención

			símbolo los logros adquiridos y dibujarlos en el camino previamente trazado. Con la finalidad de graficar el camino y reflexionar sobre los logros obtenidos ya una vez que se ha concluido el programa y comparar con él anterior.			
Cierre	Valorar el cumplimiento de los objetivos de la sesión	Criterio de calidad	En la bitácora responda las siguientes preguntas ¿Cómo siente que ha evolucionado gracias al programa? ¿De qué manera siente usted que su calidad de vida ha mejorado? ¿Qué recomendaciones sugiere para que el programa sea más eficiente?	Computador	30 min	En la última etapa se valoran los logros la utilidad y la continuidad según Pérez Llantada (2008) considera la medida y constatación, los criterios del participante y las conclusiones y la incorporación de mejoras a través de las recomendaciones.
Evaluación de la sesión por el beneficiario:						

Tabla 26. Sesión 14

Sesión 14						
Tema: Evaluación						
Objetivo: Evaluar el plan de intervención desde la perspectiva de beneficiarios directos e indirectos						
Área de intervención: Todas las áreas						
Etapas	Objetivos específicos	Actividad	Técnicas	Recurso	Tiempo	Logro
Introducción	Socializar	Explicación del programa de intervención	Guía MIFP - Evaluación final del proceso de intervención	Computador	30 min	Ejecución adecuada de la actividad.
Desarrollo	Diagnosticar las necesidades	Aplicación de la Escala de Calidad de Vida Fumat	Guía MIFP - Evaluación final del proceso de intervención Los participantes juntamente con el profesional llenaran una serie de preguntas del efecto que ha traído el programa de intervención para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.	Instrumento	1 h	Monitorizar el programa de intervención con el fin de reajustar el plan de intervención en caso de ser necesario.
Cierre	Valorar el nivel de calidad de vida global y específico de cada área	Criterio de calidad	Se considerarán las respuestas abiertas para mejorar y reforzar el programa de intervención basado en la demanda de los participantes	Computador	30 min	Técnica Bibliográfica (Perez LLantada, 2009) El diagnóstico de necesidades es parte esencial para ajustar el plan de intervención en función de las áreas identificadas como problemáticas y las demandas que tiene la población, lo mismo que se logró a través de la guía de evaluación del proceso de intervención para constatar los resultados
Evaluación de la sesión por el beneficiario:						

En la evaluación de las sesiones se realiza la retroalimentación de lo abordado (ejemplo: desarrollo del proceso, aspectos que deben aclararse o profundizarse, pensamientos y sentimientos relacionados a la sesión, visualización de lo que sigue, prospectiva, nivel de satisfacción del beneficiario).

Fase III: Monitoreo y evaluación

En esta fase se debe evaluar la intervención psicológica, puede utilizar una ficha de observación con los indicadores a medir y los logros alcanzados por sesiones y al final (ver ficha 1)

Ficha 1. Matriz de evaluación de la intervención psicológica

Áreas	Resultados	Evaluación				Observaciones
		Si Logró	No logro	rcialmentelo logro	En proceso	
Ejemplo: Área Cognitiva						
Área afectiva						
Área psico-somática						
Área Social						
Área psico-pedagógica						
Área Conductual						
Autoevaluación de la experiencia por el investigador						
Fortalezas					Debilidades	

Instrumento para la validación de propuestas de intervención psicológica

Usted ha sido seleccionado como experto para validar la propuesta de intervención psicológica (colocar el nombre de la propuesta), por lo que, se le solicita su participación como validador de la misma. Le solicitamos nos facilite la siguiente información.

N° de expertos	Nombres y apellidos	Cargo e institución donde labora	Profesión	Grado Académico	Años de experiencia en la profesión	Actividad científico-investigativa y profesional
1	Mg. Ana Carolina Aldaz	Gad Parroquial Santa Rosa	Psicóloga	Magister en Intervención Psicológica	10	si
2	Mg. Andrea Cristina García	MIESS Baños de Agua Santa	Psicóloga Clínica	Magister en Intervención Psicológica	8	si
3	Mg. Anabel Larriva Borrero	Universidad Técnica de Loja	Psicóloga Clínica	Magister en Psicoterapia Integrativa	20	si
4	Mg. Hanny Teresita García	MIESS ciudad de Quevedo	Psicóloga Clínica	Magister en Intervención Psicológica	12	si
5	Mg. Glenda Arriciaga	Hospital Sagrado Corazón de Jesús de Quevedo	Psicóloga Clínica	Magister en Psicoterapia Integrativa	20	si
6	Dr. Franklin Ontaneda	Docente Investigador Pontificia Universidad Católica del Ecuador	Médico General	Especialista en Geriatría.	15	si
7	Mg. Ana Ortiz Paredes	Clínica Manantial de Vida	Psicóloga Clínica	Magister en Psicoterapia Integrativa	17	si
8	Mg. Narcisa Villegas	Pontificia Universidad Católica del Ecuador	Psicóloga	Magister en Psicología Educativa	12	si
9	Mg. Sandra Santamaría	Pontificia Universidad Católica del Ecuador	Psicóloga Clínica	Magister en Neuropsicología	14	si
10	Mg. Isabel Ramos Noboa	Pontificia Universidad Católica del Ecuador	Psicóloga Clínica	Magister en Psicoanálisis	14	si

A continuación, se describe la propuesta.....

Para la validación de la propuesta de intervención psicológica, usted debe calificar dos dimensiones con sus indicadores, en una escala del 1 al 100, la cual se

distribuye de la siguiente manera: 1-20 es deficiente; 21- 40 es baja; 41-60 es regular; 61-80 es buena; 81-100 es muy buena. Las dimensiones son: *procedimental* con 7 indicadores y *factibilidad* con 2 indicadores:

1. Procedimental/indicadores:

- Planificación operativa
- Ajuste ético-profesional
- Suficiencia
- Coherencia
- Relevancia
- Organización
- Relación entre las variables

2. Factibilidad/indicadores:

- Relación costo-beneficio
- Adaptabilidad

Indicación al experto:

En la siguiente tabla 4, califique cada dimensión e indicador marcando con una X, de acuerdo con la escala descrita anteriormente; además, puede escribir las observaciones que usted considere pertinente:

Factibilidad	Analiza la posibilidad de la implementación y reaplicación de la propuesta en uno o varios contextos																															
Relación costo-beneficio	Existe un balance entre el costo-beneficio en función de los recursos materiales, económicos y personal capacitado para ejecutar la propuesta																															
Adaptabilidad	La propuesta puede ser adaptada a otros requerimientos según la necesidad del contexto																															

Firma del Juez Nombre del Juez **Nota:** Se sugiere utilizar el **Coefficiente Aiken para el análisis de la concordancia de los criterios de los expertos** (debe obtener mínimo 80% de consenso de los criterios de expertos).

Procedimiento para la selección de expertos

Pasos a seguir:

1. Confeccionar un listado inicial de personas posibles de cumplir los requisitos para ser expertos en la materia a trabajar (bolsa de posibles expertos).
2. Realizar una valoración sobre el nivel de conocimiento que poseen sobre la materia. Para ello, se realiza una primera pregunta de autoevaluación acerca de los niveles de información y argumentación que tienen sobre el tema en cuestión. En esta pregunta se les pide que marquen con una X, en una escala creciente del 1 al 10, el valor que se corresponde con el grado de conocimiento o información que tienen sobre el tema a estudiar (tabla 27).

Tabla 28. Grado de conocimiento o información sobre el tema de investigación

Expertos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

3. Cálculo del Coeficiente de Conocimiento o Información (K_c), a través de la siguiente fórmula:

$$K_c = n(0,1)$$
 Donde:
 K_c : Coeficiente de Conocimiento o Información
 n : Rango seleccionado por el experto
4. Se realiza una segunda pregunta que permite valorar un grupo de aspectos que influyen sobre el nivel de argumentación o fundamentación del tema a estudiar (tabla 29).

Tabla 29. Fuentes de argumentación o fundamentación

Análisis de trabajos de autores extranjeros			
Su conocimiento del estado del problema en el extranjero y en su país			
Su intuición			
	Grado de influencia		
Fuentes de argumentación o fundamentación	Alto	Medio	Bajo
Análisis teóricos realizados por usted			
Su experiencia obtenida			
Análisis de trabajos de autores nacionales			

5. Determinación de los aspectos de mayor influencia en las fuentes de argumentación. Los valores reflejados por cada experto en la tabla 29, se contrastan con los valores de una tabla patrón (tabla 30):

Tabla 30. Valores establecidos para cada tipo y nivel de fuentes de argumentación

Fuentes de argumentación o fundamentación	Grado de influencia		
	Alto	Medio	Bajo
Análisis teóricos realizados por usted	0.3	0.2	0.1
Su experiencia	0.5	0.4	0.2
Análisis de trabajos de autores nacionales	0.05	0.05	0.05
Análisis de trabajos de autores extranjeros	0.05	0.05	0.05
Su conocimiento del estado del problema en el extranjero y en su país	0.05	0.05	0.05
Su intuición	0.05	0.05	0.05

6. Cálculo del Coeficiente de Argumentación. Los aspectos que influyen sobre el nivel de argumentación o fundamentación del tema a estudiar permiten calcular el

Coeficiente de Argumentación (Ka) de cada experto:

$$K_a = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n n_i = (n_1 + n_2 + n_3 + n_4 + n_5 + n_6)$$

Donde:

Ka: Coeficiente de Argumentación

n_i: Valor correspondiente a la fuente de argumentación i

Determinación del Coeficiente de Competencia (K). Una vez obtenido los valores del Coeficiente de Conocimiento (K_c) y el Coeficiente de Argumentación (K_a) se procede a obtener el valor del Coeficiente de Competencia (K), que permite identificar a los expertos en el tema de la investigación. Este coeficiente (K) se calcula de la siguiente forma:

$$K = 0,5 (K_c + K_a)$$

Donde:

K: Coeficiente de Competencia K_c: Coeficiente de Conocimiento K_a: Coeficiente de Argumentación

7. Valoración de los resultados:

0,8 < K < 1,0 Coeficiente de Competencia Alto
0,5 < K < 0,8 Coeficiente de Competencia Medio
K < 0,5 Coeficiente de Competencia Bajo

El investigador debe utilizar a expertos de competencia alta, no obstante, puede valorar si utiliza expertos de competencia media (se sugiere que hasta 0.7, por debajo a este valor no debe seleccionarse), en caso de que el coeficiente de competencia promedio de todos los posibles expertos sea alto, pero nunca se utilizará expertos de competencia baja.

8. Determinación de la cantidad de expertos a seleccionar.

La cantidad de expertos a seleccionar debe ser mayor o igual que $\alpha * m$, donde α es un número entre **0.7 y 1**, prefijado por el investigador y **m** es número de criterios seleccionados¹ (puede ser por el número de elementos, aspectos a medir por los expertos o por la cantidad de sesiones o por las áreas de intervención, entre otros). Aquel j (experto) para el cual el coeficiente de competencia es <0.7 no debe ser seleccionado.

¹ Sánchez, E.: Aplicación del método experto en los algoritmos examinador para un SAE. *Revista de Investigación de Operaciones* (La Habana) V(2): 31-43, 1984



Varna Hernández Junco, PhD.

Directora de la Escuela de

Psicología

CONCLUSIONES

- Respecto de la fundamentación bibliográfica sobre la calidad de vida en el adulto mayor desde la psicología positiva, se encontró datos sobre la calidad de vida, las dimensiones que tiene este tema, el adulto mayor y sus cambios cognitivos a nivel social y en el tema de la psicología positiva se determinó el método PERMA. Los autores más relevantes son Verdugo, Gómez y Armas en para conceptualizar la variable de calidad de vida en conjunto con las dimensiones que la engloban. Por otro lado, Seligman en el área de Psicología positiva, al igual que Papalia y Feldman acerca del adulto mayor.
- Tras el diagnóstico obtenido por la Escala de Calidad de Vida FUMAT se concluye que el mayor porcentaje de la población posee un nivel de calidad de vida alto. Además, que este nivel se ve significativamente vinculado con la percepción de salud de los participantes. Además de que forman parte de un grupo de la tercera edad que mantiene sus habilidades sociales y mentales en buen estado gracias a las actividades que realizan continuamente. Es importante considerar que la mayor parte de la muestra encajaban en la categoría de viejo-joven comprendida desde los 65 a los 74 años. El referente para los resultados obtenidos como datos particulares que contribuyen a la condición es el desarrollo social y personal que se fomentan en la mayoría de los centros.
- El plan de intervención se realizó a la luz de las áreas con menor puntaje dentro del área psicológica para establecer una línea que cumpla las necesidades de la población evaluada. En adición, se evaluó de forma presencial las condiciones en las que se desenvolvían, lo que permitió establecer de manera más acertada el

contexto. Se recolectaron datos cuantitativos a través de la prueba estadística y una ficha sociodemográfica que le otorga mayor fiabilidad a la propuesta y al diagnóstico de necesidades y variables dependientes, independientes e intervinientes, para elaborar a la luz de estas el plan de intervención e incrementar el apego al tratamiento de los participantes. Además, el plan de intervención cuenta con Evaluabilidad y eficacia, eficiencia, efectividad. En adición, la evaluación se aplica antes, durante y después de la aplicación para poder retroalimentar y adaptar el plan de intervención.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda para futuras investigaciones contar con una muestra más amplia, y equitativa en relación con las características evaluadas como: sexo, nivel de instrucción, estado civil, entre otros.
- Se recomienda, aplicar el plan de intervención para verificar de resultados en una población similar. Para contrastar los niveles de validez y confiabilidad que este ofrece.

BIBLIOGRÁFIA

- Agudelo Viana, G., Aignerren Aburto, J. M., & Ruiz Restrepo, J. (2008). Diseños de investigación experimental y no-experimental. *La Sociología en sus Escenarios*, 1(18), 1–46. Recuperado de <https://hdl.handle.net/10495/2622>
- Alvarado, Jorge (16 de Junio de 2021). Ecuador: 6 de cada 10 adultos mayores sufren de algún tipo de violencia, según experto. *Expreso*. <https://bit.ly/4ab8Kfb>
- Arévalo, D., Game, C., y Padilla, C. (2021). Calidad de vida en adultos mayores profesionales del Ecuador. *Revista Venezolana de Gerencia*, 26(93). Recuperado de: <https://www.redalyc.org/journal/290/29066223027/29066223027.pdf>
- Campo Moraga, S. A. (2020). Desde la felicidad al bienestar: Una mirada desde la psicología positiva. *Revista Reflexión E Investigación Educativa*, 3(1), 137–148. Recuperado a partir de <https://revistas.ubiobio.cl/index.php/REINED/article/view/4507>
- Contreras, A., Ferrada, C., y Salazar, G. (2020). Revisión sistemática sobre la participación social de las personas mayores en América Latina [Título profesional, Universidad Católica de la Santísima Concepción]. Repositorio académico de Universidad Católica de la Santísima Concepción. <https://bit.ly/47VeDeG>
- De la Cruz, Raú (2020). El hipotético-deductivismo en la explicación de las ciencias sociales. *Horizonte de la ciencia*, 10(18). Recuperado de <https://bit.ly/41jzbes>
- Duran, T., Herrera, J., Salazar, M., Mírellos, M., Saavedra, M., y Ruiz, J. (2022). Funcionamiento familiar y calidad de vida en adultos mayores con hipertensión arterial. *Ciencia y enfermería*, 28 (3). Epub 07 de abril de 2022. <https://bit.ly/3GK2UDG>
- García-Álvarez, Diego, Soler, María José, Achard-Braga, Lourdes, & Cobo-Rendón, Rubia. (2020). Programa de psicología positiva sobre el bienestar psicológico aplicado a

personal educativo. *Revista Electrónica Educare*, 24(1), 370-393. Epub January 30, 2020. <https://dx.doi.org/10.15359/ree.24-1.19>

González-Moreno, Alba, & Molero-Jurado, María del Mar. (2023). Bienestar personal durante la adolescencia según el modelo Perma: una revisión sistemática. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 21(1), 252-278. Epub May 17, 2023. <https://doi.org/10.11600/rlicsnj.21.1.5130>

Llantada, M. (2008). Evaluación de programas e intervenciones en psicología (salud, educación y organizaciones sociales). Recuperado de <https://bit.ly/41nkEP4>

López Catalán, María, Quesada Molina, Juan, López Catalán, Oscar. (2018). Relación entre calidad de vida relacionada con la salud y determinantes sociodemográficos en adultos de Cuenca, Ecuador. *Revista Economía y política*, 15(29). Recuperado de [Dialnet-CalidadDeVidaRelacionadaConLaSaludYDeterminantesSo-6766830.pdf](https://doi.org/10.11600/rlicsnj.21.1.5130)

Maldonado Suárez, Neiber, & Santoyo Telles, Felipe. (2022). Elementos teóricos para la investigación en psicología y calidad de vida. *RIDE. Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*, 12(24), e022. Epub 23 de mayo de 2022. <https://doi.org/10.23913/ride.v12i24.1158>

Meléndez, J., Delhom, I., Satorres, E., Abella, M., y Real, E. (2022). La desesperanza como predictora de la soledad en adultos mayores. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 57(2), 85-89. Recuperado de: <https://bit.ly/3tbhX6t>

Mesa Trujillo, Daisy, Valdés Abreu, Beatriz María, Espinosa Ferro, Yairelys, Verona Izquierdo, Ana Iris, & García Mesa, Israel. (2020). Estrategia de intervención para mejorar la calidad de vida del adulto mayor. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 36(4), e1256. Epub 01 de diciembre de 2020. Recuperado de <https://bit.ly/3RDZZD3>

- Otzen, Tamara, y Manterola, Carlos. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *International Journal of Morphology*, 35(1), 227-232. <https://bit.ly/3RDoeBf>
- Papalia, D. y Feldman, R. (2014). *Desarrollo Humano*. McGRAW-HILL.
- Pérez y Mori (2022). *Maltrato Familiar y depresión en adultos mayores de Lima Metropolitana, 2022*[Título profesional, Universidad Cesar Vallejo]. Repositorio Académico de la Universidad Cesar Vallejo. <https://bit.ly/3NohFQv>
- Peterson, Ch. y Seligman, M. (2004). *Character Strengths and Virtues. A handbook and classification*.
- Pigou, A. C. (1951). Some Aspects of Welfare Economics. *The American Economic Review*, 41(3), 287–302. <http://www.jstor.org/stable/1802103>
- Pinzón, R. y Moreno, C. (2020). Envejecimiento neuronal, plasticidad cerebral y ejercicio: Avances desde la óptica de la fisioterapia. Recuperado de <https://bit.ly/3iEziyP>
- Rivas, R., Moreno, J., Talavera, J. (2013). Investigación clínica XVI diferencias de medianas con la U de Mann – Whitney. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 51(4). Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/4577/457745490011.pdf>
- Rodríguez, José Javier (2019). Efectos del origen social y de la posición de clase en el bienestar material. Un abordaje sobre la desigualdad social en la Ciudad de Buenos Aires. *Revista Internacional de Sociología*, 77. Recuperado de <https://bit.ly/46ZxHam>
- Rodríguez, M., y Mendivelso, F. (2018). Diseño de investigación de corte transversal. *Revista Médica Sanitas*, 21(3). 141-146. Recuperado de <https://bit.ly/3TIUQAz>

- Sánchez, J., Escare, C., Castro, V., Robles, C., Vergara, M., y Jara, C. (2019). Polifarmacia en adulto mayor, impacto en su calidad de vida. Revisión de literatura. *Revista salud pública*, 21(2). Recuperado de: <https://scielosp.org/article/rsap/2019.v21n2/271-277/>
- Sánchez, N., Chang, O., & Chang, E. (2021). *Comunicación oral: efecto mediacional de las relaciones interpersonal y la autoestima sobre la relación entre gratitud y satisfacción vital*. Recuperado de <https://bit.ly/46Uo0Kr>
- Solís, E., Villegas, N. (2021). Bienestar psicológico y percepción de calidad de vida en adultos mayores indígenas del Ecuador. *Polo del conocimiento*, 6(5). Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8016949>
- Soria, Z., y Montoya, B. (2017). Envejecimiento y factores asociados a la calidad de vida de los adultos mayores en el Estado de México. *Papeles de población*, 23(93). Recuperado de: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252017000300059
- Verdugo, M., Gómez, L. y Arias, B. (2009). *Evaluación de calidad de vida en adultos mayores. La Escala de FUMAT*. Salamanca: Publicaciones del INICO. Recuperado de https://síd.usal.es/idocs/F8/FDO23248/herramientas_4.pdf

ANEXOS

ANEXO 1. Carta de Consentimiento Informado

Sr./a: _____ por medio de la presente, quisiéramos obtener su autorización para incluirlo como participante en la investigación que la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador-Ambato que se está llevando a cabo en la ciudad de Ambato durante el año 2023. Esta investigación lleva por título: Propuesta de intervención para la calidad de vida en adultos mayores desde la psicología positiva. El objetivo de esta investigación es Validar una propuesta de intervención psicológica para mejorar la calidad de vida en adultos mayores de la provincia de Tungurahua. En esta carta le pedimos a usted su consentimiento para participar en la investigación, así como para usar con fines científicos los resultados generados. Las personas que acepten tendrán que llenar una encuesta con diferentes preguntas relacionados a la temática. La colaboración en este estudio será anónima, pues su nombre no aparecerá de ningún modo ni en las encuestas, mucho menos en los informes que se redactaran. A su vez se le asignará un código desde un inicio que reemplazará su nombre, posteriormente se trasladará la información a una base de datos. Con los análisis realizados se escribirán reportes de investigación. Por último, si usted acepta participar, por favor llene esta carta de consentimiento, fírmela, y adjunte su número de cédula. Si tiene cualquier pregunta no dude en realizarla al momento de firmar o puede dirigirla al director de esta investigación.

Autorizo ser encuestado para la investigación

Firma del Responsable
Stefanie Gissel Ortiz Gavilanes
Cédula _____

Firma del participante
N° de _____

ANEXO 2. Ficha sociodemográfica

1. Datos Sociodemográficos

Edad	Sexo Masculino () Femenino ()	Estado Civil Soltero/a () Casado/a () Divorciado/a () Viudo/a () Unión Libre ()	Identificación étnica Mestizo () Indígena () Afro () Blanco ()
Procedencia Zona Urbana () Zona Rural ()	Formación Académica Primaria () Secundaria () Superior () Universitario ()	Situación Económica Muy Buena () Buena () Regular () Mala ()	Vive con: Solo/a () Pareja () Hijos/as () Otros _____
¿Quién se encarga de su cuidado?			
Situación laboral actual			
Jubilado/a	Si ()	No ()	
Forma parte de algún grupo de la tercera edad	Si ()	No ()	
Actividades en su tiempo libre		

2. Variables Clínicas

Apreciación actual de la salud	Muy Buena ()	Buena ()	Regular ()	Mala ()
Patologías Comunes	Hipertensión Arterial ()	Cardiopatías ()	Diabetes ()	Otro ()
Consume medicamentos	Sí ()	No ()		Cuantos al día:
Hábitos Tóxicos	Alcohol Si () No ()	Fuma Si () No ()		Drogas Si () No ()

ANEXO 3. Escala de Calidad de Vida Fumat

	Bienestar Emocional	Siempre o Casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o Casi nunca
1	En general, se muestra satisfecho con su vida presente	4	3	2	1
2	Manifiesta sentirse inútil	1	2	3	4
3	Se muestra intranquilo o nervioso	1	2	3	4
4	Se muestra satisfecho consigo mismo	4	3	2	1
5	Tiene problemas de comportamiento	1	2	3	4
6	Se muestra satisfecho con los servicios y los apoyos que recibe	4	3	2	1
7	Manifiesta sentirse triste o deprimido	1	2	3	4
8	Muestra sentimientos de incapacidad e inseguridad	1	2	3	4
Puntuación Directa:					

	Relaciones Interpersonales	Siempre o Casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o Casi nunca
9	Realiza actividades que le gustan con otras personas	4	3	2	1
10	Mantiene una buena relación con los profesionales del servicio al que acude	4	3	2	1
11	Mantiene una buena relación con sus compañeros del servicio al que acude	4	3	2	1
12	Carece de familiares cercanos	1	2	3	4
13	Valora negativamente sus relaciones de amistad	1	2	3	4
14	Manifiesta sentirse querido por las personas importantes para él	4	3	2	1
Puntuación Directa:					

	Bienestar Material	Siempre o Casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o Casi nunca
15	El lugar donde vive es confortable	4	3	2	1
16	Manifiesta no estar satisfecho con su jubilación (o situación laboral actual)	1	2	3	4
17	Se queja de su salario (o pensión)	1	2	3	4
18	El lugar donde vive tiene barreras arquitectónicas que impiden o dificultan alguna de sus actividades	1	2	3	4
19	El servicio al que acude tiene barreras arquitectónicas que impiden o dificultan alguna de sus actividades	1	2	3	4

20	Dispone de las cosas materiales que necesita	4	3	2	1
21	El lugar donde vive necesita reformas para adaptarse a sus necesidades	1	2	3	4
Puntuación Directa:					
	Desarrollo Personal	Siempre o Casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o Casi nunca
22	Puede leer información básica para la vida cotidiana (carteles, periódicos, etc.)	4	3	2	1
23	Muestra dificultad para resolver con eficacia los problemas que se le plantean	1	2	3	4
24	Tiene dificultades para expresar información	1	2	3	4
25	En el servicio al que acude le proporcionan información sobre cuestiones que le interesan	4	3	2	1
26	Muestra dificultades para manejar conceptos matemáticos básicos, útiles para la vida cotidiana (sumar, restar, etc.)	1	2	3	4
27	Tiene dificultades para comprender la información que recibe	1	2	3	4
28	Es responsable de la toma de su medicación	4	3	2	1
29	Muestra escasa flexibilidad mental	1	2	3	4
Puntuación Directa:					
	Bienestar Físico	Siempre o Casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o Casi nunca
30	Tiene problemas de movilidad	1	2	3	4
31	Tiene problemas de continencia	1	2	3	4
32	Tiene dificultad para seguir una conversación porque oye mal	1	2	3	4
33	Su estado de salud le permite salir a la calle	4	3	2	1
34	Tiene problemas para recordar información importante para la vida cotidiana (caras familiares, nombres, etc.)	1	2	3	4
35	Tiene dificultades de visión que le impiden realizar sus tareas habituales	1	2	3	4
Puntuación Directa:					
	Autodeterminación	Siempre o Casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o Casi nunca
36	Hace planes sobre su futuro	4	3	2	1

37	Muestra dificultades para manejar el dinero de forma autónoma (cheque, alquiler, facturas, ir al banco, etc.)	1	2	3	4
38	Otras personas organizan su vida	1	2	3	4
39	Elige cómo pasar su tiempo libre	4	3	2	1
40	Ha elegido el lugar donde vive actualmente	4	3	2	1
41	Su familia respeta sus decisiones	4	3	2	1
42	Toma decisiones sobre cuestiones cotidianas	4	3	2	1
43	Otras personas toman las decisiones que son importantes para su vida	1	2	3	4

Puntuación Directa:

	Inclusión Social	Siempre o Casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o Casi nunca
44	Participa en diversas actividades de ocio que le interesan	4	3	2	1
45	Está excluido en su comunidad	1	2	3	4
46	En el servicio al que acude, tiene dificultad para encontrar apoyos cuando los necesita	1	2	3	3
47	Tiene amigos que le apoyan cuando lo necesita	4	3	2	1
48	Tiene dificultades para relacionarse con otras personas del centro al que acude	1	2	3	4
49	Está integrado con los compañeros del servicio al que acude	4	3	2	1
50	Participa de forma voluntaria en algún programa o actividad del servicio al que acude	4	3	2	1
51	Su red de apoyos no satisface sus necesidades	1	2	3	4
52	Tiene dificultades para participar en su comunidad	1	2	3	4

Puntuación Directa:

	Derechos	Siempre o Casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o Casi nunca
53	En el servicio al que acude se respetan y defienden sus derechos	4	3	2	1
54	Recibe información adecuada y suficiente sobre los tratamientos e intervenciones que recibe	4	3	2	1
55	Muestra dificultad para defender sus derechos cuando no son respetados	1	2	3	4
56	Cuenta con asistencia legal y/o acceso a servicio de asesoría legal	4	3	2	1

57	Disfruta de todos sus derechos legales (ciudadanía, voto, procesos legales, etc.)	4	3	2	1
			Puntuación Directa:		

ANEXO 4. Forma de calificación

Sección 1a. Escala de Calidad de Vida Fumat			
1. Introducir las puntuaciones directas totales de cada una de las dimensiones 2. Introducir las puntuaciones estándar y los percentiles 3. Introducir el Índice de Calidad de Vida			
Dimensiones de calidad de vida	Puntuaciones directas totales	Puntuaciones estándar	Percentiles de las dimensiones
Bienestar Emocional			
Relaciones Interpersonales			
Bienestar Material			
Desarrollo Personal			
Bienestar Físico			
Autodeterminación			
Inclusión Social			
Derechos			
Puntuación Estándar TOTAL (suma)			
ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA (Puntuación estándar compuesta)			
		Percentil del Índice de Calidad de Vida	

Sección 1b. Perfil de Calidad de Vida										
Rodea la puntuación estándar de cada dimensión y del índice de Calidad de de Vida. Después una los círculos de las dimensiones con una línea para obtener el perfil										
Percentil	BE	RI	BM	DP	BF	AU	IS	DR	Índice de CV	Percentil
99	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20		99
95	15	15	15	15	15	15	15	15	>122	95
90	14	14	14	14	14	14	14	14	118-122	90
85	13	13	13	13	13	13	13	13	115-117	85
80									112-114	80
75	12	12	12	12	12	12	12	12	110-111	75
70									107-109	70
65	11	11	11	11	11	11	11	11	105-106	65
60									103-104	60
55									102	55
50	10	10	10	10	10	10	10	10	99-101	50
45									98	45
40									95-97	40
35	9	9	9	9	9	9	9	9	94	35
30									92-93	30
25	8	8	8	8	8	8	8	8	90-91	25
20									87-89	20
15	7	7	7	7	7	7	7	7	83-86	15
10	6	6	6	6	6	6	6	6	78-82	10
5	5	5	5	5	5	5	5	5	71-77	5
1	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	<71	1

ANEXO 5. Baremos de FUMAT

Puntuación estándar	Puntuaciones directas								Percentil
	BE	RI	BM	DP	BF	AU	IS	DE	
20									>99
19									>99
18									>99
17									99
16									98
15				32		31-32	36		95
14	32			30-31	24	29-30	34-35	20	91
13	30-31	23-24		27-29	22-23	26-28	31-33	18-19	84
12	27-29	21-22	28	25-26	21	23-25	29-30	17	75
11	25-26	20	27	22-24	19-20	21-22	26-28	15-16	63
10	23-24	18-19	25-26	20-21	18	18-20	24-25	13-14	50
9	21-22	16-17	24	17-19	16-17	16-17	22-23	12	37
8	19-20	14-15	23	15-16	15	13-15	19-21	10-11	25
7	16-18	13	22	12-14	13-14	10-12	17-18	9	16
6	14-15	11-12	21	10-11	12	8-9	14-16	7-8	9
5	12-13	9-10	20	8-9	10-11		13	6	5
4	10-11	8	18-19		9		9-12	5	2
3	8-9	6-7	17		6-8				1
2			16						<1
1			7-15						<1

Nota: BE= Bienestar emocional; RI= Relaciones interpersonales; BM= Bienestar material; DP= Desarrollo personal; BF= Bienestar físico; AU= Autodeterminación; IS= Inclusión social; DE= Derechos.

ANEXO 6. Índice de Calidad de Vida

Tabla para obtener el Índice de Calidad de Vida y el percentil del Índice de Calidad de Vida

Total (suma de las PE)	Índice CV	Percentil	Total (suma de las PE)	Índice CV	Percentil	Total (suma de las PE)	Índice CV	Percentil
109	123	94	83	102	56	57	82	11
108	122	93	82	102	54	56	81	10
107	122	92	81	101	52	55	80	9
106	121	92	80	100	50	54	79	8
105	120	91	79	99	48	53	78	8
104	119	90	78	98	46	52	78	7
103	118	89	77	98	44	51	77	6
102	118	88	76	97	42	50	76	6
101	117	87	75	96	40	49	75	5
100	116	86	74	95	37	48	74	4
99	115	84	73	94	35	47	74	4
98	114	83	72	94	34	46	73	4
97	114	82	71	93	32	45	72	3
96	113	80	70	92	30	44	71	3
95	112	79	69	91	28	43	71	2
94	111	77	68	90	26	42	70	2
93	110	76	67	90	24	41	69	2
92	110	74	66	89	23	40	68	2
91	109	72	65	88	21	39	67	1
90	108	70	64	87	20	38	67	1
89	107	68	63	86	18	37	66	1
88	106	66	62	86	17	36	65	1
87	106	65	61	85	16	35	64	1
86	105	63	60	84	14	34	63	1
85	104	60	59	83	13	33	63	1
84	103	58	58	82	12	32	62	1

Nota. PE = Puntuaciones estándar; ICV = Índice de Calidad de Vida

ANEXO 7. Guía MIFP

GUÍA
EVALUACIÓN FINAL DEL PROCESO DE INTERVENCIÓN

PROCESO			
Asesoramiento		Psicoterapia	
OBJETIVOS ESTABLECIDOS			
Asesoramiento		Sintomáticos	De personalidad
CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS			
Nivel de satisfacción (escala subjetiva de 1 a 10)			
Paciente		Observaciones	
Familiares		Observaciones	
Terapeuta		Observaciones	
TÉCNICAS EMPLEADAS Y GRADO DE EFICACIA (1-5)			
Problema			
Sintomáticas o trastorno			
De personalidad			

Excelente	5	Muy bueno	4	Bueno	3	Regular	2	Insuficiente	1
-----------	---	-----------	---	-------	---	---------	---	--------------	---

INTERROGANTES AL FINALIZAR EL PROCESO

		SI	NO	¿POR QUÉ?
Finalización del proceso				
Cumplimiento de expectativas	Paciente			
	Familiares			
	Instituciones			
	Otros			
Terapeuta				
Tratamiento mixto				
Derivación del paciente a otro profesional				
Deserción del paciente				

Anexo 8. Validación de Experto

En la evaluación de las sesiones se realiza la retroalimentación de lo abordado (ejemplo: desarrollo del proceso, aspectos que deben aclararse o profundizarse, pensamientos y sentimientos relacionados a la sesión, visualización de lo que sigue, prospectiva, nivel de satisfacción del beneficiario).

Fase III: Monitoreo y evaluación

En esta fase se debe evaluar la intervención psicológica, puede utilizar una ficha de observación con los indicadores a medir y los logros alcanzados por sesiones y al final (ver ficha 1)

Ficha 1. Matriz de evaluación de la intervención psicológica

Áreas	Resultados	Evaluación				Observaciones
		Si Logró	No logró	Parcialmente logro	En proceso	
Ejemplo: Área Cognitiva		x				
Área afectiva		x				
Área psicósomática		x				
Área Social		x				
Área psicopedagógica						
Área Conductual		x				
Autoevaluación de la experiencia por el investigador						
Fortalezas					Debilidades	

Instrumento para la validación de propuestas de intervención psicológica

Usted ha sido seleccionado como experto para validar la propuesta de intervención psicológica (colocar el nombre de la propuesta), por lo que, se le solicita su participación como validador de la misma. Le solicitamos nos facilite la siguiente información.

- Nombres y apellidos del experto: María Isabel Ramos Noboa
- Cargo e institución donde labora: Coordinadora Carrera Psicología Clínica
- Profesión: Psicóloga
- Grado académico: 4to nivel
- Años de experiencia en la profesión: 15 años
- Actividad científico-investigativa y profesional del experto: 10 años

A continuación, se describe la propuesta.....

Para la validación de la propuesta de intervención psicológica, usted debe calificar dos dimensiones con sus indicadores, en una escala del 1 al 100, la cual se distribuye de la siguiente manera: 1-20 es deficiente; 21- 40 es baja; 41-60 es regular; 61-80 es buena; 81-100 es muy buena. Las dimensiones son: *procedimental* con 7 indicadores y *factibilidad* con 2 indicadores:

3. Procedimental/indicadores:

- Planificación operativa
- Ajuste ético-profesional
- Suficiencia
- Coherencia
- Relevancia
- Organización
- Relación entre las variables

4. Factibilidad/indicadores:

- Relación costo-beneficio
- Adaptabilidad

Indicación al experto:

En la siguiente tabla 4, califique cada dimensión e indicador marcando con una X, de acuerdo con la escala descrita anteriormente; además, puede escribir las observaciones que usted considere pertinente:

Tabla 27. Valoración de la propuesta de intervención psicológica por expertos

Criterios/Indicadores	Descripción	Deficiente				Baja				Regular				Buena				Muy buena				Observaciones	
		1	10	15	20	21	30	35	40	41	50	55	60	61	70	75	80	81	90	95	100		
Procedimental	La propuesta se ajusta a los criterios teóricos, técnicos, metodológicos y éticos de la intervención psicológica																		X				
Planificación operativa	Planificación operativa de la propuesta con ajuste teórico-práctico (congruencia)																				X		
Ajuste ético-profesional	Existe evidencia científica, trato humano, manejo adecuado de la información y en la aplicación de las																				X		

Relación costo-beneficio	Existe un balance entre el costo-beneficio en función de los recursos materiales, económicos y personal capacitado para ejecutar la propuesta																														
Adaptabilidad	La propuesta puede ser adaptada a otros requerimientos según la necesidad del contexto																														



Firma del JuezNombre del Juez

Nota: Se sugiere utilizar el **Coefficiente Aiken para el análisis de la concordancia de los criterios de los expertos** (debe obtener mínimo 80%de consenso de los criterios de expertos).

Procedimiento para la selección de expertos

Pasos a seguir:

9. Confeccionar un listado inicial de personas posibles de cumplir los requisitos para ser expertos en la materia a trabajar (bolsa de posibles expertos).
10. Realizar una valoración sobre el nivel de conocimiento que poseen sobre la materia. Para ello, se realiza una primera pregunta de autoevaluación acerca de los niveles de información y argumentación que tienen sobre el tema en cuestión. En esta pregunta se les pide que marquen con una X, en una escala creciente del 1 al 10, el valor que se corresponde con el grado de conocimiento o información que tienen sobre el tema a estudiar (tabla 28).

Tabla 28. Grado de conocimiento o información sobre el tema de investigación

Expertos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
María Isabel Ramos										X
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

11. Cálculo del Coeficiente de Conocimiento o Información (K_c), a través de la siguiente fórmula:

$$K_c = n(0,1)$$

Donde:

K_c : Coeficiente de Conocimiento o Información
 n : Rango seleccionado por el experto

12. Se realiza una segunda pregunta que permite valorar un grupo de aspectos que influyen sobre el nivel de argumentación o fundamentación del tema a estudiar

(tabla 29).

Tabla 29. Fuentes de argumentación o fundamentación

Análisis de trabajos de autores extranjeros	X		
Su conocimiento del estado del problema en el extranjero y en su país	X		
Su intuición	X		
	Grado de influencia		
Fuentes de argumentación o fundamentación	Alto	Medio	Bajo
Análisis teóricos realizados por usted	X		
Su experiencia obtenida	X		
Análisis de trabajos de autores nacionales	X		

13. Determinación de los aspectos de mayor influencia en las fuentes de argumentación. Los valores reflejados por cada experto en la tabla 29, se contrastan con los valores de una tabla patrón (tabla 30):

Tabla 30. Valores establecidos para cada tipo y nivel de fuentes de argumentación

Fuentes de argumentación o fundamentación	Grado de influencia		
	Alto	Medio	Bajo
Análisis teóricos realizados por usted	0.3	0.2	0.1
Su experiencia	0.5	0.4	0.2
Análisis de trabajos de autores nacionales	0.05	0.05	0.05
Análisis de trabajos de autores extranjeros	0.05	0.05	0.05
Su conocimiento del estado del problema en el extranjero y en su país	0.05	0.05	0.05
Su intuición	0.05	0.05	0.05

14. Cálculo del Coeficiente de Argumentación. Los aspectos que influyen sobre el nivel de argumentación o fundamentación del tema a estudiar permiten calcular el Coeficiente de Argumentación (K_a) de cada experto:

$$K_a = \frac{a}{n_i} = \frac{(n_1 + n_2 + n_3 + n_4 + n_5 + n_6)}{n_i}$$

Donde:

K_a : Coeficiente de Argumentación

n_i : Valor correspondiente a la fuente de argumentación

15. Determinación del Coeficiente de Competencia (K). Una vez obtenido los valores del Coeficiente de Conocimiento (K_c) y el Coeficiente de Argumentación (K_a) se procede a obtener el valor del Coeficiente de Competencia (K), que permite identificar a los expertos en el tema de la investigación. Este coeficiente (K) se calcula de la siguiente forma:

$$K = 0,5 (K_c + K_a)$$

Donde:

K : Coeficiente de Competencia K_c : Coeficiente de Conocimiento K_a : Coeficiente de Argumentación

16. Valoración de los resultados:

$0,8 < K < 1,0$ Coeficiente de Competencia Alto $0,5 < K < 0,8$ Coeficiente de Competencia Medio $K < 0,5$ Coeficiente de Competencia Bajo

El investigador debe utilizar a expertos de competencia alta, no obstante, puede valorar si utiliza expertos de competencia media (se sugiere que hasta 0.7, por debajo a este valor no debe seleccionarse), en caso de que el coeficiente de competencia promedio de todos los posibles expertos sea alto, pero nunca se utilizará expertos de competencia baja.

17. Determinación de la cantidad de expertos a seleccionar.

La cantidad de expertos a seleccionar debe ser mayor o igual que $\lceil \frac{1}{m} \rceil$, donde $\lceil \cdot \rceil$ es un número entre **0.7 y 1**, prefijado por el investigador y m es número de criterios seleccionados¹ (puede ser por el número de elementos, aspectos a medir por los expertos o por la cantidad de sesiones o por las áreas de intervención, entre otros). Aquel j (experto) para el cual el coeficiente de competencia es < 0.7 no debe ser seleccionado.

¹ Sánchez, E.: Aplicación del método experto en los algoritmos examinador para un SAE. *Revista de Investigación de Operaciones* (La Habana) V(2): 31-43, 1984



Varna Hernández Junco, PhD.

Directora de la Escuela de
Psicología