

CALIDAD DE VIDA Y VARIABLES ASOCIADAS: REFLEXIONES, CONCEPCIONES TEÓRICAS Y LOS DESAFÍOS DE SU EVALUACIÓN

Sandra Lima Castro · Alexandra Bueno Pacheco
Paúl Arias Medina · Mónica Aguilar Sizer
Marcela Cabrera Vélez · Fernanda Cordero Hermida
Eva Peña Contreras · Daniel Racines

CALIDAD DE VIDA Y VARIABLES ASOCIADAS: REFLEXIONES, CONCEPCIONES TEÓRICAS Y LOS DESAFÍOS DE SU EVALUACIÓN

Sandra Lima Castro · Alexandra Bueno Pacheco
Paúl Arias Medina · Mónica Aguilar Sizer
Marcela Cabrera Vélez · Fernanda Cordero Hermida
Eva Peña Contreras · Daniel Racines







Universidad del Azuay

Francisco Salgado Arteaga
Rector

Martha Cobos Cali
Vicerrectora Académica

Jacinto Guillén García
Vicerrector de Investigaciones

Toa Tripaldi Proaño
Directora de Comunicación y Publicaciones

Oswaldo Encalada
Corrector de estilo

Diagramación y diseño de portada
Departamento de Comunicación y Publicaciones

Gabriela Moreno Vázquez

Derecho de Autor CUE-004033

ISBN: 978-9942-822-66-6

Universidad de Cuenca

Pablo Vanegas Peralta
Rector

Catalina León Pesántez
Vicerrectora



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Autores

Sandra Lima Castro
Alexandra Bueno Pacheco
Paúl Arias Medina
Mónica Aguilar Sizer
Marcela Cabrera Vélez
Fernanda Cordero Hermida
Eva Peña Contreras
Daniel Racines

Dedicatoria

A nuestras familias por su apoyo incondicional.

Agradecimientos

Los autores del trabajo agradecen a la Universidad de Cuenca y a la Universidad del Azuay por el apoyo y financiamiento recibido para el desarrollo de esta obra, que forma parte de un proyecto de investigación más amplio denominado: “Calidad de vida en personas con discapacidad y variables psicosociales asociadas” (Código DIUC_XV_2017 005), ganador del XV Concurso organizado por la Dirección de Investigación de la Universidad de Cuenca [DIUC].

Índice

01.....12

CONCEPTUALIZACIÓN E IMPORTANCIA DEL ESTUDIO
DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

02.....24

ALGUNAS REFLEXIONES SOBRE LA EVALUACIÓN
PSICOLÓGICA EN FUNCIÓN DEL CONTEXTO
SOCIOCULTURAL

03.....32

LA IDENTIDAD EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD:
REFLEXIONES SOBRE CONCEPCIONES TEÓRICAS Y
LOS DESAFÍOS DE SU EVALUACIÓN

04.....48

LA CALIDAD DE VIDA Y BIENESTAR DEL ADULTO
MAYOR: SITUACIÓN ACTUAL EN EL ECUADOR

05.....62

EL ROL DEL CUIDADOR DE PERSONAS CON
DISCAPACIDAD Y SU IMPACTO EN LA CALIDAD
DE VIDA

06.....78

ADAPTACIÓN AL CONTEXTO ECUATORIANO
DEL CUESTIONARIO EPQR-ABREVIADO (EPQR-A):
ANÁLISIS DE LA ESTRUCTURA FACTORIAL

Prefacio

Promover la calidad de vida es un objetivo prioritario de toda sociedad moderna y democrática, interesada en el bienestar de su población, el cual es, a la vez, resultado y generador del progreso social. Dada las implicaciones psicosociales del tema en nuestro país, se planteó esta obra que aborda la importancia de la calidad de vida y variables asociadas desde una perspectiva psicológica que describe reflexiones, concepciones teóricas y los desafíos de su evaluación desde una revisión exhaustiva de la literatura, además de incluir un estudio empírico. Estos contenidos revelan el esfuerzo del equipo de investigadores y colaboradores del proyecto de investigación (Código DIUC_XV_2017 005) ganador del XV concurso organizado por la Dirección de Investigación de la Universidad de Cuenca [DIUC].

Además, la intención este libro es reflejar la intensa necesidad que se tiene en el contexto ecuatoriano sobre el desarrollo de investigación sistemática en esta área, considerando que es el único camino que nos permite alejarnos de conocimientos superficiales y enfrentarnos a nuevas interrogantes. Por ello, se

invita al lector a que se adentre en las páginas de esta obra, esperando que después de un análisis acucioso se encuentre motivado para conocer más acerca del diseño o adaptación de instrumentos psicométricos y la promoción de la calidad de vida y bienestar en la población.

Sandra Lima Castro

DIRECTORA GENERAL DEL PROYECTO

01

CAPÍTULO

**CONCEPTUALIZACIÓN E IMPORTANCIA
DEL ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA
RELACIONADA CON LA SALUD**

Conceptualización e importancia del estudio de calidad de vida relacionada con la salud

*Sandra Lima Castro ^{1 2}

1 Dirección de Investigación de la Universidad de Cuenca, directora del proyecto “Calidad de vida en personas con discapacidad y variables psicosociales asociadas”.

2 Facultad de Psicología , Universidad de Cuenca, Ecuador

Resumen

En la literatura científica, la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es frecuentemente considerada como una parte de la calidad de vida general (CV), mientras que otros estudios sugieren que es un constructo similar al de CV. Pese a esta falta de consenso, se mantiene el interés por su evaluación. Este trabajo presenta una revisión breve de aspectos conceptuales acerca de la CVRS y analiza cuestiones generales sobre la importancia de su evaluación.

Palabras clave: calidad de vida, conceptualización, importancia.

La esperanza de vida continuará aumentando a nivel mundial. Se estima que 116 de 195 países y territorios tendrán avances significativos en la esperanza de vida para 2040 (Foreman et al., 2018). Pero no siempre vivir más tiempo implica vivir mejor; por ejemplo, las personas con discapacidad representan el 15% de los adultos de la población mundial, cifra que está en constante crecimiento, no solo debido al envejecimiento de la población, sino también al incremento de diversos problemas crónicos de salud que pueden conducir a una discapacidad (Organización Mundial de la Salud [OMS] y Banco Mundial, [BM], 2011). Por lo tanto, es necesaria una aproximación holística de la salud en donde el objetivo primordial no sea únicamente combatir la enfermedad sino promover una calidad de vida razonable. De ahí la importancia de la incorporación de la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), considerando que permite complementar las medidas clásicas de resultados en el ámbito sanitario desde un modelo centrado en las necesidades, experiencias y preferencias de las personas acerca del cuidado de la salud, tratamiento y resultados (Drum et al., 2008; Kaplan, 2002; Sosnowski et al., 2017).

Específicamente, la evaluación de

la CVRS promueve el establecimiento de una adecuada relación terapéutica ya que comunica al clínico cuáles son las prioridades del paciente en cada momento, en función de la problemática en la que se encuentra inmerso (Iglesias, 2012). Permite proponer las intervenciones psicosociales y ayuda a evaluar, monitorizar y mejorar la calidad de la atención (Iglesias, 2012; Boele et al., 2015). En resumen, la evaluación de la CVRS prioriza el punto de vista de los pacientes con respecto a su salud, apoyando así la aplicación de prácticas médicas holísticas, interactivas y centradas en el paciente (Carr y Higginson, 2001).

A pesar de la importancia de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), aún no existe consenso en la literatura científica respecto a su definición, como también en cuanto a su diferenciación con el término calidad de vida. Al revisar la literatura científica encontramos que algunos autores identifican la CVRS como una dimensión de la calidad de vida, mientras que otros consideran que son constructos similares (Urzua, 2010). Este último planteamiento es razonable considerando que ambos constructos evalúan cuatro dimensiones esenciales y similares tales como la dimensión física, dimensión mental y/o psicológica, y la dimensión social, como también las percepciones globales de funcio-

namiento y bienestar. Por lo tanto, en el presente trabajo también lo concebimos como constructos similares. Cabe señalar que la falta de consenso respecto a la definición de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) podría explicarse porque la investigación acerca de la calidad de vida, empezó a promoverse considerablemente desde la década de los 90 con más énfasis, a partir de tres disciplinas: economía, medicina y ciencias sociales (Cummins et al., 2004). Desde su óptica, estas disciplinas plantean diferentes definiciones operacionales sobre la CV, lo que también dio origen a distintas formas de medición. Otra razón para las dificultades conceptuales respecto al estudio de calidad de vida relacionada con la salud CVRS y la CV, estaría en función de la relación y distinción entre salud y calidad de vida (Schwartzmann, 2003). Así, el estado de salud es considerado frecuentemente como uno de los

más importantes determinantes de la calidad de vida general, pero a la vez, la calidad de vida lo es también para la salud en general, siendo la relación entre ambos constructos de un carácter complejo difícil de precisar (Renwick et al., 1996).

Con el objetivo de generar consenso, la Organización Mundial de la Salud propuso la siguiente definición sobre la calidad de vida, basada en estudios transculturales: “La percepción que un individuo tiene de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, normas e intereses” (WHO, 2006, en línea). Pero el modelo presentado por la OMS sobre la calidad de vida no ha logrado aún la aceptación de toda la comunidad científica. Sin embargo, sí existe consenso sobre la CV, fundamentalmente en los siguientes aspectos:

Tabla 1.

Principios de conceptualización, medición y aplicación de la calidad de vida

01

Principios de
conceptualización

1. La calidad de vida es multidimensional y está influida por factores personales y ambientales, así como por sus interacciones.
2. La calidad de vida presenta los mismos componentes para todas las personas.
3. La calidad de vida tiene componentes objetivos y subjetivos.

02 Principios de medición

4. La calidad de vida mejora con la autodeterminación, la disposición de recursos, las metas vitales y la inclusión.

5. La medición de calidad de vida incluye la medida en que las personas tienen experiencias vitales que valoran.

6. La medición de calidad de vida refleja las dimensiones que contribuyen a una vida plena e interconectada.

7. La medición de calidad de vida tiene en cuenta los contextos físicos, sociales y culturales que son importantes para las personas.

8. La medición de calidad de vida combina experiencias vitales comunes a todos los seres humanos con experiencias particulares de cada persona.

03 Principios de aplicación

9. El objetivo principal de la aplicación del concepto de calidad de vida consiste en mejorar el bienestar personal.

10. Los principios de calidad de vida deben constituir la base de las intervenciones y de la provisión de apoyos.

11. Las aplicaciones de la calidad de vida deben basarse en la evidencia.

12. Los principios de calidad de vida deben ocupar un lugar destacado en la formación de profesionales.

Fuente: Schalock et al., 2002.

Vale la pena señalar que, en las últimas décadas, el aumento de las comparaciones interculturales en el campo de la salud está directamente relacionado con la evaluación de la calidad de vida, comprobando a nivel intercultural la relevancia de obtener información desde la perspectiva del paciente en estudios epidemiológicos, observacionales, ensayos clínicos controlados y otros (Skevington y Epton, 2018). Esto demuestra que esta medida proporciona información valiosa para la toma de decisiones de los sistemas

de salud, a los responsables de la política pública a nivel internacional (Power et al., 1999; Skevington y Epton, 2018); siempre y cuando se tome en consideración: a) aspectos antropológicos, históricos y culturales de contexto a evaluarse (Schwartzmann, 2003); b) que los instrumentos de evaluación de la CVRS, además de poseer propiedades psicométricas adecuadas en términos de confiabilidad y validez, deben partir de un modelo conceptual bien desarrollado.

Referencias

- Alan-Lewis, C., Musharraf, S., & Jane-Lewis, M. (2014). Abbreviated form Revised Eysenck Personality Questionnaire: Hindi translation. *AP J Psychological Medicine*, 15(1), 139-142.
- Alan-Lewis, C., Musharraf, S., & Lewis, M. J. (2014). Abbreviated form Revised Eysenck Personality Questionnaire: Hindi translation. *Psychological Medicine Journal*, 15(1), 139-142.
- Aluja, A., García, O., & García, L. (2003). A psychometric analysis of the revised Eysenck Personality Questionnaire short scale. *Personality and individual differences*, 35, 449-460.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales*. Panamericana.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales*. Panamericana.
- Armelim-Almiro, P., Moura, O., & Mario, S. (2016). Psychometric properties of the European Portuguese version of the Eysenck Personality Questionnaire — Revised (EPQ-R) . *Personality and Individual Differences* , 88, 88-93.
- Arriola, E., Carnero, C., Freire, A., López, R., López, J., Manzano, S., & Olazarán, J. (2017). *Deterioro cognitivo leve en el adulto mayor*. International Marketing y Communication.
- Asamblea Nacional del Ecuador. (24 de septiembre de 2014). *Asamblea Nacional*. <http://www.asambleanacional.gob.ec/es/noticia/en-ecuador-mas-de-100-mil-personas-su-frende-alzheimer-y>

- Barrera, J. (2017). *Deterioro cognitivo y su influencia en la calidad de vida del adulto mayor*. (Tesis de grado). Universidad Técnica de Ambato.
- Bernardo, M., & Arancibia, B. (2010). Envejecimiento cognitivo y procesamiento del lenguaje. *Revista de Lingüística Teórica y Aplicada*, 75-103.
- Boele, F. W., Douw, L., Reijneveld, J. C., Robben, R., Taphoorn, M. J., Aaronson, N. K., . . . Klein, M. (2015). Health-related quality of life in stable, long-term survivors of low-grade glioma. *Journal of Clinical Oncology*, 33(9), 1023-1029. doi:10.1200/JCO.2014.56.9079.
- Bouvard, M., Aulard-Jaccod, J., Personneaux, S., Hautekeete, M., & Rogé, B. (2010). Étude du questionnaire de personnalité d'Eysenck révisé et abrégé (EPQR-A) dans une population d'étudiants. *L'Encéphale*, 36, 510-512.
- Bowden, A., & Fox-Rushby, J. A. (2003). A systematic and critical review of the process of translation and adaptation of generic health-related quality of life measures in Africa, Asia, Eastern Europe, the Middle East, South America. *Social Science & Medicine*, 57(7), 1289-306. doi:10.1016/S0277-9536(02)00503-8
- Campbell-Sills, L., Cohan, S., & Stein, M. (2006). Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 585-599.
- Cano, E., Quiceno, J., Vinaccia, S., Gaviria, A., Tobón, S., & Sandín, B. (2006). Calidad de vida y factores psicológicos asociados en pacientes con diagnóstico de dispepsia funcional. *Universitas Psychologica*, 5(3), 511-520.
- Carr, A. J., & Higginson, I. J. (2001). Are quality of life measures patient centred? *British Medical Journal*, 332(1357-1360). doi:10.1136/bmj.322.7298.1357

- Castro, Y., & Ramos, A. (2017). Programa de estimulación cognitiva para ancianos semi institucionalizados en Camagüey. *Neurama*, 36-49.
- Custodio, N., Herrera, E., Lira, D., Montesinos, R., Linares, J., & Bendezú. (2012). Deterioro cognitivo leve: ¿dónde termina el envejecimiento normal y empieza la demencia? *Servicio de Neurología*, 321-330.
- Da Silva, C. (2018). *Neuropsicología del Envejecimiento*. Manual Moderno.
- Dominguez, S., Villegas, G., Yauri, C., Aravena, S., & Ramírez, F. (2013). Análisis Psicométrico Preliminar de la Forma corta del EPQ-R en una muestra de estudiantes universitarios de Lima metropolitana. *Avalacao Psicológica*, 21(1), 73-82.
- Drum, C. E., Horner-Johnson, W., & Krahn, G. L. (2008). Self-rated health and healthy days: examining the “disability paradox”. *Disability and Health Journal*, 1(2), 71-78. doi:10.1016 / j.dhjo.2008.01.002
- Eremenco, S., Cella, D., & Arnold, B. (2005). A comprehensive method for the translation and cross-cultural validation of health status questionnaires. *Evaluation & the Health Professions*, 28(2), 212-232. doi:10.1177/0163278705275342
- Eysenck, H., & Eysenck, S. (2008). *Cuestionario de Personalidad de Eysenck Revisado* (3a. edición ed.). TEA.
- Foreman, K. J., Marquez, N., Dolgert, A., Fukutaki, K., Fullman, N., McGaughey, M., & Murray, C. J. (2018). Forecasting life expectancy, years of life lost, and all-cause and cause-specific mortality for 250 causes of death: reference and alternative scenarios for 2016–40

for 195 countries and territories. *The Lancet*, 392(10159).

Forrest, S., Alan-Lewis, C., & Shevlin, M. (2001). Examining the factor structure and differential functioning of the Eysenck personality questionnaire revised - abbreviated. *Personality and Individual Differences*, 29(2000), 579-588.

Francis, L., Brown, L., & Philipchalck, R. (1992). The development of an abbreviated form of the revised eysenck personality questionnaire (epqr-a): its use among students in England, Canada, the USA and Australia. *Person Individual Differences*, 13(4), 443-449.

González, F., Buonanotte, F., & Cáceres, M. (2014). Del deterioro cognitivo leve al trastorno neurocognitivo menor: avances en torno al constructo. *Neurología Argentina*, 51-58.

Guapisaca, D., Guerrero, J., & Idrovo, P. (2014). *Prevalencia y factores asociados al deterioro cognitivo en adultos mayores de los asilos de la ciudad de Cuenca, 2014*. (Tesis de grado). Universidad de Cuenca.

Iglesias Rey, M. (2012). Variables psicológicas y calidad de vida en la enfermedad inflamatoria intestinal (tesis doctoral). Universidad Santiago de Compostela.

Ivkovic, V., Vitart, V., Rudan, I., Branka, J., Smolej-Narancic, N., Skaric-Juric, T., . . . Deary, I. (2007). The Eysenck personality factors: Psychometric structure, reliability, heritability and phenotypic and genetic correlations with psychological distress in an isolated Croatian population. *Personality and individual differences*, 42, 123-133.

- Kaplan , R. M. (2002). Quality of life: An outcomes perspective. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 83(2), 44-50. doi:10.1053/apmr.2002.36955
- Katz, J., & Francis, L. (2000). Hebrew revised eysenck personality questionnaire: short form (epqr-s) and abbreviated form (EPQR-A) . *Social Behaviour and Personality*, 28(6), 555-560.
- Martinez-Gonzalez, J., Graña-Gómez, J., & Trujillo-Mendoza, H. (2010). La calidad de vida en pacientes con trastorno por ç dependencia al alcohol con trastornos de personalidad: Relación con el ajuste psicológico y el craving. *Psicothema*, 22(4), 562-567.
- Navratil, M., & Alan-Lewis, C. (2006). Temporal Stability of the Czech Translation of the Eysenck Personality Questionnaire Revised-Abbreviated: Test-Retest Data Over One-Week. *Individual Differences Research*, 4(3), 208-212.
- OMS. (diciembre de 2017). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Centro de prensa: Demencias: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/>
- Pérez-Benito, F., Villacampa-Fernández, P., Conejero, A., & García-Gómez, J. (2017). A happiness degree predictor using the conceptual data structure for deep learning architectures. *Computer methods and programs in biomedicine*.
- Power, M., Bullinger, M., & Harper, A. (1999). The World Health Organization WHOQOL-100: Tests of the universality of quality of life in 15 different cultural groups world wide. *Health Psychology*, 18(5), 495-505. <http://dx.doi.org/10.1037/0278-6133.18.5.495>
- Sánchez, J., Vásquez, D., & Zúñiga, J. (2013). *Prevalencia de Deterioro Cognitivo y Factores asociados en Adultos Mayores Jubilados de los Servicios Sociales del Instituto*

Ecuatoriano de Seguridad Social, Cuenca, 2013.
Universidad de Cuenca.

- Sandín, B., Simons, J., Valiente, R., Simons, R., & Chorot, P. (2017). Psychometric properties of the spanish version of The Distress Tolerance Scale and its relationship with personality and psychopathological symptoms . *Psicothema*, 29(3), 421-428.
- Sandin, B., Valiente, R., Chorot, P., Olmedo, M., & Santed, M. (2002). Versión española del cuestionario epqr-abreviado (epqr-a) (i): análisis exploratorio de la estructura factorial . 7(3), 195-205.
- Segarra, J., Álvarez, M., Soliz, G., Freire, U., & Tenemaza, D. (2016). Limitación funcional y Factores asociados en Adultos Mayores de la zona 6 de Salud del Ecuador. *Revista Médica HJCA*, 8, 179-186. doi: 10.14410/2016.8.2.ao.30.
- Skevington, S. M., & Epton, T. (2018). How will the sustainable development goals deliver changes in well-being? A systematic review and meta-analysis to investigate whether WHOQOL-BREF scores respond to change. *BMJ Glob Health*, 3(1), 1-13. doi:10.1136/bmjgh-2017-000609
- Soriano, J., Monsalve, V., Gómez-Carretero, P., & Ibañez, E. (2012). vulnerable personality profile in patients with chronic pain: Relationship with coping, quality of life and adaptation to disease . *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 42-51.
- Sosnowski, R., Kulpa, M., Ziętalewicz, U., Wolski, J. K., Nowakowski, R., Bakuła, R., & Demkow, T. (2017). Basic issues concerning health-related quality of life. *Central European Journal of Urology*, 70(2), 206-211. doi:10.5173/ceju.2017.923

- Squillace, M., Picón-Janeiro, J., & Schmidt, V. (2013). Adaptación local del Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck (Versión abreviada) . *Evaluar*, 13, 19-37.
- Tello, T., Alarcón, R., & Vizcarra, D. (2016). Salud mental en el adulto mayor: trastornos neurocognitivos mayores, afectivos y del sueño. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 342-350.
- Tirapu-Ustárroz, J., & Muñoz-Céspedes, J. (2005). Memoria y funciones ejecutivas. *Rev Neurol*, 41, 475-484.
- Villón, W. (2015). *Deterioro Cognitivo y su incidencia en el estado de ánimo del adulto mayor de la parroquia Chanduy, Cantón Santa Elena, Provincia de Santa Elena, periodo 2014-2015*. (Tesis de grado). Santa Elena, Ecuador.
- Zambrano-Cruz, R. (2011). Revisión sistemática del cuestionario de personalidad de eysenck (Eysenck Personality Questionnaire – EPQ) . *Liberabit*, 17(2), 147-155.

02

CAPÍTULO

**ALGUNAS REFLEXIONES SOBRE LA
EVALUACIÓN PSICOLÓGICA EN
FUNCIÓN DEL CONTEXTO
SOCIOCULTURAL**

Algunas reflexiones sobre la evaluación psicológica en función del contexto sociocultural

*Sandra Lima Castro ¹ ²

¹Dirección de Investigación de la Universidad de Cuenca, directora del proyecto “Calidad de vida en personas con discapacidad y variables psicosociales asociadas”.

² Facultad de Psicología, Universidad de Cuenca, Ecuador

Resumen

En todo que hacer cotidiano los psicólogos no podemos desvincularnos de las tareas de evaluación psicológica, independientemente de cuál sea el ámbito de actuación profesional. Generalmente, los cuestionarios, inventarios y escalas son las técnicas frecuentemente utilizadas para esta labor. No obstante, pueden estar basados en modelos teóricos que son producto de una visión sociocultural distinta que no siempre es analizada. En función de esta problemática se plantea las reflexiones del presente trabajo.

Palabras clave: evaluación psicológica, test, contexto sociocultural.

En las últimas décadas, a nivel internacional, la adaptación y validación de los instrumentos psicológicos son de gran interés para los investigadores en el ámbito de la salud. Sin embargo, a la par también resalta la preocupación por la calidad y la idoneidad de dichas adaptaciones (Borsa et al., 2012; International Test Commission, 2017). Considerando que, lamentablemente, la adaptación y utilización de técnicas diversas como test, no han tenido en cuenta, en la medida de lo deseable y necesario, la consideración del sujeto humano en tanto actor social y participante cultural, sí que han cumplido con requisitos estadístico-metodológicos (Casullo, 1999). Sin embargo, los investigadores generalmente están muy contentos de aceptar la confirmación de validez y fiabilidad como evidencia suficiente de que la medida adaptada es adecuada para usar en una nueva cultura objetivo (Bowden & Fox-Rushby, 2003). Por lo tanto, hay que asegurarse que todos los resultados de estudios interculturales reflejen solo las diferencias o similitudes reales entre los grupos y no el producto de fallas de adaptación de un instrumento (Eremenco et al., 2005; Muñiz et al., 2001).

Cabe resaltar que, a diferencia de la práctica profesional, en el contexto de la investigación existe mayor tolerancia respecto a la satisfacción de

los criterios técnicos de los test (Muñiz et al., 2013). Por lo tanto, el autor del test tiene la responsabilidad de no contribuir a la utilización de los instrumentos de medida de investigación en la práctica profesional, antes de que se haya publicado suficiente información sobre sus propiedades psicométricas (Muñiz et al., 2013).

Considerando la importancia del tema, la Comisión Internacional de Test [ITC] brinda directrices metodológicas sólidas para cambiar prácticas deficientes desde hace 20 años. Lamentablemente, una revisión sistemática reciente demostró que la mayoría de los proyectos de adaptación de pruebas en la literatura publicada no seguían las directrices del ITC, a pesar de estar disponibles (Rios & Sireci, 2014). Ante esta situación, es crucial y prioritario que en el ámbito académico e investigativo se motive la utilización de pautas internacionales como las directrices del ITC para garantizar procedimientos adecuados en la adaptación y validación de los instrumentos psicológicos utilizados, tanto a nivel diagnóstico, como en la evaluación de la efectividad y de la eficacia de las intervenciones, ya sean de tipo universal, selectivas o indicadas, que pueden aplicarse en diferentes organizaciones, instituciones, comunidades o empresas.

Cabe reseñar que la segunda edición de las Directrices de la Comisión Internacional brinda 18 pautas, que están organizadas en seis categorías para facilitar su uso: precondition (3), desarrollo de la prueba (5), confirmación (4), administración (2), puntuación e interpretación (2) y documentación (2). Para cada guía, se proporciona una explicación junto con sugerencias para la práctica. Se proporciona una lista de verificación para mejorar la implementación de las pautas. Estas directrices surgen de nuevos desarrollos metodológicos y técnicos que buscan favorecer el establecimiento de la equivalencia intercultural de los instrumentos.

En el contexto de la realidad de América Latina, se ha sugerido tres cuestiones clave: a) una comprensión apropiada de las diferencias entre lo ético (aspectos universales de variables psicológicas) y lo émico (aspectos que reflejan las peculiaridades de un grupo cultural); b) el estudio de las equivalencias apropiadas: conceptuales, lingüísticas y métricas y c) el análisis de las variables relacionadas con la cultura subjetiva de los individuos que puedan afectar los patrones de respuesta así como su validez (deseabilidad social, necesidades de autopresentación, teorías implícitas, etc.) (Marín, 1986).

Finalmente, es importante referirnos al trabajo de Muñiz y Fonseca-Pedrero (2019) quienes han logrado sintetizar en diez pasos, aquellos aspectos fundamentales que se tendría que seguir para desarrollar un test objetivo y riguroso. Esta propuesta recoge las recomendaciones de los últimos estándares de la American Educational Research Association (AERA), la American Psychological Association (APA) y el National Council on Measurement in Education (NCME) (2014). Muñiz et al. (2019) nos recuerda que la comunidad científica tiene claro desde hace mucho tiempo que la adaptación de test, cuestionarios, inventarios y escalas, implica ir más allá de una cuestión lingüística, para lograr en dicha tarea la conjunción de aspectos culturales, conceptuales, lingüísticos y métricos desde perspectivas de análisis tanto analítico-rationales como empíricas. Por lo tanto, realizar una traducción de una escala o test al idioma en el que se expresan los sujetos a ser investigados y encontrar una estructura factorial análoga no es suficiente. Es así que, para comprobar que un instrumento de evaluación desarrollado en una cultura es igualmente válido en otra, actualmente contamos con desarrollos estadísticos y técnicos notables en este campo, incorporándose cada vez más a menudo métodos estadísticos robustos que nos permi-

ten analizar las cualidades claves de un instrumento de evaluación. Por lo tanto, es crucial para los psicólogos seguir de cerca estos avances para no quedarse atrás en el ámbito de la evaluación psicológica (Muñiz et al., 2019).

En el Ecuador, la creación, adaptación cultural y validación de instrumentos psicométricos es limitada. Resaltan estudios recientes (Bueno et al., 2018; Peña et al., 2017; Lima et al., 2019). En consecuencia, los investigadores y los profesionales a nivel de la salud mental tienen poca evidencia sólida para la elección de una prueba psicométrica y pueden realizar una selección arbitraria e inadecuada para la población y el contexto. Por lo tanto, es recomendable que tanto los psicólogos profesionales como estudiantes de psicología, comprendan las cualidades que corresponde a los test estandarizados que se describen a continuación:

Confiabilidad o fiabilidad

La confiabilidad o fiabilidad de un instrumento de evaluación (o ítem), se refiere al grado en que su aplicación repetida al mismo sujeto, produce resultados similares. Existen varios métodos para obtener el coeficiente de confiabilidad:

- **Método de test-retest:** Consiste en la aplicación del mismo instrumento de evaluación a la misma población involucrada en el estudio, en dos tiempos diferentes. De esta manera, la medida de la fiabilidad del test se adquirirá del grado de correlación entre los resultados obtenidos en la doble aplicación. Si la correlación es alta y estable en las dos aplicaciones, se considera que el instrumento es confiable.

- **Método de medidas de consistencia interna:** La aplicación del instrumento de evaluación se efectúa en un solo momento, para luego calcularse su coeficiente de confiabilidad. Se considera que el instrumento es confiable si las correlaciones entre los ítems son altas.

- **Validez:** La validez de un instrumento psicométrico hace referencia a su precisión para medir la variable que pretende medir.

- **Validez de contenido:** Hace referencia al grado en el que el instrumento de evaluación (o ítem) representa al constructo teórico o variable medida.

- **Validez de criterio:** Este tipo de validez se obtiene a través de la comparación del instrumento con algún otro instrumento psicométrico válido que pretenda medir

el mismo constructo, o una variable muy relacionada.

- **Validez predictiva o pronóstica:** Este tipo de validez se obtiene contrastando los resultados de una primera aplicación con otra medición que se realizará en el futuro.

- **Validez concurrente o simultánea:** Esta validez se obtiene cuando se comparan las puntuaciones obtenidas de varios test que se aplican de manera paralela para medir la misma variable y, luego, se verifica si las puntuaciones de estos presentan altas correlaciones.

- **Validez de constructo:** Este tipo de validez establece si existe una relación fuerte y consistente entre el constructo medido (abstracción elaborada con el objetivo de operacionalizar una variable) y la teoría que lo sustenta. La validez convergente y discriminante son los dos subtipos de validez que componen la validez del constructo. Por un lado, la validez convergente comprueba si las medidas de las construcciones teóricas que se espera estén relacionadas, lo están realmente. A diferencia de la validez discriminante que verifica que las medidas de constructos teóricos que son opuestos, no se relacionan.

A modo de reflexión se ha sugerido bibliografía especializada a la que se debería recurrir si existe el interés de profundizar en los desafíos que implican la adaptación y validación de los instrumentos psicológicos, pero este no es un trabajo para aficionados. No obstante, es necesario que todo psicólogo no olvide cuáles son las cualidades fundamentales que corresponden a un instrumento de evaluación, para ser crítico con instrumentos de medida procedentes de otros contextos culturales, antes de utilizarlos para tomar decisiones que pueden tener serias repercusiones sobre la vida de las personas evaluadas.

Referencias

- Bowden, A., & Fox-Rushby, J. A. (2003). A systematic and critical review of the process of translation and adaptation of generic health-related quality of life measures in Africa, Asia, Eastern Europe, the Middle East, South America. *Social Science & Medicine*, 57(7), 1289-306.
- Borsa, J., Damasio, B., & Bandeira, D. (2012). Cross-Cultural Adaptation and Validation of Psychological Instruments: Some Considerations. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 22(53), 423-432. doi:10.1590/1982-43272253201314
- Bueno, A., Lima, S., Peña, E., Cedillo, C., & Aguilar, M. (2018). Adaptación al Español de la Escala de Autoeficacia General para su Uso en el Contexto Ecuatoriano. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica. RIDEP*, 48(3), 5-17. doi.org/10.21865/RIDEP48.3.01
- Casullo, M. M. (1999). La evaluación psicológica: Modelos, técnicas y contexto sociocultural. *Revista Iberoamericana de diagnóstico y evaluación psicológica*, 1(1), 97-113.
- Eremenco, S., Cella, D., & Arnold, B. (2005). A comprehensive method for the translation and cross-cultural validation of health status questionnaires. *Evaluation & the Health Professions*, 28(2), 212-232. doi:10.1177/0163278705275342
- Marín, G. (1986): Consideraciones metodológicas básicas para conducir investigaciones en América Latina. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*. 32. 183-192
- Muniz, J., Elosua, P., & Hambleton, R. K. (2013). Directrices para la traducción y adaptación de los test: Segunda edición. *Psicothema*, 25(2), 149–155. doi: 10.7334/psicothema2013.24
- Muñiz, J., & Fonseca Pedrero, E. (2019). Diez pasos para la construcción de un test *Psicothema*, 31(1), 7-16. doi:10.7334/psicothema2018.291

- Muñiz, J., Hambleton, R. K., & Xing, D. (2001). Small sample studies to detect flaws in item translations. *International Journal of Testing*, *1*(2), 115–135. doi:10.1207/S15327574IJT0102_2.
- Lima, S., Peña, E., Cedillo, C., & Cabrera, M. (2017). Adaptación del Perfil PERMA en una muestra ecuatoriana. *Eureka (Asunción) en Línea*, *14*, 69-83. Recuperado de <http://psicoeureka.com.py/sites/default/files/articulos/eureka-14-1-12.pdf>
- Peña, E., Lima S., Bueno, A., Aguilar, M., Keyes, C. L. M., & Arias, W. (2017). Fiabilidad y validez de la Escala del Continuum de Salud Mental (MHC–SF) en el contexto ecuatoriano. *Ciencias Psicológicas*, *11*(2), 223-232. doi: 10.22235/cp.v11i2.1499
- Rios, J., & Sireci, S. (2014). Guidelines versus practices in cross-lingual assessment: A disconcerting disconnect. *International Journal of Testing*, *14*(4), 289–312. doi:10.1080/15305058.2014.924006.

03

CAPÍTULO

**LA IDENTIDAD EN PERSONAS CON
DISCAPACIDAD: REFLEXIONES SOBRE
CONCEPCIONES TEÓRICAS Y LOS
DESAFÍOS DE SU EVALUACIÓN**

La identidad en personas con discapacidad: Reflexiones sobre concepciones teóricas y los desafíos de su evaluación

*Sandra Lima Castro ^{1 2}
y Fernanda Cordero Hermida ²

¹Dirección de Investigación de la Universidad de Cuenca, proyecto “Calidad de vida en personas con discapacidad y variables psicosociales asociadas”.

²Facultad de Psicología, Universidad de Cuenca, Cuenca, Ecuador

“Si percibo en otras personas principalmente la superficie, percibo principalmente las diferencias, eso que nos separa. Si me introduzco en su interior, percibo su identidad, nuestra relación de hermandad” Erich Fromm.

Resumen

El concepto de identidad en relación con la discapacidad es un campo de investigación novedoso, que aún requiere de mayor desarrollo. Por lo tanto, en este artículo se describe diferentes teorías acerca de la identidad y de la identidad de la discapacidad. Además, se argumenta su carácter complejo, interaccional, multidimensional y evolutivo, así como la necesidad de herramientas de medición más robustas e integrales para su mejor comprensión.

Palabras clave: identidad, discapacidad, evaluación.

La identidad es un concepto que ha sido abordado desde hace décadas. Esta es de interés para diferentes áreas de estudio; de hecho, la misma se remonta a la filosofía, rama de donde proviene el término. Los filósofos consideraron a la identidad como un concepto que define el ser “igual a uno mismo” o “ser uno mismo” (Navarrete, 2015). Esta conceptualización explica que una persona tendrá ciertas características o cualidades específicas y que la diferencian de las demás, que la individualizan. El término fue acogido por los psicólogos para denominar como identidad del yo a ese conglomerado de rasgos y características típicos en una persona (Verdugo et al., 2017).

Sin embargo, entendemos que la identidad se forma desde distintos ámbitos. El ser humano no forja su identidad por sí mismo, esta no se forma aisladamente, sino en relación con el contexto que lo rodea. Necesariamente, al hablar de identidad involucramos a seres sujetados a una sociedad de la que forman parte; esta sociedad define a cada ser humano, es decir somos, gracias al contexto que nos circunda. Así lo expresan Czerlowski y Viamonte (2010):

El ser humano nace en condiciones de indefensión, no puede

sobrevivir solo, es un ser social. Para desarrollarse necesita ser alojado en el mundo. El sujeto adviene en un espacio relacional. El yo se constituye a partir de enunciados identificatorios provenientes del conjunto social y familiar (p. 62)

No es sino gracias al psicoanálisis, específicamente a su precursor, Sigmund Freud (1992a), que la identidad comienza a ser de interés para el ámbito psicológico. Freud, desde su segunda tópica estructural, distingue las tres instancias, que son ello, yo y superyó, que formarán parte de la personalidad del individuo siendo el yo la instancia que tendrá que arreglárselas con la necesidad de inmediatez pulsional del ello y las restricciones morales del superyó (Freud, 1992a). Es entonces el yo, el que, en base a varios factores psicosociales, ganará la fortaleza necesaria para afrontar las distintas problemáticas que se le presenten al sujeto (Freud, 1992b); de este modo, el individuo, gracias al desarrollo de su yo, desarrollará también su identidad.

Por su parte, López (2017) sustenta que desde el psicoanálisis lacaniano no se puede hablar de la identidad de cada sujeto, como algo adquirido o específico, puesto que la misma apunta a un falso ser, a una falsa

unidad; es por esto que se habla de identificaciones, en lugar de identidad en el individuo. La constitución misma del sujeto, con la existencia de su inconsciente, impide una concepción de identidad como tal. Por lo mismo, la primera identificación del sujeto inicia cuando niño, gracias al estadio del espejo, proceso mediante el que el sujeto tiene una cierta noción de su yo. Sin embargo, este conocimiento no se da sino gracias al lenguaje, es un Otro (la madre) quien ayuda al sujeto a reconocer su cuerpo y la limitación del mismo en relación con el espacio.

Es en relación con este proceso que Lacan plantea que el sujeto no podrá nunca obtener una identidad de su yo, en tanto no sea únicamente una ilusoria, debido a que la identidad radica, de acuerdo con el autor en la relación del sujeto con el Otro. Así plantea que “no hay imagen de identidad, reflexividad, sino relación de alteridad fundamental” (Lacan, 2008, pp. 354-355). El concepto lacaniano de identidad, entonces, se plantea en la finalidad de que un sujeto obtenga una cierta identidad de su yo, siempre en relación al Otro, en quien se ve reflejado y gracias a quien se delimita su cuerpo y su Yo.

Por su parte, Erik Erikson (1994), siguiendo la línea psicoana-

lítica, continúa con el estudio de la identidad. Así, el autor retoma la teoría freudiana de las etapas psicosexuales, típicas del desarrollo del ser humano desde su infancia; sin embargo, el autor refiere que el desarrollo de la personalidad se da en las ocho etapas psicosociales, las mismas que no solo se manifiestan en la infancia, sino que estarán presentes a lo largo de la vida del sujeto (Schultz & Schultz, 2010). El éxito de estas etapas dependerá de varios factores, entre ellos los sociales y culturales, que irán moldeando la personalidad del individuo (Bordignon, 2005). De acuerdo con Erikson, el desarrollo de la personalidad involucra la obtención de una identidad, la misma que se va formalizando hacia la adolescencia, específicamente gracias a una de la crisis del desarrollo, denominada identidad vs. confusión de roles. El autor involucra en esta etapa el proceso de formación de la autoimagen y la adquisición de roles (Schultz & Schultz, 2010).

Brewer (2001) indica que el concepto de identidad engloba varios usos, entre ellos el primero, que unifica definiciones como el autoconcepto, identidad de género, identidad racial y étnica, identidad cultural. Así también, considera a la identidad como derivada de las relaciones sociales interpersonales. Como tercer

concepto, encuentra a la identidad como derivada de la pertenencia a un grupo social. Bernardi (1994), por su parte, indica que la formación de la identidad se da mediante la interrelación con diferentes niveles. Estos serán: 1. Interrelación con el equipamiento de lo corporal con sus predisposiciones temperamentales y las determinaciones por medio de la interacción; 2. Con el mundo representacional de los padres, en donde se anticipa la imagen subjetiva del niño; y 3. Con las representaciones culturales y simbólicas.

Navarrete (2015) conceptualiza la identidad como aquello que permite al ser humano un lugar de adscripción a los demás, así también que facilita la distinción del uno y el otro, y finalmente aquello que posibilita el identificar lo que somos o no somos. Sin embargo, y contraponiéndose a varias conceptualizaciones, las autoras sostienen que la identidad no se determina directamente por la sociedad, sino al contrario, el sujeto, en base a sus potencialidades decide qué de esta sociedad adoptará a su identidad. Además, aseguran que la identidad no es definitiva; esta, dicen, se sigue construyendo a lo largo de la vida, en base a las resignificaciones que el sujeto dé a las posiciones o roles a las que se enfrente.

Desde cualquier óptica se observa que el proceso de adquisición de la identidad es complejo; sin embargo, el mismo es necesario para que cada sujeto pueda identificarse y diferenciarse de los demás. Por lo mismo, resulta interesante conocer cómo se adquiere esta identidad, aún más si el individuo se encuentra frente a situaciones complejas, o incluso si es parte de grupos minoritarios. Si partimos del concepto de identidad de Erik Erikson, quien involucra a la adquisición de la misma como un logro en donde el individuo adquiere un concepto significativo de sí mismo; este podría verse implicado negativamente en personas pertenecientes a grupos minoritarios, específicamente en situaciones como género, cultura, familia, etnia, posición socio-económica, orientación sexual, discapacidad, entre otras (Forber-Pratt et al., 2017).

Si ubicamos a la identidad como favorecedora de un sentido de pertenencia a un grupo social, ¿qué ocurre con los grupos minoritarios que no se identifican totalmente o no sienten pertenencia a otros grupos sociales? En lo relativo a grupos de personas con discapacidad, por ejemplo, es importante conocer si la discapacidad en una persona potencia o dificulta la obtención o modificación de una identidad. La psicología social ha propuesto que

aquellas personas con discapacidad también pueden forjar o reformular una identidad en la discapacidad, lo que se conoce en su término inglés como *disability identity* (Dunn & Burcaw, 2013). Este, no obstante, es un concepto moderno, gracias a propuestas en las que se ha dado prioridad a la diversidad. Sin embargo, es cierto que, desde épocas remotas, los grupos minoritarios no han sido tomados en cuenta, o no han sido incluidos mayormente en programas sociales, educativos y/o familiares (Padilla, 2010). Por tanto, la discapacidad ha sido en épocas anteriores un tema complicado para la sociedad. Las familias en donde ha habido una persona con esta problemática, se han visto en la tarea de ocultar la discapacidad e incluso de ocultar a la persona que la posea. Recordemos que en la Edad Media una persona discapacitada era considerada como endemoniada y muchas de las veces se les institucionalizaba para separarlos de la sociedad. Hacia el siglo XIX aún eran vistos como monstruos y generalmente eran objetivados. Grupos de personas con discapacidad incluso han sido considerados como deficientes (Hernández, 2015). No obstante, ya hacia el siglo XX, y gracias al activismo social y político, además de la defensa personal, se puede afirmar que, en la actualidad, la percepción sobre la discapacidad ha mejorado

notablemente. Los individuos con discapacidad han ganado más derechos y han desafiado a los estereotipos (Ong, 2014).

En la actualidad, la atención a las personas con discapacidad continúa siendo un desafío. Aunque está claro que la proporción de personas con discapacidad en cualquier población varía mucho de acuerdo con los criterios de definición y técnicas de medición empleados, así como el contexto (Grue, 2010). Además, cabe resaltar que el diagnóstico de discapacidad en algún miembro de la familia puede incluso desorientar y confundir a los padres y/o cuidadores (Schorn, 2009). Las actitudes típicas de la familia de un discapacitado en esta etapa de diagnóstico son: sobreprotección, rechazo o indiferencia (Schorn, 2009). Una actitud negativa de los familiares o personas cercanas a la persona con discapacidad puede potenciar a su vez sentimientos negativos en quienes la poseen. Teniendo en cuenta que la identidad está relacionada con la socialización del individuo con su medio, por lo mismo, una interacción negativa dentro de su círculo familiar o social, llevará asimismo a un potencial conflicto de identidad (Hauser-Cram et al., 2009; Nuñez, 2014, Stepleman, et al., 2017). El término discapacidad involucra en sí mismo una dificultad

tad, una falta de capacidad u oportunidad, por lo que ya desde que se involucra a este término, se relaciona con la exclusión (Garzón, 2007). Por su parte, Forber-Pratt y Zape (2017) consideran que las mejoras en cuanto a la inclusión en una sociedad, pueden permitir un giro sobre cómo se perciben los individuos con discapacidad y por lo mismo pueden modificar cómo éstos perciben su identidad. Entendemos que la mayoría de personas con discapacidad, a pesar de haber desarrollado varias fortalezas, aún se encuentran con algunas dificultades en su día a día (Stepleman, et al., 2017).

En definitiva, a pesar de su importancia, la identidad en personas con discapacidad ha sido un tema de investigación poco abordado. Sin embargo, está claro que la identidad de las personas con discapacidad puede variar con las épocas históricas, los entornos culturales y factores situacionales (Snyder & Mitchell 2006). Además, cabe reflexionar que la incorporación de la discapacidad en el sentido de su identidad debería guiar a las personas hacia qué hacer, qué valorar, y cómo actuar en diversas circunstancias en las que su discapacidad es una cualidad sobresaliente (Dunn & Burcaw, 2013). Por lo tanto, comprender las experiencias infantiles y de la adolescencia acerca de la

discapacidad y el “yo” de los individuos puede proporcionar información valiosa sobre la identidad y, por ende, cómo podemos potenciar una adecuada transición a la edad adulta y alentar la participación activa de las personas con discapacidad en diversos contextos sociales (Kayama et al., 2018; Forber-Pratt et al., 2017). No obstante, estas experiencias deben ser analizadas a nivel individual y social, así como deben estar inmersas en múltiples contextos sociales (Kayama et al., 2018). Por otro lado, en aquellas personas que han adquirido una discapacidad en etapas posteriores de su vida, se hace notoria la necesidad de adaptación a su discapacidad, y a la vez la necesidad de la incorporación de la discapacidad en el sentido de su identidad para poder hacer frente a las demandas sociales y personales (Garzón, 2007).

Considerando que existe un riesgo de una connotación negativa de la discapacidad, que amenaza a la identidad de las personas, las personas con discapacidad requieren conciliar simultáneamente la percepción de sus propios impedimentos (visibles o invisibles) y el significado que asignan a los mismos para formar una identidad (Forber-Pratt et al., 2017). Además, es importante señalar que la presencia de discapacidad objetiva y limitaciones fun-

cionales no predicen la autoidentificación con la discapacidad. Una parte significativa de las personas con discapacidades no se identifican de esta manera (Nario-Redmond et al., 2013). Las personas con discapacidades severas y más evidentes tienden en mayor medida a autoidentificarse como personas con discapacidad, al igual que aquellos que se encuentran económicamente en desventaja, tal vez porque no tienen la opción de “pasar desapercibidos”, y probablemente ya están marginados de múltiples maneras (Bogart et al., 2017; Nario-Redmond & Oleson, 2015). Por otro lado, algunas personas son capaces de evitar la connotación negativa de asumir una identidad discapacitada, siempre y cuando encuentren beneficios considerables en el entorno para adaptarse a sus necesidades (Grue, 2010). Por ejemplo, Darling (2013) señala que la identidad de al menos algunos individuos con discapacidad, que se basaba en el estigma se ha reemplazado por orgullo de la discapacidad, gracias al impacto de los movimientos por los derechos de las personas con discapacidad.

Por otro lado, la teoría de la identidad social afirma que las personas con discapacidad comparten una serie de similitudes con otros grupos estigmatizados, como las minorías étnicas, que experimentan prejui-

cios, discriminación, y disparidades en salud e ingresos (Tajfel & Turner, 1979). Según la teoría de la identidad social, las personas con discapacidades, como grupo estigmatizado podrían lidiar con el estigma y mejorar su autoconcepto de dos formas (Tajfel & Turner, 1979). En primer, lugar algunos pueden intentar negar su identidad de discapacidad, alejándose del grupo minoritario y adoptar la evaluación negativa del grupo mayoritario. En este caso, la persona con discapacidad se esforzaría en ser lo más normal posible, esperar una cura y sentirse avergonzado de su discapacidad (Tajfel & Turner, 1979). Si los individuos son capaces de ocultar o minimizar sus características estigmatizantes pueden reducir su estigmatización. Por otro lado, las personas con discapacidad pueden acercarse hacia su grupo para “afirmar” su identidad de discapacidad, cuestionando el estigma aplicado por el grupo mayoritario, reinterpretando las características estigmatizadas de manera positiva y desarrollando orgullo de la discapacidad (Dunn & Burcaw, 2013; Fernández et al., 2012).

También cabe mencionar el trabajo de Gill (1997) que se centra en la importancia de la integración del yo en la formación de la identidad y presenta un modelo no lineal de etapas múltiples para la formación

de identidad de personas con discapacidades. Los cuatro aspectos de la formación de identidad que Gill describe son los siguientes: llegar a sentir que pertenecemos, volver a casa, juntos, y salir. El primer aspecto llegar a sentir que pertenecemos se centra en el reconocimiento, tanto para aquellos que crecen con discapacidad como aquellos que la adquieren más adelante en la vida, de sus derechos para contrarrestar los impedimentos y la opresión de la sociedad. El siguiente aspecto, Volver a casa, se centra en el contacto inicial con aquellos que también tienen discapacidades y por lo tanto implica el darse cuenta de que no están solos. Juntos, se define como el proceso de integración de uno mismo para no valorar únicamente aquellas partes del ser que no han sido afectadas por la discapacidad y evitar considerar las partes afectadas por la discapacidad como malas. La implicación de no superar este proceso es que el individuo sufre por no lograr considerarse en su totalidad aceptable. Finalmente, salir implica que la persona con discapacidad pueda sentirse suficientemente cómoda, al ser el mismo independientemente de las circunstancias. Esto implica una integración entre su autoconocimiento y la imagen ideal que desea presentar (Gill, 1997).

Debido a que la discapacidad puede ocurrir en cualquier momento a

lo largo de la vida, y que la experiencia personal con respecto a la discapacidad varía, es difícil para los expertos aún llegar a un consenso sobre un modelo de desarrollo de la identidad de la discapacidad (Darling, 2013). No obstante, cabe resaltar que, aunque en la mayoría de la literatura la identidad de la discapacidad se analiza como un fenómeno principalmente individual, los modelos sobre el desarrollo de la identidad coinciden en resaltar la importancia dual de la inclusión de un sentido de aceptación de la discapacidad y el significado más amplio de la sociedad en torno a esta discapacidad (Forber-Pratt et al., 2017).

Una investigación sistemática que incluyó 41 artículos empíricos sobre el desarrollo de la identidad de la discapacidad entre 1980 y 2017, concluyó que la identidad de la discapacidad se puede considerar como un fenómeno único que da forma a cómo la persona se ve a sí misma, a su cuerpo y a su manera de interactuar con el mundo. El desarrollo de la identidad de la discapacidad es tanto una cuestión de categorización social y de creación de significado como también fundamentalmente física y biológica (Forber-Pratt et al., 2017).

Por lo expuesto, es imperativo que diversos profesionales sanitarios que

brindan atención a personas con discapacidades consideren este proceso de desarrollo de la identidad para brindar una mejor atención (Forber-Pratt et al., 2017).

La falta de literatura acerca de la identidad en personas con discapacidad también se refleja en la falta de los instrumentos de evaluación. Actualmente existen tres instrumentos comúnmente utilizados para evaluar la identidad de la discapacidad. No obstante, existe información disponible sobre las propiedades psicométricas únicamente de dos instrumentos (Forber-Pratt et al., 2017).

Escala de identidad personal [Personal Identity Scale; Hahn & Belt, 2004]: Se trata de una escala tipo likert compuesta por 8 ítem, diseñados para evaluar la incorporación de la discapacidad en el sentido de identidad, un sentido de identidad positiva de discapacidad, así como un sentido de pertenencia con la comunidad de personas con discapacidad. La evidencia preliminar sugiere que altas puntuaciones de identidad de discapacidad se relacionaron con menos deseo de curación entre personas con discapacidades de movilidad (Hahn & Belt, 2004)

Cuestionario sobre identidad y oportunidad de discapacidad

[Questionnaire on Disability Identity and Opportunity (QDIO); Darling & Heckert, 2007]: Este instrumento evalúa dos dimensiones de la discapacidad: participación y orientación. Aunque solo una parte de esta escala evalúa sobre la propia percepción personal de la identidad de la discapacidad. Los autores de esta herramienta sugieren su uso porque podría medir orientaciones hacia la discapacidad en diversos contextos.

A continuación, se describen las principales limitaciones de estos instrumentos:

- 1)** Se requiere de mayor investigación para aseverar que los factores evaluados mediante estas escalas contribuyen al desarrollo de la identidad de la discapacidad y si esos constructos son válidos para todos los grupos de personas con discapacidad (Forber-Pratt et al., 2017).
- 2)** La naturaleza subjetiva de los instrumentos mencionados hace que no exista un consenso sobre su estructura, los componentes, el tipo y el número de preguntas (ítem) que se incluirán en los mismos.
- 3)** Con estos instrumentos no se han realizado adaptaciones para poder efectuar comparaciones multiculturales entre varios países, y de esta manera avalar de manera empírica

la universalidad y unidimensionalidad de los constructos basados en perspectivas teóricas y metodológicas acerca de la identidad en personas con discapacidad, planteadas en cada una de estas escalas.

4) En relación con estos instrumentos, no existen estudios sobre el análisis de confiabilidad inclusive de pruebas test-retest u otros coeficientes de confiabilidad en muestras aleatorias.

En resumen, no cabe duda de que es necesario contar con herramientas de medición más sólidas e integrales para comprender la identidad en personas con discapacidad.

En definitiva, a manera de conclusión, se puede aseverar que, a nivel internacional, aún es necesario desarrollar mayor número de estudios para explicar el desarrollo de la identidad de personas con discapacidad. Considerando que, si bien está claro que las personas discapacitadas de todas las edades se enfrentan al estigma que patologiza sus vidas como trágicas, las etiqueta como dependientes y enfrentan discriminación en entornos comunitarios y educativos. No obstante, también hay personas con discapacidad que han logrado la aceptación de la discapacidad como aspecto positivo y centralmente importante de su identidad (Nario-Redmond & Ole-

son, 2015). ¿Cuáles son las variables psicosociales que influyen y moderan los trayectos mencionados? Es una interrogante que constituye aún un vacío de conocimiento que se esperamos sea atendido por los profesionales que brindan atención a las personas con discapacidad.

Referencias

- Bernardi, R. (1994). Los orígenes de la identidad. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente* (17-18), 11-32. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3753994>
- Bogart, K. R., Rottenstein, A., Lund, E. M., & Bouchard, L. (2017). Who self-identifies as disabled? An examination of impairment and contextual predictors. *Rehabilitation Psychology*, 62, 553-562. doi:10.1037/rep0000132
- Bordignon, N. A. (2005). El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto. *Revista Lasallista de Investigación*, 50-63. <https://www.redalyc.org/pdf/695/69520210.pdf>
- Brewer, M. B. (2001). The Many Faces of Social Identity: Implications for Political Psychology. *Political Psychology*, 22(1), 115-125. https://sci-hub.tw/https://www.jstor.org/stable/3791908?seq=1#metadata_info_tab_contents
- Czerlowski, M., & Viamonte, L. (18 de 03 de 2010). Del sujeto sujetado al sujeto flexibilizado. *Hologramática*, 3(12), 55-72. <http://www.cienciared.com.ar/ra/doc.php?n=1219>
- Darling, R. B. (2013). Disability and Identity: *Negotiating Self in a Changing Society*. Boulder, CO: Lynne Rienner Publishers.
- Darling, R. B., & Heckert, D. A. (2007). Activism, models, identities, and opportunities: A preliminary test of a typology of disability orientations. *Research in Social Science & Disability*, 5, 203-229. doi:10.1108/S1479-3547(2010)0000005011
- Dunn, D. S., & Burcaw, S. (2013). Disability Identity: Exploring Narrative Accounts of Disability. *Rehabilitation Psychology*, 58(2), 148-157. doi:10.1037/a0031691

- Erikson, E. (1994). *Identity and the life cycle*. New York: W. W. Norton.
- Fernández, S., Branscombe, N. R., Gómez, A., & Morales, J. (2012). Influence of the social context on use of surgical-lengthening and group-empowering coping strategies among people with dwarfism. *Rehabilitation Psychology*, 57(3), 224-235. doi:10.1037/a0029280
- Forber Pratt, A. J., & Zape, M. P. (2017). Disability identity development model: Voices from the ADA-generation. *Disability and Health Journal*, 10(2), 350-355. doi:10.1016/j.dhjo.2016.12.013
- Forber Pratt, A., Lyew, D., Mueller, C., & Samples, L. (2017). Disability Identity Development: A Systematic Review of the Literature. *Rehabilitation Psychology*, 198-207. doi:10.1037/rep0000134
- Freud, S. (1992a). Obras Completas. *El yo y el ello y otras obras* (Volumen XIX: 1923-1925). Amorrortu.
- Freud, S. (1992b). Obras Completas. *Más allá del principio del placer, Psicología de las masas y análisis del yo, y otras obras* (Volumen XVIII: 1920-1922). Amorrortu.
- Garzón, K. (2007). Discapacidad y otros procesos identitarios. *Ciencias de la Salud*, 5(2), 86-91. <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/revsalud/article/view/731/658>
- Gill, C. J. (1997). Four types of integration in disability identity development. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 9(1), 39-46. doi:10.3233/JVR-1997-9106
- Grue, J. (2010). Is there something wrong with society, or is it just me? Social and medical knowledge in a Norwegian anti-discrimination law. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 12(3), 165-178. doi:10.1080/15017410903338853

- Hahn, H. D., & Belt, T. L. (2004). Disability Identity and Attitudes Toward Cure in a Sample of Disabled Activists. *Journal of Health & Social Behavior*, 45(5), 453-464.
doi:10.1177/002214650404500407
- Hauser-Cram, P., Wyngaarden Krauss, M., & Kersh, J. (2009). Adolescents with Developmental Disabilities and Their Families. En R. Lerner, & L. Steinberg, *Handbook of Adolescent Psychology. Individual Bases of Adolescent Development* (pp. 589-617). John Wiley & Sons, Inc.
- Hernández, M. (2015). El concepto de discapacidad: de la enfermedad al enfoque de derechos. *CES Derecho*, 6(2), 46-59.
<http://revistas.ces.edu.co/index.php/derecho/article/view/3661/2441>
- Kayama, M., Johnstone, C., & Limaye, S. (2018). Adjusting the “self” in social interaction: Disability and stigmatization in India. *Children and Youth Services Review*, 96, 463-474.
doi:10.1016/j.chilyouth.2018.11.047
- Lacan, J. (2008). El Seminario. Libro 2. *El Yo en la teoría de Freud y en la Técnica Psicoanalítica* (1954-1955). Paidós.
- López, R. (Septiembre, 2017). *El concepto de identidad desde la perspectiva psicoanalítica*. Sección Clínica de Madrid Nucep.
- Marcús, J. (2011). Apuntes sobre el concepto de identidad. Intersticios. *Revista Sociológica de Pensamiento Crítico*, 5(1), 107-114.
<https://www.intersticios.es/issue/view/752>
- Nario-Redmond, M. R., Noel, J. G., & Fern, E. (2013). Redefining disability, re-imagining the self: Disability identification predicts self-esteem and strategic responses to stigma. *Self and Identity*, 12, 468 – 488. doi:10.1080/15298868.2012.681118
- Nario-Redmond, M. R., & Oleson, K. C. (2015). Disability Group Identification and Disability-Rights Advocacy. *Emerging Adulthood*, 4(3), 207–218. doi:10.1177/2167696815579830

- Navarrete Cazales, Z. (2015). ¿Otra vez la identidad? Un concepto necesario pero imposible. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, 20(65), 461-479. <https://www.redalyc.org/pdf/140/14035408007.pdf>
- Núñez, J. (2014). *La construcción social de la identidad de las personas con discapacidad*. *Intersticios*, 8(2), 77-85. <http://www.intersticios.es/article/view/13279>
- Ong, K. S. (2014). *Social Identity and Wellness of People Who Have Acquired Physical Disability: What is the Role of Social Support?* (Tesis doctoral, College of Science and Health Theses and Dissertations). https://via.library.depaul.edu/csh_etd/72
- Padilla Muñoz, A. (2010). Discapacidad: contexto, concepto y modelos. *International Law: Revista Colombiana de Derecho Internacional*(16), 381-414. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/824/82420041012.pdf>
- Schorn, M. (2009). La capacidad en la discapacidad. *Sordera, discapacidad intelectual, sexualidad y autismo* (1a ed.). Lugar Editorial.
- Schultz, D., & Schultz, S. (2010). *Teorías de la Personalidad* (9naed.). (J. Soto Estrada, Trad.) Cengage.
- Snyder, S. L., & Mitchell, D. T. (2006). *Cultural Locations of Disability*. The University of Chicago Press.
- Stepleman, L., Floyd, R., Valvano-Kelley, A., Penwell-Waines, L., Wonn, S., Crethers, D., . . . Smith, S. (2017). Developing a Measure to Assess Identity Reconstruction in Patients With Multiple Sclerosis. *Rehabilitation Psychology*, 62(2), 165-177. doi:10.1037/rep0000126
- Tajfel, H., & Turner, J. C. (1979). An integrative theory of intergroup conflict. En *The social psychology of intergroup relations* (pp. 33-48). Monterey, CA: Brooks/Cole.: W. G. Austin & S. Worchel.

Vera, J., & Valenzuela, J. (2012). El concepto de identidad como recurso para el estudio de transiciones. *Psicología & Sociedad*, 24(2), 272-282. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309326586004>

Verdugo, J., Guzmán, J., Moy López, N., Montes, R., & Márquez, C. (2017). Diseño y validación de la escala de desarrollo de la identidad en jóvenes universitarios-EDIJU. *Revista de Educación y Desarrollo*, 40, 67-75. http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/antiores/40/40_Verdugo.pdf

04

CAPÍTULO

**LA CALIDAD DE VIDA Y BIENESTAR DEL
ADULTO MAYOR: SITUACIÓN ACTUAL
EN EL ECUADOR**

La calidad de vida y bienestar del adulto mayor: Situación actual en el Ecuador

*Alexandra Bueno Pacheco ¹ ²

¹Dirección de Investigación de la Universidad de Cuenca, proyecto “Calidad de vida en personas con discapacidad y variables psicosociales asociadas”.

²Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación, Universidad del Azuay, Cuenca, Ecuador

Resumen

La población de adultos mayores crece con rapidez en el mundo, y en el Ecuador también se vive este evento. Frente a este fenómeno, lo que se busca no es que estas personas puedan alcanzar un mayor número de años de vida, sino que los años que vivan, lo hagan con bienestar y con calidad de vida. Es así que se plantea este trabajo, que busca determinar cuál es el estado de calidad de vida y bienestar de los adultos mayores a nivel del Ecuador. En este sentido, se consideran varios aspectos que inciden en este hecho, tales como las variables sociodemográficas, aspectos físicos y cognitivos, el nivel de escolaridad, la situación laboral y de salud. De la investigación realizada, resalta el hecho de que los adultos mayores de la zona urbana, que cuentan con el apoyo de su familia, que tienen mayor escolaridad y pueden desempeñarse de manera adecuada a nivel laboral, tienen mejor calidad de vida y una percepción de mayor bienestar. Como conclusión, se establece que las políticas gubernamentales, si bien están encaminadas a precautelar la integridad del adulto mayor, aún tienen muchas deficiencias, que impiden que se pueda hablar de bienestar. Sin embargo, este trabajo también señala los aspectos que se deben considerar para mejorar la calidad de vida de este grupo de personas.

Palabras clave: adulto mayor, bienestar, calidad de vida, Ecuador.

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC, 2017), en el Ecuador, el 6.7% de la población rebasa los 65 años de edad, aumentará al 7.5% para el 2020 y se proyecta que para el 2060 se llegue al 22.4%.

El aumento de la población es vertiginoso y no se trata de un hecho de países industrializados o desarrollados sino de un fenómeno global. Dadas las circunstancias, los gobiernos buscan implementar nuevas políticas de Estado para la gestión de recursos destinados a su atención. En este sentido, distintos organismos gubernamentales ecuatorianos han establecido nuevas políticas que se enfocan en mejorar la calidad de vida de los adultos mayores, mediante la implementación de servicios sociales diversos (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, 2014). De hecho, desde la Constitución de 2008, en el Ecuador se ha tomado a los adultos mayores como un grupo de atención prioritaria, y en marzo de 2019, se aprobó la “Ley orgánica de las personas adultas mayores”. Con ello, se busca ir creando acciones concretas encaminadas al mejor sustento, cuidado y atención de los adultos mayores, así como a mejorar cualitativamente su calidad de vida y su percepción de bienestar.

Siguiendo este objetivo, es importante y primordial describir los términos a los cuales nos referiremos. Así, el concepto de calidad de vida, en el ámbito de los adultos mayores implica un proceso multifactorial, de carácter individual, que implica una dualidad subjetiva y objetiva (Aponte, 2015). Es subjetivo en tanto recoge lo que la persona percibe de sí misma; su realidad, su satisfacción con la vida. Es objetiva porque también se determina por factores sociales y biomédicos, que responden al medio donde la persona se desarrolla (Rubio et al, 2015). Tal como se observa, este término está íntimamente relacionado con el bienestar, puesto que corresponde a esta percepción subjetiva del adulto mayor acerca de su estado y condiciones generales de vida. Es importante señalar también que este constructo es social, por tanto, está ampliamente definido por el estado de salud, atención médica, ingresos, condicionamientos culturales y psicológicos (Bueno et al., 2017).

Resulta sustancial entonces, considerar que la interacción entre los factores genéticos, idiosincráticos y ambientales, determinarán, por una parte, la rapidez y el nivel de envejecimiento del individuo, y por otra, influirá directamente en su satisfacción con la vida, en su bienestar (Arriola et al., 2017). Es por ello

que este trabajo pretende brindar una visión general acerca de la situación actual de los adultos mayores en Ecuador, considerando los diferentes factores que contribuyen a su bienestar y calidad de vida.

Envejecimiento físico y cognitivo

En esta búsqueda del bienestar en el adulto mayor es necesario especificar el proceso de envejecimiento que estas personas atraviesan. En este sentido, son esperables determinados cambios psicofisiológicos en el adulto mayor, que causan un impacto en sus capacidades, haciéndolo proclive a alteraciones patológicas (Da Silva, 2018).

A nivel morfológico y funcional, se esperan ciertos cambios en los diferentes sistemas y órganos de la persona. Así, por ejemplo, se observa la pérdida de masa muscular y aumento de grasa visceral, lo cual conllevará inevitablemente a la pérdida de fuerza muscular. Pero además de ello, se han relacionado estos factores de disminución de músculo y aumento de grasa, con la resistencia a la insulina y con trastornos del metabolismo de la glucosa; por ende, los adultos mayores son más propensos a padecer diabetes mellitus. Por su parte, a nivel cardiovascular, se puede observar que se produce

un aumento en la rigidez arterial y en las paredes ventriculares del corazón, que implican posibles disfunciones cardiovasculares y mayor riesgo de que se presenten arritmias (Salech et al, 2012). Dichas condiciones se traducen en dificultades y limitaciones en salud para las personas adultas mayores, restando su independencia y, por ende, aminorando su calidad de vida. Al respecto, también se puede mencionar que en el Ecuador, las tres principales causas de muerte en adultos mayores son la diabetes mellitus, las condiciones cardiovasculares y las enfermedades hipertensivas (Freire & Waters, 2012).

Otro de los órganos más sensibles al envejecimiento es el cerebro. Específicamente, en el envejecimiento cerebral existe un descenso predominante de las competencias de la corteza prefrontal vinculadas principalmente con la percepción, atención, reconocimiento de palabras escritas, procesos de codificación y memoria. Sin embargo, no todas las funciones cognitivas se afectan de formas similares en la vejez normal; además, el impacto que producen estos cambios varía a nivel individual (Bernardo & Arancibia, 2010). Por otro lado, el envejecimiento patológico, aunque no es un proceso normal, es más frecuente de lo que se piensa. De ahí surge que se tien-

da a normalizar esta situación en los adultos mayores, a pesar de que no se trata de un hecho normal.

Cuando se habla de envejecimiento patológico, viene a la mente el concepto de deterioro cognitivo. Éste constituye la modificación de las capacidades mentales superiores (memoria, juicio, razonamiento abstracto, concentración, atención, praxias), que dificulta la autonomía y calidad de vida de los adultos mayores (Castro & Ramos, 2017). Siguiendo la hipótesis de continuo cognitivo, el deterioro cognitivo leve se podría definir como la fase de transición entre los cambios asociados con el envejecimiento normal y la tan temida demencia (Custodio, et al., 2012). Los conceptos de deterioro cognitivo y demencia fueron renombrados como trastorno neurocognitivo menor y mayor respectivamente, por el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales, quinta edición [DSM-5, (American Psychiatric Association, 2014)]. La principal diferencia entre ellos es la intensidad de los síntomas y la afectación que causan al desempeño de las actividades de la vida diaria de la persona. Por tanto, el trastorno neurocognitivo mayor se diagnosticará cuando el individuo requiera de asistencia para llevarlas a cabo o cuando desista de realizarlas si no cuenta

con ayuda externa (González et al, 2014). Para una correcta evaluación y diagnóstico es necesario recibir información del paciente y sus familiares acerca de su desempeño cognitivo, funcional y conductual, en la actualidad y en el pasado. Además, se requiere de exámenes neurológicos, hormonales y neuroimágenes (Tello et al, 2016).

La demencia o trastorno neurocognitivo mayor, es un síndrome que implica el deterioro de la memoria, el intelecto, el comportamiento y la capacidad para realizar actividades de la vida diaria; es una de las principales causas de discapacidad y dependencia entre las personas mayores en el mundo entero. Más aún, este trastorno tiene un impacto completamente negativo en la calidad de vida de las personas, puesto que generan afecciones a nivel físico, psicológico, social y económico no solo en las personas que la padecen, sino también en sus cuidadores, quienes usualmente son familiares y amigos sometidos a estrés físico, emocional y económico. Además, esta enfermedad representa un alto costo para la sociedad en general, pues se estima que en el 2015 dicho costo fue de 818 000 millones de dólares (OMS, 2017).

De acuerdo con datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS,

2017), se conoce que en el mundo hay cerca de 50 millones de personas que padecen una demencia, de las cuales entre el 60% y 70% corresponde al Alzheimer. Se estima que se diagnostican cerca de 10 millones de nuevos casos por año; es decir que existe un nuevo caso de demencia en el mundo cada 3 segundos.

La realidad en el Ecuador no está lejos de las estadísticas mundiales; se estima que existen más de 100 000 personas con esta enfermedad neurodegenerativa (Asamblea Nacional del Ecuador, 2014). Se calcula que, en el país, un 16.3% de hombres y un 25.7% de mujeres mayores de 60 años padecen deterioro cognitivo. El diagnóstico de la demencia alcanza un hasta un 21.4% de personas entre los 61 y 70 años.

En este país, aún son pocas las investigaciones llevadas a cabo en materia del daño cognitivo y su prevención. Existen pocos estudios donde se detallan algunos datos acerca de la prevalencia del deterioro cognitivo a nivel de cantones o parroquias con resultados muy variados. Un estudio llevado a cabo en los asilos de ancianos en la ciudad de Cuenca determinó que existe una prevalencia de 56% de adultos mayores con deterioro cognitivo y 17% con demencia (Guapisaca et al, 2014).

En la ciudad de Ambato, en una muestra de 35 personas adultas mayores se encontró que 31% de los evaluados presentaba un deterioro cognitivo leve y un 17% presenta un deterioro cognitivo moderado (Barrera, 2017). En Santa Elena, en una muestra de 118 adultos mayores se determinó que 14% presenta un deterioro cognitivo leve y 48% un deterioro moderado (Villón, 2015). Un estudio realizado con más de 700 adultos mayores de la zona 6 de salud (Azuay, Cañar y Morona Santiago) señaló que 48.6% presentaba algún tipo de deterioro cognitivo (Segarra et al, 2016). Otros estudios también locales optan por propuestas que sustenten la rehabilitación cognitiva, sobre todo en el ámbito de la memoria, en pacientes donde el daño cognitivo o el deterioro ya está instaurado (Echeverría, 2013; Pazmiño & Vinuesa, 2016).

Características demográficas

Desde la última encuesta de salud y bienestar del adulto mayor (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, [INEC] 2009) se reportaron algunos datos de proyecciones poblacionales. Así, por ejemplo, en 2009 se reportaba la cifra de 1,229.089 personas adultas mayores. Sin embargo, para el 2019 se proyectaron nuevas cifras, que indi-

can que actualmente son 1'264.423 adultos mayores, donde 48% de la población es de varones. Para el año en que se estableció la encuesta, las mujeres correspondían a 53.4%, con una esperanza de vida de 78 años, mientras que los hombres se presentaban en una proporción de 46.6% y tenían una esperanza de vida de 72 años. Para 2015 la esperanza de vida en mujeres se mantenía en 78 años, pero para hombres la esperanza de vida aumentó a 73 años (INEC, 2012). Algunos autores señalan que la calidad de vida se percibe como más satisfactoria cuando la persona tiene entre 71 y 80 años (Bustamante et al., 2017).

En general, se ha determinado que alrededor de 90% de los adultos mayores viven con alguna persona que los acompaña: la mitad de las veces, este acompañante es el hijo o hija, mientras que el porcentaje restante está comprendido por nietos, por la pareja u otra persona, dejando únicamente 10% de adultos mayores que viven solos (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2009). Es muy importante considerar que la familia es un gran soporte para los adultos mayores, puesto que este contexto inmediato brinda protección, socialización y bienestar, resultado especialmente importante en situaciones de pobreza, marginación y dependencia (Aponte, 2015).

Un estudio realizado en la provincia del Guayas revela algunos datos interesantes en cuanto a la calidad de vida en las personas adultas mayores (Bustamante et al., 2017). En cuanto al área que habita la persona, los autores han encontrado que las mujeres que viven en el área urbana son más proclives a sentirse más satisfechas con su calidad de vida, en comparación con aquellas que viven en las zonas rurales. También señalan que la preferencia de acceso a servicios, por ejemplo, en hospitales públicos y bancos, así como la exoneración de ciertos impuestos, contribuyen en buena medida a mejorar la calidad de vida de estas personas. Finalmente, los autores indican que la situación de responsabilidad económica en el hogar contribuye a su percepción de adecuada calidad de vida, probablemente por el hecho de que valida la autoestima de la persona y la hace sentirse socialmente útil (Bustamante et al., 2017).

Por su parte, otro estudio realizado en la ciudad de Cuenca, señala que el bienestar en los adultos mayores está relacionado con algunas variables psicosociales. Así por ejemplo, los adultos mayores que tienen un sentido de autoeficacia y gratitud elevados, reportan mayores niveles de bienestar (Bueno et al., 2017). Además, se evidenció que el bien-

estar social es un importante componente del bienestar general, y, por ende, de la calidad de vida. En este sentido, los adultos mayores con una mayor percepción de bienestar, son aquellos quienes participan en centros de servicios sociales, tales como centros diurnos, asociaciones de jubilados, etc. (Bueno et al., 2017).

Educación, trabajo y salud

Al hablar de bienestar, también es necesario señalar la variable de educación. Acorde con varios investigadores, el nivel educativo incide directamente en la percepción de bienestar, así como en la salud mental (De la Cruz et al., 2013). En este sentido, se observa que, a nivel nacional, solo el 13% de adultos mayores tuvo una educación secundaria completa y superior; 60.3% accedió a educación incompleta, y un 18.3% de esta población no accedió a ningún tipo de educación (Enríquez et al., 2019). Acorde con los autores, el nivel educativo es una determinante de la calidad de vida de las personas, pues tiene que ver con su nivel de ingresos, accesos a cambios tecnológicos, adaptabilidad, etc.; por el contrario, un bajo o nulo nivel de educación los vuelve más vulnerables a situaciones de pobreza (Bustamante et al., 2017). Tal es así que, a nivel nacional, un

25.9% de adultos mayores vive en situación de pobreza, siendo mayor la incidencia en zonas rurales (Enríquez et al., 2019).

Siguiendo con esta línea, una interesante investigación realizada en Cuenca acerca del bienestar en la población, encuestó alrededor de 370 adultos mayores. Dentro de este grupo en específico, solo 12% trabaja y 53.3% tiene ingresos superiores a \$668.00 USD. El estudio determinó que el hecho de que un adulto mayor trabaje y tenga este nivel de ingresos económicos, está claramente relacionado con un nivel de bienestar mayor (Aguilar et al., 2017).

Estos datos no están lejos de la realidad nacional. Se conoce que el 40% de adultos mayores pertenece a la población económicamente activa. De ellos, únicamente el 18% cuenta con empleo adecuado y 0,5% se encuentra desempleado (Enríquez et al., 2019).

Asimismo, la situación de salud también debe ser considerada en este estudio. Dado el aumento vertiginoso de esta población, acompañado de un descenso en la tasa de fecundidad y de mortalidad, se espera que los adultos mayores puedan contar con un buen nivel de salud, que les permita disfrutar de

esta etapa de la vida en una situación de bienestar y calidad de vida (Villafuerte et al., 2017).

En este sentido, se ha visto que 77.13% de adultos mayores reportaron tener una salud regular / pobre (Borda et al., 2017). También se ha descrito que las mujeres adultas mayores y los adultos mayores que residen en zonas costaneras, tienden a tener diagnósticos de manera más temprana, sobre todo aquellos como diabetes, enfermedades coronarias, hipertensión arterial y artritis (Egüez & Flavia, 2015), lo que garantiza su bienestar por recibir tratamiento temprano, así como una mejor calidad de vida en estos años (Bustamante et al., 2017).

En el mismo sentido, en cuanto a salud mental, se determina que alrededor de 80% de los adultos mayores en el Ecuador se sienten satisfechos con su vida, tienen buen ánimo y se sintieron felices. Sin embargo, 43.7% tuvo preocupaciones, 27.9% sintió que su vida estaba vacía y se determinó una prevalencia de 39% de depresión (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2009). Aunque este último dato esté relacionado, debe ser tomado con precaución, puesto que se han encontrado diferencias entre poblaciones estudiadas con prevalencias en depresión que van desde 12%

hasta 93% en población adulta mayor (Calderón, 2018)

El acceso a salud, pensiones jubilares y acceso a créditos, son beneficios que el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) brinda a sus afiliados, procurando precautelar el bienestar de los mismos. Sin embargo, la realidad de los adultos mayores es que solo el 44% cuenta con una afiliación al IESS, lo que implica más preocupaciones en esta etapa final del ciclo de vida, tanto para los adultos mayores como para sus familiares (Enríquez et al., 2019)

Conclusión

El presente trabajo brindó elementos de diferentes factores que se han considerado para delimitar la calidad de vida y el bienestar en adultos mayores. Al respecto se menciona que, aunque se han establecido nuevas políticas en materia de cuidado y protección al adulto mayor, la realidad es que aún falta mucho por hacer.

Es claro que se debe precautelar la salud física y cognitiva de estas personas, como el acceso a una adecuada nutrición y alimentación, así como al cuidado primario de salud, la garantía de los derechos y el acceso a distintos espacios públicos con una tarifa reducida. Sin embargo,

aún falta mucho por hacer en cuanto a la prevención de alteraciones, que, si bien están relacionadas con la edad, no son inherentes a la misma, puesto que no constituyen una consecuencia normal del envejecimiento.

Por otra parte, también se ha visto que hay algunos factores socio-demográficos que contribuyen al bienestar de las personas en esta etapa de la vida. Entre ellos destaca el hecho de que la esperanza de vida ha aumentado, y de que resulta beneficioso que las personas adultas mayores estén acompañadas.

Finalmente se puede apreciar una clara relación entre una mayor escolaridad y el bienestar, puesto que incrementa las posibilidades de trabajo a la vez que disminuye la situación de vulnerabilidad por pobreza.

A pesar de lo señalado anteriormente, es importante mencionar también que una problemática común es la falta de estudios enfocados específicamente en los adultos mayores, y que además tengan un alcance nacional. Si bien existen varios trabajos investigativos con alcances provinciales, dichos datos impiden que sus resultados se generalicen para la población y se pueda realizar inferencias de beneficio más amplio. Además, los estudios ya exis-

tentes en materia de intervención o programa de rehabilitación cognitiva para adultos mayores, carecen de métodos investigativos rigurosos, por lo que no pueden ser replicados y se limita aún más su alcance. Sumado a ello, también se encuentra el problema de la gran variabilidad inter-individuo en el grupo de personas de la tercera edad.

Dadas estas condiciones, es importante señalar que se deben determinar acciones concretas que puedan ser puestas en marcha a favor del cuidado integral de los adultos mayores. A su vez, es necesario que dichas acciones sean encaminadas a garantizar que la persona pueda desarrollar todas las estrategias que le permitan llegar a la vejez con una mejor calidad de vida. Cuidar de los elementos físicos, cognitivos y sociales, serán la clave para alcanzar el bienestar en los adultos mayores.

Referencias

- Aguilar, M., Lima, S., Peña, E., Cedillo, C., & Bueno, A. (2017). Variables sociodemográficas relacionadas con el bienestar en personas con o sin discapacidad. *Maskana*, 8(Especial), 37–47. <https://publicaciones.ucuenca.edu.ec/ojs/index.php/maskana/issue/view/154>
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales*. España: Panamericana.
- Aponte, V. C. (2015). Calidad de vida en la tercera edad. *Ajayu*, 13(2), 152–182.
- Arriola, E., Carnero, C., Freire, A., López, R., López, J., Manzano, S., & Olazarán, J. (2017). Deterioro cognitivo leve en el adulto mayor. España: International Marketing y Communication.
- Asamblea Nacional del Ecuador. (2014, septiembre 24). Asamblea Nacional. De En Ecuador más de 100 mil personas sufren de Alzheimer y otras demencias: <http://www.asambleanacional.gob.ec/es/noticia/en-ecuador-mas-de-100-mil-personas-sufren-de-alzheimer-y>
- Barrera, J. (2017). *Deterioro cognitivo y su influencia en la calidad de vida del adulto mayor*. (Tesis de grado). Universidad Técnica de Ambato.
- Bernardo, M., & Arancibia, B. (2010). Envejecimiento cognitivo y procesamiento del lenguaje. *Revista de Lingüística Teórica y Aplicada*, 75-103.
- Borda, M. G., Castellanos, N., Patiño, J. A., Castelblanco, S., Cano, C. A., Chavarro, D., & Pérez, M. (2017). Edentulism and its relationship with self-rated health : secondary analysis of the SABE Ecuador 2009 Study. *Acta Odontológica Latinoamericana*, 30(2), 83–89.

- Bueno, A., Peña, E., Medina, P., Aguilar, M., Cabrera, M., & Lima, S. (2017). Bienestar subjetivo y formación de cuidadores de adultos mayores. *Acción Pedagógica*, 26(1), 130–147.
- Bustamante, M. A., Lapo, M. C., Torres, J. D., Camino, S. M., Economía, F. De, Talca, U. De, ... Lircay, A. (2017). Factores Socioeconómicos de la Calidad de Vida de los Adultos Mayores en la Provincia de Guayas, Ecuador. *Información Tecnológica*. 28(5), 165–176. doi: 10.4067/S0718-07642017000500017
- Calderón, D. (2018). Epidemiología de la Depresión en el Adulto Mayor. *Revista Médica Herediana*, 29(3), 182–191. doi:10.20453/rmh.v29i3.3408
- Castro, Y., & Ramos, A. (2017). Programa de estimulación cognitiva para ancianos semi institucionalizados en Camagüey. *Neurama; Revista electrónica de psicogerontología*, 4(2), 36-49.
- Custodio, N., Herrera, E., Lira, D., Montesinos, R., Linares, J., & Bendezú. (2012). Deterioro cognitivo leve: ¿dónde termina el envejecimiento normal y empieza la demencia? *Servicio de Neurología*, 321-330.
- Da Silva, C. (2018). *Neuropsicología del Envejecimiento*. Manual Moderno.
- De la Cruz, E., Feu, S., & Vizuete, M. (2013). El nivel educativo como factor asociado al bienestar subjetivo y la salud mental en la población española. *Universitas Psychologica*, 12(1), 31–40.
- Echeverría, W. (2013). *Rehabilitación neuropsicológica de la memoria en adultos mayores con alteración cognitiva leve*. (Tesis de maestría). Universidad Central del Ecuador.

- Egüez, P., & Flavia, D. (2015). Socioeconomic and lifestyle factors associated with chronic conditions among older adults in Ecuador. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 38(3), 226–232.
- Enríquez, O., Pancho, A., & Sánchez, B. (2019). *Informe mensual de gestión del servicio de población adulta mayor – mis mejores años y del estado situacional de su población objetivo*. Ministerio de Inclusión Económica y Social.
- Freire, W. B., & Waters, W. F. (2012). *Condiciones de Salud en los Adultos Mayores en el Ecuador: Desafíos Presentes y Futuros*. V Congreso de La Asociación Latinoamericana de Población, 1–30. Montevideo.
- González, F., Buonanotte, F., & Cáceres, M. (2014). Del deterioro cognitivo leve al trastorno neurocognitivo menor: avances en torno al constructo. *Neurología Argentina*, 7, 51-58. doi: 10.1016/j.neuarg.2014.08.004.
- Guapisaca, D., Guerrero, J., & Idrovo, P. (2014). *Prevalencia y factores asociados al deterioro cognitivo en adultos mayores de los asilos de la ciudad de Cuenca*. (Tesis de grado). Universidad de Cuenca.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2009). Encuesta de Salud, Bienestar del Adulto Mayor |. <https://www.ecuadoren cifras.gob.ec/encuesta-de-salud-bienestar-del-adulto-mayor/>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2012). *Proyecciones Poblacionales* |. <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/proyecciones-poblacionales/>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2017). *Proyecciones Poblacionales* |. <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/proyecciones-poblacionales/>
- OMS. (2017, diciembre). Organización Mundial de la Salud. *Centro de prensa: Demencias*: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/>

- Pazmiño, T., & Vinueza, E. (2016). *Recuperación del estado cognitivo como estrategia de prevención para disminuir el riesgo de caídas en adultos mayores de la parroquia de Conocoto, durante septiembre a noviembre del 2016*. (Tesis de maestría). Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Salech, F., Jara, R., & Michea, L. (2012). Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(1), 19–29. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(12\)70269-9](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(12)70269-9)
- Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo - Senplades. (2014). *Plan Nacional de Desarrollo / Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017*. Versión Resumida. Quito, Ecuador.
- Segarra, J., Álvarez, M., Soliz, G., Freire, U., & Tenemaza, D. (2016). Limitación funcional y Factores asociados en Adultos Mayores de la zona 6 de Salud del Ecuador. *Revista Médica HJCA*, 8, 179-186. doi: 10.14410/2016.8.2.ao.30.
- Tello, T., Alarcón, R., & Vizcarra, D. (2016). Salud mental en el adulto mayor: trastornos neurocognitivos mayores, afectivos y del sueño. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 342-350.
- Véliz, M., Riffó, B., & Arancibia, B. (2010). Envejecimiento cognitivo y procesamiento del lenguaje. *Revista de Lingüística Teórica y Aplicada*, 48 (1) 75-103.
- Villafuerte, J., Yenny, A., Yisel, A., Yuleydi, A., Isis, L., & Yo-leisy, A. (2017). El bienestar y calidad de vida del adulto mayor, un reto para la acción intersectorial. *Medisur*, 15(1), 85–92. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727_897X2017000100012
- Villón, W. (2015). *Deterioro Cognitivo y su incidencia en el estado de ánimo del adulto mayor de la parroquia Chanduy, Cantón Santa Elena, Provincia de Santa Elena, periodo 2014-2015*. (Tesis de grado).

05

CAPÍTULO

**EL ROL DEL CUIDADOR DE PERSONAS
CON DISCAPACIDAD Y SU IMPACTO EN
LA CALIDAD DE VIDA**

“El rol del cuidador de personas con discapacidad y su impacto en la calidad de vida”

*Mónica Aguilar Sizer^{1 2}
y Daniel Racines²

¹Dirección de Investigación de la Universidad de Cuenca, proyecto “Calidad de vida en personas con discapacidad y variables psicosociales asociadas”.

²Facultad de Psicología, Universidad de Cuenca, Cuenca, Ecuador

Resumen

La calidad de vida hace referencia a una experiencia subjetiva que incluye el bienestar, también engloba aspectos como la preocupación por la experiencia del sujeto sobre su vida social, actividad cotidiana y su salud. El presente trabajo se centra en la calidad de vida de los cuidadores primarios informales de sujetos con discapacidades, pues existen especificidades asociadas a los roles que pueden llegar a cumplir los cuidadores, que influyen en cómo experimentan su calidad de vida. Además, se argumenta la importancia y diferencia que tienen especificidades relacionadas con el rol del cuidador y su género, al momento de investigar y trabajar, con base a estudios previos, así como las posibilidades y limitaciones existentes al trabajar con esta población.

Palabras clave: calidad de vida, discapacidad, cuidadores, familia, roles.

Delimitación de la calidad de vida asociada a la salud integral en los cuidadores informales

La calidad de vida es un concepto que se ha ampliado a través del tiempo, llegando a englobar aspectos como la preocupación por la experiencia del sujeto sobre su vida social, actividad cotidiana y su salud. Por ello, la definición de Levi y Anderson (1980) la tipifica como una medida compuesta de bienestar físico y psicológico, además estima la importancia de analizar potencialidades y una visión positiva de la vida. Asimismo, la visión de Miettimem (1987) define a la calidad de vida como la presencia de una sensación interna de confort, bienestar y felicidad en el desarrollo diario, tanto de funciones físicas, como de inteligencia y psíquicas dentro de su familia, empleo y de los valores de la cultura.

Esta amplia definición ha sido muy considerada dentro del estudio de la salud. Por esto, la Organización Mundial de la Salud [OMS] (1995), respecto a la calidad de vida, hace referencia a la medición de la percepción subjetiva de bienestar, la cantidad y calidad de las relaciones y el funcionamiento e integridad del cuerpo. Por esto, sabemos que la tendencia se mantiene hacia las

potencialidades en áreas específicas para determinar un juicio subjetivo sobre la vida.

En definitiva, la calidad de vida se ha orientado hacia el estudio del proceso de satisfacción con los distintos aspectos antes citados. Por ello se toma una definición de calidad de vida “como una condición dinámica que responde a eventos vitales” (Barcaccia et al. 2013, p. 187), obedeciendo a una necesidad de categorización de individualidades y subjetividades.

Para poder generar un entendimiento mucho más fácil de esta temática, debemos elegir una categoría general de calidad de vida de forma inicial, por esto se considera importante la visión propuesta por Felce y Perry (1995) quienes definen la calidad de vida en el área de la salud como un concepto que abarca “la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno” (p. 62).

El rol familiar

Considerando que, al momento de hablar de calidad de vida, nos hemos centrado en el dominio de las subjetividades, es importante tomar en cuenta el rol que el sujeto cumple

tanto desde la parte subjetiva como para la percepción dentro de un grupo. Por esto, la delimitación del rol familiar, que es el primer grupo con el cual las personas tenemos contacto, es de vital importancia.

Cada miembro tiene asignado dentro de una familia, un papel que debe cumplir. Esto genera una asignación de un rol a los sujetos componentes de la misma, por ello el enfoque de Guillén (1997) establece una dinámica en los roles familiares, ya que no son continuos a lo largo del tiempo pues estos roles están sujetos a un parámetro impuesto socialmente.

El rol del cuidador

Al evidenciar que todos los sujetos dentro de una familia cumplen un rol o papel asignado dentro de la estructura, es importante detenernos en establecer la definición de cuidador como “aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad, que le dificulta o impide el desarrollo nominal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales” (Flores et al., 2012, p. 30). Además, se debe observar al cuidador desde la perspectiva más actual y vigente, como un factor que reintegra la mayor autonomía posible al sujeto de cuidado.

Es de vital importancia establecer

la definición de cuidador primario dada por Astudillo et al., (2010), quienes lo caracterizan como “la persona que atiende, en primera instancia, las necesidades físicas y emocionales de un enfermo: papel que por lo general lo juegan el/la esposo/a, hijo/a, un familiar cercano o alguien que es significativo para el paciente” (p. 249). Adicionalmente, se debe tener en cuenta que el rol de cuidador primario no solo se limita al caso de pacientes enfermos, si no en general a personas que requieran atención para solventar sus necesidades y reintegrar su autonomía.

Para facilitar una visión categórica e integradora del concepto de cuidador, se establece la definición en el rol de cuidador, tanto formal como informal. Por ello, Rogero (2009) define el cuidado informal como el “tipo de apoyo que se caracteriza porque es desarrollado por personas de la red social del receptor del cuidado y provee de forma voluntaria, sin que medie ninguna organización ni remuneración” (p. 394).

Sin embargo, el cuidado formal se orienta a “aquellas acciones que un profesional oferta de forma especializada, y que va más allá de las capacidades que las personas poseen para cuidar de sí mismas o de los demás” (Francisco del Rey y Mazarra, 1995, p. 62). Debido a esto, los sujetos que se encuentran en

el rol de cuidador formal afrontan otro tipo de dificultades al momento de cumplir su rol, las cuales son diferentes de las del cuidador primario en la familia, pues se centran en un rol asociado hacia el trabajo, mas no hacia la familia, ya que en esta situación el cuidado tiene una carga afectiva.

La carga de logística se evidencia como un factor desgastante en el rol de cuidador, por ello según Ramírez (2009) los cuidadores manifiestan cierto tipo de demandas específicas respecto al nivel de discapacidad que posee el sujeto de cuidado, como atención psicológica, programas de atención temprana y ayuda para el proceso de cuidado de una persona discapacitada. El mismo autor menciona que “cuando la discapacidad es de grado profundo, el cuidador puede ver afectada su vida personal, ya que este hecho demanda de esfuerzo y tiempo” (p. 46).

Dentro del proceso de cuidado se debe tener en cuenta que este está siempre mediado por diversos factores. En este aspecto, Pérez et al. (2015) mencionan al apoyo social, contexto del cuidado, características del paciente y características del cuidador como factores que se deben considerar. Además, según Camacho et al. (2010), se debe incluir en el listado anterior, las nece-

sidades e independencia en el sujeto de cuidado, ya que es un aspecto importante a razón de que “a mayor grado de dependencia del sujeto objetivo del cuidado, mayor es la exigencia sobre el cuidador” (p. 36). Por lo que asumir este rol no es inocuo para los cuidadores, ya que es posible desarrollar un fenómeno de sobrecarga por la tarea asumida.

El síndrome de sobre carga

Según Pérez et al. (1996), el síndrome de sobrecarga del cuidador se caracteriza por la presencia de un cuadro de varios síntomas asociados, que afecta a todas las esferas de la persona, con repercusiones médicas, sociales, económicas y otras que pueden llevar al cuidador a tal grado de frustración que claudique en sus labores de cuidado. Por su parte, Bevans y Sternberg (2012) plantean como variables predisponentes para la sobrecarga, la presencia de atención física propia inadecuada, frustración del proyecto de vida y socialización por parte del cuidador; el deterioro familiar asociado a culpa, rabia, manipulación, ansiedad, frustración y miedo a proporcionar un cuidado insuficiente.

El rol femenino y el rol masculino

La asignación de roles de forma implícita y encubierta por parte de la sociedad a las mujeres dentro de una familia, funge un papel importante, de acuerdo a Herrera (2000) en la estructuración de roles, ya que en la época actual, las mujeres cumplen más de un rol a la vez en la mayoría de las situaciones, debido a las necesidades contextuales y económicas; manteniendo el rol respecto a tareas del hogar, educación y crianza de los hijos, sumado a tener que cumplir como un sujeto laboralmente activo.

Por lo tanto, las mujeres dentro de una familia mantienen una sobrecarga entre rol de sujeto económicamente activo, de esposa, madre y cuidadora en las personas que tienen necesidades especiales de atención, y esto se evidencia en el estudio de García et al. (2004), en el cual determinan que dada la situación de que una persona necesite de un cuidador, el 92% son mujeres y, específicamente, el 75% de cuidadores de personas con discapacidad, son de este género.

La extensión en el rol del cuidador para el género femenino no solo se limita a la atención instrumental, sanitaria y de necesidades físicas, sino también a la función de acompañamiento y vigilancia de los sujetos, los cuales se caracterizan desde

la investigación como los más demandantes.

Sobrecarga del cuidador en mujeres

Es interesante una observación que Adelman et al. (2014) hacen durante una revisión clínica, ya que incluyen al hecho de ser del sexo femenino como un factor de riesgo para desarrollar sobrecarga. Esto puede deberse a razones similares a las presentadas por Larrañaga et al. (2009), donde el deterioro por una sobrecarga es mucho mayor en las mujeres, debido a una carga moral que existe en la evaluación del rol de cuidado, sumado a una tendencia a que las mujeres en rol de cuidado sean organizadoras y ejecutoras, en cambio los hombres principalmente ejecutan un rol de acompañamiento en el cuidado informal. Por ello, la posibilidad de aplicar mecanismos protectores ante la sobrecarga, es mucho más fácil en hombres que en mujeres.

¿Cómo entendemos el rol de cuidador de personas con discapacidad en la calidad de vida?

Este aspecto asociado a la asistencia por parte de terceros, no es inocuo para los cuidadores, ya que exige un

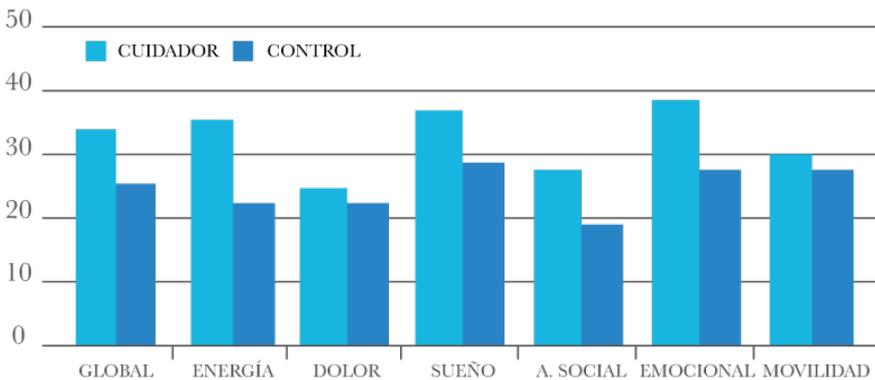
proceso de adaptación a un rol no normativo en la familia, puesto que el proceso de cuidado en las discapacidades, requieren de una adaptación al plan de vida de los sujetos y una más alta demanda para sus recursos ambientales, intrapersonales e interpersonales. Por ello, Murphy et al. (2007) presentan un estudio cualitativo con cuidadores de niños con discapacidades, en el cual se fragmenta el impacto del rol de cuidado en seis factores, en los cuales se determina que se generan altos niveles de estrés al momento de asumir el rol de cuidador. En más del 50%, se evidencia una percepción de deterioro en la salud del cuidador, la incapacidad de compartir el rol de cuidador, una alta prevalencia en cogniciones asociadas a preocupación por el futuro del su-

jeto de cuidado y una amplia variedad de estrategias de afrontamiento que emplean los sujetos, las cuales han ayudado a afianzar relaciones de pareja en la mayoría de los casos.

Por esto, se puede ver que el rol de cuidador es un factor que altera e influye en la calidad de vida de los sujetos, ya que existe presencia de estrés al momento de asumir el rol de cuidador, y una prevalente presencia de deterioro en la salud del cuidador, e inflexibilidad a compartir este rol. Así lo demuestra Ramírez (2009), en donde señala que los sujetos al cumplir el rol de cuidadores están sujetos a un mayor deterioro global de la calidad de vida respecto de un grupo control. Estos resultados pueden verse más detalladamente en la figura 1.

Figura 1.

Resultados Calidad de Vida (Cuidador vs Control)



Fuente: Ramírez (2009)

De manera similar, en la investigación cuali-cuantitativa planteada por Thai et al. (2015), plantean la no inocuidad de asumir el rol de cuidador de adultos mayores con discapacidades sobre la calidad de vida de los sujetos, ya que determinan que hay un deterioro progresivo en 52% de los sujetos y que 26% han reportado un mantenimiento en los niveles de calidad de vida; por otro lado solo 21% demostró una mejoría en su calidad de vida.

La investigación de calidad de vida y sobrecarga del cuidador de niños con discapacidad intelectual de Méndez y Racines (2019), demostró una correlación moderada entre calidad de vida en los dominios psicológico, relaciones sociales y entorno respecto a sobrecarga; además de una correlación leve entre calidad de vida física y nivel de sobrecarga (ver tabla 1).

Así podemos entender que el rol del cuidador no juega un papel inocuo sobre la calidad de vida, como lo apuntan Macedo et al. (2015); ya que llega a alterar las funciones del día a día de los sujetos debido a la cronicidad que significa una discapacidad. Esto hace que requiera de una readaptación a estos nuevos roles, lo que puede llevar a que la calidad de vida se deteriore mayormente en un dominio o en otro.

La calidad de vida familiar

Esta concepción de calidad de vida familiar ha sido estudiada como una forma de medición del bienestar percibido por los sujetos integrantes de una familia en continua interacción, por ello Park et al. (2003) acuñan la frase calidad de vida familiar a la percepción subjetiva de bienestar en la cual se cumplen las

Tabla 5.

Resultados Calidad de Vida (Cuidador vs Control)

		Salud física	Psicológica	Relaciones sociales	Entorno
Sobrecarga	R	-.223*	-.400**	-.340**	-.362**
	P	0.016	0.000	0.000	0.000

Fuente: Méndez y Racines (2019).

* = Relación leve ($p < 0.05$)

** = Relación moderada ($p < 0.01$)

necesidades del grupo y que pueden realizar actividades en conjunto. Esta percepción de calidad de vida se centra en dos orientaciones básicas: la orientada en la familia y orientada individualmente dentro del grupo.

En la figura 2 se puede evidenciar que las categorías contenidas dentro de la calidad de vida familiar están contempladas dentro de la calidad de vida en general; sin embargo, esta subdivisión centrada en la familia, facilita un entendimiento adecuado a un contexto tanto para procesos de evaluación como investigación en las familias con sujetos

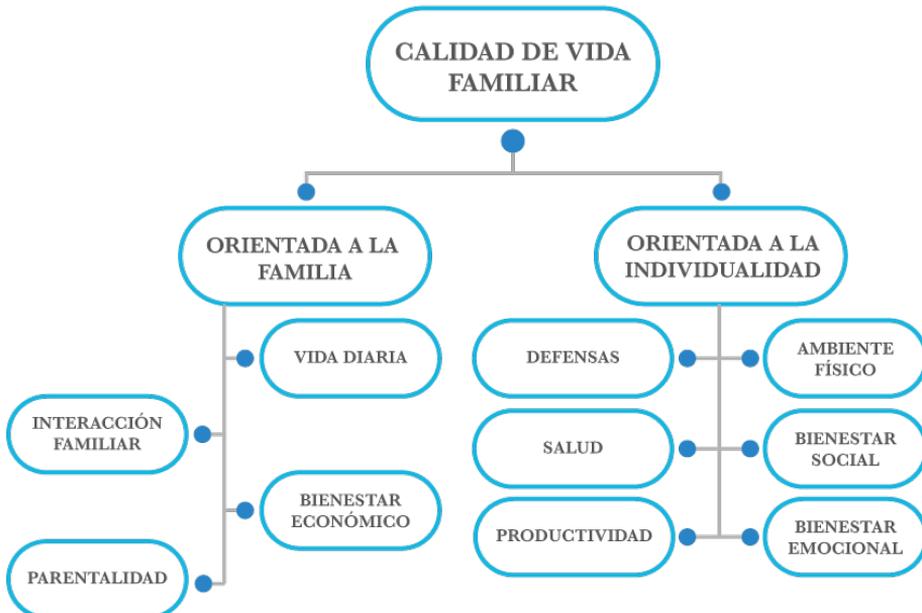
con discapacidades, acorde lo acordado por Park et al (2003).

A partir de esta reducción sobre las variables que abarcan la calidad de vida, podemos tener un alto nivel de especificidad en la medida de satisfacción en las poblaciones, como sugieren Park et al. (2002) puede dotar a los servicios sociales de una perspectiva nueva sobre la realidad de los sujetos.

Incluso desde la perspectiva socioeconómica se puede considerar una medida de impacto en la intervención económica, como lo plantean Fadda y Jirón (1999), lo cual ha sido

Figura 2.

La calidad de vida familiar



Fuente: Park et al. (2003).

extendido al ámbito latinoamericano como una forma de realización de estudios transdisciplinarios contextuales y sectoriales, además que permite la extrapolación de estudios de caso a ciertas generalidades.

La evaluación de la calidad de vida en cuidadores de personas con discapacidad

El proceso de recolección de datos para la evaluación consta de una autoevaluación de su estado interno, lo que representa un reto para los investigadores en el área de psicología positiva y psicología de la salud, ya que la delimitación de la calidad de vida desde un punto de vista objetivo, debe ser vista como una suma de factores que cumplen un rol influyente, así que ello se debe considerar al momento de la metodología para recolectar la información, tanto general como específica. Por lo tanto, es oportuna la sugerencia de Robles (2010) que señala que la mejor forma de evaluación en la calidad de vida depende de los objetivos del investigador, ya que debe escoger entre una medida general de la calidad de vida, cuando no se necesita evidenciar una determinación en los niveles y tipos de alteración en áreas determinadas; al contrario de cuando el peso de la investigación recae en las medi-

das específicas, en la cual se puede evaluar diferencias sutiles para cierta situación sujeta a evaluación. Siguiendo una tendencia hacia la especificidad en la investigación, se debe contemplar también las diferencias entre cada una de las discapacidades y grados de discapacidad en los que se requiere una atención específica en un área sobre otra. Por esto, Gómez et al. (2016) se plantean la necesidad de una visión categorizada en los cuidadores, ya que cada sujeto de cuidado tiene necesidades específicas que pueden o no ser más demandantes en algunos casos, tanto para el cuidador como para su ambiente circundante. A pesar de esto, los procesos de investigación en calidad de vida se han visto preferencialmente orientados a las enfermedades crónicas, principalmente hacia el Alzheimer, dejando un tanto descuidadas a otras discapacidades tales como trastornos severos en el neurodesarrollo, siendo un aspecto muy importante la calidad de vida en estas poblaciones, ya que por definición, la discapacidad no tiene una cura, es una situación crónica y genera necesidades especiales, tanto para el autocuidado como para la asistencia.

Limitaciones metodológicas

La investigación en calidad de vida de cuidadores de personas con discapacidad presenta una serie de limitantes. En primer lugar, no existe una herramienta específica para cuidadores de personas con discapacidad validada en el contexto ecuatoriano, por lo tanto no se pueden recoger muchos aspectos particulares de esta población, que deben tomarse en cuenta al momento de la evaluación. Considerando esta falta de instrumentos psicométricos validados para cuidadores de personas con discapacidad a nivel latinoamericano, investigaciones como las de Méndez y Racines (2019), Páddilla et al. (2018) y Mendoza et al. (2015), han utilizado el instrumento general de calidad de vida de la OMS, WHOQOL, para evaluar la calidad de vida de cuidadores de personas con discapacidad, considerando que las propiedades psicométricas con adultos es buena, además que se caracteriza por su capacidad de evaluación a nivel transcultural López et al. (2017).

Finalmente, cabe resaltar que la evaluación subjetiva de la calidad de vida no necesariamente expresa una realidad general para todas las personas que comparten la situación de cuidado de una persona con discapacidad, si no está mediada por recursos psicológicos como la personalidad, estrategias de afron-

tamiento y apoyo social. Estos aspectos de influencia en la situación de cuidado en personas con necesidades específicas pueden ser un factor de modificación en los resultados percibidos sobre la calidad de vida, por lo tanto, deben tomarse muy en cuenta en el momento de la evaluación.

Referencias

- Adelman, R., Tmanova, L., Delgado, D., Dion, S., y Lachs, M. (2014). Caregiver burden: a clinical review. *Jama*, 311(10), 1052-1060. doi:10.1001/jama.2014.304
- Astudillo, W., Mendinueta, C., Montiano, E. y Díaz-Albo, E. (2010). Necesidades de los cuidadores del paciente crónico. Guía de recursos sanitarios y sociales en la fase final de la vida en Gipuzkoa. Guía de recursos socio-sanitarios y paliativos en Álava. Madrid: Sociedad Vasca de cuidados paliativos. 235-255. <https://issuu.com/sovpal/docs/necesidades-de-los-cuidadores-del-paciente-cronico>
- Barcaccia, B., Esposito, G., Matarese, M., Bertolaso, M., Elvira, M., y De Marinis, M. (2013). Defining Quality of Life: A Wild-Goose Chase?. *Europe's Journal of Psychology*, 9(1), 185-203. doi:10.5964/ejop.v9i1.484
- Bevans, M., y Sternberg, E. (2012). Caregiving burden, stress, and health effects among family caregivers of adult cancer patients. *Journal of the American Medical Association*, 307(4), 398-403. doi:10.1001/jama.2012.29
- Camacho, L., Arvizu, H., Yokebed, G., y Jiménez, A. (2010). Sobrecarga del cuidador primario de personas con deterioro cognitivo y su relación con el tiempo de cuidado. *Enfermería universitaria*, 7(4), 35-41. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-70632010000400006&script=sci_abstract&tlng=en
- Fadda, G., y Jirón, P. (1999). Calidad de vida: una metodología para la investigación urbana. *Revista de la Escuela de Economía y Negocios, UNSAM*, 1, 175-187.
- Felce, D., y Perry, J. (1995). Quality of life: Its definition and measurement. *Research in developmental disabilities*, 16(1), 51-74. doi:10.1016/0891-4222(94)00028-8

- Flores, E., Rivas, E., y Seguel, F. (2012). Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. *Ciencia y enfermería*, 18(1), 29-41. doi:10.4067/S0717-95532012000100004
- Francisco del Rey, C. y Mazarrasa L. (1995). Cuidados informales. *Rev Enferm*, 18(202), 61-65.
- García, M., Mateo, I., y Maroto, G. (2004). El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gaceta sanitaria*, 18, 83-92.
- Gómez, A., Peñas, O., y Parra, E. (2016). Caracterización y condiciones de los cuidadores de personas con discapacidad severa en Bogotá. *Revista de Salud Pública*, 18(3), 367-378. doi: 10.15446/rsap.v18n3.53048
- Guillén, A. (1997). Regímenes de bienestar y roles familiares: un análisis del caso español. *Revista de Sociología*, (53), 45-63.
- Herrera, P. (2000). Rol de género y funcionamiento familiar. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16(6), 568-573. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252000000600008&lng=es&tlng=pt.
- Larrañaga, I., Valderrama, M., Martín, U., Begiristain, J., Bacigalupe, A., y Arregi, B. (2009). Mujeres y hombres ante el cuidado informal: diferencias en los significados y las estrategias. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 27(1), 50-55. <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v27n1/v27n1a09.pdf>
- Levi, L., y Anderson, L. (1980). La tensión psicosocial. Población, ambiente y calidad de vida. México: Manual Moderno
- López, J., Gonzáles, R., y Tejada, J. (2017). Propiedades psicométricas de la versión en español de la Escala de Calidad de Vida WHO QoL BREF en una muestra de adultos mexi-

canos. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación-e Avaliação Psicológica*, 2(44), 105-115. doi:10.21865/RI DEP44.2.09

- Macedo, E., Rangel, L., Santos, M., y Pereira, M. (2015). Burden and quality of life of mothers of children and adolescents with chronic illnesses: an integrative review. *Revista latino-americana de enfermagem*, 23(4), 769-777. doi: 10.1590/0104-1169.0196.2613
- Méndez, P., y Racines, D., (2019). *Calidad de vida y sobrecarga en el cuidador primario de niños con discapacidad intelectual* (Tesis de grado, Universidad de Cuenca, Cuenca, Ecuador).
- Mendoza, E., Olvera, S., y Quinto., K. (2015). *Calidad de vida del cuidador primario de pacientes con dependencia grave*. (Tesis de grado, Universidad Autónoma de Queretaro, Queretaro, México).
- Miettinen, O. (1987). Quality of life from the epidemiologic perspective. *Journal of Chronic diseases*; 40(6):641-643. doi:10.1016/0021-9681(87)90028-2
- Murphy, N., Christian, B., Caplin, D., y Young, P. (2007). The health of caregivers for children with disabilities: caregiver perspectives. *Child: care, health and development*, 33(2), 180-187. doi: 10.1111/j.1365-2214.2006.00644.x
- Organización Mundial de la Salud. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social science & medicine*, 41(10), 1403-1409. doi: 10.1016/0277-9536(95)00112-K
- Padilla, V., Abigail, K., Martínez, R., y Oivia, A. (2018). Calidad de vida de cuidadores primarios de niños con discapacidad intelectual. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 20(4), 1314-1343.

- Park, J., Hoffman, L., Marquis, J., Turnbull, A., Poston, D., Man-
nan, H., Wang, M. y Nelson, L. (2003). Toward assessing
family outcomes of service delivery: Validation of a family
quality of life survey. *Journal of Intellectual Disability Research*,
47(4-5), 367-384. doi: 10.1046/j.1365-2788.2003.00497.x
- Park, J., Turnbull, A., y Turnbull, H. (2002). Impacts of poverty on
quality of life in families of children with disabilities. *Excep-
tional children*, 68(2), 151-170.
doi:10.1177/001440290206800201
- Pérez, A., García, L., Navarro, J. (2015). El cuidador primario de
familiares con dependencia: Calidad de vida, apoyo social y
salud mental. (Tesis de grado, Universidad de Salaman-
ca, Salamanca, España). [http://repositoriocdpd.net:8080/
handle/123456789/781](http://repositoriocdpd.net:8080/handle/123456789/781)
- Pérez, J., Abanto, J., y Labarta, J. (1996). El síndrome del
cuidador en los procesos con deterioro cognoscitivo (de-
mencia). *Atención primaria*, 18(4):194-202. Recuperado
de <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-el-sindrome-del-cuidador-los-14332#elsevierItemBibliografias>
- Ramírez, A. (2009). *Cuidadores de personas en condición de discapacidad: acercándonos a sus testimonios*. (Tesis de grado, Corporación universitaria Minuto de Dios, Bogotá, Colombia). http://repositoriocdpd.net:8080/bitstream/handle/123456789/969/Tes_RamirezLopezA_CuidadoresPersonasCondicion_2009.pdf?sequence=1
- Robles, R. (2010). Manejo de enfermedades crónicas y termina-
les. En Oblitas, L. et al. (Eds.), *Psicología de la salud y calidad
de vida Tercera edición* (pp. 249- 275). México: Cengage
Learning Editores S.A. de C.V.
- Rogero, J. (2009). Distribución en España del cuidado formal e
informal a las personas de 65 y más años en situación

de dependencia. *Revista Española de Salud Pública*, 83(3), 393-405. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272009000300005&lng=es&tlng=es.

Thai, J. N., Barnhart, C. E., Cagle, J., & Smith, A. K. (2015). "It Just Consumes Your Life." *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 33(7), 644–650. doi:10.1177/1049909115583044

06

CAPÍTULO

**ADAPTACIÓN AL CONTEXTO
ECUATORIANO DEL CUESTIONARIO
EPQR-ABREVIADO (EPQR-A): ANÁLISIS
DE LA ESTRUCTURA FACTORIAL**

ADAPTACIÓN AL CONTEXTO ECUATORIANO DEL CUESTIONARIO EPQR-ABREVIADO(EPQR-A): ANÁLISIS DE LA ESTRUCTURA FACTORIAL

Marcela Cabrera Vélez^{1 2}, Sandra Lima Castro^{1 2},
Paúl Arias Medina^{1 2}, Eva Peña Contreras^{1 2},
Mónica Aguilar Sizer^{1 2}, Alexandra Bueno Pacheco^{1 3}

¹Dirección de Investigación de la Universidad de Cuenca, proyecto “Calidad de vida en personas con discapacidad y variables psicosociales asociadas”.

²Facultad de Psicología de la Universidad de Cuenca, Cuenca- Ecuador

³Facultad de Filosofía, Universidad del Azuay, Cuenca, Ecuador

Resumen

El objetivo del presente estudio se ha centrado en analizar la estructura factorial del Eysenck Personality Questionnaire Revised-Abbreviated (EPQR-A) (Francis et al., 1992). Se revisaron varias adaptaciones del instrumento EPQR-A y se buscó evaluar su adaptabilidad al contexto ecuatoriano. La población objetivo fue mayoritariamente jóvenes de la universidad. Para estudiar la estructura del cuestionario se realizó inicialmente un análisis factorial exploratorio de la versión en español del EPQR-A, a partir de una muestra de 535 estudiantes universitarios y a partir de esta estructura se realizó un análisis confirmatorio mediante modelos de ecuaciones estructurales y análisis paralelo. Al observar los componentes principales, constatamos una estructura distinta a la evidenciada sobre la unidimensionalidad de cada una de las cuatro subescalas del EPQR-A (i.e., extraversión, neuroticismo, psicoticismo y sinceridad). Los resultados proporcionan evidencia en apoyo de la validez factorial exploratoria de esta versión adaptada del EPQR-A.

Palabras clave: EPQR-A, PEN, extraversión, neuroticismo, psicoticismo, sinceridad, análisis factorial.

Introducción

La teoría psicobiológica de Hans Eysenck ha sido estudiada a nivel mundial por ser un aporte integral al estudio de la personalidad. Esta teoría considera una organización más o menos estable de los siguientes componentes: carácter, temperamento, físico e inteligencia, de tal manera que integra factores genéticos, teoría causal y personalidad (Eysenck et al., 1985).

Este modelo sugiere que la personalidad está compuesta por tres dimensiones principales que permiten explicar las características comportamentales y emocionales de los seres humanos. Estas son definidas como psicoticismo (P) extroversión (E), y neuroticismo (N), formando el PEN y manteniendo una base biológica (Eysenck y Eysenck, 1975; Eysenck y Eysenck, 2008). Sin embargo, aunque se considera que por sí solas no denotan características patológicas, pueden desencadenar condiciones anormales como neurosis o psicosis en ciertas situaciones, donde existen factores ambientales que las activan (Eysenck y Eysenck, 1987).

Inicialmente, el modelo de Eysenck planteaba solamente las dimensiones de extroversión y neuroticismo (Eysenck y Eysenck, 1975); sin em-

bargo, al observar rasgos que no concordaban con estas dos, se propuso el psicoticismo como una tercera dimensión en 1976 (Eysenck, 1998).

A partir de esta teoría, se plantea su posible medición mediante el cuestionario de Eysenck; en donde, puntuaciones altas en neuroticismo denotan presencia de inestabilidad emocional, ansiedad, timidez, preocupación, irritabilidad, tensión, baja autoestima, sentimientos de culpa, entre otros (Eysenck, 1993). Por el contrario, puntuaciones bajas implican estabilidad emocional (Armélím-Almiro et al., 2016). La extroversión, por otro lado, muestra a la persona extrovertida con rasgos de tranquilidad, asertividad, dominancia, socialización, espontaneidad e impulsividad (Eysenck y Eysenck, 2008); en su polo negativo se encuentran características de introversión, como pasividad, reserva, introspección y pesimismo (Armélím-Almiro, et al., 2016). Por último, el psicoticismo en puntuaciones altas incluye rasgos de agresividad, frialdad, hostilidad, creatividad, poca empatía, egocentrismo, suspicacia, entre otras (Eysenck, 1993); por otro lado, las puntuaciones bajas que denotan una personalidad ajustada, es decir, aquella que puede controlar la impulsividad, muestran rasgos de empatía, socialización, to-

lerancia, responsabilidad, conciencia y calidez (Eysenck, 1998).

Por otro lado, debido a la gran influencia que puede suscitar la predominancia de una de las dimensiones mencionadas, los estudios concluyen que tanto el psicoticismo y neuroticismo pueden desencadenar la adquisición de conductas violentas, consumo de sustancias, depresión, ansiedad entre otros (Barbieri y Godoy, 2012; Martínez et al., 2010; Quiroga y Cryan, 2009; Coca, 2013). Incluso se ha visto la relación entre la capacidad de afrontamiento o resiliencia y las dimensiones de personalidad; por ejemplo, la resiliencia está negativamente asociada al neuroticismo y positivamente con extraversión (Soriano et al., 2012; Campbell-Sills et al., 2006; Simkin y Azzollini, 2015).

Considerando la importancia del modelo de Eysenck para el estudio de la personalidad, se han efectuado una serie de contribuciones para refinar los instrumentos. Así, la versión breve EPQR-A que permite una evaluación más rápida y confiable de la personalidad en el contexto clínico (Francis et al., 1992), es el resultado de una serie de transformaciones que van desde el cuestionario de personalidad Maudsley Medical (MMQ), El inventario de Personalidad Maudsley

(MPI), el inventario de Personalidad de Eysenck (EPI) y el cuestionario de personalidad de Eysenck (EPQ), EPQ-R (Eysenck et al., 1985) en sus versiones larga y corta (Aluja et al., 2003); sin embargo Francis et al. (1992), al denotar la fiabilidad de este cuestionario en el contexto clínico, ven la importancia de crear un instrumento más corto que permita una evaluación rápida y certera de la personalidad. Es entonces que se encuentra el EPQR-A, en cuya validez de constructo se observa que, en la extroversión el alfa de cronbach oscila entre .74 y .84; neuroticismo entre .70 y .77; sinceridad entre .59 y .65 y psicoticismo entre .33 y .52, lo cual también concuerda con los resultados obtenidos en el EPQR-S, en donde se puede evidenciar una sola estructura factorial por lo que se denota la fiabilidad en el uso del instrumento; sin embargo la estructura no ha sido evaluada con procedimientos de análisis de factores ni se ha valorado la importancia de las diferencias encontradas en la escala de neuroticismo y el sexo, ya que las medidas estadísticas utilizadas han sido limitadas (Forrest et al., 2000).

Las propiedades psicométricas del EPQR-A han sido evaluadas en varios contextos e idiomas como: checo (Navratil et al., 2003), francés (Bouvard et al., 2010; Forrest, et al., 2000), hindú (Lewis et al., 2014),

hebreo (Katz y Francis, 2000), español (Sandin et al., 2002; Squillace et al., 2013), turco (Karanci et al., 2007) entre otros.

Si bien es cierto, se ha evidenciado dificultad con la escala de psicoticismo, este cuestionario ha sido aplicado en un contexto amplio a nivel mundial para poder relacionar la personalidad con diferentes constructos tales como calidad de vida (Cano et al., 2006), distrés (Ivkovic et al., 2007; Sandín et al., 2017), felicidad (Pérez-Benito et al., 2017), género, en donde las mujeres tienden a presentar valores más altos en las escalas de neuroticismo y mentira y los hombres en las escalas de psicoticismo y extraversión (Shevlin et al., 2002). Es por ello que se afirma que el coeficiente que demuestra la escala de psicoticismo puede estar relacionado con la cultura (Katz y Francis, 2000).

Por lo antes expuesto, resulta importante poder observar lo que sucede con este cuestionario dentro de nuestro contexto ecuatoriano; en consecuencia, el presente estudio pretende evaluar la estructura factorial del EPQR-A y validar su adecuación como instrumento de evaluación de la personalidad en adultos en este contexto.

Materiales y métodos

Este artículo tiene un carácter cuantitativo, descriptivo y correlacional, ya que busca encontrar la relación entre los rasgos de personalidad y el género de los participantes; así como encontrar cómo funciona el instrumento dentro del contexto. Cabe resaltar que para la adaptación se siguieron los lineamientos de la International Test Commission (2016).

Participantes

Para la validación del instrumento se contó con la participación de estudiantes universitarios de la Universidad de Cuenca, Universidad del Azuay y personas con o sin discapacidad. Cabe resaltar que las personas con discapacidades mentales e intelectuales fueron excluidas del estudio.

La muestra de trabajo se conformó con un total de 535 personas con edades comprendidas entre los 18 y 71 años. La edad promedio es de 22 años, con una desviación estándar equivalente a 5 años. La mayoría del grupo (86,7%) son jóvenes solteros. Solo el 7% de la muestra se corresponde con el estado civil casado. El 89% de los encuestados no trabaja y el 58% vive en un hogar propio con sus familiares.

Tabla 1.*Caracterización de la muestra*

		S1.P1 Sexo de la persona encuestada					
		Hombre		Mujer		Total	
		F	%	F	%	f	%
S1.P3 Estado civil	Soltero	122	22.8%	342	63.9%	464	86.7%
	Casado	3	0.6%	40	7.5%	43	8.0%
	Divorciado	2	0.4%	5	0.9%	7	1.3%
	Unión libre	4	0.7%	17	3.2%	21	3.9%
	Total	131	24.5%	404	75.5%	535	100.0%

Elaboración propia.

Se solicitó la autorización respectiva a las diferentes instituciones en las que se accedió a la muestra, como la Universidad de Cuenca, Universidad del Azuay, Hospital Vicente Corral Moscoso, Asociación de Personas con Discapacidad del Azuay (ADIPSA) y Servicio de Integración Laboral de Personas con Discapacidad (SIL). Para iniciar con la aplicación del instrumento, se les presentó a los participantes el consentimiento informado, el cual quedó claramente establecido. En este se indicaba el propósito de la investigación, así como que la participación era voluntaria, anónima. Los respondientes se tomaron un tiempo para respuesta de 15 minutos aproximadamente para completar tanto el

cuestionario de personalidad como la ficha sociodemográfica.

Instrumentos

Cuestionario reducido de Eysenck (EPQR-A), el cual ha sido elaborado por Francis, et al. (1992) y adaptado por Sandin, et al. (2002). Este cuestionario evalúa los rasgos de extroversión (E), neuroticismo (N) o psicoticismo (P). También presenta una escala extra denominada mentira o sinceridad (L). Consta de 24 afirmaciones en donde la persona tiene que responder con Sí o No. El EPQR-A ha sido aplicado a varios contextos en los cuales se ha encontrado que su uso es fiable, ya que la estructura que se encuentra

es unifactorial a pesar de presentar dificultades en la escala de psicoticismo (Bouvard et al., 2010; Forrest et al., 2001; Katz y Francis, 2000; Lewis et al., 2014; Navratil et al., 2003; Sandin et al., 2002; Squillace et al., 2013).

El Cuestionario sobre la percepción de calidad de vida WHOQOL BREF, el cual ha sido elaborado por el Whoqol group, 1996 y sirve para conocer la percepción sobre la calidad de vida de las personas. Este está formado por 26 ítem, los cuales aportan resultados en cuatro dominios: psicológico, ambiental, relaciones sociales y salud.

La Escala de apoyo social percibido DUKE UNC, elaborado por Broadhead et al. (1988), y adaptado por Bellón et al. (1996). Consta de 11 ítem que nos ayudan a dar cuenta del apoyo funcional que se percibe mediante dos dimensiones: apoyo confidencial y afectivo.

Se vio importante también aplicar un cuestionario sociodemográfico corto que integra algunas variables tales como edad, sexo, nivel de estudios, estado civil, condición laboral, entre otros; de tal manera que permita describir la muestra y analizar los resultados que presente el test de personalidad.

Análisis de datos

El estudio se inicia con el análisis de la confiabilidad de la escala. Se aplica una prueba piloto y se estudia la consistencia interna de cada ítem, de acuerdo con la teoría clásica de los test y de acuerdo con su naturaleza dicotómica, aplicando el índice KR20. Durante el tratamiento de las escalas se realizó una depuración de los valores perdidos, excluyendo aquellos casos en que los participantes dejaron de responder al menos uno de los ítems de la escala. En este caso, se realizó una reducción de la muestra original en más de 26 casos.

En la fase de estimación de parámetros, dada la naturaleza dicotómica de los datos, se empleó el método del análisis paralelo de Horn (Buja y Eyuboglu, 1992; Horn, 1965) el cual se puede hacer sobre permutaciones aleatorias de los datos originales con el fin de identificar los componentes principales en un análisis factorial.

En una siguiente fase se procedió a valorar la estructura teórica del modelo. Se adoptó como método el procedimiento robusto de máxima verosimilitud (ML, Robust) utilizando como método de entradas la matriz de correlaciones policóricas de los ítems (Lorenzo-Seva y Ferrando,

2006) obteniendo de esta forma índices de ajuste adicionales.

Se realiza un análisis factorial exploratorio (AFE), con el método de componentes principales y mediante la medida de Kaiser (1960) para explorar la correspondencia entre la estructura factorial original y la obtenida con los datos. Así también, en forma paralela en la fase de estimación de parámetros, se realiza un análisis factorial confirmatorio (AFC).

Para efectos de evaluación de la calidad del ajuste del modelo, se toman como referentes los valores sugeridos por Hu y Bentler (1999), en los que el ajuste se considera adecuado cuando el valor de chi cuadrado es bajo, el valor del error cuadrático medio de aproximación (RMSEA) no excede de 0.06, el ín-

dice de comparación y ajuste (CFI) es mayor que 0.95, el índice de Tucker-Lewis (TLI) oscila entre 0.90 y 0.96 y el error cuadrático estandarizado residual (RMSR) es inferior a 0.08 (Lloret-Segura et al., 2014; Steiger, y Lind, 1980).

Resultados

Prueba piloto

Con la finalidad de comprobar las propiedades psicométricas de la escala se aplicó una prueba piloto con 40 participantes. Se buscó con esta fase comprobar el índice de discriminación de cada uno de los ítems de acuerdo con la estructura teórica factorial de la escala. La tabla 2 resume los resultados del análisis de fiabilidad en cada una de las subescalas que componen el EQPR-A.

Tabla 2.

Resultados del alfa de Cronbach subescalas EPQR-A

Subescala	Ítem	Valor alpha
N	1, 9, 11, 14, 18, 21	0.70
E	2, 4, 13, 15, 20, 23	0.08
P	3, 6, 8, 12, 16, 22	0.18
S	5, 7, 10, 17, 19, 24	0.20

Elaboración propia.

Con excepción de la escala de neuroticismo, las escalas de extraversión, psicoticismo y sinceridad muestran bajos valores de consistencia interna, lo cual se corrobora con los resultados de otros estudios llevados a cabo con el cuestionario (Valiente et al., 1996; Katz y Francis, 2000; Caruso et al., 2001). Estos sugieren una revisión en la forma y redacción de algunos de los ítem. Un análisis detallado sugiere se cambie a nivel de forma en los ítem P15, P16 Y P20 de la subescala E; en los ítem P3, P8, P16 y P22 de la subescala P y el ítem P24 de la subescala S.

Validez convergente y discriminante

La validez convergente y discriminante del EPQR-A se basó en el análisis de los coeficientes de correlación de Pearson, entre las subescalas del EPQR-A y otras variables relevantes como la calidad de vida, autoestima y apoyo social.

Los coeficientes de correlación sugieren que la validez convergente y divergente del EPQR-A es aceptable. En relación con la validez discriminante destacan los valores bajos de correlaciones entre las subescalas de neuroticismo, extraversión y psicoticismo, lo que es un indicador de la diferenciación interna de estos conceptos. En referencia a la validez convergente se evidencian correlaciones de moderadas y altas entre

Tabla 3.

Coefficientes de correlación entre las puntuaciones totales de las subescalas del EPQR-A con WHOQOL BREF y DUKE UNC.

		N EPQR	E EPQR	P EPQR	S EPQR	WHOQOL	DUKE	EPQR
N EPQR	R	1	-.053	.140**	.054	-.414**	-.395**	.638**
E EPQR	R	-.053	1	.089*	.128**	.187**	.208**	.434**
P EPQR	R	.140**	.089*	1	.253**	-.073	-.114*	.546**
S EPQR	R	.054	.128**	.253**	1	-.003	-.058	.620**
WHOQOL	R	-.414**	.187**	-.073	-.003	1	.599**	-.188**
DUKE	R	-.395**	.208**	-.114*	-.058	.599**	1	-.216**
EPQR	R	.638**	.434**	.546**	.620**	-.188**	-.216**	1

Elaboración propia.

* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

** . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

el total de la escala del EPQR-A y constructos asociados como la calidad de vida (WHOQOL BREF) y el apoyo social (DUKE UNC) lo que corrobora la validez del cuestionario en estudio.

Análisis exploratorio de la estructura factorial

Los resultados de la verificación de supuestos muestran un valor del determinante de 0,004, el KMO alcanza el valor de 0,78 y la prueba de esfericidad de Barlett arroja un chi cuadrado de $\chi^2 = 27,6$ y $p=0,00$ (al ser el valor de $p < 0,05$ se rechaza la hipótesis de igualdad). Estos niveles de las pruebas garantizan la adecuación de los datos analizados para la aplicación de la técnica del AF. Las correlaciones en general varían entre -0,10 y 0,47, verificando

el tamaño moderado de correlación entre las variables.

Un análisis factorial inicial considerando los cuatro factores de la estructura original, explica aproximadamente el 38% de la variabilidad; y la solución de cinco factores aproximadamente el 43% de la varianza. La solución de cuatro factores deja por fuera los ítem P3 y P16, en tanto que la solución de cinco factores los agrupa en un nuevo componente (Ver tabla 4). Dada la naturaleza dicotómica de los datos, la solución confirmatoria nos va a permitir trabajar con correlaciones tetracóricas en lugar de correlaciones de Pearson, y utilizar técnicas como el análisis paralelo para un análisis más preciso de la solución factorial.

Tabla 4.

Matriz de estructura de componentes principales

	SOLUCIÓN 4 FACTORES				SOLUCIÓN DE 5 FACTORES			
	Componente				Componente			
	1	2	3	4	1	2	3	4
P23 E	0.761				P23 E	0.761		
P20 E	-				P20 E	-		
	0.723					0.726		
P15 E	-				P15 E	-		
	0.721					0.723		
P2 E	0.680				P2 E	0.695		
P13 E	0.676				P13 E	0.673		
P4 E	0.641				P4 E	0.630		

P11 N	0.67				P4 E	0.66
	6					6
P18 N	0.66				P4 E	0.64
	2					2
P1 N	0.65				P18 N	0.62
	0					6
P14 N	0.63				P18 N	0.61
	2					9
P21 N	0.54				P18 N	0.57
	6					8
P10 S		0.699			P18 N	0.51
						3
P7 S		0.624			P10 S	0.690
P17 S		0.593			P7 S	0.618
P19 S		0.528			P17 S	0.584
P24 S		-			P19 S	0.527
		0.445				
P16 P	0.093	0.11	0.275	0.021	P24 S	-
		2				0.484
P8 P				0.598	P8 P	0.609
P12 P				0.498	P22 P	-
						0.497
P9 N				0.497	P12 P	0.468
P22 P				-	P6 P	0.459
				0.435		
P6 P				0.433	P5 S	0.419
P5 S				0.409	P3 P	0.48
						8
P3 P	0.038	0.00	0.008	-	P16 P	0.42
		9	0.109			0

Elaboración propia.

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

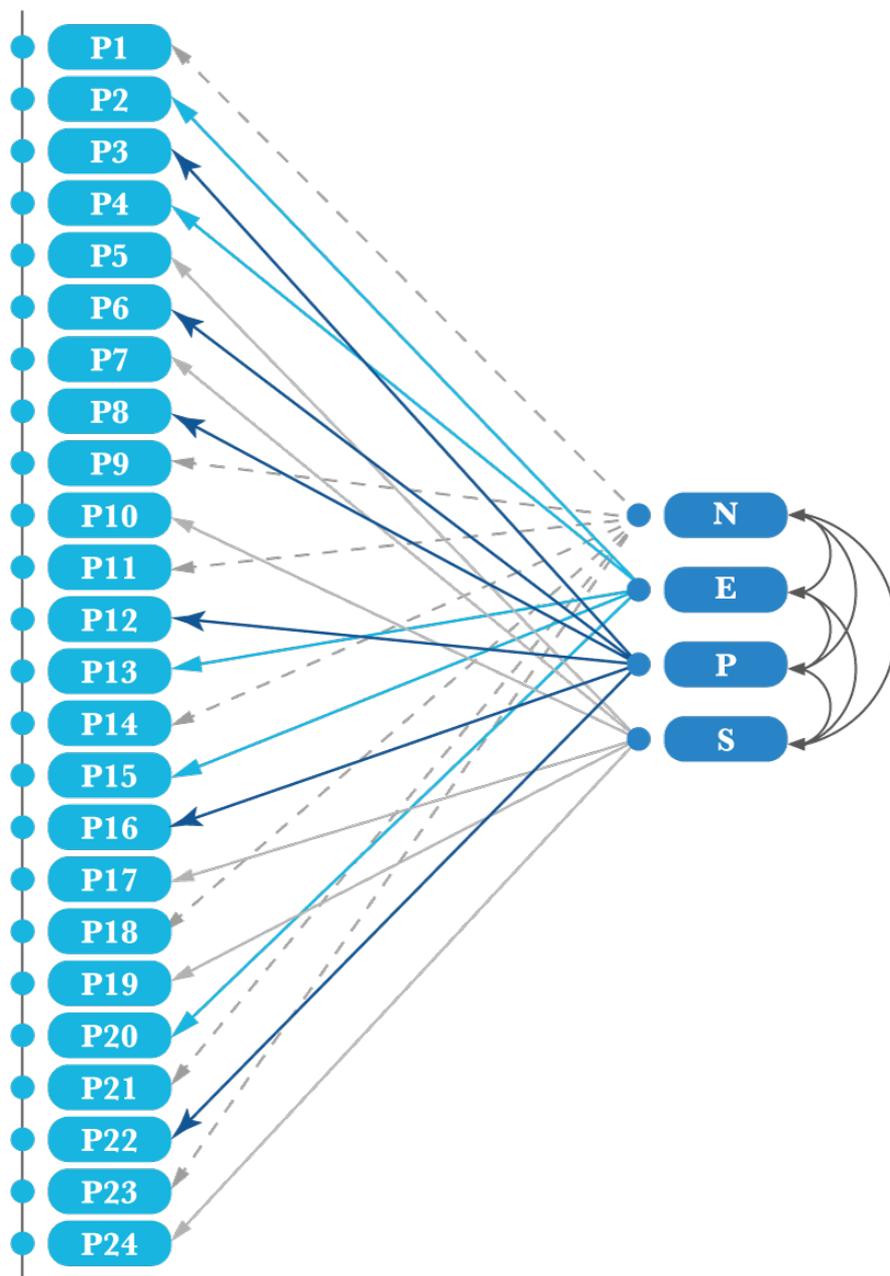
Análisis factorial confirmatorio

El AFC se realizó para evaluar la solución original de cuatro factores, y dados los resultados del AFE se consideró la solución de cinco y seis factores. Los resultados en la solución de seis factores resultaron inviables por saturar ítem. La figura

1 muestra la solución estandarizada del modelo original. La solución estandarizada muestra un ajuste global débil con un chi-cuadrado relativo (χ^2/df) superior a 4 y un valor del RMSEA superior a 0.08.

Figura 1.

Modelo Chi-Square=1185.84, df=246, P-value=0.00000, RMSEA=0.086



Elaboración propia.

Al considerar la naturaleza dicotómica de los datos es recomendable usar técnicas basadas en el análisis paralelo sustentadas en el uso de correlaciones tetracóricas.

La solución de cuatro factores del programa factor, basada en análisis paralelo, nos sugiere una estructura de cuatro factores, con ligeros cambios. En primer lugar, destaca una saturación poco clara de los ítem 3 y 16, lo cual, aunado al análisis de la fase exploratoria, obliga a que se mantengan estos indicadores por su importancia, y se sugiere cambios en su forma o redacción para el

contexto ecuatoriano. Así, la nueva configuración factorial es la que se muestra en la figura 2.

Al evaluar la estructura tetrafactorial encontramos una solución totalmente ajustada con índices favorables, chi cuadrado relativo: $(\chi^2/df)=2,84$ (529.86/246) inferior a 3. Los índices NFI= 0.98; CFI= 0.98; TLI= 0.97, todos superiores a .95, que expresan un óptimo ajuste de los datos al modelo teórico. Un índice importante es el RMSEA= .0038, el cual resultó inferior a .05, lo cual constata el excelente ajuste del modelo.

Tabla 5..

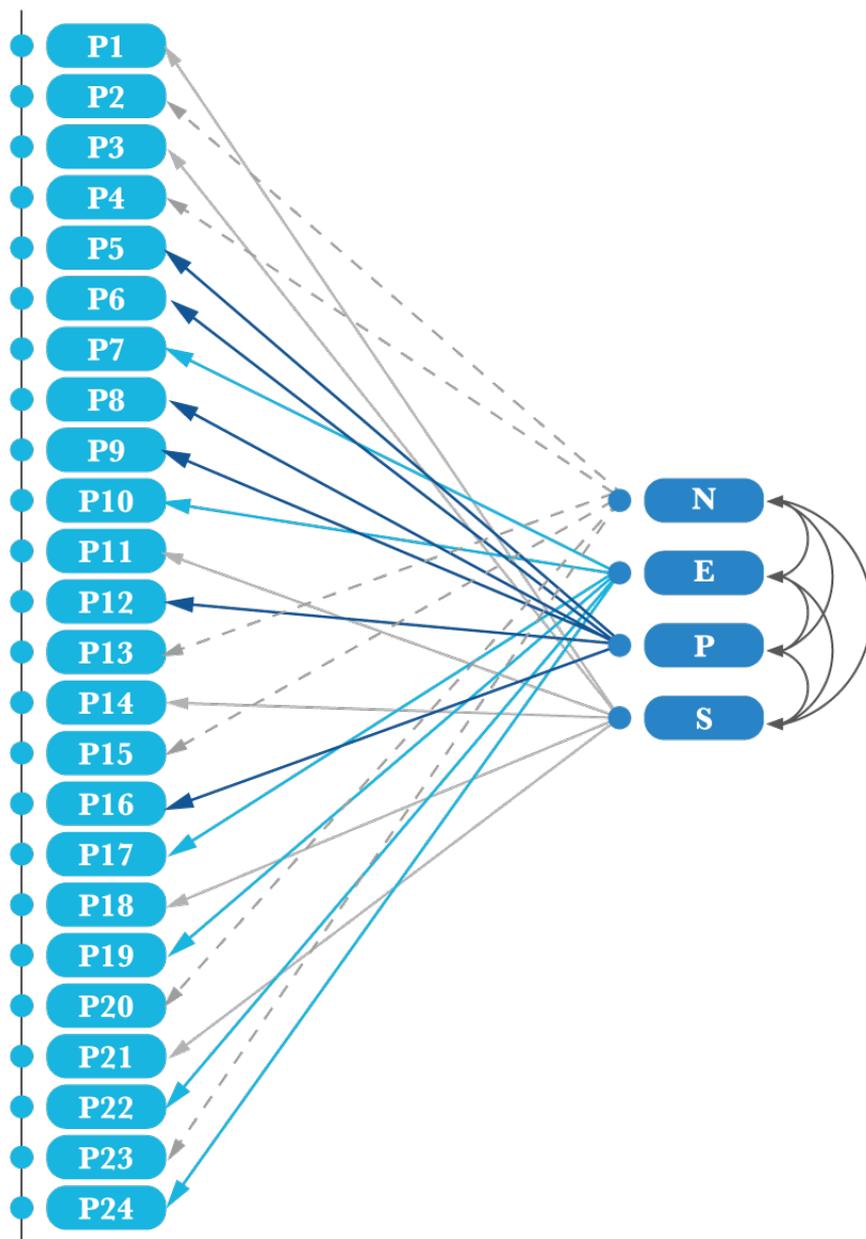
Índices de ajuste para las soluciones de 4 y 5 factores

Índices de ajuste	4 factores	5 factores
Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)	0.038	0.033
Non-Normed Fit Index (NNFI; Tucker & Lewis)	0.973	0.980
Comparative Fit Index (CFI)	0.982	0.988
Schwarz's Bayesian Information Criterion (BIC)	1070.31	1156.10
Goodness of Fit Index (GFI)	0.962	0.972
Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI)	0.944	0.953
Goodness of Fit Index without diagonal values (GFI)	0.932	0.949
Goodness of Fit Index without diagonal values (GFI)	0.932	0.949

Fuente: Elaboración propia

Figura 2.

Solución de cuatro factores basada en análisis paralelo y matriz tetracórica

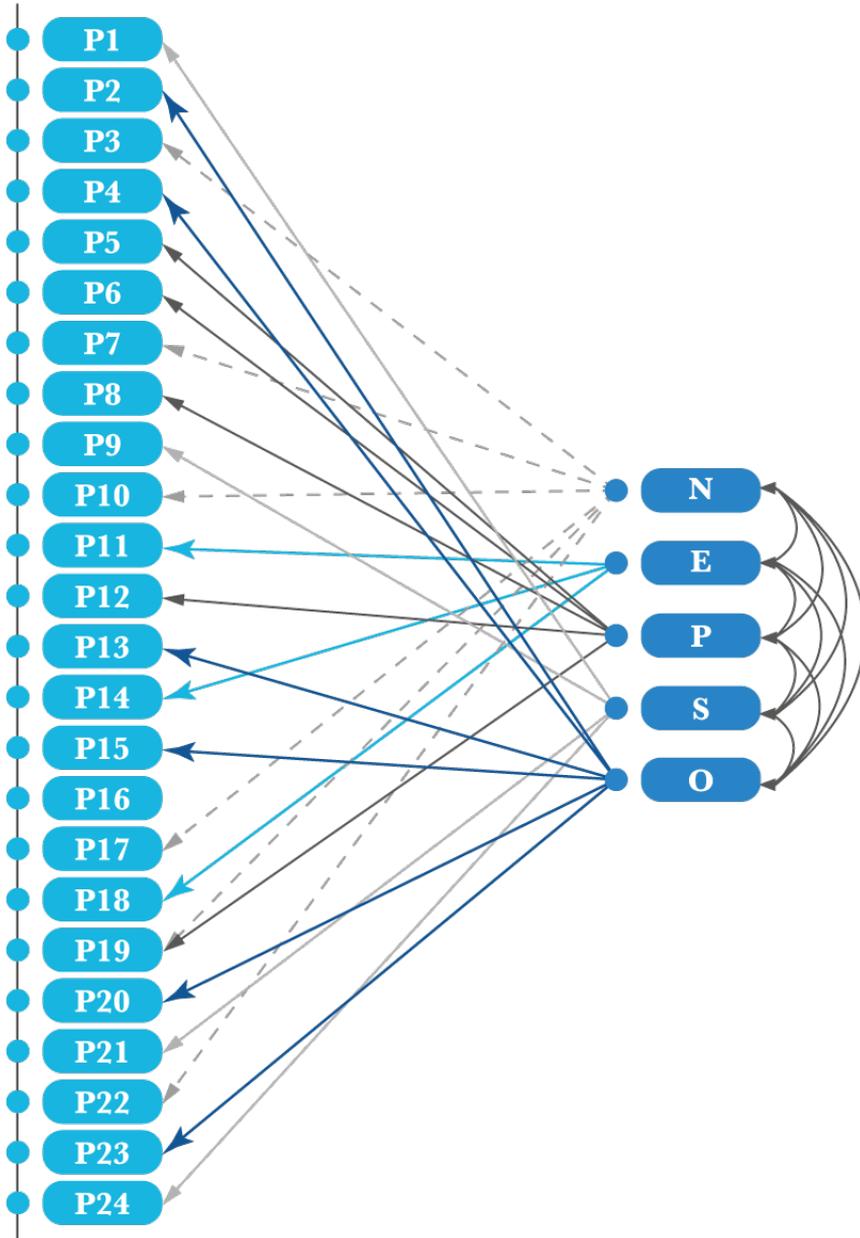


Modelo Chi-Square=529.86, df=186, P-value=0.00000, RMSEA=0.038

Fuente: Elaboración propia

Figura 3

Solución de cinco factores en análisis paralelo y matriz tetracórica



Modelo Chi-Square=529.86, df=186, P-value=0.00000, RMSEA=0.038

Fuente: Elaboración propia

La figura 3 muestra la solución de cinco factores sugerido por el AFE. Un nuevo factor agrupa los ítems P2, P4, P13, P15, P20, P23 y P24, identificado como O (De Opening, apertura) y que hace referencia a rasgos relacionados con la extroversión y la comunicación, que están representados en las otras dimensiones, lo que nos conducen a destacar esta solución desde el punto de vista teórico.

Al evaluar el ajuste global de la solución de cinco factores encontramos una solución totalmente ajustada con índices favorables, chi cuadrado relativo: $(\chi^2/df)=2,37$ (395.08/166) inferior a 3. Los índices NFI= 0.98; CFI= 0.98; TLI= 0.98, todos superiores a .95, que expresan un óptimo ajuste de los datos al modelo teórico. Un índice importante es el RMSEA= .033, el cual resultó inferior a .05, lo que ratifica la tesis del excelente ajuste de la solución de cinco factores. Otros índices de ajuste se muestran en la tabla 5.

Discusión

De acuerdo con los resultados, es importante mencionar que, dada la naturaleza dicotómica de los datos, las soluciones basadas en análisis ordinales o continuos muestran pobres ajustes; sin embargo, esto mejora al aplicar técnicas de análisis paralelo (Buja y Eyuboglu, 1992;

Horn, 1965). Este método es concordante con los estudios realizados por Sandin et al., (2002).

La escala de psicoticismo presenta varias inconsistencias. Esto ha sido corroborado en otros estudios (Bouvard et al., 2010; Katz y Francis, 2000; Navratil et al., 2003; Navratil y Lewis, 2006), por lo tanto, los resultados sugieren la reformulación de los ítems P3 y P16, de tal forma que pueda comprenderse en el contexto. Sandin et al. (2002) encuentran algo similar, ya que aducen que estas preguntas no saturan de forma importante para el factor que se encuentra evaluando, de tal forma que al ser modificadas se encuentra una estructura factorial más coherente, lo que explica de mejor manera esta dimensión.

Así también, de acuerdo con Tiwari et al. (2009) y la versión alemana Francis et al. (2006), la escala sinceridad (S) presenta un comportamiento que satura en otras subescalas N, E y P que se explica por aspectos socioculturales que se relacionan con conductas socialmente deseables (Domínguez et al., 2013)

En cuanto a los factores, se encuentra buen ajuste en soluciones tanto de cuatro como cinco. Sin embargo, la solución de cuatro, muestra consonancia con la literatura revisada y el modelo original, a

diferencia del modelo de cinco factores, el cual no ha sido presentado con anterioridad.

Dada esta tendencia, se discierne que el modelo breve de cuatro o cinco factores es el más adecuado; sin embargo, la solución de cuatro factores es la que se corresponde con la literatura académica y, en consecuencia, la que se propone para su uso en el contexto ecuatoriano.

Referencias

- Aluja, A., García, O., & García, L. (2003). A psychometric analysis of the revised Eysenck Personality Questionnaire short scale. *Personality and individual differences*, 35, 449-460. doi: 10.1016/S0191-8869(02)00206-4
- Armelim-Almiro, P., Moura, O., & Mario, S. (2016). Psychometric properties of the European Portuguese version of the Eysenck Personality Questionnaire — Revised (EPQ-R). *Personality and Individual Differences*, 88, 88-93. doi: 10.1016/j.paid.2015.08.050
- Barbieri, V., & Godoy, J. (2012). Personalidad paterna como factor pronóstico en el tratamiento de la tendencia antisocial. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 22 (51), 101-110. doi: 10.1590/S0103-863X2012000100012.
- Bellón, J. A., Delgado, A., De Dios, J. & Lardelli, P. (1996). Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. *Atención Primaria*, 18, 153-163.
- Bouvard, M., Aulard-Jaccod, J., Personneaux, S., Hautekeete, M., & Rogé, B. (2010). Étude du questionnaire de personnalité d' Eysenck révisé et abrégé (EPQR-A) dans une population d'étudiants . *L'Encéphale* , 36, 510-512. doi: 10.1016/j.encep.2010.02.006
- Broadhead, W.E., Gehlbach, S.H., Degruy, F.V. y Kaplan, B.H. (1988). The Duke-UNC functional social support questionnaire: Measurement for social support in family medicine patients. *Medicine Care*, 26, 709-723.
- Buja, A., & Eyuboglu, N. (1992). Remarks on Parallel Analysis. *Multivariate Behavioral Research*, 27, 509-540. doi:10.1207/s15327906mbr2704_2

- Campbell-Sills, L., Cohan, S., & Stein, M. (2006). Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 585-599. doi: 10.1016/j.brat.2005.05.001
- Cano, E., Quiceno, J., Vinaccia, S., Gaviria, A., Tobón, S., & Sandín, B. (2006). Calidad de vida y factores psicológicos asociados en pacientes con diagnóstico de dispepsia funcional. *Universitas Psychologica*, 5 (3), 511-520. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/up/v5n3/v5n3a07.pdf>
- Coca Vila, A. (2013). Evaluación de Factores de Personalidad de los Progenitores y Ansiedad en los hijos en una muestra de población española. *Acción Psicológica*, 10 (1), 10-20. <http://scielo.isciii.es/pdf/acp/v10n1/monografico2.pdf>
- Caruso, J., Witkiewitz, K., Belcourt-Dittloff, A., Gottlieb, J. (2001). Reliability of scores from Eysenck Personality Questionnaire: A Reliability Generalization Study. *Educational and Psychological Measurement*, 61 (4), 675-689. doi:10.1177/00131640121971437
- Domínguez, S., Villegas, G., Yauri, C., Aravena, S., & Ramírez, F. (2013). Análisis Psicométrico Preliminar de la Forma corta del EPQ-R en una muestra de estudiantes universitarios de lima metropolitana. *Avaliacao Psicológica*, 21(1), 73-82. http://www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/psicologia/2013/12_dominguez.pdf
- Eysenck, H. (1993). Creativity and Personality: Suggestions for a Theory, *Psychological Inquiry: An International Journal for the Advancement of Psychological Theory*, 4(3), 147-178. Doi: 10.1207/s15327965pli0403_1
- Eysenck, H.J. (1998). Dimensions of personality. New Brunswick: Transaction Publishers. Eysenck, S.B., & Barrett, P. (2013). *Re-introduction to cross-cultural studies of the EPQ*

- Eysenck, H.J. y Eysenck, M.W. (1987). *Personalidad y Diferencias Individuales*. Madrid: Ed. Pirámide. (Orig. 1985).
- Eysenck, H.J., & Eysenck, S.B. (1975) Manual of the Eysenck Personality Questionnaire. London: Hodder & Stoughton
- Eysenck, H.J., & Eysenck, S.B. (2008). EPQ-R: Cuestionario revisado de personalidad de Eysenck: Versiones completa (EPQ-R) y abreviada (EPQ-RS) [Revised Eysenck Personality Questionnaire: Complete (EPQ-R) and abbreviated (EPQ-RS) versions] (3a ed.). TEA Ediciones.
- Eysenck, S.B., Eysenck, H.J., & Barrett, P.T. (1985). A revised version of the Psychoticism scale. *Personality and Individual Differences*, 6, 21–29.
- Forrest, S., Alan-Lewis, C., & Shevlin, M. (2000). Examining the factor structure and differential functioning of the Eysenck personality questionnaire revised - abbreviated. *Personality and Individual Differences*, 29, 579-588. doi: 10.1016/S0191-8869(99)00220-2
- Francis, L., Brown, L., & Phillipchalck, R. (1992). The development of an abbreviated form of the revised Eysenck personality questionnaire (EPQR-A): its use among students in England, Canada, the USA. and Australia. *Personality and Individual Differences*, 13 (4), 443-449.
- Francis, L., Alan.Lewis, C., & Ziebertz, H. (2006). The Short Form Revised Eysenck Personality Questionnaire (EPQR-S): A German edition. *Social Behavior and Personality: An International Journal*, 34 (2), 197-204. doi: 10.2224/sbp.2006.34.2.197
- Horn, J. (1965). A rationale and test for the number of factors in factor analysis. *Psychometrika*, 30(2), 179-187. doi: 10.1007/BF02289447

- Hu, L., & Bentler, P. (1999) Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6, 1-55. doi: 10.1080/10705519909540118
- International Test Commission (2016). The ICT guidelines for translating and adapting test (Segunda edición). <https://www.intestcom.org/>
- Ivkovic, V., Vitart, V., Rudan, I., Branka, J., Smolej-Narancic, N., Skaric-Juric, T., y otros. (2007). The Eysenck personality factors: Psychometric structure, reliability, heritability and phenotypic and genetic correlations with psychological distress in an isolated Croatian population. *Personality and individual difference*, 42, 123-133. doi: 10.1016/j.paid.2006.06.025
- Kaiser, H. F. (1960). The application of electronic computers to factor analysis. *Educational and Psychological Measurement*, 20 (1), 141-151. doi: 10.1177/001316446002000116
- Karanci, A., Dirik, G., & Yorulmaz, O (2007). Reliability and validity studies of Turkish translation of Eysenck Personality Questionnaire Revised-Abbreviated. *Turkish journal of psychiatry*, 18 (3), 1-8. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pub-med/17853980>
- Katz, J., & Francis, L. (2000). Hebrew revised eysenck personality questionnaire: short form (EPQR-S) and abbreviated form (EPQR-A) . *Social Behaviour and Personality*, 28 (6), 555-560. doi: 10.2224/sbp.2000.28.6.555
- Lewis, A., Musharraf, S., & Lewis, M.J. (2014). Abbreviated form Revised Eysenck Personality Questionnaire: Hindi translation. *AP J Psychological Medicine*, 15(1), 139-142.
- Lloret-Segura, S., Ferreres-Traver, A., Hernández-Baeza, A., Tomás-Marco, I. (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales de psicología*, 30(2), 1151-1169. doi: 10.6018/ana-lesps.30.3.199361

- Lorenzo-Seva, U., Ferrando, P.J. (2006). Factor: A computer program to fit the exploratory factor analysis model. *Behavior Research Methods* 38 (1), 88-91 doi: 10.3758/BF03192753
- Martínez, J., Graña, J., & Trujillo, H. (2010). La calidad de vida en pacientes con trastorno por dependencia al alcohol con trastornos de personalidad: Relación con el ajuste psicológico y el craving. *Psicothema*, 22(4), 562-567. <http://www.psicothema.com/pdf/3767.pdf>
- Navratil, M., McGuckin, C, Lewis, C.A., Shevlin, M., & Francis, L.J. (2003). Confirmatory factor analysis of the Czech translation of Abbreviated form of the Revised Eysenck Personality Questionnaire (EPQR-A) among Czech students. *Ceskoslovenska Psychologie*, 47, 451-459.
- Navratil, M., & Lewis, A. (2006). Temporal Stability of the Czech Translation of the Eysenck Personality Questionnaire Revised-Abbreviated: Test-Retest Data Over One-Week. *Individual Differences Research*, 4 (3), 208-212.
- Pérez-Benito, F., Villacampa-Fernández, P., Conejero, A., & García-Gómez, J. (2017). A happiness degree predictor using the conceptual data structure for deep learning architectures. *Computer methods and programs in biomedicine*.
- Quiroga, S., & Cryan, G. (2009). Trastornos de Personalidad en padres de adolescentes violentos con diagnóstico de trastorno negativista desafiante y trastorno disocial. *Anuario de investigaciones* 6, 85-94. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139945007>
- Sandin, B., Valiente, R., Chorot, P., Olmedo, M., & Santed, M. (2002). Versión española del cuestionario epqr-abreviado (EPQR-A) (I): análisis exploratorio de la estructura factorial. 7 (3), 195-205
- Sandin, B., Valiente, R., Chorot, P., Olmedo, M., & Santed, M. (2002). Versión española del cuestionario EPQR-ABRE-

- VIA-DO (EPQR-A) (II) : replicación factorial, fiabilidad y validez. *Revista de psicopatología y y psicología clínica*, 7(3). doi: 10.5944/rppc.vol.7.num.3.2002.3934
- Sandín, B., Simons, J., Valiente, R., Simons, R., & Chorot, P. (2017). Psychometric properties of the spanish version of The Distress Tolerance Scale and its relationship with personality and psychopathological symptoms. *Psicothema*, 29(3), 421-428. doi: 10.7334/psicothema2016.239
- Shevlin, M., Bailey, F., Adamson, G. (2002). Examining the factor structure and sources of differential functioning of the Eysenck Personality Questionnaire Revised - Abreviated. *Personality and Individual Differences*, 32, 479-487. doi: 10.1016/S0191-8869(01)00049-6
- Simkin, H., Azzollini, S. (2015) Personalidad, autoestima, espiritualidad y religiosidad desde el modelo de la teoría de los cinco factores. *Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 7 (2), 339-361. Recuperado de: <https://www.academica.org/hugo.simkin/15.pdf>
- Soriano, J., Monsalve, V., Gómez, P., & Ibañez, E. (2012). Vulnerable personality profile in patients with chronic pain: Relationship with coping, quality of life and adaptation to disease. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 42-51. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/2990/299023539006.pdf>
- Squillace, M., Picón-Janeiro, J., & Schmidt, V. (2013). Adaptación local del Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck (Versión abreviada) . *Evaluar*, 13, 19-37. doi: 10.35670/1667-4545.v13.n1.6794
- Steiger, J.H. & Lind, J.C. (1980, May). *Statistically-based test for the number of common factors*. Paper presented at the Annual Spring Meeting of the Psychometric Society, Iowa City, IA

- Tiwari, T., Singh, A.L., Singh I.L.(2009) The Short form revised Eysenck personality questionnaire: A Hindi Edition (EPQRS-H). *Industrial Psychiatry Journal*, 18 (1), 27-31. doi: 10.4103/0972-6748.57854.
- Valiente, R., Sandin, B., Chorot, P., y Santed, M.A. (1996). *Versión española del cuestionario EPQR-Abreviado: Datos preliminares con muestras españolas*. Póster. XXXII Congreso de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática. Madrid, 21-23 de noviembre.

SOBRE LOS AUTORES

Sobre los autores

Sandra Lima Castro, Psicóloga Clínica, Máster en Psicoterapia Integrativa y Psicología de la Salud, Doctoranda en Neurociencias y Psicología Clínica. Director de dos proyectos de investigación de la Dirección de Investigación de la Universidad de Cuenca (DIUC). Investigador y profesor de la Universidad de Cuenca.

Alexandra Bueno Pacheco, Psicóloga Clínica, Máster en Diagnóstico y Rehabilitación Neuropsicológica. Doctoranda en Psicogerontología. Investigador y profesor de la Universidad del Azuay.

Marcela Cabrera Vélez, Psicóloga Clínica, Máster en Psicoterapia Integrativa. Doctoranda en Psicología Clínica y de la Salud. Investigador y profesor de la Universidad de Cuenca.

Paúl Arias Medina, Economista. Máster en Estudios de Desarrollo. Investigador y profesor de la Universidad de Cuenca.

Eva Karina Peña Contreras, Psicóloga Clínica, Máster en Psicoterapia Integrativa y Psicología del Desarrollo Humano. Doctoranda en Promoción de la Autonomía y Atención Socio-sanitaria para la dependencia. Investigador y profesor de la Universidad de Cuenca.

Mónica Elisa Aguilar Sizer, Psicóloga Clínica, Máster en Intervención, Asesoramiento y Terapia Familiar Sistémica. Investigador y Profesor de la Universidad de Cuenca.



**UNIVERSIDAD
DEL AZUAY**

Casa
Editora



UNIVERSIDAD DE CUENCA

ISBN: 978-9942-822-66-6



9 789942 822666