

Universidad Católica de Santa María

Facultad de Ciencias y Tecnologías Sociales y Humanidades

Escuela Profesional de Psicología



**“APOYO SOCIAL Y SENTIDO DE VIDA EN ADULTOS CIEGOS
EN REHABILITACIÓN”**

Tesis presentada por el Bachiller:

Ramírez Lazo, Luis Renato

Para optar el título profesional de

Licenciado en Psicología

Asesora:

Mg. Vilches Velásquez, Flor

AREQUIPA – PERÚ

2018



Universidad Católica de Santa María

(51 54) 382038 Fax: (51 54) 251213 ✉ ucsm@ucsm.edu.pe 🌐 http://www.ucsm.edu.pe Apartado: 1350

AREQUIPA - PERÚ

FACULTAD DE CIENCIAS Y TECNOLOGÍAS SOCIALES Y HUMANIDADES

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGIA

INFORME DICTAMEN DE BORRADOR DE TESIS

VISTO

EL BORRADOR DE TESIS TITULADO:

"APOYO SOCIAL Y SENTIDO DE VIDA EN ADULTOS CIEGOS EN REHABILITACIÓN"

Para optar su título profesional de Licenciado(a) en Psicología.

PRESENTADO POR la BACHILLER

RAMIREZ LAZO LUIS RENATO

Nuestro Dictamen es:

Favorable

Observaciones:

Arequipa, 19 de *diciembre* del 2017


Magister. Flor Vilches Velasquez


Doctor Héctor Martínez Carpio



Dedicado a mis padres
Elsa Teresa y Horacio

Introducción

La rehabilitación funcional de las personas que tienen una discapacidad refleja la necesidad de contar con el apoyo familiar, amical o social, ya sea de tipo instrumental, emocional, etc. Es decir del apoyo social con el que cuenta para poder reintegrarse a la sociedad como una persona que tiene algo que brindar sobre todo en el caso de las personas con discapacidad visual; si bien el apoyo social influye de manera externa a la persona, el sentido de vida fijará las bases internas para poder rehabilitarse de manera congruente y global, ya que es vital encontrar un significado para la vida y saber el papel que le toca vivir sobre todo al tener una discapacidad.

La presente investigación permitirá tener un panorama más claro sobre el apoyo social con el que cuentan los adultos con discapacidad visual en rehabilitación, lo cual contribuirá a sensibilizar a la población sobre la situación en la que se encuentran para así brindarles un mayor apoyo y contribuir a obtener su independencia funcional, por otro lado, identificar el sentido de vida con el que cuentan nos brindará una mayor comprensión de su situación vital y así se podrá hacer más efectiva su intervención psicológica con los adultos ciegos en rehabilitación, el objetivo general de la investigación es identificar la influencia del nivel alto de apoyo social en la presencia de sentido de vida en adultos con discapacidad visual.

Resumen

Esta investigación tiene como propósito encontrar la correlación entre el apoyo social y el sentido de vida en una muestra compuesta por 42 usuarios del Centro de Rehabilitación para Ciegos Adultos de Arequipa, para lo cual se utilizó la versión colombiana del Social Support Survey (Cuestionario de apoyo social) (MOS) de Sherbourne y Stewart (1991), la versión colombiana del Purpose in life test (Prueba del propósito vital) (PIL Test); Crumbaugh y Maholik(1964) de Martínez O., Trujillo C. y Trujillo, C. (2012) y un cuestionario sociodemográfico, encontrándose una correlación significativa entre el nivel alto de apoyo social y la presencia de sentido de vida ($P < 0.05$) de grado moderado y positiva ($X^2 = 11.57$) con un 95% de confiabilidad. Así mismo, se comprobó que existe relación estadísticamente significativa entre el género y el apoyo social. Por el contrario no se encontró relación estadísticamente significativa entre la edad, el estado civil, el origen de la discapacidad, el tiempo de discapacidad, y la situación laboral con el apoyo social y el género, edad, el estado civil, el origen de la discapacidad, el tiempo de discapacidad, y la situación laboral con el sentido de vida.

Palabras clave: apoyo social, sentido de vida, ciegos adultos.

Abstract

This research aims to find the correlation between social support and the meaning of life in a sample composed of 42 users of the Rehabilitation Center for the Adult Blind of Arequipa, for which the Colombian version of the Social Support Survey of et al. (1991), the Colombian version of the Purpose in life test (PIL Test) et al. (1964) of Martínez O., Trujillo C. and Trujillo, C. (2012) and a sociodemographic questionnaire, with a significant correlation between the high level of social support and the presence of the meaning of life ($P < 0.05$) of moderate and positive ($X^2 = 11.57$) with 95% confidence. Likewise, it was found that there is a statistically significant relationship between gender and social support. On the other hand, no statistically significant relationship was found between age, marital status, origin of disability, time of disability, and employment status with social support and gender, age, marital status, origin of the disability, time of disability, and employment status with the meaning of life.

Keywords: social support, meaning of life, blind adults.

INDICE

CAPITULO I: MARCO TEÓRICO

| | |
|--|----|
| Problema de investigación | 1 |
| Variables | 1 |
| Interrogantes secundarias..... | 2 |
| Objetivos..... | 2 |
| General | 2 |
| Específicos..... | 2 |
| Antecedentes Teórico-investigativos..... | 3 |
| Discapacidad visual a nivel nacional e internacional | 3 |
| Discapacidad visual | 4 |
| Ceguera | 5 |
| Baja visión..... | 5 |
| Origen de la discapacidad visual | 6 |
| La discapacidad visual en la adultez | 7 |
| Estereotipos en la discapacidad visual | 8 |
| Ajuste psicosocial en la discapacidad visual | 9 |
| Ajuste psicosocial en la familia | 10 |
| Ajuste psicosocial en el adulto..... | 11 |
| Género y discapacidad visual | 12 |
| Familia y discapacidad visual..... | 14 |
| Trabajo y discapacidad visual | 15 |
| Apoyo social en la adultez..... | 18 |
| Sentido de vida en la adultez | 21 |
| Sentido de la vida en las crisis | 22 |
| Apoyo social y sentido de vida..... | 23 |
| Hipótesis..... | 24 |

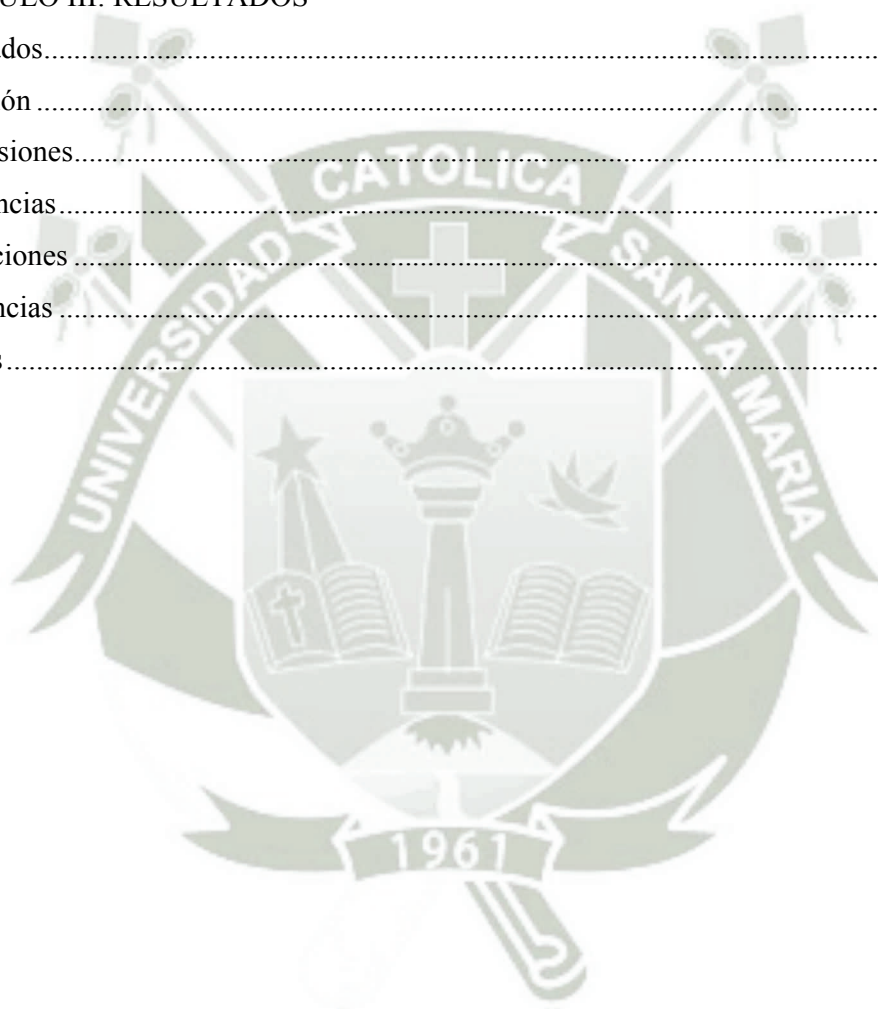
CAPITULO II: DISEÑO METODOLÓGICO

| | |
|-----------------------------|----|
| Tipo de investigación | 24 |
| Técnica | 24 |

| | |
|--|----|
| Instrumentos..... | 24 |
| Cuestionario MOS de Apoyo Social | 25 |
| Prueba del Propósito Vital (PIL Test) | 28 |
| Población y muestra | 31 |
| Estrategias de recolección de datos | 35 |
| Criterios de procesamiento de información..... | 35 |

CAPITULO III: RESULTADOS

| | |
|--------------------|----|
| Resultados..... | 37 |
| Discusión | 51 |
| Conclusiones..... | 56 |
| Sugerencias..... | 58 |
| Limitaciones | 60 |
| Referencias | 61 |
| Anexos..... | 74 |



ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|---|----|
| Tabla 1 <i>Distribución y porcentaje de la muestra de acuerdo al género</i> | 31 |
| Tabla 2 <i>Distribución y porcentaje de la muestra de acuerdo a la edad</i> | 31 |
| Tabla 3 <i>Distribución y porcentaje de la muestra de acuerdo al grado de instrucción</i> | 32 |
| Tabla 4 <i>Distribución y porcentaje de la muestra de acuerdo al estado civil.....</i> | 32 |
| Tabla 5 <i>Distribución y porcentaje de la muestra de acuerdo al lugar de nacimiento.</i> | 33 |
| Tabla 6 <i>Distribución y porcentaje de la muestra de acuerdo a la condición laboral..</i> | 33 |
| Tabla 7 <i>Distribución y porcentaje de la muestra de acuerdo al origen de la discapacidad visual</i> | 34 |
| Tabla 8 <i>Distribución y porcentaje de la muestra de acuerdo al tipo de discapacidad visual.....</i> | 34 |
| Tabla 9 <i>Distribución y porcentaje de la muestra de acuerdo al tiempo de discapacidad visual.....</i> | 34 |
| Tabla 10 <i>Niveles de apoyo social</i> | 37 |
| Tabla 11 <i>Niveles del sentido de vida</i> | 38 |
| Tabla 12 <i>Factores del apoyo social.....</i> | 39 |
| Tabla 13 <i>Apoyo social con el sentido de vida.....</i> | 40 |
| Tabla 14 <i>Género y edad con el apoyo social.....</i> | 41 |
| Tabla 15 <i>Género y edad con el sentido de vida.....</i> | 42 |
| Tabla 16 <i>Estado civil con el apoyo social</i> | 43 |
| Tabla 17 <i>Estado civil con el sentido de vida</i> | 44 |
| Tabla 18 <i>Origen de la discapacidad con el apoyo social</i> | 45 |
| Tabla 19 <i>Origen de la discapacidad con el sentido de vida.....</i> | 46 |
| Tabla 20 <i>Tiempo de discapacidad con el apoyo social.....</i> | 47 |
| Tabla 21 <i>Tiempo de la discapacidad con el sentido de vida.....</i> | 48 |
| Tabla 22 <i>Situación laboral con el apoyo social</i> | 49 |
| Tabla 23 <i>Situación laboral con el sentido de vida</i> | 50 |

CAPITULO I

MARCO TEÓRICO

Problema de investigación

¿Existe relación entre el nivel alto de apoyo social y la presencia de sentido de vida en adultos ciegos en rehabilitación?

Variables

Variable 1. Apoyo social. Son las relaciones sociales que tiene una persona de forma regular y que le brinda soporte físico y psicológico. Este concepto conlleva que la persona dispone de una red social que le brinda apoyo o ayuda informacional, instrumental, de interacción positiva o afectivo, el cuestionario MOS de apoyo social (Sherbourne y Stewart, 1991) lo mide mediante niveles: alto, promedio y bajo .

Variable 2. Sentido de vida. Es la búsqueda de significados o propósitos en la propia vida, para tratar de comprender su significado (Waltzlawick, P., Bavelas, J. y Jackson,

D., 1991), basados en el sentido desde la capacidad de establecer metas, el sentido desde el componente afectivo de la vida y el sentido desde la sensación de logro; la prueba del propósito vital (Crumbaugh y Maholick, 1969), lo mide mediante rangos: carencia de sentido de la vida, indefinición y presencia de sentido de vida.

Interrogantes secundarias

- ¿Cuáles son los niveles de apoyo social en adultos ciegos en rehabilitación?
- ¿Cuáles son los niveles de sentido de vida en adultos ciegos en rehabilitación?
- ¿Cuáles son las relaciones entre género y edad con los niveles de apoyo social y sentido de vida en adultos ciegos en rehabilitación?
- ¿Cuál es la relación entre origen de la discapacidad con los niveles de apoyo social y sentido de vida en adultos ciegos en rehabilitación?
- ¿Cuál es la relación entre tiempo de la discapacidad con los niveles de apoyo social y sentido de vida en adultos ciegos en rehabilitación?
- ¿Cuál es la relación entre la situación laboral con los niveles de apoyo social y sentido de vida en adultos ciegos en rehabilitación?

Objetivos

General.

- Identificar la relación entre el apoyo social y el sentido de vida en adultos ciegos en rehabilitación.

Específicos.

- Establecer los niveles de apoyo social en adultos ciegos en rehabilitación.
- Establecer los niveles de sentido de vida en adultos ciegos en rehabilitación.
- Determinar las relaciones entre género y edad con los niveles de apoyo social y sentido de vida en adultos ciegos en rehabilitación.
- Identificar la relación entre estado civil con los niveles de apoyo social y sentido de vida en adultos ciegos en rehabilitación.
- Determinar la relación entre origen de discapacidad con los niveles de apoyo social y sentido de vida en adultos ciegos en rehabilitación.

- Identificar la relación entre tiempo de discapacidad con los niveles de apoyo social y sentido de vida en adultos ciegos en rehabilitación.
- Determinar la relación entre situación laboral con los niveles de apoyo social y sentido de vida en adultos ciegos en rehabilitación.

Antecedentes teórico-investigativos

Discapacidad visual a nivel nacional e internacional

De acuerdo a la OMS (2010), el número estimado de personas con discapacidad visual en todo el mundo ascendía a 285 millones, de las cuales 39 millones eran ciegos. Esto supone una disminución respecto del número de personas con discapacidad visual estimado en 2004. Ello puede deberse a datos de mejor calidad, pero también a las intervenciones que han permitido reducir el número de personas con discapacidad visual evitable. El 90% de las personas con discapacidad visual vive en países de ingresos bajos, para esas personas, el acceso a servicios de prevención, educación y tratamiento, así como de rehabilitación, aún no es universal. Se estima que el 82% de todas las personas con ceguera son mayores de 50 años, se prevé que este número aumentará con el envejecimiento de la población mundial. La principal causa de ceguera entre estas personas son las cataratas, que es un trastorno curable. El 28% de las personas que padecen discapacidad visual moderada y grave están en edad de trabajar, las limitaciones visuales afectan la capacidad de los trabajadores para llevar una vida productiva. Esto menoscaba sus posibilidades de encontrar empleo y mantenerse a sí mismos y a sus familias.

En el Perú según la INEI (2012), hay 1'575 402 personas con alguna discapacidad, es decir el 5.2% de la población, de los cuales 801 185 personas tienen discapacidad visual, siendo la segunda mayor discapacidad después de la de movilidad, y el 2.6% de la población peruana.

El 56.2% de la población con discapacidad visual tiene un nivel moderado, y el 61.7% no utiliza apoyo alguno para desplazarse, teniendo una mayor probabilidad de

sufrir de algún tipo de accidente, siendo el 51.3% el origen de su discapacidad por la edad avanzada.

Discapacidad visual

Para hablar de ceguera primero debemos conocer el concepto de discapacidad, de acuerdo con la OMS (2016), la discapacidad es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales. Por consiguiente, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive.

Por ello entendemos que la discapacidad es una serie de cambios que surgen entre la persona y el medio en que vive, dicha interacción exige una reacomodación de ambas partes para que la persona pueda continuar siendo parte funcional de la sociedad.

De acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10, actualización y revisión de 2006), la función visual se subdivide en cuatro niveles:

- visión normal;
- discapacidad visual moderada;
- discapacidad visual grave;
- ceguera.

La discapacidad visual moderada y la discapacidad visual grave se reagrupan comúnmente bajo el término “baja visión”; la baja visión y la ceguera representan conjuntamente el total de casos de discapacidad visual.

De acuerdo a Mondaca (n.d.), a fin de objetivar estas situaciones de ausencia o limitación grave de la visión se recurre, generalmente, a la medición de dos aspectos del funcionamiento visual:

- *Agudeza visual*: capacidad para discriminar detalles.
- *Campo visual*: capacidad para percibir los objetos situados fuera de la visión central (que corresponde al punto de visión más nítido).

Y para la evaluación de la función visual se tiene la siguiente clasificación:

- *Visión normal*: cuando la agudeza visual del mejor de los ojos es superior o igual a 0.8, y el campo visual es normal;
- *Visión casi normal*: si la agudeza visual del mejor ojo está comprendida entre 0.7 y 0.5, siendo normal el campo visual;
- *Visión subnormal*: la agudeza visual está comprendida entre 0.4 y 0.3 o el campo visual está limitado a 40°;
- *Baja visión*: agudeza visual entre 0.25 y 0.12 o el campo visual disminuido hasta los 20°;
- *Ceguera legal*: si la agudeza visual es igual o inferior a 0.1 o el campo visual está reducido a 10° o menos. Esta situación permite a una persona tener la consideración «legal» de ciego.

Con ello podemos discriminar de manera más adecuada las deficiencias que se presentan y los grados de pérdida visual que pueden tener las personas con discapacidad visual.

Ceguera

Según la ONCE (2000), la ceguera es entendida habitualmente como la privación de la sensación visual o del sentido de la vista. Oftalmológicamente debe interpretarse la ceguera como ausencia total de visión, incluida la falta de percepción de la luz.

Baja visión

La OMS (2016) define la baja visión cuando una persona tiene baja visión cuando tiene una agudeza visual (AV) inferior a 6/18 (0,3 decimal) en el mejor ojo con la mejor corrección posible, o un campo visual menor o igual a 10 grados desde el punto de

fijación, pero que usa, o puede llegar a usar potencialmente la visión para planificar y realizar una tarea.

Para la Organización Nacional de Ciegos Españoles (ONCE, 2016), organización referente a nivel mundial en discapacidad visual, la baja visión la tienen aquellas personas que con la mejor corrección posible podrían ver o distinguir, aunque con gran dificultad, algunos objetos a una distancia muy corta. En la mejor de las condiciones, algunas de ellas pueden leer la letra impresa cuando ésta es de suficiente tamaño y claridad, pero, generalmente, de forma más lenta, con un considerable esfuerzo y utilizando ayudas especiales.

En otras circunstancias, es la capacidad para identificar los objetos situados enfrente (pérdida de la visión central) o, por el contrario, para detectarlos cuando se encuentran a un lado, encima o debajo de los ojos (pérdida de visión periférica), la que se ve afectada en estas personas.

Por tanto, las personas con deficiencia visual o baja visión, a diferencia de aquellas con ceguera, conservan todavía un resto de visión útil para su vida diaria (desplazamiento, tareas domésticas, lectura, etc.)

Origen de la discapacidad visual

Dentro de la discapacidad visual, podemos encontrar dos orígenes: la congénita y la adquirida.

La discapacidad visual congénita o hereditaria, puede aparecer al nacer o acentuarse a medida que va creciendo la persona. También puede ser provocada por una infección, como el sarampión, transmitida de la madre al feto en el proceso de desarrollo durante el embarazo (Arias, 2010).

La discapacidad visual adquirida, se debe a una limitación visual adquirida en algún momento de la vida, y que puede darse por traumatismo, enfermedad (no hereditaria) o

vejez. Dentro de los traumatismos podemos encontrar por accidentes vehiculares, laborales, etc. (IAPB, 2012); por enfermedad usualmente por retinosis pigmentaria, degeneración macular, glaucoma, cataratas, diabetes, etc. (OMS, 2014). En la vejez se reduce la agudeza visual además se acentúa con la aparición de enfermedades oculares (Serrano y Ramírez, 2008).

La discapacidad visual en la adultez

En la adultez podemos notar una enorme diferencia en el origen de la discapacidad, ya que si fue congénita, la persona se encuentra en proceso o adaptada a la sociedad, buscando pareja, su independencia en el hogar, así como trabajo o estudiando dependiendo del caso o ampliando su ámbito social como ocurre con los adultos mayores (Checa, 2013); por otro lado tenemos a las personas que adquirieron la discapacidad visual en algún momento de sus vidas, teniendo experiencias visuales y por ello también un desarrollo como normovalides, teniendo que volver a aprender para poder adaptarse a la sociedad (Guerrero, 2013).

De acuerdo al investigador W. Castillo (comunicación personal, 10 de enero de 2017), las edades donde se genera una mayor crisis y por lo tanto una mayor dificultad para el ajuste psicosocial, es en la adolescencia y juventud, ya que como se describe en los estudios sobre el desarrollo psicológico del ser humano es la etapa donde revela su identidad, su personalidad, esperando salir al mundo y desarrollarse (Papalia, Feldman y Martorell, 2012), siendo miembro activo de la sociedad, pero al adquirir dicha discapacidad, es que ella se trunca y se debe reacomodar generando un proceso más complejo, a diferencia de los adultos intermedios o mayores, que ya experimentaron y desarrollaron roles activos en la sociedad.

Como se mencionó con anterioridad en esta etapa de la vida, al margen si adquirió o nació su discapacidad visual, en la adultez se busca el desarrollo personal en el aspecto laboral y social tal como lo menciona Checa B. J., Díaz V. R. y Pallero G., R. (2003): “se caracteriza por ser una etapa de consecución de un puesto de trabajo y de constitución de un proyecto de vida independiente, en un proceso en el que

ambos componentes están íntimamente relacionados. Es lo que comúnmente se denomina transición a la vida adulta, y que se caracteriza por el acceso al empleo digno, a unos ingresos económicos mínimos, a una vivienda digna, a unas relaciones interpersonales satisfactorias, a un tiempo libre y de ocio satisfactorio...”, Así, “tener un empleo es una condición de normalidad social, un pilar básico en la vida de toda persona; es la puerta más efectiva y directa para entrar en la sociedad y formar parte de ella”, habiendo preocupación en las personas que van a rehabilitación sobre todo en lo laboral, ya que la oferta es muy limitada; en el aspecto social, en la búsqueda de parejas y la formación de familia, no habiendo discriminación entre videntes y no videntes; en el caso de los adultos mayores, se busca un mayor apoyo familiar, buscando otros espacios donde desenvolverse con personas de su edad, además de mostrar preocupación por la aparición de otros males relacionados con la edad.

En los discapacitados visuales adultos prima la autonomía, en menor o mayor grado, como evidencias que demuestran que las personas mayores inician, bien por ellos mismos, o gracias a la participación en programas de rehabilitación, nuevas estrategias que contribuyen a compensar consecuencias negativas asociadas al deterioro visual como lo mencionan Horowitz, Reinhardt y Boerner (2004).

Estereotipos en la discapacidad visual

Según la RAE (2016), un estereotipo consiste en una imagen estructurada y aceptada por la mayoría de las personas como representativa de un determinado colectivo. Esta imagen se forma a partir de una concepción estática sobre las características generalizadas de los miembros de esa comunidad.

En cuanto a los estereotipos hacia el discapacitado visual podemos encontrar que debe ser una persona que merezca pena, visto como alguien inferior o desdichado, emocional o sexualmente inadaptado, castigado por algún tipo de pecado; de acuerdo a Castillo (2017), se forma una actitud ambivalente o contradictoria entre las personas videntes, ya que por un lado se aprecia el hecho de que pueda leer en braille, como si

fuera una hazaña; pero por otro lado, no le brinda confianza como para darle algún tipo de empleo.

El discapacitado visual discrimina los sonidos, ya que se convierte en su canal más importante con el medio que lo rodea en reemplazo del visual, llegando a ser en algunas ocasiones más perceptivo que las personas videntes, pero no todos desarrollan una superioridad en ello; la inteligencia tampoco varía en la persona, ni su capacidad para organizar los estímulos mejor que los normovidentes (Tapia, 2005).

Además dentro de la sociedad se piensa que los ciegos no ven nada, habiendo en ellos, según sea el caso, restos visuales; por otro lado, la gente a veces duda de su condición de discapacidad y por ello a veces no les dan permiso al caminar o ceder un asiento preferencial en el transporte público. Todo ello, demuestra la falta de conocimiento de la sociedad y revela una vez más la inadecuación que tiene la sociedad para con el discapacitado visual.

Ajuste psicosocial en la discapacidad visual

Cuando se origina la discapacidad visual habiendo tenido un desarrollo visual normal, es decir adquirida, o un deterioro progresivo hasta un nivel moderado en cualquier edad es que se origina la etapa de ajuste psicosocial, debido al cambio que surge entre la persona y la sociedad, por ello es un cambio interno y externo; cuando es congénita, la familia es quien debe pasar por el proceso de ajuste psicosocial.

Pallero (n.d.), define el ajuste psicosocial como el esfuerzo psicológico, social y funcional (nuevas estrategias instrumentales, emocionales y cognitivas que deben modificarse y también los posibles cambios sociales y contextuales) que se debe dar para afrontarse a las nuevas condiciones de vida (la funcionalidad visual debida a la pérdida visual), y ésta es diferente en cada persona (Arce, 2016), por ello es que está tan ligado a la autoeficacia ya que ello influenciará en sus conductas futuras para su adaptación (Kempen, 1999); el nivel educativo es otro factor que puede determinar el grado de ajuste psicosocial (Tunde-Ayinmode, Akande y Ademola-Popoola, 2011).

Ajuste psicosocial en la familia

De acuerdo a Tapia (2005), en el caso del ajuste familiar, el primer momento es de *shock* al conocer el diagnóstico de la discapacidad visual del hijo, perdiendo toda ilusión respecto a la posibilidad de tener un niño normal.

Luego viene la *negación* de esta realidad que les resulta tan dolorosa. Después, comienza la etapa de la *peregrinación*, yendo a diferentes profesionales a fin de obtener un diagnóstico diferente, o encontrar algún tipo de solución mágica al problema.

Prosigue la etapa de la *tristeza, ira y angustia*, que tiene que ver con una gran sensación de impotencia, culpando a personas o instituciones, o cualquier cosa relacionada a esta situación.

Al final se llega a un *equilibrio relativo*, donde la familia, en especial los padres recuperan cierto dominio de la situación, reorganizándose y formando una nueva identidad como padres de un niño con discapacidad.

Esta primera experiencia de vínculo con su entorno servirá como modelo facilitador para encarar con más confianza el largo camino de la integración con la sociedad, por ello es que su entorno familiar es vital.

Ajuste psicosocial en el adulto

Snyder (2000), explica que, generalmente, los individuos basan su bienestar y su esperanza en sentirse acompañados (en tener una pareja), o en tener un buen empleo. Así, la participación de la persona en las actividades de la vida diaria se puede ver afectada si ésta estabilidad desaparece, especialmente a causa de un acontecimiento traumático. Por ello es que si ocurre la pérdida visual parcial o total, es que se ve afectado en estas áreas.

En la práctica, se observa que los adultos con discapacidad visual presentan baja autoestima, pérdida de interés, por ello también síntomas depresivos, con mayores

niveles de ansiedad en personas con baja visión, ya que al ir perdiendo progresivamente la visión, sienten la pérdida del control de su visión y el aumento de la dificultad para conservar su autonomía, así como lo reafirman Salut y Valle (2015).

La psicóloga M. H. Suñé (2009), escribió al respecto, “Para las personas que pierden la vista siendo adultos la principal batalla a enfrentar es la reestructuración de su personalidad, los efectos se producen a nivel biopsicosocial, ocurre en mayor o menor medida una perturbación del estado de ánimo que aparece porque se siente imposibilitado para realizar sus actividades cotidianas. Es necesario tener en cuenta los esfuerzos que tienen que hacer los ciegos para adaptarse a su nuevo estilo de vida, la pérdida de la visión puede hacer necesario que se tomen muchas decisiones importantes, como aceptar realizar una actividad diferente, renunciar a un empleo, mudarse, cambiar de actividades sociales e incluso, crear dependencia en ciertas situaciones. Toda la vida del ciego ha de ser un esfuerzo continuado por conquistar su autonomía, por reducir sus diferencias, por tomar parte en la vida en común y para eso le será imprescindible una considerable fortaleza.”

Por ello es que el proceso de ajuste psicosocial es continuo, comienza por la etapa de *shock*, donde hay una variación de su conducta y sentimientos, puede que también mantenga en apariencia normalidad, sin embargo, es una etapa en donde no sabe qué hacer. Luego presenta un estado *depresivo*, aquí el apoyo familiar, amical y profesional es fundamental, ya que pueden aparecer intentos suicidas; después aparece el proceso de *aceptación* de la ceguera por parte del ciego es como un nuevo nacimiento (Cholden, 1958). Mientras la persona no comprenda que la persona con vista o normovidente que era ya no sigue siendo él, no podrá manifestarse la nueva persona, ciega pero con grandes capacidades de readaptación.

Mención especial dentro de la *aceptación*, según Castillo (2017), es el hecho de perdonar al especialista que le dio el diagnóstico, ya que según refiere en muchos casos al momento de recibir el diagnóstico, de forma tan directa y sin la adecuada manera, se revela una frialdad que genera una serie de rechazos tanto a la discapacidad como al profesional, y da inicio a un proceso más doloroso y largo de ajuste psicosocial; en la

práctica, se ha evidenciado esto de forma directa, al entrevistar a los adultos, ya que ellos al recordar dichos eventos se denota mucha cólera y frustración en su expresión, además por el nexo entre la descripción detallada y la añadidura emocional negativa que da al relatar lo sucedido.

Por ello es que la rehabilitación es fundamental para este proceso, al recuperar su autonomía, genera un mejor panorama para la aceptación.

Checa (2003), presenta una tabla que describe los aspectos que se presentan en diferentes edades al evaluar el ajuste psicológico:

| | Aspectos particulares a considerar | Dificultades características en la evaluación |
|----------------------|---|---|
| Padres (Infancia) | <ul style="list-style-type: none"> – Repercusión en la familia. – Repercusión en situaciones y en relaciones sociales. – Aptitudes educativas. | <ul style="list-style-type: none"> – Consentimiento atención psicológica a ellos (no aceptación d. v.; aplicación de test o cuestionarios se percibe como impropio por ser el afectado el niño; disponibilidad por horarios de trabajo). |
| Adolescencia | <ul style="list-style-type: none"> – Autoconcepto. – Aceptación (grado de información y de uso de ayudas ópticas). – Relación social (participación y competencia social). | <ul style="list-style-type: none"> – Frecuente rechazo de la atención (según grado de aceptación). – Dificultades colaboración familiar (según grado de aceptación). |
| Adulta | <ul style="list-style-type: none"> – Integración laboral. – Integración social. | |
| Vejez | <ul style="list-style-type: none"> – Relaciones familiares. – Salud. – Capacidades cognitivas. | <ul style="list-style-type: none"> – Merma de capacidades. – Expectativas bajas. – Participación familiar. |

Género y discapacidad visual

Castillo (2017) menciona que la diferencia de género es evidente ya que al ser parte de una sociedad machista y excluyente, y a pesar de que las brechas se han ido reduciendo, el papel de la mujer es relegado a un segundo plano, y ello es más evidente si añadimos la discapacidad visual; a pesar que ambos géneros, hombres y mujeres, tienen dificultades para adaptarse con la sociedad normovente, existe claras evidencias que las mujeres tienen mayores dificultades que los hombres.

Por ello en el ámbito laboral por ejemplo, las mujeres con alguna discapacidad no son seleccionadas debido a ello, quedando relegadas por las mujeres sin discapacidad, hombres con discapacidad y finalmente hombres sin discapacidad, evidenciando una jerarquización arbitraria, ello ocurre tanto en sociedades desarrolladas como la española así como en vías de desarrollo como el nuestro, López (2007), habiendo incluso diferencias de salario por el género (Bell y Mino, 2015).

Por otro lado, en las relaciones de pareja y maternidad, antiguamente a la mujer se le daba los roles primordiales de reproductora y cuidadora, pero debido a su discapacidad es que no pudieron realizarlo de la manera esperada generando diversos estereotipos, como la supuesta ausencia de atractivo para los hombres “normales”, su incompetencia para las funciones como esposas y madres, el temor de la transmisión de deficiencia a su descendencia y la desconfianza en la atención de sus criaturas; de acuerdo a Castillo (2017), la sociedad aún conserva rasgos discriminatorios en el rol de pareja y madre con discapacidad visual, ya que al tener como pareja a un normovente, la familia de éste lo toma como una desventaja para con la sociedad, una relación asimétrica.

En el caso específico del Perú, no existe una información estadística que evidencie la situación de la mujer con discapacidad visual, ya que sólo hay aproximaciones, debido a ello es que no se pueden diseñar políticas públicas para su beneficio, a esto hay que añadir que la mayor presencia de discapacitados están en los sectores de mayor pobreza.

De acuerdo al INEI (2014), el analfabetismo en la población, revela que de cada hombre analfabeto hay tres mujeres que lo son, en el caso de Arequipa, este número aumenta de 1 a 7, con ello se evidencia aún más la desigualdad que aún existe en nuestra sociedad, además en el sector salud no se cuenta con la adecuada información sobre cómo atender a una mujer con discapacidad.

La Comisión de damas invidentes del Perú, señala: “Si bien una gran parte de la población con discapacidad en el Perú está formada por mujeres, existe aún una mínima representación de ellas, incluso en los propios movimientos asociativos de personas con discapacidad. Los puestos directivos ocupados por mujeres con discapacidad son todavía excepcionales y las propuestas que tratan de incluir la perspectiva de género, tienen una gran oposición por parte de los hombres con discapacidad para su puesta en marcha”, “En cuanto al tema de la empleabilidad de las mujeres con discapacidad, resulta obvio, pues, que ante una carencia de formación y cualificación las mujeres con discapacidad tengan nulas o escasas posibilidades de percibir ingresos y mejorar su situación... a esta situación, se añade el hecho de la existencia de mitos o prejuicios sobre la existencia de “trabajos apropiados” o “más idóneos” para personas con discapacidad, tales como masajistas, teleoperadores, ascensoristas, etc., lo cual impide que las mujeres con discapacidad debidamente calificadas puedan aspirar a ocupar puestos que exigen un alto grado de responsabilidad...”

En menor grado pero con las mismas características los hombres, también sufren de dichas brechas y limitaciones para su desarrollo.

Familia y discapacidad visual

La familia tiene un papel importante como apoyo básico para el discapacitado visual, sin embargo puede ser tanto un agente positivo como un agente negativo para su rehabilitación, ya que debido al temor a que le suceda algo en casa es que se evita que desarrolle sus habilidades para la vida diaria o que aporte en algo en ella, relegándolo a poder brindar algo, con mayor énfasis en la calle ya que no se tiene el control que hay en el hogar, y con ello estaría deteniendo el proceso de autonomía que debe “recuperar”

la persona con discapacidad visual, por otro lado, si la familia entiende su rol y se solidariza con su rehabilitación y ajuste psicosocial, entonces sería un agente positivo.

El adulto con discapacidad visual, cuando nació con dicha discapacidad, es decir congénita, la familia debe ser un verdadero agente del proceso integrador, siendo pieza clave en el proceso de socialización, desde su nacimiento hasta su adultez, acompañándolo durante su vida para que genere su autonomía.

En el caso de tener la discapacidad en la adultez o incluso en la adolescencia, la familia tiende en primer lugar a infravalorar a la persona, esto se nota en la práctica cuando se realiza la entrevista inicial y es el familiar quien habla en casi toda la entrevista llegando incluso a realizar gestos para expresar situaciones que no quiere que se entere el entrevistado, temiendo incluso cuando inicia su proceso de rehabilitación que le suceda algo en el centro, como caída o golpes, siendo el familiar quien incluso en algunas ocasiones se queda esperando durante todas las clases del usuario, esto lo reafirma Checa (2003). También se ve situaciones de rechazo, ya que según Castillo (2017), cuando la persona que fue vidente pierde la visión repentinamente su relación de pareja se ve deteriorada llegando incluso al abandono, y actitudes inadecuadas sobre la ceguera, como son los estereotipos.

Trabajo y discapacidad visual

La búsqueda de trabajo en el discapacitado visual adulto, es un tema álgido, ya que como se ha mencionado con anterioridad, la sociedad impone muchas barreras para el logro profesional.

Podemos observar en la investigación de Wolffe y Spungin (2002), en donde se encuestó a 102 organizaciones para ciegos de 75 países desarrollados y en vías de desarrollo, dando como resultado en una de sus preguntas sobre las barreras laborales para los discapacitados visuales, en orden decreciente fueron:

- Pobreza
- Discriminación

- Falta de educación y recursos
- Conciencia del empleador de las habilidades de las personas con discapacidades visuales
- La falta de ayuda y aparatos tecnológicos necesarios
- Insuficiente apoyo legislativo
- Factores económicos que afectan a la sociedad en su conjunto
- Dificultades de movilidad y accesibilidad física al lugar de trabajo
- Oportunidades de fuerza de trabajo dominadas por industrias de alta tecnología
- Incapacidad de leer la impresión
- Falta de exposición al mundo del trabajo
- Políticas desfavorables en el lugar de trabajo
- Falta de habilidades sociales
- Falta de modelos a seguir.

Como se puede observar las barreras para la obtención de trabajo son evidentes a nivel mundial, no es un hecho aislado de nuestra sociedad, similares investigaciones concuerdan con lo descrito en la sociedad norteamericana con Crudden, McBroom, Skinner y Moore (1998), y para la retención del empleo el apoyo necesario de la tecnología como lo descrito por Malakpa (2007), ya que sin ella se crea una barrera más para la obtención de un empleo, además de las actitudes del empleador (La Grow, 2005) y la evidente preferencia de emplear a una persona sin discapacidad sobre una con discapacidad (Bricout y Bentley, 2000).

Existen muchos factores que determinan el futuro laboral, se puede observar su grado de escolaridad, sus habilidades personales, el nivel socioeconómico, el género, la edad, la experiencia laboral, si vive en una zona rural o urbana, que al final son determinantes para tener una mayor probabilidad de encontrar un empleo o de poder estudiar para desarrollar una carrera técnica o profesional, tal como lo verifica Duquette (2013) y Giesen y Cavanaugh (2012), lo cual también se relaciona con la exclusión de roles sociales (Hodge y Eccles, 2013).

Ejemplos como el siguiente de Portillo, I., Shum, G., Conde, A. y Lobato H. (2006), expresan los inconvenientes que tienen que pasar los discapacitados visuales al obtener un trabajo:

“Y yo cada vez que cambiaba de jefe tenía que demostrar al jefe, que tú puedes hacer lo mismo que hacían tus compañeros y tener que demostrarlo. Pero con un jefe nuevo que me pusieron era horrible hasta que no me he cambiado de desplazamiento, me tenía la guerra totalmente declarada por mucho, que llegas no sabían que hacer contigo...”

Discapacidad Visual, Estudios superiores, Grado de minusvalía severo

El vínculo inherente que existe entre los estereotipos y la falta de oportunidades laborales subyace creencias sociales basadas en la ignorancia y el miedo a ver cambios de las estructuras verticales sociales; por otra parte, en la adultez el interés por obtener un trabajo o de poder estudiar es tan importante que incluso supera el de la búsqueda de pareja, y ello lo confirma Portillo et al. (2006), siendo las mujeres quienes buscan más oportunidades laborales (Oliver, Sancho y Galiana, 2012).

En nuestro contexto, existe la posibilidad de acceder a estudios superiores, sin embargo, la opción general es por las universidades del estado, ya que como se sabe la gran mayoría de personas que desean estudiar, no tienen los medios económicos para hacerlo en una universidad privada, reduciendo así sus opciones; las carreras de las cuales se tiene conocimiento que suelen elegir son: Educación, música y ciencias de la comunicación; dentro del ámbito técnico: masajes terapéuticos, teleoperadores, músico para misas; y para subsistir de manera directa, vendiendo caramelos o la mendicidad.

Como podemos denotar dentro del ámbito laboral, también existen ciertos estereotipos laborales en cuanto lo que puede hacer un discapacitado visual, sin embargo, Mondaca (n.d.) presenta una tabla de empleos que tienen las personas con discapacidad visual en España:

| | | |
|--|---|-----------------------------------|
| Telefonistas | Auxiliares Administrativos | Directivos y gerentes de empresas |
| Agentes de seguros | Psicólogos | Locutores de radio |
| Dependientes y encargados de sección en comercios | Contables | Abogados |
| Analistas informáticos | Personal de limpieza | Técnicos en control de calidad |
| Profesores de instituto | Intérpretes y traductores | Trabajadores sociales |
| Técnicos en educación infantil | Profesionales de las escalas básicas, media y superior de las fuerzas armadas | Camareros y bármans |
| Auxiliares de enfermería de atención primaria y hospitalaria | Vendedores a domicilio y por teléfono | Especialista en Recursos Humanos |
| Sacerdotes | Empleados de información y recepcionistas | Gerente de hoteles |
| Farmacéuticos y ayudantes de farmacia | Matemáticos | Programadores de informática |
| Filósofos | Historiadores | Personal de limpieza de oficinas |
| Cocineros | Fisioterapeutas | Graduados sociales |
| Representantes de comercio | Empleados de bibliotecas y archivos | Economistas |
| Escritores | Periodistas | Profesionales de la publicidad |
| Teleoperadores | Profesores de educación especial y de apoyo a la | Músicos |

| | | |
|--------------------------|---------------------|---|
| | educación integrada | |
| Ordenanzas | Educadores sociales | Masajistas |
| Veterinarios | Médicos | Notarios |
| Sociólogos | Compositores | Operadores de equipos de radio y televisión |
| Terapeutas ocupacionales | Agentes de viaje | Animadores sociorecreativos y comunitarios |
| Masajistas | Peones industriales | Operadores de máquinas |

Como se puede identificar, las opciones laborales son más amplias de las que actualmente se perciben nuestra sociedad con respecto a las personas con discapacidad visual.

Apoyo social en la adultez

El apoyo social es entendido como las transacciones interpersonales que implican ayuda, afecto y afirmación (Khan y Antonucci, 1980), dentro del contexto de la discapacidad visual podemos identificar su enorme importancia para la recuperación y adaptación del adulto, ya que provee muchos beneficios, como la mejora de la comunicación (Cimarolli, Sussman-Skalka y Goodman, 2004).

Dentro del apoyo social se toma en cuenta los siguientes factores:

- Apoyo instrumental o físico: Refiere a las acciones directas que los demás realizan con la finalidad de ofrecernos ayuda cuando lo necesitamos.
- Apoyo emocional: los escuchan, reconocen sus preocupaciones los apoyan para lograr sus objetivos y logros.
- Relaciones sociales de ocio y distracción: las actividades que se realizan con los familiares y/o amigos, en este contexto.
- Apoyo afectivo referido a expresiones de amor y cariño: se refiere a la expresión emocional cercana que se tiene con la familia y/o amigos.

El apoyo social puede ser positivo o negativo, ya sea que se dé de forma insuficiente o no, por ejemplo Checa (2003) menciona, un familiar próximo está muy dedicado, pero el afectado lo valora como insuficiente o como una obligación. Un ejemplo de lo segundo lo tenemos cuando el interesado dispone de una persona que hace todo por él, o le acompaña a todas partes, de manera que se siente atendido y no necesita aprender a ser autónomo. En el primer caso, habría un error en la percepción de la ayuda, y en el segundo el error se refiere a la falta de información sobre cuál es la forma más adecuada de ayuda, lo cual generaría un apoyo social negativo, ya que genera un estancamiento en su proceso de adaptación, basado en los estereotipos.

Al tener la discapacidad visual en la adultez se genera muchos cambios ya descritos en el ajuste psicosocial, sin embargo, el nivel de apoyo social se mantiene (Nyman, Gosney y Victor, 2008). Sin embargo, en el caso de las personas que tenían relaciones maritales positivas o negativas, había una correlación directa con el apoyo social percibido (Bookwala, 2011), De acuerdo con Cimarolli y Boerner (2005), el apoyo social instrumental de mayor aporte es el de la familia, incluso más que el emocional, por otro lado la sobreprotección hacia el discapacitado visual adulto, modo de apoyo social negativo, disminuye la posibilidad de generar independencia.

En el caso de los adultos mayores, el nivel de apoyo social se encuentra directamente ligado al proceso de ajuste, siendo también correlacionado indirectamente con sentimientos de depresión (Hodge y Eccles, 2013) y la asertividad (Hersen, Van hasselt y Segal, 1995), habiendo estereotipos que generan mayor dependencia en ellos (Horowitz, 1997); el apoyo social positivo también reduce síntomas negativos durante la pérdida progresiva de la visión (Burmedi, Becker, Heyl y Werner, 2002), habiendo una mejor adaptación (Nyman, Gosney y Victor, 2010).

Por género, encontramos ciertas diferencias, en el caso de los hombres muestran menores síntomas depresivos si cuentan con un nivel alto de apoyo social familiar, y en las mujeres de igual manera, no obstante, las mujeres presentan una mayor variedad de recursos de apoyo (McIlvane y Reinhardt, 2001).

Mucho también se ha estudiado sobre la calidad del apoyo social a diferencia de la cantidad, ya que en una etapa de crisis como es la pérdida parcial o total de la visión, es la calidad la que prima para obtener mejores resultados de adaptación (McIlvane et al., 2001), siendo la familia la fuente primaria de apoyo en una sociedad colectiva como la nuestra (Del Risco, 2007).

Sentido de vida en la adultez

El sentido de la vida, aparece en el hombre como parte de su ser existencial, el hecho de encontrar un significado que encauce el porqué de estar en este mundo, Alfred Adler (2004), menciona: "...sino que existe un algo innato inherente a la vida: un afán, un impulso, un desarrollarse, un algo sin el cual sería imposible en absoluto imaginársela....", por ello deviene lo inherente que es para el hombre; sin embargo esto difiere en cada uno de nosotros ya que es algo personal pero que afecta al colectivo. Además que lo que importa no es el sentido de la vida en términos generales, es decir de forma concreta en un momento y lugar específico, como lo describe Frankl (1991): "La búsqueda por parte del hombre del sentido de la vida constituye una fuerza primaria y no una "racionalización secundaria" de sus impulsos instintivos. Este sentido es único y específico en cuanto es uno mismo y uno solo quien tiene que encontrarlo; únicamente así logra alcanzar el hombre un significado que satisfaga su propia voluntad de sentido.", "...en la misma medida en que el hombre se compromete al cumplimiento del sentido de su vida, en esa misma medida se autorrealiza. En otras palabras, la autorrealización no puede alcanzarse cuando se considera 'un fin en sí misma, sino cuando se la toma como efecto secundario de la propia trascendencia..."; según la logoterapia, si se estimula la libertad y la responsabilidad se puede motivar el descubrimiento del sentido de vida (Fritz, n.d.).

Para Yalom (1984), el sentido de la vida va relacionado con la edad, es decir, va variando conforme cada una de las personas pase por las diferentes épocas de su vida, así, las prioridades y valores van en constante cambiando y desarrollo, por ello podemos discriminar los diferentes intereses y valores que demuestran los discapacitados visuales

de diferentes edades, habiendo una clara diferencia entre los adultos jóvenes e intermedios con los adultos mayores.

De acuerdo a Lukas (1986), las edades en la adultez varían en cuanto al sentido de vida, conforme se tenga mayor edad mayor será el sentido de vida en las personas, ha esto añade Frankl (1988) que en la adultez intermedia es donde se presenta los mayores niveles, y en los adultos mayores hay un descenso por la situación vital que les toca vivir como los problemas de salud, el retiro laboral y los cambios en la familia y la pérdida de las personas de su entorno.

En los adultos mayores el sentido de vida recae más en el ambiente familiar y luego hacia algo más particular como parte de quienes y su rol en la vida (Stella y Rapso, n.d.).

Sentido de la vida en las crisis

Dentro de la discapacidad visual, ya sea en esta etapa o en una previa con un pasado vidente es que se genera una crisis existencial, ya que al haber tenido en formación o ya formado una identidad y un plan de vida, todo ello se ve afectado, al haber un cambio físico, psicológico, familiar, social y laboral, también se cree que ocurre un cambio interno, pero no ocurre esto en la esencia de la persona solo en su relación con el entorno (Slaikau, 1996), a estas crisis, Karl Jaspers (1958) le llamaba situaciones límite, ya que de alguna forma impulsan a las personas a su confrontación existencial con el mundo y con ellos mismos, genera un cambio, que puede poner en evidencia todo aquello que yacía en la persona, con lo cual lo confronta o lo sigue evitando, buscando nuevas formas de hacerlo; de acuerdo con Checa (2003), la valoración primaria que haga la persona con discapacidad visual, será analizar las consecuencias de lo ocurrido y determinar si serán tomadas como pérdida, amenaza o desafío (Slaikau, 1996); después de ello habrá una valoración secundaria, con lo cual la persona cree que puede hacer frente a la situación; lo cual derivará a demostrar cómo enfrenta estas situaciones y cómo se sentirá con ello (Lazarus y Folkman, 1986), por ello es que es importante encontrar un sentido a la vida ante situaciones adversas

(Rodríguez, 2006), transformándose en un *Hommo patiens* (hombre doliente), el cual asume su dolor con un sentido para su vida (Frankl, 1999); en las situaciones de crisis el grado de apoyo social recibido juega un papel importante para su superación (Sarason y Sarason, 1992). Por otro lado, ante alguna enfermedad también se le puede atribuir causas espirituales (Coleman, Loppy y Walraven, 2002).

El sentido de vida varía de acuerdo a la situación en la que se encuentra la persona, si ésta se enfrenta a una enfermedad terminal tiene repercusiones positivas o negativas en cuanto a su bienestar (Guerrero, 2014); personas que han sufrido dolencias físicas drásticas en cuanto a su salud también generan un sentido de vida (Mendonça, 2008; Büssing, Balzat, y Heusser 2010; Rocha et al., 2015).

Apoyo social y sentido de vida

El apoyo social es un recurso de afrontamiento, lo cual se asocia a una mejor adaptación a una situación de crisis vital, se relaciona con la forma en cómo se siente la persona y qué sentido tiene esto en su vida (Rodríguez-Marín, Pastor y López-Roig, 1993; Francisco, 2016); además, el apoyo social influye en el bienestar, otorgando mayor control sobre sí mismo y dando más sentido a la vida (Azpiazu et al., 2002), siendo un nexo muy ligado (Bodner, Bergman y Cohen-Fridel, 2014).

En el caso de los adultos mayores el apoyo social sería considerado como un posible predictor de discapacidad en la vejez, además de tener una relación directa con el sentido de la vida (Vivaldi y Barra, 2012), ello lo refuerza Francke (2011), al demostrar la relación directa entre la independencia funcional y presencia de sentido de vida. En el caso del género y edad no se encuentra en relación con el apoyo social (Cadenas-Salazar et al., 2009), Cheng (2012) demostró la relación directa positiva que existe entre la presencia de sentido de vida con la percepción de apoyo percibido.

Rollán, García-Bermejo y Villarubia (2005), encontraron una correlación directa entre niveles altos de satisfacción familiar y presencia de sentido de vida, Krause

(2007) concluyó que el apoyo social familiar sobre todo emocional, está relacionado con una alta percepción de sentido de vida.

Dobříková, Pčolková, AlTurab y West (2014), demostraron que los pacientes que recibían mayores visitas presentaban mayores niveles de sentido de vida, y concluyeron que el apoyo social tiene un nexo positivo con el sentido de vida de los pacientes.

Hipótesis

“Es probable que exista una relación positiva entre el nivel alto de apoyo social y la presencia de sentido de vida en adultos ciegos en rehabilitación.”



CAPITULO II

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de investigación

Esta es una investigación según Cozby y Salkind no experimental (correlacional), ya que describe la relación que existe entre dos o más variables, es decir, una correlación entre ellas (Portilla y Vilches, 2013).

Técnica

La técnica utilizada será la aplicación de cuestionarios.

Instrumentos

Se aplicarán el Cuestionario MOS de Apoyo Social y la Prueba del Propósito Vital (PIL Test) de Crumbaugh & Maholick.

Cuestionario MOS de Apoyo Social

Características de la prueba. El cuestionario Medical Outcomes Study-Social Support Survey (MOS; Sherbourne y Stewart, 1991), es uno de los varios instrumentos desarrollados para el Medical Outcomes Study, un estudio de desenlaces médicos durante dos años en pacientes con enfermedades crónicas en los Estados Unidos. La administración de la prueba es individual, por un periodo de tiempo aproximado de 15 minutos y no tiene un límite de edad para su aplicación. Este cuestionario cuenta con un total de 20 ítems, y más que evaluar las condiciones relacionadas con la salud evalúa el apoyo social percibido por las personas. El ítem número 1 hace referencia al tamaño de la red social y los 19 ítems restantes están referidos a cuatro dimensiones del apoyo social funcional: emocional/informacional, instrumental, interacción social positiva y apoyo afectivo.

Los componentes de estas dimensiones son:

a) Red de apoyo social: esta variable evalúa el número de personas que conforma la red de apoyo social (amigos y familiares); b) Apoyo social emocional/informacional: definida como el soporte emocional, orientación y consejos; c) Apoyo instrumental: caracterizado por la conducta o material de apoyo; d) Interacción social positiva: caracterizado por la disponibilidad de individuos con los cuales hacer cosas divertidas; y e) Apoyo afectivo: caracterizado por las expresiones de amor y afecto.

Las opciones de respuesta están dadas a través de una escala likert de 1 (Nunca) a 5 (Siempre).

El primer ítem informa sobre el tamaño de la red social. El resto de los ítems conforman cuatro escalas que miden:

- Apoyo emocional: ítems 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 y 19. Puntuación máxima: 40, media: 24 y mínima: 8.
- Ayuda material o instrumental: ítems 2, 5, 12 y 15. Puntuación máxima: 20, media: 12 y mínima: 4.

- Relaciones sociales de ocio y distracción: ítems 7, 11, 14 y 18. Puntuación máxima: 20, media: 12 y mínima: 4.
- Apoyo afectivo referido a expresiones de amor y cariño: ítems 6, 10 y 20. Puntuación máxima: 15, media: 9 y mínima: 3.
- El índice global máximo de apoyo social es de 95, con un valor medio de 57 y un mínimo de 19.

Se realizó la traducción, re-traducción y adaptación del instrumento en Colombia. Los investigadores, junto con un especialista en traducción, organizaron un comité para evaluar la apreciación de los jurados y en aquellos ítems que no se presentó preferencia por la misma respuesta, se tomó una decisión considerando su mejor comprensión. Posterior a determinar la traducción final, se realizó la re-traducción del instrumento por otra persona especialista en traducción; la comparación del cuestionario original con la re-traducción permitió concluir que el proceso de traducción y la adaptación del instrumento fue adecuado para la población colombiana.

Confiabilidad. Se empleó el coeficiente del alfa de Cronbach para medir la consistencia interna de la escala y en cada uno de los 4 factores se obtuvieron valores cercanos a 1, lo que corroboró la consistencia de la prueba. La escala tuvo un índice de confiabilidad de alfa de Cronbach de 0.941 para el total de la misma. Para los componentes, el alfa se reportó entre 0.921 y 0.736

El valor obtenido en el alfa de Cronbach en cada uno de los 4 factores confirma que la prueba presenta una adecuada consistencia interna. Estos valores son frecuentemente encontrados, con similar distribución factorial y altos valores en el alfa de Cronbach, en los antecedentes reseñados como las validaciones de la escala.

Validez. Se consideraron en la interpretación de cada factor los ítems con cargas factoriales $>.4$. Se realizaron rotaciones ortogonales (Varimax) y no ortogonales (oblicua), con el objetivo de mejorar la interpretación de los factores. Los valores

con una $p < .05$ se consideraron estadísticamente significativos. Para estos procedimientos se usó el paquete estadístico SPSS v.15.0 en español.

La estructura factorial de cuatro dimensiones compuesta por Apoyo social emocional/informacional (ítems en la escala que lo miden: 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17, 19); el apoyo instrumental (ítems en la escala que lo miden: 2, 5, 12 y 15); la interacción social positiva (ítems en la escala que lo miden: 7, 11, 14 y 18); y el apoyo afectivo (ítems en la escala que lo miden: 6, 10 y 20); fue validada mediante análisis factorial confirmatorio, el cual mostró índices de bondad de ajuste buenos.

Es así que se obtuvieron valores significativos que validaron la estructura factorial original de los cuatro componentes de la prueba.

Baremos. Para el presente estudio se determinaron los baremos del instrumento de Apoyo Social MOS. Para ello se establecieron los percentiles a través de la prueba de Stanones.

Los cuales se muestran a continuación:

Menos del Percentil: 25 = Bajo

Del P25 al P75 = Promedio

Más del P75 = Alto.

Entonces, reemplazando los percentiles por los puntajes del Instrumento, obtenemos los siguientes baremos:

Factor 1: 8 a 15 bajo, 16 a 32 promedio, 33 a 40 alto.

Factor 2 y 3: 4 a 7 bajo, 8 a 16, promedio, 17 a 20, alto.

Factor 4: 3 a 5 bajo, 6 a 12 promedio, 13 a 15 alto.

Puntaje general: 19 a 37 bajo, 38 a 76 promedio, 77 a 95 alto.

Prueba del Propósito Vital (PIL Test)

La prueba del propósito vital o de vida, también llamado PIL Test (Purpose in life test) fue llevado a cabo por James Crumbaugh y Leonard Maholick del Veterans

Administration Hospital en Mississippi y del The Bradley Center de Georgia, respectivamente. La administración de la prueba es individual o colectivo, por un periodo de tiempo aproximado de 15 minutos y no tiene un límite de edad para su aplicación. Esta prueba cuenta con un total de 20 ítems.

Para esta investigación se utilizó la parte A que es la cuantitativa ya que las partes B y C son de corte cualitativo con un uso clínico exclusivamente.

Como se mencionó anteriormente, la parte A cuenta con 20 ítems tipo Likert de 7 puntos, cada ítem cuenta con diferentes puntos de anclaje, dependiendo de su contenido, por ejemplo, el ítem 4 “mi existencia es...” tiene como opciones de respuesta que van desde 1 “sin sentido ni propósitos”, hasta 7 “llena de sentidos y propósitos”. Por su parte la pregunta 18 “mi vida está...” tiene como opciones de respuesta que varían del 1 “fuera de mis manos y controlada por factores externos” hasta 7 “en mis manos y bajo mi control”. El 4 es el punto neutral.

Existe un baremo para EE.UU. realizado a partir de 346 pacientes psiquiátricos y 805 no pacientes fundidos en la misma población. El criterio de interpretación se establece, sin embargo, a partir de las puntuaciones medias de estos dos grupos:

- a. Puntuaciones menores de 91, falta de sentido de la vida
- b. Puntuaciones entre 92 y 112, zona de indefinición
- e. Puntuaciones mayores de 113, presencia de sentido de la vida

Siguiendo a Noblejas (1994, 2000), el análisis factorial del PIL permite distinguir cuatro factores, que explican el 54% de la varianza en el espacio de los valores y el 100% en el factorial. Estos factores son:

- “Percepción del sentido”: captación de motivos y razones para vivir la vida y la valoración que ésta, en general, merece; explica el 35.9% de la varianza y está compuesto por los ítems 4, 6, 9, 10, 11, 12, 16, 17 y 20. La puntuación puede oscilar entre 9 y 56.
- “Experiencia de sentido”: percepción de la vida propia y la vida cotidiana como plena de cosas buenas; explica el 6.8% de la varianza, e incluye los ítems 1, 2, 5, 9, 17, 19 y 20. La puntuación puede oscilar entre 7 y 49.

- “Metas y tareas”: objetivos ligados a acciones concretas en la vida y a la responsabilidad personal percibida hacia los mismos; explica el 5.8% de la varianza, y está integrado por los ítems 3, 7, 8, 13, 17, 19 y 20. La puntuación puede oscilar entre 7 y 49.
- “Dialéctica destino/libertad”: tensión entre ambos elementos y afrontamiento de la muerte como acontecimiento incontrolable, impredecible e inevitable; explica el 5.5% de la varianza e incluye los ítems 14, 15 y 18. La puntuación puede oscilar entre 3 y 21.

Confiabilidad. La prueba PIL fue estudiada por Crumbaugh y Maholik(1964) por medio del método de división por mitades, obteniéndose un coeficiente de correlación de Pearson de 0.81 (Producto-Momento) y un coeficiente de 0.90 corregido a través del método Spearman-Brown (N = 225, 105 “normales” y 120 pacientes). La misma relación fue establecida por Crumbaugh en 1968, obteniendo un coeficiente de correlación de Pearson de 0.85 (Producto-Momento) y de 0.92 corregido por el método de Spearman-Brown (N = 120, párrocos protestantes).

Validez. A través del PIL tomado de Martínez O., Trujillo C. y Trujillo, C. (2012) que hacen la validación del PIL para Colombia, proponen un modelo de tres factores o dimensiones:

- Primera dimensión: metas en la vida.
- Segunda dimensión: satisfacción con la vida y,
- Tercer a dimensión: sensación de logro. Lo importante de este modelo es que mantiene los 20 ítems originales de la prueba.

De modo similar, Bartschi (1999) halló resultados análogos en la adaptación realizada en nuestro medio.

Baremos. Para la presente investigación estamos tomando en cuenta el puntaje general de la prueba, las puntuaciones pueden oscilar entre 20 y 140 puntos, pudiendo distinguirse varios niveles:

Los puntajes inferiores a 90 indican nivel de vacío existencial, entre 90 y 105 indican nivel de indefinición con respecto al sentido de la vida, y superiores a 105 indican presencia de sentido de vida.

Población y muestra

Los 56 usuarios inscritos en el Centro de Rehabilitación para Ciegos Adultos de Arequipa, sin embargo, dicho número puede variar al momento de aplicar la investigación, ya que los futuros usuarios pueden inscribirse al centro en cualquier momento.

La muestra es de un total de 42 usuarios, distribuidos según los datos sociodemográficos recogidos, de la siguiente manera:

Tabla 1

Distribución y porcentaje de la muestra de acuerdo al género

| GÉNERO | | |
|-----------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Masculino | 14 | 33,3 |
| Femenino | 28 | 66,7 |
| Total | 42 | 100 |

Tabla 2

Distribución y porcentaje de la muestra de acuerdo a la edad

| EDAD | | |
|-------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| 18-34 | 9 | 21,4 |
| 30-59 | 11 | 26,2 |
| >=60 | 22 | 52,4 |
| Total | 42 | 100 |

Tabla 3

Distribución y porcentaje de la muestra de acuerdo al grado de instrucción

| GRADO DE INSTRUCCIÓN | | |
|-----------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Analfabeta | 2 | 4,8 |
| Primaria completa | 1 | 2,4 |
| Primaria incompleta | 4 | 9,5 |
| Secundaria completa | 10 | 23,8 |
| Secundaria incompleta | 3 | 7,1 |
| Superior completa | 12 | 28,6 |
| Superior incompleta | 10 | 23,8 |
| Total | 42 | 100 |

Tabla 4

Distribución y porcentaje de la muestra de acuerdo al estado civil

| ESTADO CIVIL | | |
|--------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Conviviente | 1 | 2,4 |
| Soltero | 17 | 40,5 |
| Casado | 10 | 23,8 |
| Viudo | 10 | 23,8 |
| Divorciado | 4 | 9,5 |
| Total | 42 | 100 |

Tabla 5

Distribución y porcentaje de la muestra de acuerdo al lugar de nacimiento

| LUGAR DE NACIMIENTO | | |
|---------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Arequipa | 26 | 61,9 |
| Puno | 5 | 11,9 |
| Apurímac | 2 | 4,8 |
| Lima | 2 | 4,8 |
| Tacna | 2 | 4,8 |
| Ica | 2 | 4,8 |
| Junín | 1 | 2,4 |
| Cajamarca | 1 | 2,4 |
| La Libertad | 1 | 2,4 |
| Total | 42 | 100 |

Tabla 6

Distribución y porcentaje de la muestra de acuerdo a la condición laboral

| CONDICIÓN LABORAL | | |
|-------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Empleado | 8 | 19,0 |
| Desempleado | 23 | 54,8 |
| Jubilado | 11 | 26,2 |
| Total | 42 | 100 |

Tabla 7

Distribución y porcentaje de la muestra de acuerdo al origen de la discapacidad visual

| ORIGEN DE LA DISCAPACIDAD VISUAL | | |
|----------------------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Congénita | 4 | 9,5 |
| Adquirida | 38 | 90,5 |
| Total | 42 | 100 |

Tabla 8

Distribución y porcentaje de la muestra de acuerdo al tipo de discapacidad visual

| TIPO DE DISCAPACIDAD VISUAL | | |
|-----------------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Parcial | 27 | 64,3 |
| Total | 15 | 35,7 |
| Total | 42 | 100 |

Tabla 9

Distribución y porcentaje de la muestra de acuerdo al tiempo de discapacidad visual

| TIEMPO DE DISCAPACIDAD VISUAL | | |
|-------------------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| 0 a 1 año y 11 meses | 9 | 21,4 |
| 2 a 5 años | 12 | 28,6 |
| Más de 5 años | 21 | 50,0 |
| Total | 42 | 100 |

Estrategias de recolección de datos

Se solicitó permiso al Centro de Rehabilitación para Ciegos Adultos de Arequipa, para que brinden la autorización correspondiente y poder evaluar a los usuarios en horario de clases, las evaluaciones se realizarán en el consultorio de psicología de forma individual, pidiendo permiso al participante y luego de forma oral describiendo las premisas de cada evaluación para su correspondiente llenado.

Criterios de procesamiento de información

Una vez obtenidos los datos de la presente investigación, se procedió con el análisis estadístico que se llevó a cabo con el paquete estadístico para ciencias sociales (SPSS) versión 23, el procesamiento de información se realizó siguiendo las siguientes etapas:

Programa Microsoft Office Excel. Se vaciaron todos los datos obtenidos de los 42 usuarios, donde se obtuvieron los principales datos: Género, edad, grado de instrucción, estado civil, lugar de nacimiento, condición laboral y las respuestas emitidas en ambas escalas, se realizó la suma de las respuestas de ambas escalas para obtener el puntaje bruto de cada una de esta.

Paquete estadístico para ciencias sociales (SPSS) versión 23. Se calculó el chi cuadrado (X^2) para encontrar el tipo de correlación y medir el grado de relación de ambas variables.

Para encontrar si es que existe significancia entre las variables de: Género, edad, grado de instrucción, estado civil, lugar de nacimiento, condición laboral se utilizó la prueba de Chi cuadrado (X^2), a un nivel de confiabilidad del 95%.

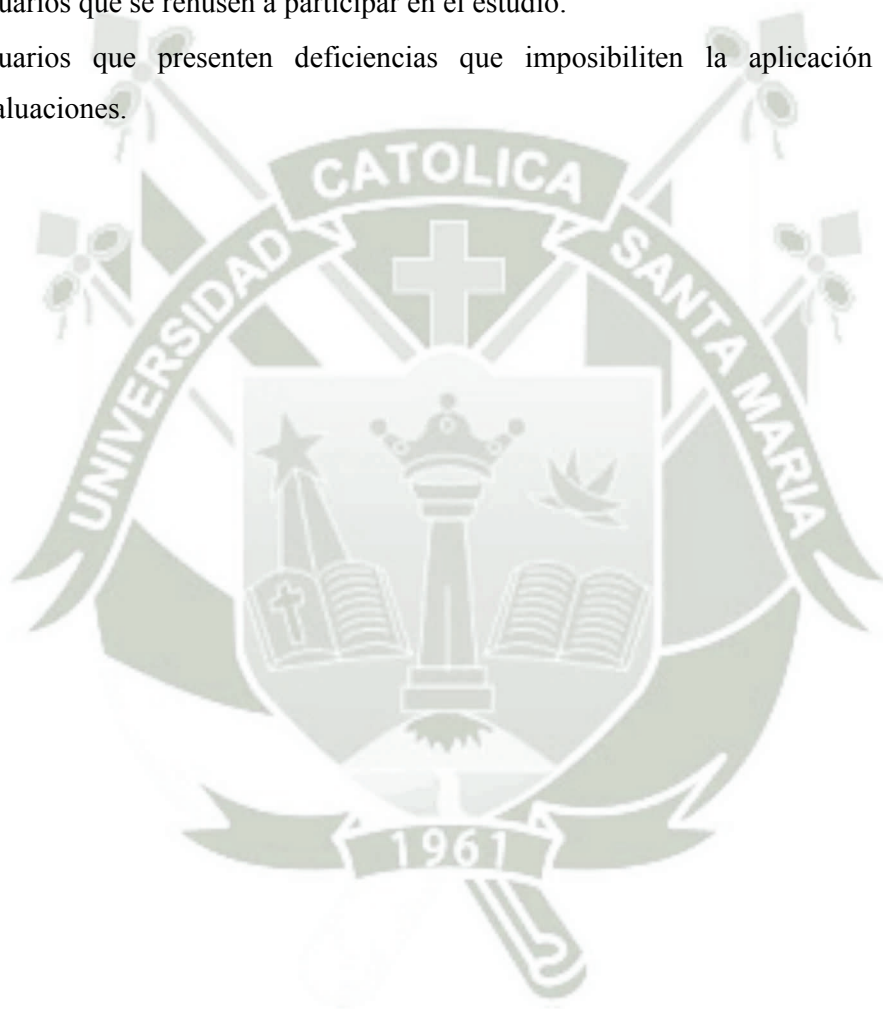
Se realizó la interpretación según los puntajes correspondientes a los siguientes niveles: en apoyo social: bajo, promedio y alto, y en sentido de vida: vacío, indefinición y presencia con el propósito de poder realizar el análisis estadístico correspondiente.

Criterios de inclusión

- Usuarios mayores de 18 años
- Usuarios inscritos en el Centro de Rehabilitación para Ciegos Adultos de Arequipa.
- Usuarios que deseen participar de la investigación.

Criterios de exclusión

- Usuarios que se rehúsen a participar en el estudio.
- Usuarios que presenten deficiencias que imposibiliten la aplicación de las evaluaciones.



CAPITULO III

RESULTADOS

Tabla 10
Niveles de apoyo social

| Apoyo Social | N°. | % |
|--------------|-----|-------|
| Bajo | 6 | 14,3 |
| Promedio | 22 | 52,4 |
| Alto | 14 | 33,3 |
| TOTAL | 42 | 100,0 |

De acuerdo a la tabla 10 muestra que el 52.4% de adultos ciegos en rehabilitación presentan un nivel promedio de apoyo social, mientras que el 14.3% tiene un nivel bajo.

Tabla 11

Niveles del sentido de vida

| Sentido de vida | Nº. | % |
|-----------------|-----|------|
| Vacío | 19 | 45,2 |
| Indefinición | 7 | 16,7 |
| Presencia | 16 | 38,1 |
| TOTAL | 42 | 100 |

De acuerdo a la tabla 11 muestra que el 45.2% de adultos ciegos en rehabilitación presentan vacío de sentido de vida, mientras que el 16.7% tienen indefinición sobre el sentido de vida y un 38.1% presenta sentido de vida.

Tabla 12

Factores del apoyo social

| Apoyo Social | N°. | % |
|------------------------------------|------------|----------|
| Apoyo instrumental o físico | | |
| Bajo | 9 | 21,4 |
| Promedio | 20 | 47,6 |
| Alto | 13 | 31,0 |
| Apoyo emocional | | |
| Bajo | 5 | 11,9 |
| Promedio | 17 | 40,5 |
| Alto | 20 | 47,6 |
| Relaciones sociales | | |
| Bajo | 12 | 28,6 |
| Promedio | 22 | 52,4 |
| Alto | 8 | 19,0 |
| Apoyo afectivo | | |
| Bajo | 6 | 14,3 |
| Promedio | 18 | 42,9 |
| Alto | 18 | 42,9 |
| TOTAL | 42 | 100 |

La Tabla 12 muestra que el 47.6% de los usuarios del centro de rehabilitación para ciegos adultos de Arequipa tienen un nivel promedio de apoyo instrumental o físico, el 47.6% poseen un alto nivel de apoyo emocional, el 52.4% un nivel promedio de relaciones sociales y el 42.9% presentan un nivel promedio y alto en apoyo afectivo.

Tabla 13

Apoyo social con el sentido de vida

| Sentido de vida | Apoyo Social | | | | | | TOTAL | |
|-----------------|--------------|------|----------|------|------|------|-------|------|
| | Bajo | | Promedio | | Alto | | | |
| | Nº. | % | Nº. | % | Nº. | % | Nº. | % |
| Vacío | 4 | 9,5 | 11 | 26,2 | 4 | 9,5 | 19 | 45,2 |
| Indefinición | 1 | 2,4 | 6 | 14,3 | 0 | 0,0 | 7 | 16,7 |
| Presencia | 1 | 2,4 | 5 | 11,9 | 10 | 23,8 | 16 | 38,1 |
| TOTAL | 6 | 14,3 | 22 | 52,4 | 14 | 33,3 | 42 | 100 |

 $X^2=11.57$
 $P<0.05$
 $gl=4$
 $d \text{ de Somers}=0.40$

La Tabla 13 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=11.57$) se muestra que el apoyo social y el sentido de vida presentaron relación estadística significativa ($P<0.05$), Según el coeficiente d de Somers ($d \text{ de Somers}=0.40$) la fuerza de relación entre ambas variables es moderada.

Asimismo se observa que el 23.8% de adultos ciegos en rehabilitación con un nivel alto de apoyo social, presenta presencia del sentido de vida.

Tabla 14

Género y edad con el apoyo social

| Género/Edad | Apoyo Social | | | | | | X ² | P |
|-------------|--------------|------|----------|------|------|------|----------------|----------------|
| | Bajo | | Promedio | | Alto | | | |
| | Nº. | % | Nº. | % | Nº. | % | | |
| Género | | | | | | | | |
| Masculino | 4 | 9,5 | 4 | 9,5 | 6 | 14,3 | 5.84 | P<0.05 |
| Femenino | 2 | 4,8 | 18 | 42,9 | 8 | 19,0 | | |
| Edad | | | | | | | D de | gl=2 |
| 18-34 | 0 | 0,0 | 5 | 11,9 | 4 | 9,5 | somers=0.02 | |
| 30-59 | 1 | 2,4 | 7 | 16,7 | 3 | 7,1 | | |
| >=60 | 5 | 11,9 | 10 | 23,8 | 7 | 16,7 | | |
| TOTAL | 6 | 14,3 | 22 | 52,4 | 14 | 33,3 | 3.54 | P>0.05 gl=4 |

De acuerdo a la tabla 14 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=5.84$) se muestra que el apoyo social y el género presentaron relación estadística significativa ($P<0.05$). Según el coeficiente d de Somers (d de Somers=0.02) la fuerza de relación entre ambas variables es baja.

Asimismo se observa que el 42.9% de adultos ciegos en rehabilitación con un nivel promedio de apoyo social son de sexo femenino, y el 23.8% de usuarios con apoyo social promedio tienen 60 años a más.

Tabla 15

Género y edad con el sentido de vida

| Género/Edad | Sentido de vida | | | | | | X² | P |
|-------------|-----------------|------|--------------|------|-----------|------|------|----------------|
| | Vacío | | Indefinición | | Presencia | | | |
| | Nº. | % | Nº. | % | Nº. | % | | |
| Género | | | | | | | | |
| Masculino | 8 | 19,0 | 1 | 2,4 | 5 | 11,9 | 1.82 | P>0.05 gl=2 |
| Femenino | 11 | 26,2 | 6 | 14,3 | 11 | 26,2 | | |
| Edad | | | | | | | | |
| 18-34 | 4 | 9,5 | 1 | 2,4 | 4 | 9,5 | 2.97 | P>0.05 gl=4 |
| 30-59 | 3 | 7,1 | 2 | 4,8 | 6 | 14,3 | | |
| >=60 | 12 | 28,6 | 4 | 9,5 | 6 | 14,3 | | |
| TOTAL | 19 | 45,2 | 7 | 16,7 | 16 | 38,1 | | |

De acuerdo a la tabla 15 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=1.82$) se muestra que el apoyo sentido de vida y el género no presentaron relación estadística significativa ($P>0.05$).

Asimismo se observa que el 28.6% de adultos ciegos en rehabilitación con sentido de la vida vacío son de sexo femenino, y el 28.6% de usuarios con apoyo sentido de la vida vacío tienen 60 años a más.

Tabla 16

Estado civil con el apoyo social

| Estado Civil | Apoyo Social | | | | | | TOTAL | |
|--------------|--------------|------|----------|------|------|------------|----------|--------|
| | Bajo | | Promedio | | Alto | | | |
| | Nº. | % | Nº. | % | Nº. | % | Nº. | % |
| Conviviente | 0 | 0,0 | 1 | 2,4 | 0 | 0,0 | 1 | 2,4 |
| Soltero | 1 | 2,4 | 9 | 21,4 | 7 | 16,7 | 17 | 40,5 |
| Casado | 1 | 2,4 | 4 | 9,5 | 5 | 11,9 | 10 | 23,8 |
| Viudo | 3 | 7,1 | 6 | 14,3 | 1 | 2,4 | 10 | 23,8 |
| Divorciado | 1 | 2,4 | 2 | 4,8 | 1 | 2,4 | 4 | 9,5 |
| TOTAL | 6 | 14,3 | 22 | 52,4 | 14 | 33,3 | 42 | 100 |
| | | | | | | $X^2=7.20$ | $P>0.05$ | $gl=8$ |

De acuerdo a la tabla 16 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=7.20$) se muestra que el apoyo social y el estado civil no presentaron relación estadística significativa ($P>0.05$).

Asimismo se observa que el 21.4% de adultos ciegos en rehabilitación con un nivel promedio de apoyo social son solteros, y el 2.4% de usuarios con apoyo social bajo son solteros.

Tabla 17

Estado civil con el sentido de vida

| Estado Civil | Sentido de vida | | | | | | TOTAL | |
|--------------|-----------------|------|--------------|------|-----------|------|-------|------|
| | Vacío | | Indefinición | | Presencia | | Nº. | % |
| | Nº. | % | Nº. | % | Nº. | % | | |
| Conviviente | 1 | 2,4 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 2,4 |
| Soltero | 6 | 14,3 | 5 | 11,9 | 6 | 14,3 | 17 | 40,5 |
| Casado | 3 | 7,1 | 1 | 2,4 | 6 | 14,3 | 10 | 23,8 |
| Viudo | 8 | 19,0 | 1 | 2,4 | 1 | 2,4 | 10 | 23,8 |
| Divorciado | 1 | 2,4 | 0 | 0,0 | 3 | 7,1 | 4 | 9,5 |
| TOTAL | 19 | 45,2 | 7 | 16,7 | 16 | 38,1 | 42 | 100 |

 $X^2=12.78$ $P>0.05$ $gl=8$

De acuerdo a la tabla 17 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=12.78$) se muestra que el sentido de vida y el estado civil no presentaron relación estadística significativa ($P>0.05$).

Asimismo se observa que el 19.0% de adultos ciegos en rehabilitación con sentido de vida vacío son viudos, y el 2.4% de usuarios con sentido de vida indefinido son casados.

Tabla 18

Origen de la discapacidad con el apoyo social

| Origen de discapacidad | Apoyo Social | | | | | | TOTAL | |
|---------------------------|--------------|------|----------|------|------|------|-------|------|
| | Bajo | | Promedio | | Alto | | | |
| | Nº. | % | Nº. | % | Nº. | % | Nº. | % |
| Congénita | 0 | 0,0 | 4 | 9,5 | 0 | 0,0 | 4 | 9,5 |
| Adquirida | 6 | 14,3 | 18 | 42,9 | 14 | 33,3 | 38 | 90,5 |
| TOTAL | 6 | 14,3 | 22 | 52,4 | 14 | 33,3 | 42 | 100 |

 $X^2=4.02$
 $P>0.05$
 $gl=2$

De acuerdo a la tabla 18 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=4.02$) se muestra que el apoyo social y el origen de la discapacidad no presentaron relación estadística significativa ($P>0.05$).

Asimismo se observa que el 42.9% de adultos ciegos en rehabilitación con un nivel promedio de apoyo social la discapacidad visual es adquirida, y el 9.5% de usuarios con apoyo social promedio tienen origen congénito de la discapacidad visual.

Tabla 19

Origen de la discapacidad con el sentido de vida

| Origen de discapacidad | Sentido de vida | | | | | | TOTAL | |
|---------------------------|-----------------|------|--------------|------|-----------|------|-------|------|
| | Vacío | | Indefinición | | Presencia | | Nº. | % |
| | Nº. | % | Nº. | % | Nº. | % | | |
| Congénita | 1 | 2,4 | 1 | 2,4 | 2 | 4,8 | 4 | 9,5 |
| Adquirida | 18 | 42,9 | 6 | 14,3 | 14 | 33,3 | 38 | 90,5 |
| TOTAL | 19 | 45,2 | 7 | 16,7 | 16 | 38,1 | 42 | 100 |

$X^2=0.75$ $P>0.05$ $gl=2$

De acuerdo a la tabla 19 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=0.75$) se muestra que el sentido de vida y origen de la discapacidad no presentaron relación estadística significativa ($P>0.05$).

Asimismo se observa que el 42.9% de adultos ciegos en rehabilitación con sentido de vida vacío adquirieron la discapacidad visual, y el 2.4% de usuarios con sentido de vida indefinido la discapacidad visual es congénita.

Tabla 20

Tiempo de discapacidad con el apoyo social

| Tiempo de discapacidad | Apoyo Social | | | | | | TOTAL | |
|---------------------------|--------------|------|----------|------|------|------|-------|------|
| | Bajo | | Promedio | | Alto | | | |
| | Nº. | % | Nº. | % | Nº. | % | Nº. | % |
| 0 a 1 año y 11 meses | 1 | 2,4 | 3 | 7,1 | 5 | 11,9 | 9 | 21,4 |
| 2 a 5 años | 3 | 7,1 | 6 | 14,3 | 3 | 7,1 | 12 | 28,6 |
| Más de 5 años | 2 | 4,8 | 13 | 31,0 | 6 | 14,3 | 21 | 50,0 |
| TOTAL | 6 | 14,3 | 22 | 52,4 | 14 | 33,3 | 42 | 100 |

 $X^2=4.08$
 $P>0.05$
 $gl=4$

De acuerdo a la tabla 20 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=4.08$) se muestra que el apoyo social y el tiempo de la discapacidad no presentaron relación estadística significativa ($P>0.05$).

Asimismo se observa que el 31.0% de adultos ciegos en rehabilitación con un nivel promedio de apoyo social tienen la discapacidad más de 5 años, y el 7.1% de usuarios con apoyo social promedio la discapacidad desde hace 0 a 1 año y 11 meses.

Tabla 21

Tiempo de la discapacidad con el sentido de vida

| Tiempo de discapacidad | Sentido de vida | | | | | | TOTAL | |
|---------------------------|-----------------|------|--------------|------|-----------|------|-------|------|
| | Vacío | | Indefinición | | Presencia | | | |
| | Nº. | % | Nº. | % | Nº. | % | Nº. | % |
| 0 a 1 año y 11 meses | 4 | 9,5 | 0 | 0,0 | 5 | 11,9 | 9 | 21,4 |
| 2 a 5 años | 6 | 14,2 | 3 | 7,2 | 3 | 7,2 | 12 | 28,6 |
| Más de 5 años | 9 | 21,5 | 4 | 9,5 | 8 | 19,0 | 21 | 50,0 |
| TOTAL | 19 | 45,2 | 7 | 16,7 | 16 | 38,1 | 42 | 100 |

 $X^2=3.42$
 $P>0.05$
 $gl=4$

De acuerdo a la tabla 21 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=3.42$) se muestra que el sentido de vida y el tiempo de la discapacidad no presentaron relación estadística significativa ($P>0.05$).

Asimismo se observa que el 19.0% de adultos ciegos en rehabilitación con presencia del sentido de vida tienen la discapacidad más de 5 años.

Tabla 22

Situación laboral con el apoyo social

| Situación laboral | Apoyo Social | | | | | | TOTAL | |
|-------------------|--------------|------|----------|------|------|------|-------|------|
| | Bajo | | Promedio | | Alto | | | |
| | Nº. | % | Nº. | % | Nº. | % | Nº. | % |
| Empleado | 1 | 2,4 | 4 | 9,5 | 3 | 7,1 | 8 | 19,0 |
| Desempleado | 3 | 7,1 | 13 | 31,0 | 7 | 16,7 | 23 | 54,8 |
| Jubilado | 2 | 4,8 | 5 | 11,9 | 4 | 9,5 | 11 | 26,2 |
| TOTAL | 6 | 14,3 | 22 | 52,4 | 14 | 33,3 | 42 | 100 |

 $X^2=0.47$
 $P>0.05$
 $gl=4$

De acuerdo a la tabla 22 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=0.47$) se muestra que el apoyo social y la situación laboral no presentaron relación estadística significativa ($P>0.05$).

Asimismo se observa que el 31.0% de adultos ciegos en rehabilitación con un nivel promedio de apoyo social son desempleados, y el 7.1% de usuarios con apoyo social alto están empleados actualmente.

Tabla 23

Situación laboral con el sentido de vida

| Situación laboral | Sentido de vida | | | | | | TOTAL | |
|-------------------|-----------------|------|--------------|------|-----------|------|-------|------|
| | Vacío | | Indefinición | | Presencia | | | |
| | Nº. | % | Nº. | % | Nº. | % | Nº. | % |
| Empleado | 2 | 4,7 | 0 | 0,0 | 6 | 14,3 | 8 | 19,0 |
| Desempleado | 12 | 28,6 | 5 | 11,9 | 6 | 14,3 | 23 | 54,8 |
| Jubilado | 5 | 11,9 | 2 | 4,8 | 4 | 9,5 | 11 | 26,2 |
| TOTAL | 19 | 45,2 | 7 | 16,7 | 16 | 38,1 | 42 | 100 |

 $X^2=6.41$
 $P>0.05$
 $gl=4$

De acuerdo a la tabla 23 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=6.41$) se muestra que el sentido de vida y la situación laboral no presentaron relación estadística significativa ($P>0.05$).

Asimismo se observa que el 28.6% de adultos ciegos en rehabilitación con sentido de vida vacío están desempleados, y el 14.3% de los usuarios con presencia de sentido de vida están desempleados.

Discusión

Los discapacitados son una población vulnerable en el Perú, ellos son el 5.2% de la población, de los cuales 801 185 personas tienen discapacidad visual, siendo la segunda mayor discapacidad después de la de movilidad, y el 2.6% de la población peruana (INEI, 2012). El apoyo que reciben de parte de sus familias y de la sociedad es aún insuficiente ya que no existen programas específicos que eduque a los familiares, los reinserten al mundo laboral, campañas de sensibilización o incluso adecuaciones viales para su libre tránsito, es decir, el apoyo social y que ello a su vez, influye en cómo se siente el discapacitado visual, cómo afecta el sentido que le da a su vida en esta situación tan parcializada.

El presente estudio se plantea como objetivo establecer la correlación que existe entre el apoyo social y el sentido de vida de la muestra 42 usuarios, estudiantes del Centro de Rehabilitación para Ciegos Adultos de Arequipa, de los cuales fueron el 66.7% mujeres y el 33.3% hombres, el 52.4% tienen más de 60 años, el 28.6% tiene educación superior completa, el 40.5% es soltero, el 61.9% proviene de Arequipa y el 54.8% es desempleado.

Se hipotetizó una correlación de sentido positivo entre el apoyo social y el sentido de vida lo cual se confirmó ya que existe una correlación significativa ($p < 0,05$) y positiva entre estas dos variables, la fuerza de relación entre ambas variables es moderada, es decir mientras mayor sea el apoyo social mayor será el sentido de vida, así mismo mientras menor sea el apoyo social menor será el sentido de vida; corroborando lo investigado con población normovidente por Rodríguez-Marín, Pastor y López-Roig (1993), Azpiazu et al. (2002), Krause (2007), Cheng (2012), Bodner, Bergman y Cohen-Fridel (2014), Francisco (2016), e incluso con pacientes (Dobříková, Pčolková, AlTurab y West, 2014).

En cuanto a la relación entre el género y el apoyo social es significativa, se observa que el 19% de las participantes mujeres presentan un nivel alto y un 42.9% un nivel promedio de apoyo social y en los hombres un 14.3% y un 9.5% respectivamente. Estos

resultados demuestran que existe un mayor apoyo social hacia las mujeres a diferencia de los hombres, ello concuerda con la investigación que indica que las mujeres tienen un mayor nivel de apoyo social debido a una mayor variedad de recursos de apoyo (McIlvane y Reinhardt, 2001), contradiciendo por lo investigado por Cadenas-Salazar et al., (2009). Según la logoterapia (Fritz, n.d.), si fomentamos la libertad y la responsabilidad se genera el descubrimiento del sentido de vida, parte de ello ocurre con la rehabilitación, sin embargo, según cómo se lleve el proceso de ajuste psicosocial, con el apoyo social como soporte de éste, y la autoeficacia se podría revelar el sentido de vida.

El número de participantes de género femenino es mayor a la de los hombres, en una relación de 2 a 1, corroborando lo señalado por la Comisión de damas invidentes del Perú, indicando que existen mayor cantidad de mujeres invidentes en el país, ello aunado a la diferencia de género que existe en nuestra sociedad genera una mayor necesidad para poder obtener un puesto de trabajo o para mantenerlo (Portillo, I., Shum, G., Conde, A. y Lobato H., 2006), otro factor importante es el grado de instrucción que tienen las mujeres ya que en la población general de Arequipa, de cada hombre hay 7 mujeres analfabetas (INEI, 2014), enfatiza aún más la desigualdad existente.

De acuerdo a los factores del apoyo social, los factores que destacaron con un nivel alto fueron el emocional y el afectivo, con un 47.6% y un 42.9% respectivamente, ambos ligados al nexo con la familia ya sea como fuente de apoyo en el logro de objetivos y las expresión de amor y cariño, tal como lo corroboran algunas investigaciones (Checa, 2003; Cimarolli y Boerner, 2005 y Del Risco, 2007), demostrando así lo fundamental del apoyo familiar en el proceso de rehabilitación, McIlvane et al. (2001), afirman que es más importante la calidad que la cantidad de apoyo social por parte de la familia y ello se afirma durante las entrevistas que se tuvo ya que si bien algunas personas contaban con pocos familiares, la calidad del apoyo generaba niveles más altos de apoyo social a diferencia de casos en que vivían con muchos familiares pero no mostraban interés en ellos o incluso llegaban a maltratarlos; y en el caso de los adultos mayores la familia genera una mejor adaptación (Nyman,

Gosney y Victor, 2010), reduciendo síntomas negativos (Burmedi, Becker, Heyl y Werner, 2002), como los depresivos (Hodge y Eccles, 2013).

En el caso de la edad con el sentido de vida, no existe una relación significativa entre ambas, pero de acuerdo a lo investigado por Yalom (1984), en cada grupo etáreo hay una variación que podría deberse a las diferentes situaciones que ocurren en cada edad; pero esto no concuerda con lo investigado por Lukas (1986), quien menciona que a mayor edad mayor sentido de vida tienen las personas; contradiciendo con lo añadido por Frankl (1988) ya que el grupo con más presencia del sentido de vida el del adulto intermedio (de 30 a 59 años) y en los adultos mayores (de 60 años a más) hay un descenso en el sentido de vida debido a diversos factores por los que pasa, como es la viudez, la cesantía entre otros factores.

Según Nyman, Gosney y Victor (2008), a pesar de los cambios durante el ajuste psicosocial el nivel de apoyo social se mantiene, es decir que en el tiempo de discapacidad, el apoyo social de cada persona no variaría, se podría demostrar ello con realizando un estudio longitudinal para poder reafirmarlo.

Con respecto al tiempo de la discapacidad y el sentido de vida, no existe una relación significativa, sin embargo los participantes que tiene de 0 a 1 año y 11 meses, muestran una polarización en sus resultados, habiendo vacío con un 9.5% y presencia con un 11.9%, no habiendo así una indefinición en cuanto a su sentido de vida lo cual demostraría la postura positiva o negativa que tendrían frente a un cambio drástico en su vida, y ello mostraría lo investigado por Guerrero (2014) y también como un aspecto positivo generador de sentido de vida (Mendonça, 2008; Büssing, Balzat, y Heusser 2010; Rocha et al., 2015); por otro lado Pallero (n.d.), menciona que parte del ajuste psicosocial está el hecho de afrontar las nuevas situaciones que se presenta al tener la pérdida total o parcial de la visión, ello también influye en la generación de sentido de vida, al parecer, la postura que genera esta nueva situación desempeñaría esta postura en los primeros años, que según Arce (2016), es diferente en cada persona y ello se ha constatado durante la aplicación de las evaluaciones ya que el enfoque que tiene cada persona sobre su discapacidad es diferente, para algunos es un nuevo comienzo, para otros algo que no pueden manejarlo (Slaikeu, 1996); de allí que la autoeficacia sería un

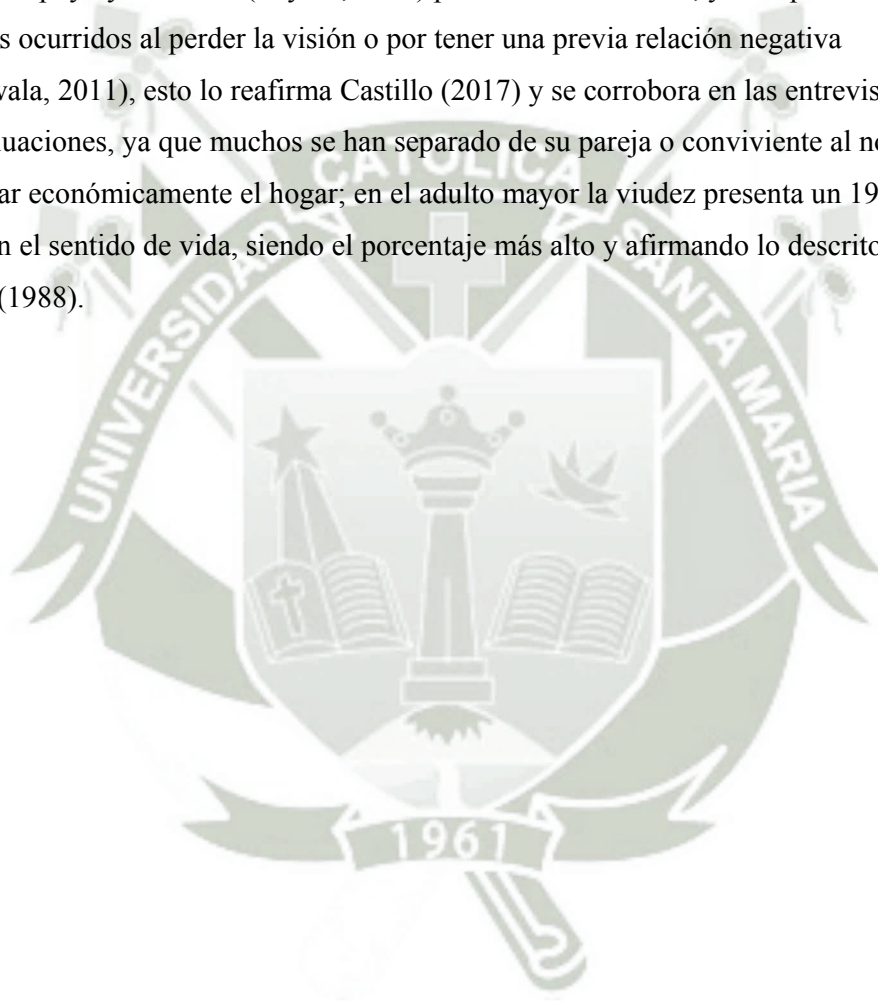
factor fundamental para poder adaptarse mejor a cambios en el futuro, tal como lo menciona Kempen (1999), Suñe (2009) acota que el proceso de ajuste psicosocial es un esfuerzo por recobrar la autonomía que influye en todos los ámbitos de la vida, lo cual se demuestra en las entrevistas realizadas ya que muchos de ellos tuvieron que separarse de sus familias para poder viajar e iniciar su proceso de rehabilitación, en otros casos, vender sus posesiones para iniciar una nueva vida, cambios de roles en la pareja; Tunde-Ayinmode, Akande y Ademola-Popoola (2011) mencionan que el nivel educativo podría ser un factor que determine el grado de ajuste psicosocial, sin embargo, ello no se podría corroborar ya que se tendría que hacer un estudio longitudinal para poder ver el proceso de ajuste de cada participante.

El origen de la discapacidad con el apoyo social y el sentido de vida no tuvieron relaciones significativas, pero, las personas con discapacidad visual adquirida obtuvieron el porcentaje más alto de nivel promedio y alto, con un 42.9% y un 33.3% respectivamente, ello se podría ver al apoyo inicial que tiene por parte de la familia como lo describe Castillo (2017), aunque ello podría generar un apoyo negativo por parte de la familia obstruyendo el desarrollo de su autonomía (Checa, 2003); por otro lado, la presencia del sentido de vida de las personas con discapacidad visual congénita tiene mayor porcentaje en su origen que en el caso del adquirido, esto quizás se deba al tiempo que se tiene con la discapacidad ya que el ajuste tanto personal como familiar han llegado a realizarse casi en su totalidad, en el caso de los discapacitados visuales adquiridos, la pérdida de su visión ocurrió por enfermedad o accidente, y al ser una situación de cambio drástico en sus vidas genera una polarización ya mencionada como parte de la readaptación en sus vidas.

Si bien no se encontró relaciones significativas entre situación laboral y apoyo social y sentido de vida, la cantidad de participantes desempleadas es de un 54.8%, reafirmando lo investigado por Wolffe y Spungin (2002), Crudden, McBroom, Skinner y Moore (1998), Bricout y Bentley (2000) y López (2007), demostrando la falta de oportunidades laborales que tienen dicha población, lo cual sucede también en otros países, sean desarrollados o no; donde incluso hay diferencias de salario por género (Bell y mino, 2015), situación similar que ocurre con las personas normovidentes;

además dentro de las organizaciones aún existen muchos estereotipos en cuanto al tema de emplear una persona con discapacidad (La Grow, 2005), ello se denota con la poca presencia que tienen las personas con discapacidad laborando; ello genera que las personas con discapacidad visual recurran a la mendicidad o a la venta de productos en servicios de transporte público, reafirmando los estereotipos que se tienen hacia ellos.

El estado civil de los participantes muestra un 40.5% de solteros, la pareja influye al buscar apoyo y bienestar (Snyder, 2000) pero si esto no ocurre, ya sea por los cambios ocurridos al perder la visión o por tener una previa relación negativa (Bookwala, 2011), esto lo reafirma Castillo (2017) y se corrobora en las entrevistas de las evaluaciones, ya que muchos se han separado de su pareja o conviviente al no poder solventar económicamente el hogar; en el adulto mayor la viudez presenta un 19% de vacío en el sentido de vida, siendo el porcentaje más alto y afirmando lo descrito por Frankl (1988).



Conclusiones

Primera. Existe una correlación significativa y positiva entre el apoyo social y el sentido de vida en los adultos ciegos en rehabilitación, corroborando la hipótesis planteada, sin embargo dicha significancia es moderada, en general nuestra muestra presenta niveles promedio y bajo de las dos variables estudiadas, así mismo en los resultados se denota la correlación entre las variables.

Segunda. Se determinó la existencia de correlación entre el género y el apoyo social, siendo el género femenino el que presenta mayores niveles, sin embargo la diferencia existente entre las puntuaciones del género femenino y masculino no es muy alta ya que la diferencia se da sobre todo debido a que el mayor porcentaje de nivel en las mujeres se encuentra en un nivel promedio y en caso de los hombres distribuido en los tres niveles, destacando un poco el nivel alto.

Tercera. El género de los participantes no son un factor que se relaciona con el sentido de vida, la mayoría de los participantes presenta vacío de sentido de vida sin ser determinante el género en ellos.

Cuarta. En cuanto a la edad con el apoyo social y el sentido de vida no se encontró correlación significativa.

Quinta. Otro factor no relacionado con el apoyo social y el sentido de vida es el estado civil.

Sexta. El origen de la discapacidad tampoco muestra relación con el apoyo social y el sentido de vida.

Séptima. El tiempo de la discapacidad no se relaciona con el apoyo social y el sentido de vida en los participantes.

Octava. El apoyo social y el sentido de vida no presentan relación con la situación laboral de la muestra.



Sugerencias

Primera. Se sugiere mayor investigación con esta población, tomando en cuenta la casuística presentada, ya que ello generaría mayores oportunidades para dicha población y una mayor conciencia en la sociedad.

Segunda. Para poder mejorar el apoyo social en los discapacitados visuales, se debería intervenir en todos los sectores involucrados, salud, educación y trabajo, sobre todo revalorando el papel de la mujer, brindándoles mejores oportunidades para poder desarrollarse y que a la vez, se les brinde la protección y el soporte que necesitan.

Tercera. Realizar campañas de concientización tanto de forma pública como privada en instituciones educativas de todos los niveles, para así ir reconociendo el papel significativo que tienen las personas con discapacidad visual e ir eliminando estereotipos hacia la discapacidad.

Cuarta. Implementar programas específicos orientados a la edad de dicha población, ya que en cada etapa de la vida las necesidades que presentan son diferentes.

Quinta. Realizar campañas informativas regulares hacia los discapacitados visuales para poder reconocer sus derechos, además de las instituciones que intervienen en dicho proceso, para así ir empoderándolos y replicar esto en todas las instituciones para motivar el rol funcional que tienen en la sociedad.

Sexta. Formar un equipo interdisciplinario que acoja a los discapacitados visuales en sus primeras etapas después de la pérdida de visión, para así formar una red de apoyo e implementar con ello investigaciones longitudinales para realizar un mapa de ajuste y desarrollo, mejorando así la intervención de dicho equipo.

Séptima. Con el apoyo de algunas ONG, realizar talleres periódicos con la familia del discapacitado visual, para así informar, preparar, concientizar y así comprender el rol primordial que tienen en su recuperación.

Octava. Fomentar a las organizaciones privadas y/o estatales el desarrollo de puestos de trabajo, organizando concursos de implementación para la creación de negocios propios exclusivos para dicha población y motivando con la reducción de impuestos su desarrollo en dicho ámbito.



Limitaciones

Primera. El proceso de recolección de datos se retrasó más de lo esperado ya que la asistencia por parte de los usuarios al Centro de Rehabilitación para Ciegos Adultos de Arequipa, es irregular, debido a problemas de salud, económicos o por viajes, es por ello que se tuvo que estar pendiente a su asistencia para poder realizar la evaluación.



Referencias

- Adler, Alfred. (2004). *El sentido de la vida*. Primera edición cibernética. Recuperado de: http://libroesoterico.com/biblioteca/agni_yoga_society/Adler%20Alfred%20-%20El%20Sentido%20De%20La%20Vida.PDF
- Arce Montaña, M. (2016.). *Ceguera y calidad de vida: bienestar subjetivo* (Monografía). Facultad de Psicología, Universidad de la República, Uruguay. pp. 31-32. Recuperado de: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/bitstream/123456789/7767/1/Arce%2c%20Miri%20am.pdf>
- Arias, M. (2010). *Relaciones interpersonales entre niños con discapacidad visual y sus compañeros videntes en el contexto educativo regular*. (Tesis de especialidad). Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación. Especialización en Educación Inclusiva. Universidad de Cuenca. Ecuador. Recuperado de: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/2835/1/te4148.pdf>
- Azpiaz G., M., Cruz J., A., Villagrasa F., J., Abanades H., J., García M., N., & Alvear V., F. (2002). Factores asociados a mal estado de salud percibido o a mala calidad de vida en personas mayores de 65 años. *Revista Española de Salud Pública*, 76(6), 683-699. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272002000600005&lng=es&tlng=es
- Bartschi, Cl. (1999). *Evaluación del propósito en la vida y la búsqueda de metas noéticas desde el punto de vista de la logoterapia en estudiantes universitarios* (tesis). Universidad de Lima. Lima, Perú
- Bell E. and Mino N. (2015). Employment Outcomes for Blind and Visually Impaired Adults. *The Journal of Blindness Innovation and Research*. Vol 5, No 2.

Recuperado de:

<https://nfb.org/images/nfb/publications/jbir/jbir15/jbir050202.html>

Bodner, E., Bergman, Y. S. y Cohen-Fridel, S. (2014). Do attachment styles affect the presence and search for meaning in life?. *Journal of happiness studies*, 14, 1-9.

Recuperado de: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10902-013-9462-7>

Bookwala, J., (2011). Marital Quality as a Moderator of the Effects of Poor Vision on Quality of Life Among Older Adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*; 66B(5): pp. 605–616. doi: 10.1093/geronb/gbr091. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3155033/>

Burmedi, A., Becker S, Heyl V, Wahl H-W & Himmelsbach I. (2002). Emotional and social consequences of age-related low vision. A narrative review. *Visual Impairment Research*, N° 4 (1). pp. 47-71. Recuperado de: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1076/vimr.4.1.47.15634?journalCode=ivir>
20

Büssing, A., Balzat, H., & Heusser, P. (2010). Spiritual needs of patients with chronic pain diseases and cancer - validation of the spiritual needs questionnaire. *European Journal of Medical Research*, 15(6), pp. 266–273. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3351996/>

Cadenas-Salazar, R., Villarreal-Ríos, E., Vargas-Daza, E., Martínez-González, L., y Galicia-Rodríguez, L. (2009). Relación entre apoyo social funcional y satisfacción vital del adulto mayor jubilado. *Revista Médica Instituto Mexicano Seguro Social*, 47(3), 311-314. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2009/im093m.pdf>

Cavanaugh, B., & Giesen, J. M. (2012). A systematic review of transition interventions affecting the employability of youths with visual impairments. *Journal of Visual*

Impairment & Blindness, 106(7), pp. 400-413. Recuperado de:
<http://www.afb.org/jvib/jvibabstractNew.asp?articleid=jvib060703>

Checa B. J., Díaz V. R. y Pallero G., R. (2003). *Psicología y ceguera. Manual para la intervención psicológica en el ajuste a la discapacidad visual*. Madrid, España. Recuperado de:
http://sid.usal.es/docs/F8/FDO23226/psicologia_y_ceguera.pdf

Checa, Javier. (2003). *Evaluación psicológica en el proceso de ajuste a la discapacidad visual. Psicología y Ceguera*. Manual para la intervención psicológica en el ajuste a la deficiencia visual. Madrid. Recuperado de:
<http://www.once.es/serviciosSociales/index.cfm?navega=detalle&idobjeto=5962&idtipo=2>

Cheng, J. (2012). *Investigating meaning in life, perceived social support, and suicide ideation among community-residing older adults*. (Tesis de maestría no publicada). The University of Western Ontario, London, Ontario, Canadá. Recuperado de: <http://ir.lib.uwo.ca/cgi/viewcontent.cgi?article=2341&context=etd>

Cholden, L. S. (1958). *A psychiatrist works with the blind*. Nueva York: American Foundation for the Blind.

Cimarolli, V., Sussman-Skalka, C. y Goodman, C. (Febrero, 2004). "Program for Partners": Support Groups for Partners of Adults with Visual Impairments. *Journal of Visual Impairment & Blindness*. Vol. 98. Nro. 2. Recuperado de: <http://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ683408.pdf>

Cimarolli V. & Boerner K.. (2005). Social support and well-being in adults who are visually impaired. *Journal of visual impairment & blindness*. pp. 521. Vol 99 nro. 9. Recuperado de: <http://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ718696.pdf>

Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). (2006). Deficiencias visuales. Conceptos y clasificación. Estados Unidos.

Coleman R, Lopy L y Walraven G. (2002). The treatment gap and primary health care for people with epilepsy in rural Gambia. *Boletín World Health Organ.* 2002; 80(5), pp. 378-83. Recuperado de:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2567785/pdf/12077613.pdf>

Comisión de damas invidentes del Perú (n.d.). *Diagnóstico de la situación de las mujeres con discapacidad visual en el Perú.* pp. 2-5. Recuperado de:
http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/CRPD/DGD/2013_Submissions/18.ComisionDamasInvidentesPeru.doc.

Crudden, A., McBroom, L., Skinner, A. y Moore, E. (Mayo, 1998). *Comprehensive Examination of Barriers to Employment among Persons Who Are Blind or Visually Impaired.* Mississippi State Univ., Mississippi State. Rehabilitation. Research and Training Center on Blindness and Low Vision. Recuperado de:
<http://files.eric.ed.gov/fulltext/ED419309.pdf>

Crumbaugh, J. y Maholick, L. (1969). Manual of instructions for the purpose in life test. Saratoga: Viktor Frankl Institute.

Del Risco, P. (2007). *Soporte Social y Satisfacción con la Vida en un grupo de Adultos Mayores que asisten a un Programa para el Adulto Mayor.* Tesis de Licenciatura no publicada. Pontificia Universidad Católica del Perú. Recuperado de:
http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/399/DEL_RISCO_AIRALDI_PATRICIA_SOPORTE_SOCIAL_SATISFACCION.pdf?sequence=1

Duquette, J. (Agosto, 2013). *Factors influencing work participation for people with a visual impairment.* Institut Nazareth et Louis-Braille. Pp. 14. Recuperado de:
<http://www.inlb.qc.ca/wp-content/uploads/2015/01/Factors-influencing-work-participation-in-persons-with-VI.pdf>

Francisco S., Isolina. (2016). *Estrategias de afrontamiento, apoyo social y sentido de vida en adultos mayores de 65 años*. Trabajo de fin de grado. Grado en Psicología, Universidad de Vitoria, Madrid, España. Recuperado de: <http://ddfv.ufv.es/bitstream/handle/10641/1231/Isolina%20Francisco%20Silva.pdf?sequence=1>

Francke, M. (2011). *El Sentido de la Vida y el Adulto Mayor en el Área Metropolitana de Monterrey*. Especialización en psicogerontología, Facultad de ciencias de la salud. Universidad Maimónides, Buenos Aires, Argentina. Recuperado de: http://psicogerontologia.maimonides.edu/wp-content/uploads/2011/04/El_Sentido_de_la_Vida_y_el_Adulto_Mayor1.pdf

Frankl, Viktor. (1988). *La voluntad del sentido*. Editorial Herder. Barcelona, España.

Frankl, Viktor. (1991). *El hombre en busca de sentido*. Editorial Herder. Barcelona, España. Recuperado de: https://markeythink.files.wordpress.com/2011/04/el_hombre_en_busca_de_sentido_viktor_frankl.pdf

Fritz M., Heidi. (n.d.). Una mirada logoterapéutica al universo de la discapacidad. Artículo virtual. *Revista Mexicana de Logoterapia*. Recuperado de: <http://www.logoterapia.com.mx/publicaciones/revista-mexicana-logoterapia/mirada-logoterapeutica-al-universo-discapacidad>

Guerrero T., Mariona. (2014). *El Sentido de la Vida y el Deseo de Adelantar la Muerte en pacientes con procesos avanzados de enfermedad* (Trabajo final de Máster). Facultad de Medicina y Ciencia de la Salud. Universidad Internacional de Cataluña. España. pp. 8. Recuperado de: http://www.recercat.cat/bitstream/handle/2072/234747/Mariona_Guerrero_Torrell.es.pdf?sequence=1

- Guerrero Velíz, Shirley Soraya. (2013). *Efectos Psicológicos De La Ceguera Y Su Incidencia En La Calidad De Vida De Los Usuarios De 23 A 54 Años Del Centro Municipal “Cuatro De Enero” Dase, Guayaquil.* (Tesis de grado) Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Psicológicas. Recuperado de:
repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/6637/2/cuerpo%20de%20la%20tesis.docx
- Hersen, M., Van Hasselt, V. B., Segal, D. L. (1995). Social Adaptation in Older Visually Impaired Adults: Some Comments. *International Journal of Rehabilitation and Health*, 1(1), 49-60. Recuperado de:
http://nsuworks.nova.edu/cps_facarticles/707
- Hodge, S. y Eccles, F. (Diciembre, 2013). *Loneliness, Social Isolation and Sight Loss: A literature review conducted for Thomas Pocklington.* Trust. Lancaster University. pp. 15-17. Recuperado de:
http://eprints.lancs.ac.uk/68597/1/loneliness_social_isolation_and_sight_loss_final_report_dec_13.pdf
- Horowitz, A. (Noviembre, 1997). *The role of family support in the rehabilitation of disabled elders: The case of vision loss.* Paper presented at the annual meeting of the American Public Health Association, Washington, DC.
- IAPB. International Agency for the Prevention of Blindness. (2012). GBD data on Vision Loss released. Recuperado de: <http://www.iapb.org/news/gbd-data-vision-loss-released>
- INEI. (2012). Primera Encuesta Nacional Especializada Sobre Discapacidad. Revisado de: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1171/ENEDIS%202012%20-%20COMPLETO.pdf
- INEI. (2014). Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Nacional de Hogares. Recuperado de:
https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/indices_tematicos/orden1_26.xlsx

- Jaspers, Karl (1958). *Aclaración de la existencia*. Philosophie (La filosofía) (trad. Vela, F.). Tomo I. Ed. Universidad de Puerto Rico. San Juan, Puerto Rico. pp. 400-410. Recuperado de: <https://es.scribd.com/document/174654828/jaspers-filosofia-tomo-1>
- Kahn, R.L. y Antonucci, T.C. (1980). Convoys Over the Life Course: Attachment, Roles and Social Support. *Life-span Development and Behavior*. New York: Academic Press. Vol. 3. pp. 253-286. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/259253271_Convoys_Over_the_Life_Course_Attachment_Roles_and_Social_Support
- Kempen G, van Heuvelen M, van Sonderen E, van der Brink R, Kooijman A, Ormel J. (1999). The relationship of functional limitations to disability and the moderating effects of psychological attributes in community-dwelling older persons. *Social Science & Medicine*. Vol. 48, pp. 1161-1172. Recuperado de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953698004274>
- Krause, N. (2007). Longitudinal study of social support and meaning in life. *Psychology and Aging*, 22(3), 456-469. <http://dx.doi.org/10.1037/0882-7974.22.3.456>, Recuperado de: <http://psycnet.apa.org/record/2007-13103-005>
- La Grow, S. y Daye, P., (2005). Barriers To Employment Identified By Blind And Vision-Impaired Persons In New Zealand. *Social Policy Journal Of New Zealand Te Puna Whakaaro*, issue 26. Recuperado de: <https://www.msd.govt.nz/about-msd-and-our-work/publications-resources/journals-and-magazines/social-policy-journal/spj26/26-barriers-to-employment-identified-by-blind-and-vision-impaired-persons-pages173-185.html>
- Lazarus, R. y Folkman, S., (1986). *Procesos de evaluación cognitiva*. Estrés y procesos cognitivos. Recuperado de: <https://es.scribd.com/doc/316445936/Estres-y-procesos-cognitivos-2-pdf>

- López González, María (2007) Discapacidad y género: estudio etnográfico sobre mujeres discapacitadas. *EN: Educación y diversidad: anuario internacional de investigación sobre discapacidad e interculturalidad*. Madrid: Mira editores
recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2313642>
- Lukas, Elisabeth. (1986). *LOGO-TEST. Test para la medición de la "realización interior del sentido" y de la "frustración existencial"*. Editorial Almagesto. Argentina. Pp. 50.
- Malakpa, S. (2007). Problems And Prospects In Employment And Job Retention Of The Blind And Visually Impaired In The United States: A Future Concern Of Special Education. *International Journal Of Special Education*. Vol 22. Nro.1. pp. 56. Recuperado de: <http://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ814469.pdf>
- Martínez, E. Trujillo, A. Trujillo, C. (2012). Validación del Test de Propósito Vital (pil test - purpose in life test) para Colombia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. Año XXI, V 1, pp. 85-89. Recuperado de: www.redalyc.org/pdf/2819/281925884007.pdf
- McIlvane, J. y Reinhardt, J. (2001). Interactive effect of support from family and friends in visually impaired elders. *Journal of Gerontology: PSYCHOLOGICAL SCIENCES*. Vol. 56B, No. 6, pp. 374–382. Recuperado de: <http://psychogerontology.oxfordjournals.org/content/56/6/P374.full.pdf>
- Mendonça P., Maria T. (2008). A new sense for living: a comprehensive study about the adaptation process following spinal cord injuries. *Revista Escuela de Enfermería*, Universidad de Sao Paulo, Brasil. pp. 574-576. Recuperado de: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/en_a11v43n3.pdf
- Mondaca Medina, Rafael (n.d.). Personas con ceguera, deficiencia visual y sordoceguera. Madrid, Fundación ONCE, América Latina (FOAL).

- Noblejas, A. (1994). *Logoterapia. Fundamentos, principios y aplicación. Una experiencia de evaluación del logro interior de sentido*. (Tesis doctoral). Madrid: Universidad Complutense, Facultad de educación. Recuperado de: <http://biblioteca.ucm.es/tesis/19911996/S/5/S5005701.pdf>
- Noblejas, A. (2000). Fiabilidad de los tests PIL y Logotest. *NOUS: Boletín de Logoterapia y Análisis Existencial*. (4), pp. 81-90. Recuperado de: <http://vivelibre.org/mybb/showthread.php?tid=1065>
- Nyman S., Gosney M. and Victor C. (2010). *The Psychosocial Impact of Vision Loss on Older People. British Society of Gerontology*. Recuperado de: <http://www.britishgerontology.org/DB/gr-editions-2/generations-review/the-psychosocial-impact-of-vision-loss-on-older-pe.html>
- Nyman SR, Gosney MA & Victor CR. (2008). *The psychosocial impact of sight loss on older people: An update of the evidence*. Paper presented at Vision 2008, Montreal, Canada. Recuperado de: <http://www.britishgerontology.org/DB/gr-editions-2/generations-review/the-psychosocial-impact-of-vision-loss-on-older-pe.html>
- Oliver A., Sancho P. y Galiana L. (2012). *Calidad de la empleabilidad en universitarios con discapacidad*. Revista Iberoamericana de Psicología y Salud, 2012, 3(2), pp. 109-123. Universidad de Valencia. España. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=245124456002>
- OMS. (2016). *Baja Visión/Función Visual Según La OMS* (Organización Mundial De La Salud). Recuperado de: <https://asociaciondoce.com/2016/02/18/baja-visionfuncion-visual-segun-la-oms-organizacion-mundial-de-la-salud/>
- OMS. (2016). Discapacidades. Recuperado de: <http://www.who.int/topics/disabilities/es/>

OMS. (Agosto, 2014). Ceguera y discapacidad visual. Nota descriptiva N° 282.

Recuperado de la web: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/es/>

ONCE (Organización Nacional de Ciegos Españoles). (2016). Concepto de ceguera y deficiencia visual. España. Recuperado de: <http://www.once.es/new/servicios-especializados-en-discapacidad-visual/discapacidad-visual-aspectos-generales/concepto-de-ceguera-y-deficiencia-visual>

Pallero González R. (n.d.). Ajuste psicosocial a la discapacidad visual en personas mayores. *Integración: revista sobre ceguera y deficiencia visual*, 55, pp. 24-42. Recuperado de: http://www.once.es/new/servicios-especializados-en-discapacidad-visual/publicaciones-sobre-discapacidad-visual/nueva-estructura-revista-integracion/copy_of_numeros-publicados/integracion-pdf/Integracion-55.pdf

Papalia, Feldman y Martorell (2012). Adolescencia. Desarrollo psicosocial en la adolescencia. Desarrollo humano. Duodécima edición. Mc GRAW-HILL/INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V. México. pp. 388-417.

Portilla, Ch. y Vilches, F. (2013). La práctica de investigación en psicología: preparación de tesis, disertación o artículos de investigación en psicología, de acuerdo a las Normas de la APA (6th ed.). pp. 27-37. Ed. Neo Cromátika S.R.L., Arequipa, Perú.

Portillo, I., Shum, G., Conde, A. y Lobato H. (2006). Mujer, discapacidad y empleo: tejiendo la discriminación. Universidad de Huelva, pp. 17. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2125759.pdf>

RAE. (2016). Estereotipo. Diccionario de la lengua española. Recuperado de: <http://dle.rae.es/?id=GqSjqfE>

Rocha, S., Figuereido, Z., Miranda, L., Bezerra, A. y Borges R. (2015). Influence of spirituality, religion and beliefs in the quality of life of people with spinal cord

injury. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 24(3), pp. 792-800. Recuperado de:
<http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n3/0104-0707-tce-2015000620014.pdf>

Rodríguez-Marín, Jesús, Pastor, Ma. Ángeles, López Roig, Sofía, *Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad*. Departamento de psicología, Facultad de medicina, Universidad de Alicante, España. Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72709924> ISSN 0214-9915

Salut, A. y Valle, L. (Enero, 2015). Aspectos psicológicos y su relación con la calidad de vida en pacientes con baja visión. *Revista Gaceta*. Nro. 499. Valladolid. España. Recuperado de:
cgcoo.es/download.asp?file=media/gaceta/gaceta499/cientifico%201.pdf

Sarason, E .J. and Sarason. (1992). *Morbid Psychology DSMIIR*, Tehran, Growth Propagation.

Serrano, P. y Ramírez, J. (2008). Edad, salud y deterioro de la visión: la disminución visual como síndrome geriátrico. *Integración. Rev Ceg Defic Visual*. Nro.55. pp. 9-19. Recuperado de:
<http://www.once.es/appdocumentos/once/prod/INTEGRACION%2055.pdf>

Sherbourne C., y Stewart, A., (1991). The Mos Social Support Survey. *Sot. Sci. Med.* Vol. 32, No. 6, pp. 705-714. Great Britain.

Snyder C . (2000). Hope theory: Rainbows in the Mind. *Psychological Inquiry*. 13; 4, pp. 249-275

Stella, F. y Rapso, M. (n.d.). Sentido de la vida en persona mayores de 50 años. *Revista reflexiones*. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica. pp. 23. Recuperado de:
<https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/reflexiones/article/download/10970/1035110970-16212-1-SM.pdf>

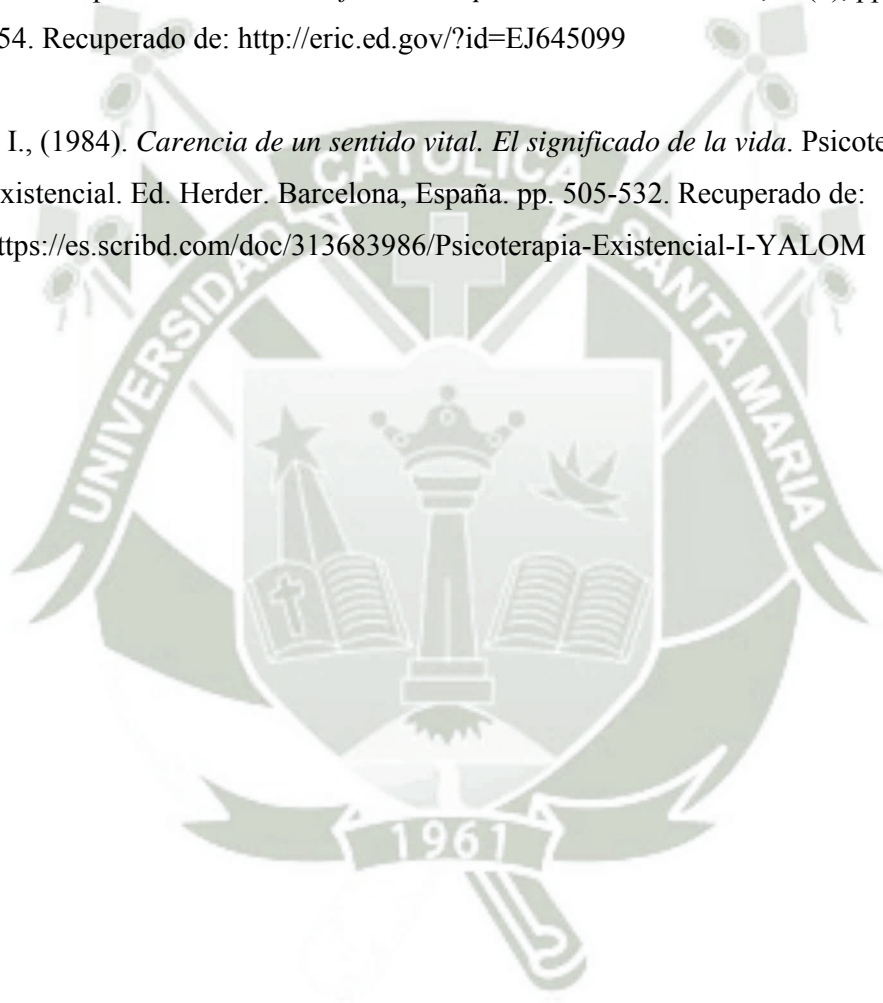
- Suñé, M., (2009). Discapacidad visual Hoy. Año 15 - N° 12. Versión Digital, pp. 59.
Recuperado de: <http://www.asaerca.com.ar/revistas/DVH12.pdf>
- Tapia, I. (2005). Percepción Visual y Ceguera. Tiflogía. Educación y Rehabilitación de Ciegos y Disminuidos Visuales. Recuperado de:
<http://tiflogia.blogspot.pe/2005/10/percepcin-visual-y-ceguera-ivn-tapia.html>
- Travis, L., Boerner, K., Reinhardt, J. y Horowitz, A. (Septiembre, 2004). Exploring Functional Disability in Older Adults with Low Vision. *The Journal of Blindness Innovation and Research*. Vol. 98. Nro. 5. Recuperado de:
<https://pdfs.semanticscholar.org/2740/ac0217dc20a9cb7928fb45d393dbdb48c1b3.pdf>
- Tunde-Ayinmode, M., Akande T., Ademola-Popoola D. (2011). Psychological and social adjustment to blindness: Understanding from two groups of blind people in Ilorin, Nigeria. *Ann Afr Med*. Vol. 10, 2, pp. 155-164. Doi: 10.4103/1596-3519.82073 Recuperado de: <http://www.annalsafmed.org/article.asp?issn=1596-3519;year=2011;volume=10;issue=2;spage=155;epage=164;aulast=Tunde-Ayinmode>
- Villarrubia, I., García-Bermejo, M. y Rollán G., C. (2005). Relación entre la satisfacción familiar, el bienestar psicológico y el sentido de la vida. *Educación y futuro: revista de investigación aplicada y experiencias educativas*, ISSN 1576-5199, N° 12, pp. 141-150. Recuperado de:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2047078>
- Vivaldi, Flavia y Barra, Enrique. (2012). Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores. *Terapia Psicológica*, 30(2), 23-29. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000200002>
- Waltzlawick, P., Bavelas, J. y Jackson, D., (1991). *Teoría de la comunicación humana*. Ed. Herder. Barcelona, España. pp. 176-177. Recuperado de:

<https://catedraepistemologia.files.wordpress.com/2015/09/276081111-teoria-de-la-comunicacion-humana-watzlawick.pdf>

WHO. (2010). Global Data On Visual Impairments. Recuperado de:
<http://www.who.int/blindness/GLOBALDATAFINALforweb.pdf>

Wolffe, K.E. and S. Spungin (2002). A glance at worldwide employment of people with visual impairments. *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 96(4), pp. 245–254. Recuperado de: <http://eric.ed.gov/?id=EJ645099>

Yalom, I., (1984). *Carencia de un sentido vital. El significado de la vida*. Psicoterapia Existencial. Ed. Herder. Barcelona, España. pp. 505-532. Recuperado de:
<https://es.scribd.com/doc/313683986/Psicoterapia-Existencial-I-YALOM>



Anexos

Apéndice A

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

N°

SEXO:

- ☐ Masculino
☐ Femenino

EDAD:

LUGAR DE NACIMIENTO:

GRADO DE EDUCACIÓN:

- ☐ Analfabeta
☐ Primaria Completa
☐ Primaria Incompleta
☐ Secundaria Completa
☐ Secundaria Incompleta
☐ Superior Completa
☐ Superior Incompleta

OCUPACION:

ESTADO CIVIL:

- ☐ Conviviente
☐ Soltero (a)
☐ Casado (a)
☐ Viudo (a)
☐ Divorciado (a)

TIPO DE CEGUERA:

- ☐ Ceguera Parcial
☐ Ceguera Total o Completa
☐

ORIGEN DE DISCAPACIDAD:

- ☐ Congénita
☐ Adquirida

TIEMPO DE DISCAPACIDAD:

Apéndice B

CUESTIONARIO MOS

Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda que usted dispone:

A. Aproximadamente cuántos amigos cercanos y familiares cercanos tiene (la gente que se siente cómodo contigo y puedes hablar acerca de lo que tú sientes y piensas)

1. Escriba el número aproximado de amigos cercanos y familiares cercanos:

_____;

B. Marca con una X en el cuadrito que mejor se acerque a su respuesta

| Nº | AFIRMACIONES | NUNCA | CASI NUNCA | A VECES | CASI SIEMPRE | SIEMPRE |
|----|--|-------|------------|---------|--------------|---------|
| 2 | Alguien que le ayude cuando tenga que estar en cama | | | | | |
| 3 | Alguien con quien pueda contar cuando necesite hablar | | | | | |
| 4 | Alguien que le aconseje cuando tenga problemas | | | | | |
| 5 | Alguien que le lleve al médico cuando lo necesite | | | | | |
| 6 | Alguien que le muestre amor y afecto | | | | | |
| 7 | Alguien con quien pasar un buen rato | | | | | |
| 8 | Alguien que le informe y le ayude a entender la situación | | | | | |
| 9 | Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones | | | | | |
| 10 | Alguien que le abrace | | | | | |
| 11 | Alguien con quien pueda relajarse | | | | | |
| 12 | Alguien que le prepare comida si no puede hacerlo | | | | | |
| 13 | Alguien cuyo consejo realmente desee | | | | | |
| 14 | Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar los problemas | | | | | |
| 15 | Alguien que le ayude con las tareas domésticas | | | | | |
| 16 | Alguien con quien compartir sus temores y problemas íntimos | | | | | |
| 17 | Alguien que le aconseje como resolver sus problemas personales | | | | | |
| 18 | Alguien con quien divertirse | | | | | |
| 19 | Alguien que comprenda sus problemas | | | | | |
| 20 | Alguien a quien amar y sentiré querido | | | | | |

Apéndice C

Prueba del Propósito Vital [PIL Test] de Crumbaugh & Maholick

Nombre:

Instrucciones: Escribe un número del 1 al 7 al lado de cada enunciado según como te sientas EN ESTE MOMENTO.

| | |
|---|--|
| 1 | <p>Generalmente estoy</p> <p>1 2 3 4 5 6 7</p> <p>completamente neutro totalmente</p> <p>aburrido entusiasmado</p> |
| 2 | <p>La vida me parece</p> <p>1 2 3 4 5 6 7</p> <p>completamente neutro siempre</p> <p>rutinaria emocionante</p> |
| 3 | <p>Para mi vida</p> <p>1 2 3 4 5 6 7</p> <p>no tengo ninguna neutro tengo metas y meta ni</p> <p>propósito claro propósitos bien definidos</p> |
| 4 | <p>Mi existencia, mi vida personal</p> <p>1 2 3 4 5 6 7</p> <p>no tiene ningún sentido neutro tiene mucho sentido</p> |
| 5 | <p>Vivo cada día como</p> <p>1 2 3 4 5 6 7</p> <p>exactamente idéntico neutro constantemente nuevo</p> |
| 6 | <p>Si pudiera elegir, preferiría</p> <p>1 2 3 4 5 6 7</p> <p>no haber nacido neutro vivir mil veces más una vida</p> <p>idéntica a la mía</p> |
| 7 | <p>Después de jubilarme o retirarme, me gustaría</p> <p>1 2 3 4 5 6 7</p> <p>vagar el resto de neutro hacer algunas de las cosas</p> <p>mi vida que siempre me han interesado</p> |
| 8 | <p>En alcanzar las metas de la vida</p> <p>1 2 3 4 5 6 7</p> <p>no he progresado neutro he progresado mucho como</p> <p>nada para estar completamente</p> <p>satisfecho</p> |
| 9 | <p>Mi vida está</p> <p>1 2 3 4 5 6 7</p> <p>vacía, llena de neutro llena de cosas buenas</p> |

| | | | | | | | |
|----|--|---|---|------------|---|---|---|
| | desesperación | | | y valiosas | | | |
| 10 | Si muriera hoy, sentiría que mi vida | | | | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | no valió la pena para nada | | | neutro | | valió mucho la pena | |
| 11 | Al pensar mi vida | | | | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | me pregunto a menudo por qué existo | | | neutro | | siempre veo una razón por lo que estoy aquí | |
| 12 | Considero que el mundo en el que vivo | | | | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | me confunde | | | neutro | | tiene sentido para mí | |
| 13 | Yo soy | | | | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | muy irresponsable | | | neutro | | muy responsable | |
| 14 | Creo que el hombre para tomar sus propias decisiones es | | | | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | Completamente limitado por su herencia y ambiente | | | neutro | | totalmente libre para elegir | |
| 15 | Con respecto a la muerte | | | | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | no estoy preparado y tengo miedo | | | neutro | | estoy preparado y no tengo miedo | |
| 16 | Con respecto al suicidio | | | | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | he pensado que es una salida | | | neutro | | nunca he pensado en seriamente ello | |
| 17 | Considero que mi capacidad para encontrar un sentido, un propósito o una misión en mi vida | | | | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | es prácticamente nula | | | neutro | | es muy grande | |
| 18 | Mi vida está | | | | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | fuera de mis manos y controlada por factores externos | | | neutro | | en mis manos y bajo mi control | |
| 19 | Enfrentarme a mis tareas diarias es | | | | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | una experiencia aburrida y penosa | | | neutro | | una fuente de placer y satisfacción | |
| 20 | Yo he descubierto que | | | | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | no tengo ningún sentido, ni propósito, ni misión en mi vida | | | neutro | | tengo metas claras, delimitadas y un sentido de vida que me satisface | |

Gracias por su colaboración.