

Bienestar subjetivo y formación de cuidadores de adultos mayores*

Bueno-Pacheco, Alexandra / Peña-Contreras, Eva / Arias-Medina, Paúl / Aguilar-Sizer, Mónica / Cabrera Vélez, Marcela / Lima Castro, Sandra

Universidad de Cuenca - Ecuador

abueno@uazuay.edu.ec / eva.pena@ucuenca.edu.ec / paul.arias@ucuenca.edu.ec / monica.aguileras@ucuenca.edu.ec / marcela.cabrera@ucuenca.edu.ec / sandra.lima@ucuenca.edu.ec

Finalizado: Cuenca, 2017-04-24 / Revisado: 2017-07-01 / Aceptado: 2017-09-15

Resumen

La proporción de adultos mayores crece y continuará creciendo. Por esta razón, se hace necesario delinear y poner en ejecución planes de estado que permitan atender sus necesidades sociales; entre ellas, la fundación y mantenimiento de servicios sociales especializados y la formación del personal asistencial apropiado. Se presentan los resultados de una investigación orientada a establecer los niveles de bienestar de adultos mayores ecuatorianos y los parámetros que lo constituyen. Los datos fueron obtenidos por aplicación de las escalas de Autoeficacia General, Bienestar General y Bienestar Social, el Cuestionario de Gratitud y preguntas sobre autopercepción de salud a una muestra de 386 adultos mayores que fueron contactados en centros de servicio social o mientras esperaban turno por un servicio público. El análisis muestra que la autoeficacia y la gratitud resultan predictivas del bienestar y que quienes participan en centros de servicio social tiene valores promedio más altos en todas las escalas. Los resultados demuestran la necesidad de que los adultos mayores participen en actividades de tipo académico, social y recreativo para fortalecer sus recursos psicológicos, con énfasis en la autoeficacia y la gratitud. En la formación de los cuidadores hay que resaltar que el cuidado del adulto mayor trasciende los asuntos médicos y de manutención y que su estado subjetivo de bienestar tiene tanta importancia como la calidad de vida material.

Palabras clave: formación de cuidadores, bienestar subjetivo, adultos mayores, gratitud, autoeficacia.

Abstract

SUBJECTIVE WELFARE AND TRAINING OF SENIOR CITIZENS' CARERS

The proportion of senior citizens grows in the whole world and will continue to do so in the coming decades. For this reason, it is necessary to delineate and implement state plans to meet their social needs. These include the founding and maintenance of specialized social services and training of appropriate care staff. In this sense, the purpose of the research has been to establish the levels of well-being and the parameters that constitute it according to the opinion of Ecuadorian senior citizens. Data were obtained by applying the General Self-efficacy, General Welfare and Social Welfare, Gratitude Questionnaire, and self-perception questions to a sample of 386 senior citizens who were contacted at social service centers or while waiting for a public service. The analysis shows that self-efficacy and gratitude are predictive of well-being and that those participating in social service centers have higher average values at all scales. The results demonstrate the need for older adults to participate in academic, social and recreational activities to strengthen their psychological resources, with emphasis on self-efficacy and gratitude. In the training of caregivers, it should be emphasized that the care of the older adult transcends medical and nursing issues and that his subjective state of well-being is as important as material quality of life.

Key words: carers training, subjective welfare, senior citizens, gratitude, self-efficacy.

Résumé

BIEN-ÊTRE SUBJECTIF ET FORMATION DES AUXILIAIRES DE GÉRIATRIE

La proporción des personnes âgées augmente de plus en plus. Pour cette raison, il faut délimiter et mettre en œuvre des plans d'état pour répondre à leurs besoins sociaux, notamment la création et la maintenance de services sociaux spécialisés et la formation du personnel d'assistance approprié. Le but de la recherche vise à établir les niveaux de bien-être des personnes âgées équatoriennes et les paramètres qui constituent cet objectif. Les données obtenues proviennent de l'application des échelles d'Auto-efficacité générale, de questions de perception de l'autoévaluation générale, de Bien-être général, de Bien-être Social, d'un questionnaire de gratitude avec de questions d'auto-perception appliqué sur un échantillon de 386 personnes âgées contactées dans les centres de services sociaux ou en attendant leur tour pour un service public. L'analyse montre que l'auto-efficacité et la gratitude prédisent le bien-être et que ceux qui participent aux centres de services sociaux ont des valeurs moyennes les plus élevées à toutes les échelles. Les résultats démontrent le besoin des personnes âgées de participer à des activités académiques, sociales et récréatives pour renforcer leurs ressources psychologiques en mettant l'accent sur l'auto-efficacité et la reconnaissance. Dans la formation des auxiliaires, il convient de souligner que les soins aux personnes âgées dépassent les problèmes médicaux et les services d'entretien, alors l'état de bien-être subjectif des personnes âgées est aussi important que la qualité de vie matérielle.

Mots-clés: formation des soignants, bien-être subjectif, personnes âgées, gratitude, auto-efficacité.

* Los autores del trabajo agradecen a la Dirección de Investigación de la Universidad de Cuenca (DIUC), por el apoyo y financiamiento recibido para el desarrollo de este estudio que formó parte del Proyecto de Investigación "Variables asociadas al bienestar de personas con o sin discapacidad", ganador del Concurso XIII.(DIUC_XIII 021).

1. Introducción¹

En la actualidad, la humanidad enfrenta una circunstancia que nunca antes existió en su toda su historia: el mayor contingente poblacional tiende a concentrarse desde la perspectiva etaria en el grupo de los adultos mayores. Las sociedades, en efecto, envejecen cada vez más, porque la expectativa de vida se ha incrementado de modo exponencial en las últimas décadas y también porque, en sentido inverso, los índices de natalidad disminuyen (OMS, 2002, 2016). Este fenómeno es muy visible, pero no exclusivo, de los países desarrollados. Aunque es en ellos donde se encuentra la mayor proporción de personas adultas mayores, el fenómeno es de naturaleza global (Creagh, García y Valdés, 2015). En Iberoamérica también ha aumentado la esperanza de vida notablemente. Y en ella, el Ecuador no es, desde luego, la excepción. Según los datos del Ministerio de Inclusión Económica y Social (2011), en este país el 6.7% de la población rebasa los 65 años de edad, y se proyecta que para el 2060 se llegue al 22.4%.

Sin embargo, queda claro que los países desarrollados, no obstante la magnitud del reto al que deben dar respuesta, están mejor preparados para el envejecimiento de la población y han diseñado políticas para la gestión de recursos destinados a su sustento, cuidado y atención. Los planes de pensión y retiro y la construcción de centros de cuidado y residencia forman desde hace varias décadas parte de la planificación de las necesidades de la población que han establecido muchos estados. En los países en vías de desarrollo se cobra cada vez una conciencia mayor sobre la necesidad de diseñar políticas de estado que permitan asumir exitosamente el hecho del envejecimiento social, que será mayor, según todas las proyecciones, según transcurre el tiempo. En este sentido, distintos organismos gubernamentales ecuatorianos han establecido nuevas políticas que se enfocan en mejorar la calidad de vida mediante la implementación de servicios sociales diversos (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, 2014). De esta manera se busca considerar con énfasis las fortalezas y emociones positivas de las personas; en definitiva, se busca priorizar el

bienestar integral (Vázquez, Hervás, Rahona y Gómez, 2009).

Entre los múltiples aspectos que es preciso satisfacer, se encuentra la necesidad de formación del personal asistencial para la atención del adulto mayor (Hernández Zamora, 2006). Sobre los cuidados que deben suministrarse a una persona después de cierta edad, el punto de vista ha cambiado notablemente en los últimos años. En efecto, ya no se trata solo de la vigilancia de parámetros médicos, o los referidos al cuidado de la dieta y el aseo. Ahora se trata, además, del bienestar, que es, como veremos de inmediato, una noción de difícil definición en tanto no se mide de acuerdo con los patrones materiales de la calidad de vida (ingreso, lugar de residencia, estudios, etc.) sino de la percepción de la felicidad, que, como como se advierte inmediatamente, es de carácter subjetivo. El hecho, sin embargo, es que la satisfacción vital de una persona no viene dada (o al menos no exclusivamente) por indicadores materiales, sino también por factores que tienen que ver más bien con el modo en que las personas los juzgan y experimentan. Esta es la perspectiva de las numerosas investigaciones más o menos recientes sobre la medición del bienestar subjetivo, que tiene que ver con que la persona se sienta bien y tenga un funcionamiento óptimo para afrontar los desafíos de la vida. Aunque la salud está asociada a esta sensación, hay otros factores, como por ejemplo la calidad de las relaciones sociales o la satisfacción de metal vitales, que también inciden en percepción del bienestar. Con el cumplimiento de los años, aunque la salud normalmente merma, no necesariamente disminuye en la misma proporción la percepción subjetiva de la felicidad y el contentamiento. Cuidar a un adulto mayor en estos tiempos, en consecuencia, supone no solo el suministro de las atenciones materiales que requiere, sino, además, el refuerzo de los elementos subjetivos asociados a su bienestar. En este sentido, los cuidadores de las personas adultas mayores han de poseer formación en unos y otros aspectos. Los gobiernos y las administraciones públicas, por su parte, deben procurar el diseño de políticas públicas y la ejecución de planes formativos destinados a las personas dedicadas (tanto profesionalmente como en el plano doméstico) al cuidado de este

segmento de la población que, como queda dicho, va en aumento. Dicho de otro modo, un plan de formación adecuado para los cuidadores debería contemplar estudios sobre percepción del bienestar. Puesto que los parámetros de evaluación del bienestar son en buena medida de carácter cultural (cada sociedad posee distintas versiones acerca de la felicidad), conviene establecer puntualmente en cada país lo que sus habitantes interpretan como un buen vivir. Sobre esta base, las administraciones estarían mejor informadas acerca del tipo de políticas públicas que, además del mejoramiento de la calidad de vida, devengan en condiciones subjetivas de satisfacción mayor para sus ciudadanos, entre los que se cuenta, desde luego, la población mayor.

En este sentido, convendría establecer los niveles de bienestar y los parámetros que lo constituyen de acuerdo con la opinión de adultos mayores ecuatorianos de modo que, a partir de esta información, puedan diseñarse y ponerse en práctica políticas públicas destinadas tanto al cuidado como a la formación de los cuidadores

La mayor parte de los cuidadores en casi todo el mundo es personal no profesionalizado que ejerce los cuidados en el hogar. En una alta proporción se trata de mujeres cuya edad está sobre los cincuenta años, con formación escolar básica o media y parentesco filial o cónyuge de la persona cuidada. Su tiempo trabajo de cuidado es casi a dedicación exclusiva, por lo cual han renunciado frecuentemente o su tiempo de ocio e incluso en ocasiones a sus propios trabajos. Como consecuencia, los cuidadores desarrollan con frecuencia un nivel de carga física y psicológica que merma su propia salud y bienestar (Giraldo, Franco, Correa, Salazar y Tamayo, 2005).

Ahora bien: la percepción del cuidador acerca de las atenciones que el enfermo o adulto mayor a su cargo tiene que ver tanto con su sentido de la responsabilidad hacia la persona cuidada como con su propia interpretación de la utilidad y necesidad de los cuidados que la otra persona precisa. Al margen de la condición médica del paciente y de los tratamientos y atenciones profesionales que necesita por prescripción profesional, un aspecto importante del cuidado tiene que ver con

la percepción del propio paciente acerca de su estado y de sus condiciones generales de vida. Los expertos se refieren a este conjunto de condiciones como “bienestar” y distintos estudios demuestran que se trata de una percepción subjetiva. En efecto, más que de ciertas características mensurables relacionadas con el estado de salud, la atención médica, el nivel de ingresos, etc., la percepción del bienestar varía por condicionamientos culturales y psicológicos. En este sentido, resulta fundamental tanto para la planificación institucional de los centros de cuidado como para la formación de cuidadores domésticos comprender cuáles son los aspectos a los que los enfermos y ancianos otorgan mayor valor con respecto a su bienestar, de modo que, sin abandonar ni descuidar los cuidados médicos prescritos, los cuidadores concentren sus energías y tiempo en aras del bienestar de la persona a su cargo. Un conocimiento de cuáles son los factores que en una sociedad determinada se interpretan como índices de bienestar y satisfacción en la vejez permitirá sin duda una asunción de las responsabilidades del cuidado más efectivas y menos estresantes. Dicho de otro modo, conocer los factores asociados al bienestar de las personas mayores optimizaría su cuidado y descendería la sensación de carga de los cuidadores. Estos, por otra parte, precisan de programas de capacitación, tanto si actúan en el marco de instituciones como si (como sucede en la mayor parte de los casos) los cuidados se administran en el hogar por un pariente.

En este sentido, este trabajo reporta los resultados de un estudio sobre factores asociados al bienestar subjetivo en una muestra de adultos mayores en la ciudad de Cuenca, Ecuador, con la intención de obtener información útil para sus cuidadores y, principalmente, para el diseño de planes de formación y de políticas públicas para regular la formación de los cuidadores.

2. La formación de los cuidadores de los adultos mayores

Este apartado se destina a una revisión de la situación general de la formación de los cuidadores de personas mayores en el mundo, con especial énfasis en la los países iberoamericanos y, particularmente, en el Ecuador.

En primer lugar, se hace necesario establecer una distinción entre cuidadores profesionales, que han recibido formación académica y prestan casi siempre sus servicios en instituciones sanitarias de internamiento y centros asistenciales, y quienes ejercen este rol en los espacios domésticos. Aquí se hace preciso recordar que en la mayoría de los casos las personas de edad son atendidas en las propias casas, casi siempre por parientes allegados.

2.1. Los cuidadores profesionales. Formación del personal de enfermería

En el caso de los cuidadores de adultos institucionalizados, se trata de profesional sanitario asistencial, en la mayor parte de los casos enfermeros, que han recibido distinto grado de instrucción, con una tendencia cada vez mayor a la instrucción universitaria. En efecto, si bien existe todavía personal en ejercicio cuya formación es la de enfermero bachiller (o un grado de estudios intermedio equivalente), se han incrementado notablemente las carreras universitarias de enfermería, y es a ellas a las que actualmente recurren para su formación quienes desean dedicarse a esta profesión. Es de hacer notar que en la mayoría de los casos el perfil de egreso de un profesional de la enfermería es el de una persona con capacidades y destrezas múltiples, que le permitan ejercer en distintos ámbitos asistenciales. Dicho de otro modo, la formación de los enfermeros es amplia y general, de modo que puedan desempeñarse en los distintos servicios en los que se organiza el trabajo hospitalario y de cuidados al paciente. En palabras de Bhen Thenre, Jara Concha y Nájera (2002), la formación de las Escuelas y Facultades de Enfermería en Latinoamérica tienen actualmente como perfil de egreso un profesional generalista, capacitado para la asistencia integral del individuo, la familia y la comunidad, y la gestión y administración, investigación y educación. Es preciso indicar aquí que se trata de una visión contemporánea, revisada, y que deriva de la consideración de los cambios demográficos y epidemiológicos actuales y de las necesidades de ajustar los planes de estudio a esta realidad actual. Cabe señalar que entre las áreas profesionales delineadas en la investigación,

en consonancia con el perfil demográfico de la población actual, la geriatría ocupa el primer lugar (Bhen Thenre, Jara Concha y Nájera, 2002)².

En las instituciones de cuidado permanente (asilos y residencias) se cuenta, además, con una gran cantidad de personal: por una parte, los médicos geriatras y gerontólogos, cuya especialización está orientada a la prevención, diagnóstico y tratamiento de las patologías propias de la edad mayor; por otra, se suman la de médicos especialistas en distintas áreas (cardiólogos, traumatólogos, neurólogos, etc.) y particularmente, psiquiatras y psicólogos, que cuidan los aspectos cognitivos y de la salud mental de los adultos mayores. Además, también acompañan en la atención a las personas mayores: fisioterapeutas, terapeutas del lenguaje (si hay afasias asociadas con la edad), terapeutas ocupacionales y recreadores. Cada uno de ellos ha recibido formación relacionada con el modo cómo se ha de trabajar con adultos mayores. En cuanto a la formación de los enfermeros (sobre cuyos hombros reposa la mayor parte de la responsabilidad, por el tiempo que pasan acompañando a los internos y velando por que reciban los tratamientos según las indicaciones y horarios prescritos por el facultativo), la misma forma parte de un programa general que abarca la asistencia integral de personas, familia y comunidad, y que incluye, además aspectos relacionados con la administración de instituciones, la investigación y la educación. Sin embargo, ha habido una preocupación constante sobre el rol del personal de enfermería y distintas posturas acerca del modo en que se debe orientar su trabajo en el cuidado del adulto mayor. Así, por ejemplo, Segovia Díaz de León y Torres Hernández (2011) consideran que las atenciones y cuidados del personal de enfermería deben estar orientados a garantizar y apoyar (en la medida de lo posible) la independencia funcional del adulto mayor, para lo cual repasan las distintas posiciones surgidas en los últimos años sobre este particular. Después de una amplia revisión bibliográfica concluyen en la importancia de recalcar la funcionalidad, que supone la interrelación compleja de los aspectos físico, psicológico, social y económico, todo ello sin perder de vista que la funcionalidad está considerada dentro del concepto de salud. En este sentido, Segovia Díaz de León y Torres

Hernández (op. Cit.) insisten en la necesidad de evaluarla adecuadamente a fin de poder direccionar la actuación a partir de la prevención y el mantenimiento de la capacidad funcional que son los objetivos de la geriatría y gerontología. Cuando tal capacidad se halla comprometida, es preciso proporcionar al paciente una atención integral multidisciplinar de la cual la enfermería forme parte. Si bien la cuidado integral del adulto mayor está vinculado con su capacidad de autogestión y funcionalidad, habría que integrar, además, su nivel de bienestar subjetivo. Sobre esta idea volveremos después.

A pesar del interés que ha suscitado la atención del adulto mayor en las últimas décadas, debido al incremento de este segmento de la población y al conocimiento cada vez mayor que se tiene del modo en que se debe proceder, continua siendo escasa la formación de cuidadores especializados en la atención del adulto mayor. En efecto, la visión de que la atención de una persona de edad debía centrarse en el diagnóstico y tratamiento de las patologías y enfermedades asociadas ha transitado a una consideración más integral, que procura la preservación de la salud y la funcionalidad autónoma de la persona. Este cambio de perspectiva tiene que ver también, como se ha visto, con una nueva concepción de la salud, que ha desechado la noción negativa de ausencia de enfermedades, y adoptado una más positiva, referida al estado de bienestar físico, mental y social.

Sin embargo, esta concepción de la atención del adulto mayor desde la potencialización de su salud física y mental y desde el refuerzo de la funcionalidad autónoma, no se corresponde con un cambio necesario en la formación de los nuevos cuidadores, que debería armonizar con este ideal. De la extensa revisión bibliográfica que se ha emprendido para este estudio, en efecto, no se ha encontrado que exista formación en universidades u otros centros educativos destinada específicamente a la formación de cuidadores de personas adultas mayores. Y en lo planes de estudio de los enfermeros sigue habiendo una o dos asignaturas destinadas, en general, a los cuidados médico-asistenciales para el cuidado de las persona de la tercera edad.

2.2. Los cuidadores domésticos

Como se sabe, la mayor parte de los adultos mayores permanecen en sus hogares (o el de familiares o amigos), donde reciben de parientes o allegados las atenciones y el acompañamiento que requieren. Este cuidado no es profesional, sino basado en las indicaciones médicas y en la intuición de las personas que los atienden. La proporción de adultos institucionalizados en todo el mundo, en efecto, es minoritaria, incluso en países en los que existe conciencia del incremento etario de la población y planes y políticas destinadas a este sector.

Los cuidadores dentro de los hogares son en casi todas partes personal no profesionalizado, pues la atención profesional en los domicilios es costosa y la mayor parte de la población no cuenta con los recursos económicos para asumirla. Estos cuidadores, por otra parte, tienen una gran carga a sus espaldas, pues generalmente se trata de una persona única que se ocupa de la mayor parte de las atenciones y que recibe (cuando sucede) una ayuda parcial de otros miembros de la familia o allegados. Por ello, los cuidadores domésticos son vulnerables a padecer problemas físicos y psíquicos. (Landinez-Parra, Caicedo-Molina, Lara-Díaz, Luna-Torres, & Beltrán-Rojas, 2015). La OMS (2004) considera que el cuidado de una persona con una enfermedad crónica es un factor de alto riesgo para desarrollar trastornos mentales, entre ellos la depresión. Aunque en ocasiones son varios miembros de la familia los que atienden al familiar dependiente, en la mayoría de los casos la responsabilidad del cuidado recae sobre una única persona, que pasa a asumir el rol del cuidador principal. Con este término, como queda claro, se alude frecuentemente a la persona que dedica una gran parte de su tiempo diario al cuidado del enfermo y que realiza esas tareas de manera continuada y durante un tiempo prolongado (Crespo y López, 2007). El cuidador principal de la persona en situación de dependencia suele ser una mujer, cuya edad está generalmente sobre los cincuenta años, con formación escolar básica o media y parentesco filial o cónyuge de la persona cuidada. Su dedicación al cuidado es casi a dedicación exclusiva, por lo cual han renunciado frecuentemente a su tiempo

de ocio, e incluso en ocasiones a sus propios trabajos. Lo cierto es que el cuidador principal asume una “carrera inesperada” que, a diferencia de otras ocupaciones, está sujeta a la problemática de la persona mayor y los niveles de dependencia. Esta experiencia prolongada atraviesa una serie de fases: comienzo de la enfermedad o dependencia, institucionalización del familiar mayor (si ocurre) y fallecimiento de éste (Aneshensel et al., 1995). Estas personas, en la mayoría de los casos, están desprovistas de formación especializada, y actúan guiadas por las pautas proporcionadas por el personal médico que atiende circunstancialmente al anciano y por la intuición y experiencia que van desarrollando conforme pasa el tiempo. A pesar de recibir ciertas orientaciones de carácter general, no poseen calificación académica suficientemente adecuada, por lo que con frecuencia se recargan inútilmente de trabajos y tareas y se agobian ante la magnitud de las tareas que les han sobrevenido involuntariamente.

A pesar de la importancia social que poseen en cuanto que alivian la responsabilidad del estado y las instituciones en el cuidado de personas que no dejan de ser, como cualquier otro, ciudadanos objeto de derecho, la invisibilización de estas personas es evidente. En este sentido, urge no solo el reconocimiento del trabajo que ofrecen a la sociedad, sino además proveerles de recursos y herramientas que faciliten su labor. En este sentido, resulta imprescindible desarrollar programas destinados al mejoramiento de la calidad de vida de los cuidadores y por ende el bienestar del adulto mayor; estos programas deben formar a los cuidadores en temáticas múltiples, como por ejemplo comprender información sobre los recursos sociales y sanitarios existentes, conocimiento sobre las enfermedades, habilidades relacionadas tanto con el cuidado y autocuidado; así como apoyo emocional, de tal manera que se pueda reducir la sobrecarga que los cuidadores presentan (Unzué, 2001). Se ha encontrado que existen diversas maneras de enfocar estos temas tales como formación de grupos de información, lo mismo que grupos de apoyo emocional, autoayuda y entrenamiento en técnicas cognitivas-conductuales; inclusive se ha previsto la necesidad

de espacios para la terapia individual del cuidador (Espín-Andrade, 2009).

Por otra parte, hay que tomar en cuenta que los estudios realizados en el área de formación de cuidadores informales y profesionales proceden en su mayoría del ámbito anglosajón o europeo por lo tanto el alcance de sus conclusiones puede presentar ciertas limitaciones a la hora de analizar las necesidades de formación cuidadores de nuestro contexto sociocultural.

Las propuestas de capacitación de formadores en América Latina, por otra parte, no consideran con amplitud los aspectos académicos estructurados, debido a que las poblaciones participantes son temporales y actúan de manera voluntaria. Por el contrario, la educación no formal, aunque no es institucionalizada, sí es organizada y representa una actividad complementaria y flexible que permite la integración de conocimientos en los cuidadores, puesto que transmite saberes, hábitos y diferentes formas de desempeñarse en un entorno determinado (Agudelo, Ríos, González, Rivera, & Vélez, 2013).

2.3. Cuidadores domésticos de adultos mayores y apoyo oficial institucional

La situación de asistir a una persona mayor implica múltiples tareas para el cuidador, lo que genera dificultades en su dinámica familiar y no permite brindar la atención que los adultos mayores requieren. Se ha reportado que dichos cuidadores de adultos mayores a menudo presentan altos niveles de estrés, sentido de bienestar disminuido, sentido de atadura a su labor, depresión, salud física comprometida e incluso muerte prematura (Vitaliano, Russo, Young, Becker, y Maiuro, 1991; Rose-Rego, Strauss, y Smyth, 1998; Dunkin y Anderson-Hanley, 1998; Bodnar y Kiecolt-Glaser, 1994; Schulz y Beach, 1999). Aunque existen beneficios derivados de esta actividad, muchos de ellos necesitan apoyo instrumental y psicosocial.

En vista de lo anterior, se identifican dos tipos de intervenciones en los cuidadores: primera, la que se orienta a reducir la carga de trabajo de los cuidadores; segunda, aquella destinada a mejorar el bienestar de los cuidadores y su capacidad de afrontar problemas con éxito. Sörensen, Pinquart,

y Duberstein (2015) han considerado siete tipos de intervención sobre la base de la revisión de 89 artículos que abordan distintos enfoques en la atención del adulto mayor. Tales intervenciones se listan a continuación:

- 1.- Intervenciones de carácter psicoeducativo, que a menudo incluyen programas estructurados de información y entrenamiento que permiten al cuidador reaccionar de manera efectiva a problemas relacionados con la enfermedad de los recipientes.
- 2.- Intervenciones de apoyo, que consisten en programas no estructurados en los que los participantes comparten problemas, éxitos y sentimientos en un ambiente que les permite crear vínculos de confianza con otros cuidadores. Este tipo de intervenciones proveen principalmente soporte emocional.
- 3.- Intervenciones destinadas a reducir la carga del cuidador, que consiste en asistencia profesional de modo que el cuidador disponga de tiempo libre.
- 4.- Intervenciones de psicoterapia, que implica establecer una relación entre el cuidador y un profesional. Este tipo de intervenciones ayudan al cuidador a desarrollar habilidades para solucionar problemas.
- 5.- Intervenciones destinadas a la persona que recibe el cuidado, cuyo objetivo es mejorar los niveles de afecto y las competencias cotidianas.
- 6.- Intervenciones de carácter multicomponente, que incluyen una combinación de las intervenciones antes mencionadas.
- 7.- Misceláneos, en donde se ofrece a los participantes más de un componente de intervención, pero los participantes no actúan en más de uno de ellos.

Un metaanálisis actualizado muestra que las intervenciones son efectivas, en promedio, para aliviar los problemas de sensación de atadura y depresión, además de que incrementan el bienestar subjetivo y las habilidades y conocimientos de los cuidadores (Sörensen, Pinguart, y Duberstein, 2015). La mayoría de estos efectos persisten por más de siete meses después de la intervención. Las intervenciones de carácter multicomponente mejoran el bienestar del cuidador en el corto plazo. Respecto al número de sesiones de las

intervenciones, estas dependen del objetivo del programa y del problema a aliviar. Por ejemplo, de siete a nueve sesiones pueden ser suficientes para incrementar el nivel de habilidad y conocimiento del cuidador, pero serían insuficientes para tratar problemas de depresión. Las intervenciones son por tanto justificables y recomendables.

2.4. Cuidadores domésticos de adultos mayores en el Ecuador

Actualmente se observa que las cifras de la población de adultos mayores crecen con rapidez incluso en los países en vías de desarrollo, debido a que estas personas tienen mayor acceso a los servicios de salud y a la existencia de programas enfocados al cuidado del adulto mayor (Creagh, García y Valdés, 2015). Según los datos del Ministerio de Inclusión Económica y Social (2011), en Ecuador el 6.7% de la población rebasa los 65 años de edad, y se proyecta que para el 2060 se llegue al 22.4%. Debido a que esta población exhibe un crecimiento acelerado, varios organismos gubernamentales locales establecieron nuevas políticas que se enfocan en mejorar la calidad de vida mediante la implementación de servicios sociales diversos (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, 2014). De esta manera se busca considerar con énfasis las fortalezas y emociones positivas de las personas; en definitiva, se busca priorizar el bienestar integral (Vázquez, Hervás, Rahona y Gómez, 2009).

En el país, la formación para cuidadores informales, sin embargo, no es aún una prioridad. Existe, por tanto, una carencia formativa, y en la mayoría de los casos se trata de esfuerzos aislados que se reflejan en cursos de formación impartidos por el Ministerio de Salud, que ha generado material de apoyo para dotar a los cuidadores de conocimientos, estrategias y habilidades básicas que les ayuden a sobrellevar el proceso de cuidado. Estos programas, sin embargo, son en la actualidad de alcance limitado, pues no llegan a la mayoría de la población. Lo anterior da cuenta de la urgencia e importancia de generar estos espacios de capacitación con el fin de que la atención dirigida a los adultos mayores sea de calidad y se adapte claramente a las necesidades de cada uno de los pacientes.

Considerando estos vacíos de formación de la revisión de literatura surge la necesidad de proponer líneas de formación sobre la capacitación de cuidadores en el Ecuador que, tal como se describió anteriormente, debe hacerse de manera integral, abarcando principalmente el carácter multicomponente (Sörensen, Pinguart, y Duberstein, 2015).

3. La definición de bienestar

Actualmente se concibe el bienestar como un constructo multidimensional (Hupper y So, 2013) al que Seligman (2012) denomina como “floreamiento”, puesto que implica que la persona se sienta bien y tenga un funcionamiento óptimo para afrontar los desafíos de la vida. Este constructo de bienestar ha sido conceptualizado dentro del marco de la salud mental por la Organización Mundial de la Salud (2013).

Distintos estudios correlacionan el bienestar con la percepción subjetiva de salud y con la sensación general de plenitud física de la persona, incluso en adultos mayores, entre quienes, como es natural, la percepción subjetiva de salud declina con la edad (Greco, Steca, Pozzi, Monzani, Malfatto y Parati, 2015). Es conocido que los adultos mayores deben lidiar de manera efectiva con los desafíos propios del envejecimiento, como por ejemplo la fragilidad física y la pérdida de estatus económico y laboral (Acuña-Gurrola y González-Celis-Rangel, 2010). Sin embargo se ha señalado que el predictor fundamental de un alto nivel de bienestar en estas personas consiste en poder construir recursos psicológicos sólidos como es por caso la autoeficacia (Bandura, 1984), definida como la creencia que tiene la persona acerca de sus capacidades y competencias, lo cual favorece finalmente la ejecución de acciones exitosamente (Bandura, 1984; Ortiz y Castro, 2009; Singh, Shukla y Singh, 2010). Varios estudios han relacionado la autoeficacia de las personas mayores con una mejor salud mental, mayor confianza y autoestima, mayor tendencia a realizar comportamientos saludables como la práctica de ejercicio y nutrición adecuada, así como niveles mayores de bienestar psicológico (Singh, Shukla y Singh, 2010; Grembowski, Patrick, Diehr, Durham, Beresford, Kay y Hecht, 1993; Ortega y Cuadrado, 2011).

Por otro lado, el concepto de gratitud ha llamado la atención de los investigadores por cuanto se relaciona estrechamente con el bienestar y la satisfacción de vida (Peterson y Seligman, 2004; Wood, Joseph y Maltby, 2009). Se trata de un constructo comprendido como un rasgo de personalidad referido a la predisposición para responder con gratitud ante la vida, independientemente de los acontecimientos que produzcan esta sensación (McCullough, Emmons y Tsang, 2002). Una actitud constante de agradecimiento sobrepasa el bienestar que proporcionan los eventos emocionales que la promueven y se convierten en un estado constante de contentamiento (McCullough, Emmons y Tsang, 2002; McCullough, Tsang y Emmons, 2004). Esta visión más positiva del entorno fomenta relaciones más cercanas y profundas con otros (Wood, Joseph y Maltby, 2009; Elosúa, 2015; Rash, Matsuba y Prkachin, 2011; Wood, Froh y Geraghty, 2010). En personas mayores, este tipo de relaciones se ve favorecido por el hecho de formar parte de una comunidad que les brinda apoyo, les ayuda a enfrentarse a nuevos retos y genera interacciones sociales funcionales (Fernández y Oliva, 2007). La evaluación que hace la persona acerca de las circunstancias y su funcionamiento en la sociedad es definida por Keyes (1998) como bienestar social. Entre las personas adultas mayores se alcanza cuando el individuo se considera un miembro valioso en su comunidad, confía que tiene algo que aportar, recibe afecto incondicional y confirmación de sus actos y se le reconoce, además, determinado estatus social (Cramm y Nieboer, 2015). Este constructo comprende cinco dimensiones: la coherencia social, la actualización social, la aceptación social, la integración social y la contribución social, y ha sido relacionado con un mejor nivel de salud, mejor adaptación a las diversas circunstancias vitales, menor prevalencia de enfermedades mentales, menos estrés y depresión (Fernández y Oliva, 2007; Husaini, Moore y Castor, 1991).

El bienestar está también en relación con otras variables sociodemográficas. En cuanto al género, algunos investigadores señalan que no existen diferencias significativas en relación al bienestar, o en su defecto, que las mujeres adultas mayores

tienen menor bienestar psicológico en comparación con los hombres. Sin embargo, sobre este respecto no existen estudios concluyentes (Gutiérrez, Tomás, Sancho, Galiana y Francisco, 2014; Momtaz, Ibrahim, Hamid y Yahaya, 2011). Por otro lado, se considera que el envejecimiento trae consigo enfermedades crónicas y discapacidades que se relacionan de manera directa con la esperanza de vida (Keshari y Shankar, 2017). Así por ejemplo, en México la expectativa vital para la población en general es de 73.6 años; en cambio, los años de vida en los que la persona está libre de discapacidad se ubica alrededor de los 66.5 años (Rodríguez-Ábrego, Ramírez-Sánchez y Torres-Cosmec, 2014). Dicho de otro modo, con posterioridad a esta edad es más probable que se desarrolle alguna forma de discapacidad que en etapas anteriores. En todo caso, resulta más importante considerar la funcionalidad de las personas, es decir, su capacidad de llevar a cabo actividades de la vida diaria que la incapacidad misma, pues la autogestión influye directamente en la percepción de salud que se tiene y, por ende, en la calidad de vida (Keshari y Shankar, 2017; Bontje, Asaba y Josephsson, 2016).

Al respecto, algunos estudios destacan de manera enfática la reciprocidad que se establece entre las relaciones sociales y el bienestar en personas con discapacidad, y señalan que, sobre todo en población adulta mayor, la actividad social se asocia a la calidad de vida, y por ende, a mayores niveles de bienestar (Park, Chun, Choi, Lee, Ki y Park, 2015; Tough, Siegrist y Fekete, 2017; Urzúa y Caqueo-Urizar, 2012).

En relación con todo lo anterior, este artículo muestra los resultados de una investigación cuyo propósito ha sido el establecimiento de los niveles de bienestar y los parámetros que lo constituyen de acuerdo con la opinión de adultos mayores ecuatorianos de modo que, a partir de esta información, puedan diseñarse y ponerse en práctica políticas públicas destinadas tanto al cuidado de estas personas como a la formación de sus cuidadores.

4. Materiales y métodos

Para la investigación se realizó un estudio transversal con enfoque cuantitativo y se diseñó

un muestreo aleatorio simple mediante el que se obtuvo un tamaño de muestra de 386 adultos mayores de la zona urbana de la ciudad de Cuenca (Ecuador) que acuden o no a diversos servicios sociales (Universidad del Adulto Mayor: n=37; Hogar de los Abuelos: n=12; Programa del Adulto Mayor del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social: n= 299; no acude a ningún servicio social: n=38), lo que implica que participan de actividades grupales académicas o sociorecreativas programadas de forma diurna, sin que ello implique la institucionalización de las personas. La participación voluntaria de los sujetos se verificó con la firma de una carta de consentimiento informado, en la cual se explicaban los fines investigativos de la evaluación y la confidencialidad de los datos obtenidos.

Estas personas fueron elegidas considerando que su nacionalidad fuera la ecuatoriana y que el español fuera su lengua materna¹, que tuvieran más de 65 años, con independencia de su estado civil y que contestaran todas las preguntas de la encuesta formulada. Se excluyeron aquellas personas con deterioro cognitivo incapacitante para la comprensión de los reactivos de las pruebas, aquellas que estuvieran institucionalizadas y las que no contestaran completamente el cuestionario. Las encuestas se realizaron en el año 2016 e incluyeron un cuestionario sociodemográfico.

Para el desarrollo del trabajo se utilizaron las siguientes escalas:

- 1) General Self-Efficacy Scale (Escala de Autoeficacia General). (Schwarzer y Jerusalem, 1995). Consta de 10 ítems puntuados mediante una escala Likert desde 1 (nunca) hasta 4 (siempre). Para la contextualización de la investigación se utilizó la Escala de Autoeficacia General adaptada al contexto ecuatoriano (Bueno-Pacheco, Lima-Castro, Peña-Contreras, Cedillo-Quizhpe y Aguilar-Sizer, 2017).
- 2) The Gratitude Questionnaire-Six Item Form (Cuestionario de gratitud de 6 ítems).

¹ La intención de esta condición consiste en garantizar la óptima comprensión de las preguntas, que podría verse influida negativamente por un aprendizaje deficitario de la lengua castellana.

(McCullough, Emmons y Tsang, 2002). Integra 6 ítems que se responden en escala tipo Likert desde 1 (totalmente en desacuerdo) hasta 7 (totalmente de acuerdo). Puesto que existe, para esta investigación se utilizó la Escala de Gratitud adaptada al contexto ecuatoriano, que incluye solo 5 ítems (Cabrera-Vélez, Lima-Castro, Peña-Contreras, Cedillo-Quizhpe, Aguilar-Sizer y Bueno-Pacheco, 2016).

- 3) Escala de Bienestar Social de Keyes (Blanco, y Díaz, 2005). Es una adaptación de un cuestionario de 25 ítems sobre la base del propuesto originalmente por Keyes (2009). De acuerdo con los fines de este estudio se utilizaron únicamente dos ítems, que evalúan la contribución social “*Pienso que lo que hago es importante para la sociedad*” y la integración social “*Siento que soy una parte importante de mi comunidad*”.
- 4) PERMA-Profiler (Butler y Kern, 2016). La escala mide los cinco pilares del Bienestar definidos por Seligman (2012): emociones positivas, compromiso, relaciones, significado y logros. La escala está compuesta por 23 ítems calificados en escala Likert, desde 0 (nunca) hasta 10 (siempre). Además del bienestar, este perfil evalúa tres factores independientes: salud, emociones negativas y soledad. En esta investigación se consideró también la autovaloración de salud mediante 3 ítems de la escala, usando la adaptación ecuatoriana del instrumento (Lima-Castro, Peña-Contreras, Cedillo-Quizhpe y Cabrera-Vélez, 2017).

El procedimiento que siguió esta investigación inició evaluando la normalidad de los datos con

la prueba de Shapiro-Wilk. Las diferencias entre grupos se analizaron con técnicas no paramétricas (prueba de suma de rangos de Wilcoxon, prueba de Kruskal-Wallis y prueba post-hoc de Dunn). Posteriormente se calculó la correlación entre las variables psicológicas mediante el coeficiente de Spearman. Al analizar la consistencia interna de las escalas se consideró el alfa de Cronbach y el coeficiente Spearman-Brown para escalas de dos ítems. Finalmente, para estudiar el impacto de las variables psicológicas sobre el bienestar se realizó un análisis de regresión.

5. Resultados

La muestra comprende 86 hombres (22,28%) y 300 mujeres (77,72% que son, por otra parte, quienes mayoritariamente participan en centros de servicio social) entre 65 y 89 años, (*Media*= 72.17 *DE* =5.85). En esta muestra, un 45.9% está formado por individuos casados, 28.8% viudos y 11.7% divorciados. El 53.6% reporta tener pareja. El 26.7% de los participantes presenta algún tipo de discapacidad física (que no interfiere con la comprensión de las encuestas aplicadas). El 89.9% del grupo manifestó que no trabaja, aunque el 53.6% de la muestra supera los USD 668 en ingresos mensuales (valor de la canasta básica en Ecuador para el año 2016). El 44.3% de la muestra tiene estudios de bachillerato, el 24.6% reporta poseer estudios universitarios y el 7.3% carece de instrucción formal.

Con respecto a las variables psicológicas, se utilizan valores promedio para cada una. Los estadísticos descriptivos se presentan en la tabla 1.

Con anterioridad al estudio de los datos se analizó la consistencia interna de las escalas utilizadas mediante el alfa de Cronbach: Escala de

Tabla 1
Estadísticos descriptivos de las variables psicológicas

Variable	N	Media	DE	Min	Max
Bienestar general	386	8.57	1.08	3	10
Salud	386	8.02	1.71	2	10
Gratitud	386	6.70	0.50	3.8	7
Autoeficacia	386	3.21	0.50	1.7	4
Bienestar social	385	8.34	1.74	0.5	10

Fuente: Proceso de investigación.

Autoeficacia General, $\alpha=0.8725$; PERMA-Profilier, $\alpha=0.8734$; Cuestionario de Gratitud $\alpha=0.8274$; Autovaloración de Salud, $\alpha=0.7896$. La dimensión de contribución social de la escala de Keyes consta únicamente de dos ítems, por lo que se reporta el coeficiente de Spearman-Brown de fiabilidad, que alcanza 0.801. Las variables psicológicas presentan una distribución sesgada a la izquierda, lo cual se confirmó con la prueba de normalidad Shapiro-Wilk. Las variables de percepción de salud, rasgos de gratitud, autoeficacia, bienestar social y bienestar general presentan correlaciones estadísticamente significativas entre ellas ($p < .01$), aunque en diferentes magnitudes calculadas con el coeficiente de correlación de Spearman (tabla 2).

Para evaluar las diferencias entre los grupos se realizan test no paramétricos, específicamente el test suma de rangos de Wilcoxon. Los valores medios, desviaciones típicas, diferencias y significancias en

las distintas escalas psicológicas que clasifica a la población sobre la base de las principales variables sociodemográficas se presentan en la tabla 3.

Las personas que participan en los centros de servicios sociales muestran valores promedio más altos de bienestar que aquellas que no acuden a ellos. Las diferencias son significativas en todas las variables excepto en autoeficacia. Las diferencias entre los valores reportados en bienestar general entre los distintos centros de servicios sociales tampoco resultaron estadísticamente significativas.

Se evidencia que las diferencias en bienestar general, salud y gratitud entre hombres y mujeres son significativas, obteniendo los primeros un valor promedio menor. Las mujeres alcanzan un valor promedio inferior a los hombres únicamente en la escala de autoeficacia, aunque como se señaló, esta diferencia no es estadísticamente significativa. Los individuos que afirman no sufrir ninguna

Tabla 2
Coefficientes de correlación

Escala	Bienestar general	Salud	Gratitud	Autoeficacia	Bienestar social
Salud percibida	.60*	1			
Gratitud	.41*	.33*	1		
Autoeficacia	.48*	.37*	.37*	1	
Bienestar social	.66*	.52*	.36*	.45*	1

*Significativo al 0.1

Fuente: Proceso de investigación.

Tabla 3
Pruebas de heterogeneidad, valores medios y desviaciones típicas

Variable/Dimensión	Bienestar General	Salud	Gratitud	Autoeficacia	Bienestar Social
Sexo	$z=-4.05$ ($p=0.00$)*	$z=-1.9$ ($p=0.04$)*	$z=-2.90$ ($p=0.00$)*	$z=1.56$ ($p=0.11$)	$z=-1.36$ ($p=0.17$)
Hombre (n=86)	8.17 ± 1.14	7.63 ± 1.93	6.53 ± 0.66	3.29 ± 0.48	8.13 ± 1.83
Mujer (n=300)	8.69 ± 1.04	8.13 ± 1.62	6.74 ± 0.44	3.19 ± 0.51	8.40 ± 1.71
Servicios Sociales	$z=-4.03$ ($p=0.00$)*	$z=-2.411$ ($p=0.01$)*	$z=-2.08$ ($p=0.03$)*	$z=0.59$ ($p=0.55$)	$z=-2.35$ ($p=0.01$)*
Sí(n=348)	8.64 ± 1.06	8.08 ± 1.69	6.70 ± 0.51	3.21 ± 0.50	8.42 ± 1.70
No(n=38)	7.94 ± 1.10	7.41 ± 1.75	6.64 ± 0.45	3.23 ± 0.56	7.63 ± 2.00
Discapacidad	$z=2.58$ ($p=0.00$)*	$z=5.78$ ($p=0.00$)*	$z=1.54$ ($p=0.12$)	$z=2.83$ ($p=0.00$)*	$z=2.71$ ($p=0.00$)*
No (n=283)	8.68 ± 0.97	8.34 ± 1.52	6.72 ± 0.48	3.26 ± 0.50	8.52 ± 1.55
Sí (n=103)	8.27 ± 1.31	7.13 ± 1.88	6.63 ± 0.56	3.09 ± 0.50	7.85 ± 2.11

*Significativo al 0.05

**Significativo al 0.1

Fuente: Proceso de investigación.

discapacidad presentan valores promedio más altos y las diferencias son significativas en todas las escalas excepto en la de gratitud, en la que, a pesar de mostrar los valores más altos, la diferencia no resulta significativa.

Para estudiar la relación entre bienestar y las variables psicológicas mencionadas se realizó una regresión con transformación de BoxCox con el mismo parámetro, tomando la variable bienestar general como variable dependiente; las variables independientes incluyen salud, bienestar social, autoeficacia y gratitud. Se prefiere el modelo Lambda sobre otros siguiendo el criterio de Akaike y Schwarz . Los coeficientes son positivos y significativos y se muestran en la tabla 4. Un aumento de un punto en la escala de Salud contribuye a un incremento de 0.2166 en la escala de Bienestar General. De igual manera, aumentos de un punto en las escalas de Gratitud, Autoeficacia y Bienestar Social contribuyen en incrementos en la escala de Bienestar General en 0.3817, 0.3969 y 0.1929 respectivamente.

6. Discusión

El bienestar es un constructo multidimensional. Aunque ha sido ampliamente estudiado a nivel mundial, se necesita un mayor número de investigaciones, sobre todo de carácter local, que sirvan de fundamento en el diseño y ejecución de políticas públicas destinadas al bienestar de los adultos mayores. En Iberoamérica es notoria la falta de programas de intervención que propicien el bienestar psicológico en la población y aún son escasos los estudios que se enfocan en determinar los componentes psicosociales que permiten que este objetivo pueda ser alcanzado (Reyes-Jarquín, K. y Hernández-Pozo, 2012).

El estudio contempló una población mayoritariamente conformada por mujeres, debido a que en nuestro medio, es este género el que demuestra mayor participación y asistencia a centros de servicio social.

En el presente estudio, los constructos de autoeficacia y gratitud, así como la percepción de salud y Bienestar Social, están relacionadas de manera estadísticamente significativa con el Bienestar General. Los resultados del estudio muestran que estas variables, en efecto, favorecen el sentimiento de bienestar de las personas, en lo que coinciden con los resultados de otros autores (Greco, Steca, Pozzi, Monzani, Malfatto y Parati, 2015; Ortega y Cuadrado, 2011; Elosúa, 2015; Rash, Matsuba y Prkachin, 2011).

La correlación más fuerte con Bienestar General surge entre las variables de bienestar social y de salud percibida. Este es un resultado importante ya que varios estudios señalan que estas variables se integran de manera fundamental en los sujetos adultos. Un estudio italiano (Greco, Steca, Pozzi, Monzani, Malfatto y Parati, 2015) determinó la importancia de atender a las variables psicológicas para la rehabilitación de personas con alteraciones cardíacas, puesto que si únicamente se brinda una rehabilitación física sin considerar su bienestar mental y social, los resultados que se consiguen no son efectivos. De la misma manera, un estudio irlandés (Layte, Sexton, y Savva, 2013) señala que los ancianos mejoran su percepción de salud, que es uno de los dominios de la calidad de vida, sobre todo cuando participan en actividades sociales y tienen relaciones sociales frecuentes, aspectos que incluyen y dan cuenta de la importancia del bienestar social para el bienestar general de los adultos mayores.

Tabla 4
Resultados de la regresión

Variable	Coeficiente	chi2(df)	P>chi2(df)
Salud Percibida	0.2166313	65.212	0.000
Gratitud	0.3816566	23.686	0.000
Autoeficacia	0.3969391	21.470	0.000
Bienestar Social	0.1929577	43.309	0.000

Fuente: Proceso de investigación.

Los beneficios de que las personas participen en actividades sociales también se respaldan en esta investigación; quienes acuden a un centro de servicio social tienen mejores valores en las variables propuestas en comparación con aquellos que no asisten a un centro. Estos resultados concuerdan con otros estudios (como el de Ricoy y Pino, 2008) que señalan la importancia de que los adultos mayores conozcan y acudan a los centros de servicio social para mejorar su calidad de vida. Sin embargo, también se debe considerar que el análisis de las variables que explican el promedio más alto en los adultos que acuden a servicios sociales va más allá de los objetivos de la presente investigación y necesitan ser estudiadas en detalle, pudiendo explicarse desde el sesgo de autoselección el efecto de los programas o actividades específicas de cada centro.

A diferencia de otros estudios (Momtaz, Ibrahim, Hamid y Yahaya, 2011), esta investigación señala que las mujeres poseen un nivel más alto de bienestar que los hombres, así como una mejor percepción de salud y niveles más altos de gratitud como rasgo de personalidad.

Por otro lado, aquellas personas que presentan discapacidad tienen un nivel menor de bienestar general, autoeficacia, percepción de salud y bienestar social en comparación con las que no presentan discapacidad, pero no dejan de ser gratas tanto como los individuos sanos. Estos resultados difieren de los presentados en otros estudios (Keshari y Shankar, 2017; Rodríguez-Ábrego, Ramírez-Sánchez y Torres-Cosmec, 2014), que señalan que la discapacidad no atenúa el bienestar o el sentido de calidad de vida.

Finalmente, los resultados de la regresión practicados sugieren que la variable que más aporta al bienestar es la percepción de autoeficacia, seguida muy de cerca por el rasgo de gratitud de las personas. Luego se ubican la percepción de salud y por último, el bienestar social. Tal parece ser que cuando estas variables se conjugan para determinar el bienestar general, la autoeficacia resalta debido al impacto que esta variable genera en la ejecución de tareas, nuevos emprendimientos y alcance de objetivos (Ortiz y Castro, 2009; Singh, Shukla y Singh, 2010), que podría ser el motor que impulse la asistencia y participación de las personas en los

centros de servicio social (Bandura, 1984). De la misma forma, la gratitud ha sido analizada por varios estudios (Wood, Joseph y Maltby, 2009; Elosúa, 2015) como predictora eficaz en la medida del bienestar. Esta investigación muestra resultados concordantes.

En general, el estudio confirma mediante evidencia material la importancia de la participación de los adultos mayores en centros de servicio social, lo cual incide en el desarrollo de altos niveles de bienestar entre los miembros de este grupo de la población, fortaleciendo además la percepción de sus capacidades, fortalezas y habilidades, lo que en su conjunto conduce a una mejor calidad de vida.

7. Conclusiones

Esta investigación ha probado que:

- 1.- Las personas que acuden a los centros de servicios sociales muestran valores promedio más altos de bienestar subjetivo que aquellas que no lo hacen. En consecuencia, conviene que los adultos mayores participen en centros, incrementar su número y formar a los cuidadores.
- 2.- Las personas que cuidan a estos adultos deben reunir un conjunto de características personales y competencias que se adquieren a través de la formación.
- 3.- La formación de los cuidadores, en consecuencia, debe ser especializada y ajustada a un perfil de competencias mínimo que incluya tanto los aspectos relacionados con el bienestar físico objetivo como el mental subjetivo.
- 4.- Las diferencias entre los valores reportados en bienestar general entre los distintos centros de servicios sociales no resultaron estadísticamente significativas. Ello quiere decir que no importa tanto el tipo de centro como que los adultos mayores tengan acceso a ellos con el fin de que puedan participar de las actividades alternativas fuera de casa. En todo caso, sería deseable que, a fin de cubrir un amplio espectro de intereses se diversifique la oferta de centros de atención al adulto mayor.
- 5.- Las mujeres mayores poseen en general un nivel de satisfacción de vida superior a la de sus congéneres masculinos. Los factores en los que

se muestran estas diferencias son el bienestar general, salud y gratitud. Únicamente muestran un valor promedio inferior a los hombres en la escala de autoeficacia, aunque como se señaló, esta diferencia no es estadísticamente significativa.

- 6.- Los individuos que afirman no sufrir ninguna discapacidad presentan valores promedio mayores y las diferencias son significativas en todas las escalas excepto en la escala de gratitud, en la que, a pesar de mostrar los valores más altos, la diferencia no resulta significativa. Es evidente que la preservación de la integridad física y funcional incide en la percepción subjetiva de bienestar. Esto quiere decir que aunque la percepción del bienestar sea de carácter subjetivo, la garantía de los cuidados médicos (profilácticos y terapéuticos), que son de carácter objetivo y cuantificable, inciden en la satisfacción de las personas mayores con su calidad de vida. Dicho de otro modo, existe una imbricación entre las variables materiales y cuantificables de la calidad de vida con el nivel percibido de bienestar entre las personas adultas mayores.

El estudio, además de la información que proporciona acerca de la percepción subjetiva del bienestar propio que reportan los adultos mayores de la ciudad de Cuenca (lo cual, en sí mismo, constituye un caudal de datos interesantes), suministra pautas y consideraciones acerca de las necesidades que han de tenerse en cuenta para el diseño de políticas públicas en relación con la atención y cuidado del adulto mayor. Ellas son:

- 1.- En primer término, el rol de cuidador principal de un adulto mayor es asumido por los familiares cercanos, principalmente la pareja o los hijos, quienes normalmente no tienen la formación y los conocimientos necesarios para afrontar la enfermedad, lo que impide que se ralentice su avance y se facilite la sobrecarga física y psicológica de las personas cuidadoras, que puede llegar a mermar su propia salud y bienestar debido a actuaciones inapropiadas.
- 2.- En segundo lugar (y en consonancia con las proyecciones acerca del aumento de la población mayor de 65 años que se tienen) es preciso prever la creación de nuevas

instituciones de cuidado y la formación de personal, principalmente asistencial, que auxilien la atención del adulto mayor. Los resultados del estudio, que, como ha quedado claro, se refieren a la percepción del bienestar, demuestran que, contra lo que se cree normalmente, la asistencia de las personas mayores a centros de atención, con independencia de su naturaleza, favorecen su contentamiento. Más que de residencias en las que los adultos mayores permaneces recluidos, conviene impulsar la fundación y sostén de centros de asistencia diurna. En Ecuador existen un déficit de formación para cuidadores informales. Por ello con el fin de planificar las características y necesidades de la formación de cuidadores domésticos, es necesario en primer lugar contar con información acerca de los factores asociados al bienestar de las personas mayores para optimizar su cuidado.

- 3.- Este hallazgo, en segundo lugar, es de vital importancia para la proyección de políticas públicas de cuidado del adulto mayor. En efecto, la institucionalización permanente de las personas mayores resulta costosa y requiere de personal abundante y de formación multidisciplinar. En países desarrollados las instituciones de este tipo son mucho más numerosas que en aquellos que se encuentran en vías de desarrollo. En estos, los cuidados recaen generalmente en parientes, casi siempre mujeres de edad mediana emparentadas con el adulto mayor. Entre estas dos vías polares existe una intermedia, favorable tanto al Estado como a las familias y, principalmente al adulto mayor: la asistencia a centros diarios de atención, que no resultan tan costosos a los gobiernos, y dan posibilidades a los cuidadores domésticos de disminuir el peso del cuidado permanente de su pariente adulto y le otorgan a este último la posibilidad de interacción con otras personas en espacios diversos y complementarios, lo cual incrementa sus niveles de satisfacción. A pesar de que la naturaleza de estos centros no resultó significativa en el estudio, conviene que sea, como ha quedado dicho, diversa.
- 4.- Estudios de este tipo confirman que el bienestar, si bien está asociado a ciertos

estándares materiales de comodidad y calidad de vida, son más bien de carácter subjetivo. Con respecto a la discapacidad, sin embargo, queda probado de nuevo que quien la padece percibe una merma en su bienestar. En este sentido, en la formación de los cuidadores conviene potenciar el resto de factores que las investigaciones señalan como constructos importantes del bienestar, entre las que sobresale, junto con la autoeficacia (limitada por la discapacidad, cuando llega), la gratitud. En consecuencia, en la formación de los cuidadores se debe enfatizar la necesidad de procurar entre los adultos mayores a su cargo actitudes positivas ante las cosas buenas de la vida, a lo que se ha recibido en el pasado, pero también de lo que aún se tiene. Relativizar las limitaciones y fortalecer las potencialidades.

- 5.- Por último, conviene que el Estado diseñe y ejecute políticas educativas para la formación de los cuidadores domésticos, que son y seguramente seguirán siendo, quienes se dedican a la atención de las personas mayores en el seno de las familias. En estas campañas educativas habría que enseñar que el bienestar de las personas mayores no está determinado solamente por los cuidados médicos, de alimentación e higiene, sino además en la capacidad de autogestión, la gratitud y las relaciones sociales positivas con otras personas. En este sentido, siempre dentro de lo posible, hay que generar en los cuidadores actitudes que los liberen de la idea de que el cuidado de un adulto mayor constituye una carga y que, siempre que quepa la posibilidad, es preciso delegar en parte su cuidado en centros sociales de asistencia. Si aumenta la sensación de bienestar de la persona cuidada, también lo hará la de quien lo cuida. En este sentido, las políticas públicas destinadas al incremento de los niveles de felicidad de los grupos sociales en situación de vulnerabilidad, como el de los ancianos y personas mayores, debe incluir la facilitación de las tareas y la descarga (material y psicológica) de quienes asumen la responsabilidad de su atención.

8. Propuestas para la formación de los cuidadores del adulto mayor

Cuando se piensa en las necesidades del adulto mayor que requieren asistencia y cuidado se piensa principalmente en garantizar (o paliar, si merma) la capacidad la autosuficiencia y funcionalidad. Y con frecuencia se asumen estas necesidades en términos de salud física antes que mental. Entre los aspectos que se suponen prioritarios en el apoyo a una persona mayor se hallan la capacidad de movilización, la de vestirse o bañarse, ir al sanitario y alimentarse. Por eso, desde la perspectiva tradicional (al menos no profesional), las tareas de un cuidador se han limitado en numerosas ocasiones a la de actuar como auxiliar para la satisfacción de estas necesidades de carácter básicamente material. Desde hace tiempo, sin embargo, se sabe que el acompañamiento de un adulto mayor supone otros muchos cuidados, de carácter psicológico y, más específicamente, la atención de la valoración subjetiva de su bienestar. Estar bien no significa únicamente poseer salud plena y las necesidades de manutención y habitación cubiertas, sino además, el cuidado de las emociones y el nivel de satisfacción que se tiene en la vida. En consecuencia, la formación de los cuidadores de las personas adultas mayores debe comportar tanto entrenamiento en actividades de cuidado material como el incentivo de la satisfacción subjetiva. Como se sabe hoy día, altos niveles de bienestar, aunque no se correlacionen con un estado de salud óptimo, prevalecen en la satisfacción personal incluso si la salud es frágil o está parcialmente comprometida.

Estos descubrimientos acerca de la percepción subjetiva del bienestar plantean la necesidad de un reajuste sobre la concepción de aquello en lo que consiste el cuidado de un paciente, y acarrear consecuencias importantes para el mejoramiento tanto del cuidado familiar como el profesional suministrado por personal de enfermería. En este sentido, se desglosan a continuación las acciones que se recomienda acometer tanto desde la formación de los cuidadores profesionales como domésticos:

7.1. En cuanto a la formación del personal profesional:

- 1.- Es indispensable reforzar, a la luz de las investigaciones sobre bienestar, la idea de que el cuidado se ejerce sobre una persona no supone solamente el control de ciertas condiciones objetivas de salud, sino además la percepción que la persona cuidada tiene sobre tales condiciones.
- 2.- En este sentido, en el plan de estudio de las carreras de enfermería conviene desglosar al menos en dos asignaturas, los cuidados médico-asistenciales y los relativos al cultivo y refuerzo de emociones positivas. El bienestar, como queda dicho, consiste en una conjunción de ambos factores. Y además de alentar intuitivamente al adulto mayor hacia la autoconfianza, satisfacción con los aspectos positivos de su estado y la participación en actividades con proyecto de futuro, los cuidadores deberían tener, al igual que ocurre con los cuidados materiales, entrenamiento suficiente en el diagnóstico e intervención en relación con el bienestar subjetivo.
- 3.- En tercer lugar, conviene plantear como proyecto inmediato dentro de las escuelas y carreras de enfermería el diseño de planes de estudio que tenga como perfil de egreso el enfermero especializado en el cuidado del adulto mayor. Esta necesidad no se basa solamente en una necesaria especialización (que conduce a una actuación más efectiva en circunstancias específicas) sino además porque, conforme transcurre el tiempo, la población adulta mayor aumentará y será cada vez más necesario personal asistencial especializado.
- 4.- Para la elección de los aspirantes interesados en cursar esta especialización de la enfermería es necesario establecer un perfil de ingreso no solo en lo que respecta a conocimientos, habilidades y destrezas, sino además, en las actitudes y los valores que les permitan incentivar entre los adultos mayores a su cargo un talante positivo y la capacidad de consolidar sensaciones de bienestar subjetivo.

7.2. En cuanto a la formación de los cuidadores domésticos:

- 1.- Los distintos órganos y niveles de la administración pública vinculados con la atención sanitaria deben asumir de una vez por todas que el cuidado de las personas adultas mayores es responsabilidad suya, al menos de manera parcial, y que no puede descargarla completamente en los familiares y amigos, que, por lo demás, carecen en la mayoría de los casos de formación especializada que les permita efectuar estas labores de modo adecuado y sin que suponga una carga tanto física como emocional.
- 2.- En este sentido, deben diseñarse planes de formación en los dos aspectos básicos del cuidado del adulto mayor: las atenciones asistenciales objetivas y un conjunto de estrategias para incidir positivamente en el ánimo y la sensación de bienestar de estas personas. La capacitación de los cuidadores en el ámbito familiar requiere del conocimiento y práctica de estrategias para valorar la situación de dependencia de los adultos mayores y orientar con eficacia las atenciones que necesitan y la potencialización de la capacidad de autocuidado del propio adulto a fin de preservar e incluso aumentar su calidad de vida y su bienestar subjetivo. Esta formación debería ser sistémica y estructurada según las necesidades específicas del adulto mayor y de sus cuidadores, puesto que, por ejemplo, no requiere de la misma atención un enfermo de Alzheimer que una persona mentalmente sana pero con movilidad reducida.
- 3.- Además de este apoyo formativo, las instituciones deben cuidar del cuidador, instruyéndolo de modo expreso en la realización de las tareas de cuidado sin menoscabo de su propia salud, física y mental.
- 4.- Con respecto a lo anterior, se hace indispensable desarrollar en el cuidador herramientas psicológicas y sociales adecuadas para actuar sin sentimientos de culpa ni frustración ante las dificultades de la tarea que ha asumido.
- 5.- Igualmente importante es que el Estado proporcione espacios y recursos para la

atención a tiempo parcial de personas adultas mayores no institucionalizadas (que pudieran incluir visitas domiciliarias periódicas por parte de personal sanitario especializado), de modo que el cuidador doméstico pueda contar con espacios personales para la atención de sí mismo y de sus asuntos personales.



Notas

- 1 Los autores del trabajo agradecen a la Dirección de Investigación de la Universidad de Cuenca (DIUC), bajo la Dirección del Ing. Mauricio Espinoza, el financiamiento recibido para el desarrollo del Proyecto de Investigación "Variables asociadas al bienestar de personas con o sin discapacidad", ganador del Concurso XIII.
- 2 La investigación incluyó el análisis de los ajustes curriculares recientes de 9 escuelas y facultades de enfermería en Latinoamérica, concretamente en México, Cuba, Panamá, Costa Rica, Colombia, Argentina, Brasil y Chile.



Referencias

- Acuña-Gurrola, M. y González-Celis-Rangel, A. (2010). Autoeficacia y red de apoyo social en adultos mayores. *Journal of Behavior, Health & Social Issues* 2: 71-81.
- Bandura, A. (1984). *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs: Prentice – Hall.
- Blanco, A. y Díaz, D. (2005). El bienestar social: su concepto y medición. *Psicothema*, 17: 582-589.
- Bhen Thenre, V.; Jara Concha, P. y Nájera, R.M. (2002). Innovaciones en la formación del Licenciado en Enfermería del Siglo XXI. *Investigación y Educación en Enfermería*, Vol XX, N 2, 48-66.
- Bontje, P.; Asaba, E. & Josephsson, S. (2016). Balancing struggles with desired results in everyday activities: strategies for elderly persons with physical disabilities. *Scandinavian journal of caring sciences*, 30: 154-163.
- Bowling, A. & Iliffe, S. (2011). Psychological approach to successful ageing predicts future quality of life in older adults. *Health and Quality of life outcomes*. 9: 13.
- Bueno-Pacheco, A.; Lima-Castro, S.; Peña-Contreras, E.; Cedillo-Quizhpe, C. y Aguilar-Sizer, M. (2017). *Adaptación al español de la escala de autoeficacia general para su uso en el contexto ecuatoriano*. En imprenta. Facultad de Psicología, Universidad de Cuenca. Ecuador.
- Butler, J., & Kern, M. (2016). The PERMA-Profilier: A brief multidimensional measure of flourishing. *International Journal of Wellbeing*, 6: 1-48.
- Cabrera-Vélez, M.; Lima-Castro, S.; Peña-Contreras, E.; Aguilar-Sizer, M.; Bueno-Pacheco, G y Arias- Medina, P. (2016). Adaptación ecuatoriana del cuestionario de gratitud. En evaluación. Facultad de Psicología, Universidad de Cuenca, Ecuador.
- Cramm, J. & Nieboer, A. (2015). Social cohesion and belonging predict the well-being of community-dwelling older people. *BioMed Central Geriatrics*, 15: 30.
- Creagh, M.; García, D. y Valdés, R. (2015). Envejecimiento poblacional como reto de la ciencia, la técnica y la sociedad. *Revista habanera de ciencias médicas*, 14: 884-892.
- Elosúa, M. (2015). The Influence of Gratitude in Physical, Psychological, and Spiritual Well-Being. *Journal of Spirituality in Mental Health*, 17: 110-118.
- Fernández, C. & Oliva, A. (2007). Social Support. Psychological Well-being, and Health Among the Elderly. *Educational Gerontology*, 33: 1053-1068.
- Giraldo, C.; Franco, M.; Correa, L.; Salazar, M. y Tamayo, A. (2005). Cuidadores familiares de ancianos: quiénes son y cómo asumen este rol. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, Vol. 23, No. 2: 7-15.
- Giraldo, C.I y Franco, G.M. (2008). Capacidad funcional y salud: orientaciones para cuidar al adulto mayor. *Avances de Enfermería*, Vol 26, N 1, 43-58
- Greco, A.; Steca, P.; Pozzi, R.; Monzani, D.; Malfatto, G. & Parati, G. (2015). The influence of illness severity on health satisfaction in patients with cardiovascular disease: the mediating role of illness perception and self-efficacy beliefs. *Behavioral Medicine*, 41: 9-17.
- Grembowski, D.; Patrick, D.; Diehr, P.; Durham, M.; Beresford, S.; Kay, E. & Hecht, J. (1993). Self-Efficacy and Health Behavior Among Older Adults. *Journal of Health and Social Behavior*, 34: 89-104.
- Gutiérrez, M.; Tomás, J.; Sancho, P.; Galiana, L. & Francisco, E. (2014). Perception of quality of life in an elderly Angolan sample. *International Journal of Social Psychology*, 29: 346-370.
- Hernández Zamora, Z. (2006). Cuidadores del adulto mayor residente en asilos. *Index de Enfermería*, Vol. 15 No. 52-53: 40-44
- Hupper, F. & So, T. (2013). Flourishing Across Europe: Application of a New Conceptual Framework for Defining Well-Being. *Social Indicators Research*, 110: 837-861.
- Husaini, B.; Moore, S. & Castor, R. (1991). Social and Psychological Well-Being of Black Elderly Living in High-Rises for the Elderly. *Journal of Gerontological Social Work*, 16: 57-78.
- Keshari P. & Shankar H. (2017). Prevalence and spectrum of functional disability of urban elderly subjects: A community-based study from Central India. *Journal of Family & Community Medicine*, 24: 86-90.

- Keyes, C. (1998). Social Well-Being. *Social Psychology Quarterly*, 61: 121-140.
- Keyes, C. (2009). Atlanta: *Brief description of the mental health continuum short form (MHC-SF)*. Disponible en: www.sociology.emory.edu/ckeyes
- Layte, R.; Sexton, E. y Savva, G. (2013). Quality of life in older age: evidence from an Irish cohort study. *J Am Geriatr Soc*. 61: S2.
- Lima-Castro, S.; Peña-Contreras, E.; Cedillo-Quizhpe, C. y Cabrera-Vélez, M. (2017). Adaptación del Perfil PERMA en una muestra ecuatoriana. *Revista EUREKA-CDID* Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica, 14: 69-83.
- McCullough, M., Emmons, R., & Tsang, J. (2002). The grateful disposition: a conceptual and empirical topography. *Journal of personality and social psychology*, 82: 112.
- McCullough, M.; Emmons, R. & Tsang, J. (2002). The grateful disposition: A conceptual and empirical topography. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82: 112-127.
- McCullough, M.; Tsang, J. & Emmons, R. (2004). Gratitude in Intermediate Affective Terrain: Links of Grateful Moods Individual Differences and Daily Emotional Experience. *Journal of Personality and Social Psychology*, 86: 295-309.
- Ministerio de Inclusión Económica y Social [MIES]. (2011). Agenda de igualdad para Adultos mayores. Quito, Ecuador. 2012-2013. Recuperado el 14 de mayo de 2017 de: http://fiapam.org/wp-content/uploads/2013/06/Agendas_ADULTOS1.pdf.
- Montaz, Y.; Ibrahim, R.; Hamid, T. & Yahaya, N. (2011). Sociodemographic predictors of elderly's psychological well-being in Malaysia. *Aging & Mental Health*, 15: 437-445.
- Organización Mundial de la Salud (2002). *Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Madrid, 8 a 12 de abril de 2002*. Recuperado el 14 de mayo de 2017 de: <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/CONF.197/9>. pp. 85.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2013). Salud mental: un estado de bienestar. Recuperado el 13 de julio de 2017 de: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *La esperanza de vida ha aumentado en 5 años desde el año 2000, pero persisten las desigualdades sanitarias*. Recuperado el 21 de julio de 2017 de: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/health-inequalities-persist/es/>
- Ortega, C. y Cuadrado, I. (2011). Bienestar psicológico y variables relacionadas en una muestra de mujeres. *Apuntes de psicología*, 29: 491-502.
- Ortiz, J. y Castro, M. (2009). Bienestar psicológico de los adultos mayores: su relación con la autoestima y la autoeficacia. *Ciencia y enfermería*, 15: 25-31.
- Park, H.; Chun, S.; Choi, Y.; Lee, S.; Kim, S. & Park, E. (2015). Effects of social activity on health-related quality of life according to age and gender: an observational study. *Health and quality of life outcomes*, 13: 140.
- Peterson, C. & Seligman, M. (2004). *Character strengths and virtues: A handbook and classification*. Oxford: American Psychological Association.
- Rash, J.; Matsuba, A. & Prkachin, K. (2011). Gratitude and Well-Being: Who Benefits the Most from a Gratitude Intervention? *Applied Psychology: Health and Well Being*, 3: 350-369.
- Reyes-Jarquín, K. y Hernández-Pozo, M. (2012). Análisis crítico de los estudios que exploran la autoeficacia y bienestar vinculados al comportamiento saludable. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 3: 5-24.
- Ricoy, M. y Pino, M. (2008). Percepción de la calidad de vida y utilización de los recursos sociosanitarios por personas mayores no institucionalizadas. *Revista española de geriatría y gerontología*, 43: 362-365.
- Rodríguez-Ábrego, G.; Ramírez-Sánchez, T. y Torres-Cosmec, J. (2014). Esperanza de vida saludable en adultos mayores con seguridad social. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 52: 610-617.
- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). Generalized Self-Efficacy scale. In Weinman, J.; Wright, S. y Johnston, M. (Eds). *Measures in health psychology: A user's portfolio*. Causal and control beliefs. Windsor: NFER-NELSON; pp. 35-37.
- Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo - Senplades. (2014). *Plan Nacional de Desarrollo / Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017. Versión Resumida*. Quito, Ecuador. Recuperado el 30 de junio de 2017 de: <http://www.buenvivir.gob.ec/69>
- Seligman, M. (2012). *A visionary new understanding of happiness and well-being*. New York: The Free Press.
- Singh, A.; Shukla, A. & Singh, P. (2010) Perceived Self Efficacy and Mental Health among Elderly. *Delhi Psychiatry Journal*, 13: 314-321.
- Tough, H.; Siegrist, J. & Fekete, K. (2017). Social relationships, mental health and wellbeing in physical disability: a systematic review. *BMC Public Health*, 17: 414.
- Urzúa, A. y Caqueo-Úrizar, A. (2012). Calidad de vida: una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica*, 30: 61-71.
- Vázquez, C.; Hervás, G.; Rahona, J. y Gómez, D. (2009). Bienestar psicológico y salud: Aportaciones desde la psicología positiva. *Anuario de psicología clínica y de la salud*, 5: 15-28.
- Wood, A.; Froh, J. & Geraghty, A. (2010). Gratitude and well-being: A review and theoretical integration. *Clinical Psychology Review*, 30: 890-905.
- Wood, A.; Joseph, S. & Maltby, J. (2009). Gratitude predicts psychological well-being above the Big Five facets. *Personality and Individual Differences*, 46: 443-447.