



Universidad Abierta
Interamericana

**FACULTAD DE PSICOLOGIA Y RELACIONES
HUMANAS**

LICENCIATURA EN PSICOLOGIA

Calidad de Vida y Perspectiva Temporal Futura de Padres

Oyentes con Hijos Sordos y Oyentes.

Tesista: Mariana Laura Bertolone-Cervi

Tutora: Dra. Mariana Psyrdellis

Título a obtener: Licenciatura en Psicología

Localización: Lomas de Zamora

Turno: mañana

Fecha de entrega: 2 de agosto de 2021

Agradecimientos

A mi tutora, Mariana Psyrdellis, porque sin su orientación, este trabajo no habría sido posible.

A todos los profesores que me han enseñado en la UAI, un reconocimiento porque cada uno me ha mostrado el mundo de la psicología en sus diferentes facetas.

A Alberto Salas, el bibliotecario de la UAI Lomas de Zamora, que siempre estuvo dispuesto a ayudarme a encontrar nuevas formas de encontrar bibliografía.

A Luciana, una amiga y gran compañera.

Índice

Agradecimientos	2
Resumen.....	6
Abstract	7
Introducción y planteamiento del problema.....	8
PRIMERA PARTE:	11
ESTADO DEL ARTE Y MARCO TEÓRICO	11
1 Estado del arte.....	12
2 Marco teórico.....	20
2.1 Calidad de vida	20
2.1.1 <i>Conceptualización de Calidad de Vida</i>	20
2.2 Perspectiva temporal futura	23
2.2.1 <i>Conceptualización de perspectiva Temporal Futura</i>	23
2.3 Discapacidad	26
2.3.1 <i>Conceptualización de discapacidad</i>	26
2.4 Sordera e hipoacusia	28
2.4.1 <i>Conceptualización de sordera e hipoacusia</i>	28
SEGUNDA PARTE.....	322
EL PRESENTE ESTUDIO.....	322
3 Metodología.....	333
3.1 Pregunta de investigación	333
3.2 Objetivo general.....	333
3.3 Objetivos específicos	333
3.4 Hipótesis	344
3.5 Justificación y relevancia.....	344
3.5.1 <i>Relevancia teórica</i>	344
3.5.2 <i>Relevancia práctica</i>	355
3.5.3 <i>Relevancia social</i>	355
3.6 Propuesta metodológica	355
3.7 Tipo de diseño.....	366
3.8 Muestra	366
3.9 Participantes.....	366
3.9.1 <i>Criterios de inclusión y exclusión</i>	377
3.9.1.1 <i>Inclusión</i>	377
3.9.1.2 <i>Exclusión</i>	377

3.10 Instrumentos.....	377
3.10.1 Cuestionario sociodemográfico	377
3.10.2 Escala de Calidad de Vida WHOQOL-BREF. Adaptación al español de Murgeri, M.388	
3.10.2 Inventario de Perspectiva Temporal Futura de Zimbardo. Adaptación de Ma. Elena Brenlla.....	411
3.11 Procedimiento	433
4 Resultados	44
4.1 Caracterización de la muestra	44
4.2 Normalidad de las variables.....	51
4.3 Comparación entre grupos	53
5 Discusión, propuestas y conclusión	61
5.1 Análisis de los resultados.....	61
5.2 Limitaciones del estudio y propuestas para futuras investigaciones.....	65
5.3 Conclusión	66
Referencias bibliográficas.....	67
Anexo.....	75
Cronograma.....	75
Consentimiento Informado	76
Cuestionario sociodemográfico	77
Protocolos	78

Índice de Tablas

Tabla 1. Sexo del encuestado. Total encuestados. En frecuencias y porcentajes.....	45
Tabla 2. Estadísticos de Edad del encuestado. Total encuestados.....	45
Tabla 3. Edad del encuestado. Total encuestados. En frecuencias y porcentajes.....	45
Tabla 4. Edad del encuestado. Total encuestados. Segmentado por Género. En frecuencias y porcentajes.....	46
Tabla 5. Edad del encuestado. Total encuestados. Segmentado por Hijo oyente e Hijo sordo. En frecuencias y porcentajes.....	46
Tabla 6. Situación laboral del encuestado. Total encuestados. En frecuencias y porcentajes.....	47
Tabla 7. Situación laboral del encuestado. Total encuestados. Segmentado por Hijo oyente e Hijo sordo. En frecuencias y porcentajes.....	47
Tabla 8. Nivel de educación del encuestado. Total encuestados. En frecuencias y porcentajes.....	47
Tabla 9. Nivel de educación del encuestado. Total encuestados. Segmentado por Hijo oyente e Hijo sordo. En frecuencias y porcentajes.....	48
Tabla 10. Tipo de sordera. Padres con Hijos sordos. En frecuencias y porcentajes.....	49
Tabla 11. Puntuaciones medias de Calidad de Vida.....	50
Tabla 12. Puntuaciones medias de Perspectiva Temporal Futura.....	51
Tabla 13. Prueba de Kolmogorov Smirnov – Calidad de vida y dimensiones.....	51
Tabla 14. Prueba de Kolmogorov Smirnov – Perspectiva Temporal Futura y dimensiones.....	52
Tabla 15. Estadísticos de Prueba de Levene de homogeneidad de las varianzas. Calidad de vida total y Perspectiva Temporal Futura total.....	52
Tabla 16. Prueba de Levene de homogeneidad de las varianzas. Calidad de vida total y Perspectiva Temporal Futura total.....	53
Tabla 17. Correlación entre Calidad de Vida y Perspectiva Temporal Futura de padres de hijos oyentes y no oyentes.....	54

Índice de Figuras

Figura 1. Tipos de sordera. Padres con hijos sordos.....	49
---	----

Resumen

El objetivo de este trabajo fue analizar la relación existente entre la Calidad de vida y la Perspectiva Temporal Futura en padres oyentes de niños oyentes y de niños sordos o hipoacúsicos. Para la selección de la muestra se siguió un diseño no probabilístico por cuotas y la misma estuvo conformada por 101 padres oyentes de niños oyentes y sordos o hipoacúsicos de instituciones del Gran Buenos Aires región sudoeste de la provincia de Buenos Aires.

Para la medición de los constructos Calidad de vida y Perspectiva Temporal futura se administró un protocolo compuesto de dos instrumentos: WHOQOL-BREF versión española y el Inventario de Perspectiva Temporal Futura de Zimbardo.

En cuanto a los resultados, no se observaron diferencias significativas entre las percepciones tanto de Calidad de vida como de Perspectiva Temporal futura de padres de Hijos oyentes y padres de Hijos sordos. La correlación entre Calidad de vida y Perspectiva Temporal Futura de los padres de Hijos sordos, presentó coeficientes que en la mayoría de los casos fueron similares o inferiores a la correlación moderada. En el caso de los padres de Hijos oyentes, se observaron correlaciones moderadas pero negativas entre algunas dimensiones de las variables analizadas. Asimismo, no se observó asociación tanto de Calidad de vida como de Perspectiva Temporal futura con respecto a las variables Sexo, Situación laboral, Nivel de escolaridad y Tiene hijo sordo o no, a excepción de la dimensión Nivel de escolaridad.

Palabras claves: Calidad de vida- Perspectiva Temporal Futura- sordera e hipoacusia- paternidad.

Abstract

The objective of this work was to analyze the relationship between Quality of Life and Future Temporal Perspective in hearing parents of hearing children and deaf or hard of hearing children. For the selection of the sample, a non-probabilistic quota design was followed and it was made up of 101 hearing parents of hearing and deaf or hard of hearing children from institutions in the Greater Buenos Aires southwestern region of the province of Buenos Aires.

To measure the Quality of Life and Future Temporal Perspective constructs, a protocol composed of two instruments was administered: WHOQOL-BREF Spanish version and the Zimbardo Future Temporal Perspective Inventory.

As regards the results, no significant differences were observed between the perceptions of both the Quality of Life and the Future Temporal Perspective of parents of hearing children and parents of deaf children. The correlation between Quality of life and Future Temporal Perspective of the parents of deaf children, presented coefficients that in most cases were similar or lower than the moderate correlation. In the case of the parents of hearing children, moderate but negative correlations were observed between some dimensions of the variables analyzed. Likewise, no association has been registered for both Quality of life and Future Temporal Perspective with respect to the variables Sex, Employment situation, Level of education and Has a child who is deaf or not, except for the dimension Level of education.

Keywords: Quality of life- Future Temporal Perspective- deafness and hearing loss- paternity.

Introducción y planteamiento del problema

El propósito de este trabajo fue analizar la relación existente entre la Calidad de vida y la Perspectiva temporal futura en dos grupos de padres de niños en edad escolar: los primeros, padres oyentes de niños oyentes y los segundos, padres oyentes de hijos sordos o hipoacúsicos.

Se partió de la premisa de que los padres de hijos sordos y los padres de hijos no sordos diferirían en cuanto a calidad de vida y perspectiva temporal futura y se realizó un estudio comparativo intergrupar. Cabe destacar que no se encontraron antecedentes de investigaciones que relacionen estos constructos con este tipo de población en Argentina.

Las personas sordas o hipoacúsicas son aquellas que tienen la incapacidad de oír tal y como oyen las personas que no tiene defectos en la escucha. Los problemas de la audición pueden ser producto de enfermedades contraídas por la madre durante la gestación, enfermedades infecciosas, uso de medicamentos ototóxicos durante el embarazo o durante la vida de la persona afectada por sordera, la exposición a ruidos excesivos o envejecimiento. Casi la mitad de los casos de personas afectadas por esta enfermedad pueden ser prevenidos (Organización Mundial de la Salud, 2018). Frente al diagnóstico de sordera de un hijo, las reacciones de los padres pueden ser diversas. Podría pensarse que luego del shock emocional que estos padres experimentan frente al diagnóstico, su visión de la vida cambiaría y se haría un poco más pesimista.

Kazez, Melloni y Maldavsky (2014) subrayan el hecho de que más del noventa por ciento de los niños sordos nacen en familias oyentes y sus padres deben tomar decisiones prontamente, con poca o nula información y que afectarán sobremanera el desarrollo y posibilidades futuras de sus hijos. Se ha encontrado evidencia de estrés en los padres oyentes

de niños sordos ya que la comunicación está debilitada o prácticamente anulada entre ellos cuando los padres no han aprendido lengua de señas (Dubra & López Larrosa, 2016).

En Argentina, la sordera está tipificada como una discapacidad, negando aspectos culturales propios de las personas sordas como grupo cultural (Massone, 2009) y se utiliza Lengua de señas Argentina (LSA) como lengua materna para los sordos; pero no todos los padres oyentes tienen conocimiento de qué es o dónde se puede estudiar. Para Casas Idarraga (2009), un factor protector para las personas sordas e hipoacúsicas y sus familiares sería el aprendizaje de lengua de señas.

Las principales preocupaciones de los padres oyentes de hijos sordos se relacionan con los obstáculos que los niños tendrán como adultos en su vida independiente, la integración en la sociedad, la falta de información sobre los problemas que pueden llegar a tener sus niños y el incumplimiento de las leyes que existen para que sean personas con plena igualdad de derechos (Mercado García & García Vicente, 2010).

Las inquietudes manifestadas por los padres se investigarán sobre dos ejes: calidad de vida y perspectiva temporal futura. Calidad de vida es un concepto utilizado en psicología para describir la salud o la medida de bienestar de un sujeto. Surge de varios autores que investigaron el bienestar personal derivado de la autosatisfacción de acuerdo a criterios multidimensionales donde se ponen en juego factores ambientales, criterios personales e interpersonales y sacionormativos del sujeto en cuestión (Urzúa & Caqueo Urizar, 2012).

Por otro lado, Perspectiva Temporal Futura es una variable psicológica desarrollada por Phillip Zimbardo en 1999 (citada por Morales, 2006) y hace referencia a la orientación al pasado, presente y futuro de una persona de acuerdo a su valencia afectiva (Diaz Morales, 2006). La percepción del tiempo es una capacidad esencial para la adaptación del ser humano al ambiente (Oyanadel, Oyanadel, Buela-Casal, & Pérez-Fortis, 2014). El balance entre una

actitud positiva del pasado, orientación al futuro y el disfrute de experiencias agradables presentes se relaciona con una buena estimación de la salud (Oyanadel & Buena Casal, 2011).

Se considera pertinente la indagación de estas variables ya que calidad de vida es un concepto cada vez más utilizado en el ámbito de la discapacidad como referencia para el desarrollo de servicios y la evaluación de resultados personales (Brown & Schalock, 2004). Se asume que la sordera del hijo y su desarrollo en la vida en el futuro sería un tema presente en las conversaciones familiares diarias (Cummings & Davies, 2010; Rolland, 2000) y cabría entonces esperar que los padres con hijos sordos se preocuparían por ello.

Frente a todo lo expuesto, podría pensarse que la calidad de vida de los padres de niños sordos se diferenciaría de la de los padres de niños oyentes, ya que la discapacidad auditiva de su hijo conlleva una adaptación familiar particular y a la necesidad de innumerables consultas a psicólogos, médicos, fonoaudiólogos, psicopedagogos y otros profesionales de la salud. Además, tienen que aprender lengua de señas para poder comunicarse con el niño y de esta manera insertarlo en la comunidad sorda y la escolaridad especial. Por lo cual, la visión de futuro de estas personas se vería afectada por este tipo de diagnóstico ya que podrían preocuparse sobre la vida que llevará su hijo luego de que ellos ya no estén para ayudarlos y funcionar como intermediarios o traductores del medio en el que viven.

Las preguntas que se desprendieron de todo lo anteriormente escrito fue: ¿cuál es la relación entre Calidad de vida y Perspectiva temporal futura de los padres oyentes de hijos sordos? ¿Es diferente a la de los padres oyentes de niños oyentes?

PRIMERA PARTE:
ESTADO DEL ARTE Y MARCO
TEÓRICO

1. Estado del Arte

De acuerdo a una investigación llevada cabo por Cardona Arias y Higuera Gutiérrez (2014), la Calidad de Vida fue evaluada en personas sanas y enfermas por la OMS tomando en cuenta las consideraciones de las personas sobre su salud física, psicológica, social y ambiental de modo integral. El objetivo de esta investigación fue describir los resultados obtenidos en diferentes regiones del planeta. Se revisaron los estudios originales en los que se aplicó el instrumento y entre 2002 y 2012 lo cual arrojó diferentes resultados. Se revisaron 845 que incluyeron a 23414 personas y se cuantificaron los datos para el grupo de sujetos sanos y enfermos, dando como resultado que la mayoría de las publicaciones fueron hechas en Brasil y China. Las investigaciones con personas sanas fueron relevadas con el propósito de validar escalas y estudiar grupos de personas en riesgo (ancianos, cuidadores, o minorías étnicas, por ejemplo). La conclusión de estos estudios revela que el Cuestionario de Calidad de Vida de la OMS es relevante a la hora de obtener información del paciente, es útil tanto en estudios epidemiológicos como observacionales además de ensayos clínicos y otros.

Un relevamiento del funcionamiento diferencial de los ítems de WHOQOL-BREF en nueve países Iberoamericanos fue realizado en 2016 por Benítez-Borrego, Mancho-Foraa, Farràs-Permanyera, Urzúa- Morales, y Guàrdia-Olmo. Para ello se entrevistaron 1.972 personas de 9 países de habla hispana y edades entre los 17 y los 34 años esta investigación dio como resultado la importancia de la adaptación del cuestionario a la variante del español predominante en cada país.

Otro estudio relacionado con la calidad de vida fue llevado a cabo por Skevington (2010) donde se investiga la calidad de vida relacionada con la salud, el nivel de educación y la cultura, para el cual se utilizó el WHOQOL-BREF en 23 países (entre ellos Argentina, Australia, Brasil, Bulgaria, China, Croacia, Alemania, Grecia, Hungría, Israel, Italia, Japón, Nigeria, Los Países Bajos, Noruega, Rumania, Rusia y España) con 9404 adultos sanos y

enfermos. Como resultado se pudo observar que la calidad de vida ambiental aumenta a mayor grado de educación (falta de educación formal hasta el nivel universitario) mientras que la calidad de vida psicológica, social y física sólo aumentaron hasta que los sujetos alcanzaron el nivel secundario. Los adultos con mejores recursos financieros, medio ambiente y nivel de cultura se perciben con una mejor calidad de vida para quienes recibieron una educación universitaria que para aquellos que solo alcanzaron el nivel secundario de educación. Fue únicamente la calidad de vida psicológica la que se distinguió entre todos los niveles educativos en los países en vías de desarrollo.

Otra investigación, llevada a cabo por Irrazabal y colaboradores en 2012, pone en práctica la utilización de la Encuesta de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud (WHOQOL-BREF) en un grupo de Psiquiatras Infanto-Juveniles y Neuropediatras de Chile. La encuesta se realizó electrónicamente a 79 médicos asociados a la Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y de la Adolescencia y los resultados demostraron que estos profesionales obtuvieron puntuaciones menores a los de la población general. Frente a estos números, los investigadores indagaron más profundamente para examinar los rasgos característicos de los psiquiatras infanto-juveniles y llegaron a la conclusión de que éstos tienen una percepción subjetiva insuficiente del estado de su salud, sus casas, sus salarios y el soporte emocional familiar.

El envejecimiento de la población de Chile motivó a varios investigadores (Torres, Rioseco, & Ducci, 2008) a relevar datos sobre la calidad de vida de los adultos mayores que residen en viviendas sociales. Para ello utilizaron el WHOQoL-BREF. Se realizó un estudio descriptivo y transversal cuyo objetivo fue comparar dos grupos de adultos mayores beneficiados por los dos tipos de vivienda básica (condominio y edificio). De los 276 adultos mayores encuestados, 124 residían en condominio y 152 en edificio. El estudio descubrió que

los adultos mayores que vivían en condominios presentaban una mejor calidad de vida que aquellos que lo hacían en edificios.

En Argentina, en la ciudad de Córdoba se estudió la calidad de vida en los profesionales de la salud con el objetivo de analizar el estado de salud y calidad de vida de los profesionales que trabajaban en un hospital (Chavez, 2017). Para ello se encuestaron 70 trabajadores de entre 26 a 70 años, siendo la mayoría solteros y con estudios universitarios finalizados. El instrumento WHOQOL Bref de la OMS fue aplicado de manera autoadministrable. El 31,4% reconoció encontrarse enfermo y el 11,4% mencionó problemas de salud múltiple y de tiroides, dentro de la dimensión de salud psíquica, la ansiedad fue la más mencionada. Se concluyó que es necesario que se implementen políticas de salud para los trabajadores de la salud ya que estos se encuentran niveles de estrés altos, lo cual repercutiría en su salud y calidad de vida general.

En la provincia de San Luis se llevó a cabo una investigación con el fin de indagar sobre los niveles de calidad de vida de individuos de la ciudad de San Luis (Baldi López & García Quiroga, 2010). El objetivo de ese trabajo fue advertir la percepción de la calidad de vida en un grupo de 168 individuos, 78 hombres y 90 mujeres con edades entre los 20 y 70 años. La muestra fue seleccionada buscando individuos sanos (sin diagnóstico médico de enfermedades físicas o mentales crónicas) y completaron la versión del WHOQOL-100 de Bonicatto y Soria de 1998. Se demostró que las dos variables influyen directamente en la satisfacción de la calidad de vida de los individuos y que los grupos con mayor satisfacción con su calidad de vida son los hombres en general y la franja etaria denominada “adultez temprana” que comprende desde los 20 a los 40 años.

El constructo Perspectiva temporal futura puede aplicarse a muchos todos los ámbitos del quehacer humano. Un ejemplo de ello es una investigación llevada a cabo en España sobre la relación entre practicar actividades físicas y deportivas con la experiencia de ocio y

la Perspectiva del tiempo (Codina, N.& Pestana, J. 2016). Se trabajó sobre una muestra de por 134 personas jóvenes (84 hombres y 54 mujeres), con edades desde los 18 a los 24 años. La forma de administración del inventario fue autoadministrable y en línea y se concluyó que los jóvenes que practican actividades físicas y deportivas poseen una perspectiva de tiempo equilibrado y, por otro lado, las experiencias de ocio están ligadas al presente hedonista y pasado positivo. Estas afirmaciones manifiestan la necesidad de organizar actividades deportivas dirigidas a los jóvenes como manera de promover y mantener la salud.

En un artículo firmado por Ma. Elena Brenlla y sus colaboradores (Brenlla, Zapater, & Germano, 2019) se publicaron los resultados de la adaptación argentina que realizaron del inventario de Perspectiva Temporal Futura de Zimbardo. El objetivo del estudio fue analizar si la adaptación española de dicho inventario era utilizable en Argentina y la conclusión fue que hubo que hacer algunos cambios referidos a la forma de hablar de los argentinos. Se trabajó con 323 adultos que ofrecieron datos que se procesaron para analizar las propiedades psicométricas de la adaptación. La fiabilidad de los ítems fue satisfactoria (valores α entre .59 y .78). Se pudieron encontrar asociaciones significativas entre pasado negativo y malestar psicológico y las variaciones obtenidas en las puntuaciones fueron explicadas por variaciones en la edad, sexo, condición económica y educativa. También se descubrió que cuanto mayor es la edad del individuo, menor es la orientación al presente hedonista.

En otro artículo de Brenlla (Brenlla, Willis, & Germano, 2016) se estudió de qué modo se asocian los distintos momentos de la vida adulta, categorizada como: muy jóvenes; adultos jóvenes; adultos medios, con el tipo de perspectiva temporal y la habilidad para la estimación temporal prospectiva y retrospectiva. Participaron 323 sujetos que contestaron al Inventario de Perspectiva Temporal de Zimbardo y, un subgrupo de 125 personas también realizó tareas de estimación de tiempo retrospectiva y prospectiva. Los resultados demostraron que existían diferencias estadísticamente significativas según el grupo de edad

ya que los adultos medios (aquellos sujetos mayores de 45 años) mostraron una tendencia marcada hacia la orientación al futuro comparado con los más jóvenes. Por otro lado, los resultados son ponderados teniendo en cuenta los factores biológicos y cognitivos que hacen a las diferencias individuales en la perspectiva del tiempo.

Otras investigadoras argentinas, Galarra y Stover (2016) trabajaron en la adaptación del Inventario de Perspectiva Temporal de Zimbardo a estudiantes de nivel medio de Buenos Aires. Trabajaron con 320 estudiantes de Buenos Aires (47.2% mujeres, 52.8% hombres con una edad promedio de 16 años). Se analizaron los datos recogidos para realizar la adaptación con excelentes resultados con respecto a la consistencia interna del estudio ya que el cálculo de alfas de Cronbach dio para pasado negativo ($\alpha = .80$) y presente hedonista ($\alpha = .78$), y adecuados para futuro ($\alpha = .68$) y presente fatalista ($\alpha = .63$). Arribaron a la conclusión que es un instrumento válido para evaluar estudiantes de educación media para la Argentina.

Las mismas autoras (Galarra & Stover, 2017) analizaron la Perspectiva temporal futura y estrategias de afrontamiento en estudiantes de nivel medio próximos a egresar de la provincia de Buenos Aires. Participaron 260 alumnos de entre 15 y 21 años de escuelas provinciales utilizando las adaptaciones vernáculas del Inventario de Perspectiva Temporal de Zimbardo y el Inventario de Estrategias de Afrontamiento. Diferencias significativas no fueron halladas con respecto a la Perspectiva Temporal Futura en los alumnos ambos géneros.

Desde el discurso médico y educacional hegemónico, las personas sordas han sido pensadas como enfermos a rehabilitar, sin tener en cuenta que son sujetos que construyen una comunidad lingüística con características propias (Rey, 2008). Muchas investigaciones se han hecho acerca del malestar que genera tener un hijo sordo en familias oyentes.

Una investigación llevada a cabo por Agrawal y Kaur (2012) muestra que los niños con problemas auditivos (sordera o hipoacusia) tuvieron menos aceptación por parte de

maestros y compañeros y puntuaron menos en test de inteligencia y nivel académico que sus compañeros oyentes, lo cual se relaciona con la ansiedad del grupo de niños sordos.

Por otro lado, Hintermair (2006) realizó un estudio con 213 madres y 213 padres de niños sordos y con problemas de audición, se utilizó una batería de cuestionarios (PSI, SDQ, SOC, F-SozU, etc.) para determinar el grado de correlación entre los recursos de los padres, las variables sociodemográficas, la experiencia de estrés y problemas socioemocionales infantiles. Los resultados arrojados muestran que el estrés parental elevado está asociado con problemas socioemocionales frecuentes en los niños. Esto podría ser amortiguado con estrategias de consultoría y apoyo orientadas a los recursos en la intervención temprana, porque el acceso de los padres a los recursos personales y sociales se asocia con una experiencia de estrés significativamente menor. El desarrollo infantil podría beneficiarse enormemente de un concepto de apoyo orientado a los recursos de sus padres. El resultado confirma hallazgos anteriores que enuncian que los padres con niños con discapacidades adicionales están especialmente estresados.

Otro estudio realizado por Boyraz y Sayger (2010) con 63 padres de niños con discapacidad y 217 padres con niños con desarrollo típico examinó el papel de la cohesión familiar, la adaptabilidad y a la autoeficacia paterna. Los padres de niños con discapacidades obtuvieron una puntuación significativamente más alta en la dimensión de autoaceptación del bienestar psicológico en comparación con los padres de niños sin discapacidades, pero luego de controlar los factores demográficos, la cohesión familiar y la autoeficacia paterna de manera significativa y positivamente predicha se encontró que el bienestar de los padres era similar en los grupos de la muestra. De acuerdo a lo investigado por Kurtzer y Luteran (2003), el afrontamiento parental con el diagnóstico de la discapacidad auditiva de su hijo no ha recibido mucha atención de investigación ya que se pasó de un modelo de diagnóstico iniciado por los padres a un diagnóstico iniciado por la institución. En este momento, el

afrontamiento se inicia sin ninguna preparación. Los modelos de duelo, basados en la experiencia de la muerte, generalmente empleados para describir las reacciones de los padres al diagnóstico también pueden ser inapropiados ya que la tristeza que se experimenta frente a la muerte de un ser querido es finita mientras la pena por un hijo sordo no tiene fin. Se concluye que no hay suficiente investigación sobre los efectos a largo plazo del duelo crónico y cómo eso afecta el vínculo entre padres e hijos. Otra investigación llevada a cabo por Feher- Prout (1996) arrojó como resultado que más de 90 por ciento de los niños sordos nace de padres oyentes. Estos padres experimentan estrés, no solo al momento del diagnóstico inicial sino también en la adaptación de la vida familiar a las necesidades de su hijo sordo.

Peralta López y Arellano Torres (2010) subrayan en una investigación la necesidad de promover enfoques de intervención centrados en la mejora de la calidad de vida familiar de personas con discapacidad a través de la capacitación de todos los miembros de esta, ya que la falta de habilidades y recursos repercute negativamente en la calidad de vida de todos.

Por otra parte, en Estados Unidos, Steimberg (2006) pone de manifiesto el interés del servicio de salud mental sobre las necesidades de las personas con discapacidad auditiva durante los últimos 35 años, pero advierte que la disponibilidad y el acceso a los servicios clínicos por parte estas personas no son las mismas que las personas que no poseen discapacidades. A pesar de las leyes nacionales, las necesidades psiquiátricas y psicosociales de las personas sordas estadounidenses siguen siendo muy desatendidas.

Si bien los antecedentes mencionados en la próxima sección son de investigaciones llevadas a cabo hace unos años, se considera relevante exponerlas ya que son una muestra del estado del arte en esta materia.

De acuerdo a lo investigado por Dyson (1991), aunque las familias con hijos con discapacidad presentan mayores niveles de estrés, en muchos casos, las diferencias en su

funcionamiento familiar con respecto a aquellas familias cuyos hijos no presentan discapacidad son mínimas o inexistentes.

Por último, la investigación de Beckman (1991) con 54 madres y 54 padres de niños muy jóvenes (de 18 a 72 meses) con y sin discapacidades muestra diferencias significativas entre las madres y los padres en el Índice de estrés parental. Las madres generalmente manifestaron más estrés que los padres; sin embargo, la dirección de la diferencia dependía de la escala individual. El estrés estuvo asociado negativamente con el apoyo informal para ambos padres y se asoció positivamente con mayores requisitos de cuidado para las madres.

2. Marco teórico

2.1 Calidad de vida

2.1.1 Conceptualización de Calidad de Vida

La calidad de vida es un concepto relevante que ha cobrado interés de varios autores internacionales en las últimas décadas. Estas investigaciones han generado un cambio de paradigma en lo que respecta a la discapacidad, lo cual redundó en el cambio de ciertas prácticas profesionales (Verdugo, 2009). Además, las particularidades de las políticas públicas que organizan el trabajo de las instituciones y programas de discapacidad en Argentina han sido revisadas en estos últimos años (Acuña, Bulit, Chudnovsky, & Repetto, 2010), lo cual transformó la modalidad de los servicios y apoyos, especialmente en las áreas de discapacidad intelectual y motora (Schalock & Verdugo, 2007).

Giné (citado en Gil Llario et al., 2016), define la calidad de vida como la valoración que hace la persona en relación al nivel de bienestar que experimenta en relación cómo son satisfechas sus necesidades en las diferentes esferas que componen su vida: familiar, laboral, educativa y comunitaria. Se describen las condiciones de vida en general. Más allá de los indicadores subjetivos, el concepto abarca también las condiciones objetivas de la vida cotidiana, como factores sociales y ambientales o ecológicos.

Gómez y colaboradores (2010) concluyen algo parecido, es decir, se describe el concepto de calidad de vida como el conjunto de indicadores relevantes a las necesidades básicas (hogar, abrigo, alimento, trabajo, acceso a la salud, a servicios públicos, relaciones sociales y familiares). Se considera que una buena calidad se alcanza cuando estas necesidades están cubiertas y el individuo tiene la posibilidad de utilizar estos recursos como plataforma para su desarrollo personal.

Por otra parte, de acuerdo a lo prescripto por la OMS en 2017, la calidad de vida es la percepción que tiene un sujeto del lugar en donde vive, del contexto cultural y del sistema de

valores en los que habita y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas y sus inquietudes. Este concepto está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, además de su relación con el entorno. Todo esto se evalúa a través de indicadores representativos de las diferentes aristas que lo comprenden y se sustentan en tres condiciones: equidad, seguridad y sostenibilidad en las áreas de alimentación, salud pública, educación, cultura, deportes, vivienda y empleo.

Este constructo psicológico ha impactado en diferentes áreas como la salud, el rendimiento escolar o la participación social y ha estimulado a muchos investigadores a indagar y desarrollar instrumentos para su evaluación lo cual ha resultado en la imposibilidad de alcanzar una definición única (Benítez, 2016).

Soto (2011) postula que el concepto de calidad de vida comienza a desarrollarse desde el ámbito filosófico y sociológico desde mediados del siglo XIX y pasó luego a la psicología desde las prácticas de los profesionales de la educación, la salud y los servicios sociales. Este constructo se ha erigido como el eje central de las políticas de buenas prácticas tanto en el área de salud mental como física ya que las personas se ven beneficiadas grandemente al ser una actividad centrada en sus necesidades individuales (Gómez Vela & Sabeh, 2000). Si se toma en cuenta el concepto a nivel individuo, la definición se hace dificultosa debido a que depende del carácter personal, el ciclo vital y el contexto socio cultural del sujeto ya que cada uno evalúa su vida de acuerdo a criterios múltiples y los deseos y las valoraciones de las personas se modifican a lo largo de la vida (Gómez Vela, 2004).

Al tomarse en cuenta las investigaciones en el ámbito de la discapacidad intelectual se han podido desarrollar argumentos contundentes para fomentar la utilización de la medición del constructo calidad de vida en toda la población ya que este abordaje constituye una visión integradora y multidimensional de la vida de un sujeto, identifica sus necesidades, articula el tipo de apoyo que requiere, permite trabajar sobre datos y evidencia y otorga un papel

destacado al beneficiario ya que se valora su experiencia para articular los cambios en los tratamientos que se le están brindando (Verdugo & Schalock, 2006).

Urzúa y Caqueo-Urizar (2012) proponen aunar criterios sobre el concepto calidad de vida y concuerdan fundamentalmente con la literatura sobre el tema en tres cosas: la calidad de vida es una apreciación subjetiva, el puntaje asignado a cada dimensión es diferente en cada persona y el valor asignado a cada dimensión puede cambiar a través de la vida además de que se debe tener en cuenta los aspectos evolutivos en la evaluación específica de la calidad de vida.

El Grupo de Trabajo Europeo de la Organización Mundial de la Salud (Levi, 2001) estima para el presente año el stress será la causa principal de muerte y la vincula con problemas cardiovasculares así como también las depresiones con su consecuente riesgo suicida. Si bien la ciencia avanza a pasos agigantados, los costos para paliar las consecuencias del estrés y sus afecciones subsidiarias también son mayores, lo que ocasiona grandes gastos en el área de la salud. Esta situación lleva a la sociedad a cuestionarse el modo de vida actual y qué concepto de salud se define para esta época (Schwartzmann, 2003). Frente a esta situación, es necesaria la consideración de la medida de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) para el desarrollo de innovaciones en las evaluaciones (Guyatt, Feeny & Patrick, 1993).

El Modelo de Calidad de Vida se puede aplicar a diferentes planos de acuerdo a la perspectiva de sistemas de Bronfenbrenner (Bronfenbrenner, 1986): Microsistema, Mesosistema y Macrosistema; lo cual da la pauta de que estos sistemas deben ser tomados en cuenta como objetivo no sólo para mejorar el bienestar personal, ser aplicados de acuerdo a los principios émicos y éticos de las personas para propiciar el cambio individual como en la comunidad en la que reside el sujeto con discapacidad sino también para diseñar y ejecutar programas y servicios en los que participan las personas con discapacidad; pudiendo así

producir ellos mismos y sus familias los cambios necesarios en los contextos en los que se mueven habitualmente (Verdugo et al., 2013).

Una forma de evaluar este constructo es mediante la Escala de Calidad de Vida WHOQOL-BREF que es un instrumento de 26 puntos, derivado del WHOQOL-100. De esos 26 puntos, 24 dan como resultado un perfil de calidad de vida en cuatro dimensiones: salud física, psicológica, relaciones sociales y medio ambiente. Evalúa la percepción global que tiene el sujeto en estas áreas en las dos semanas previas a la toma del cuestionario.

2.2 Perspectiva temporal futura

2.2.1 Conceptualización de Perspectiva Temporal Futura

La conciencia del paso del tiempo y la posibilidad de reflexionar sobre este han sido materia de preocupación para las personas desde el comienzo de la humanidad y ha sido un tema investigado desde diferentes ciencias: la física, la filosofía, y más tarde, la psicología ha tratado de echar luz a este concepto tan difícil de asir como inherente a los seres humanos (Brenlla et al., 2016).

Díaz Morales (2006) comenta que la percepción del tiempo constituye una de las características básicas del comportamiento humano y ha sido una variable psicológica imprescindible durante la evolución de la especie humana. Este autor cita a Kurt Lewin en 1942 en su definición sobre la perspectiva temporal futura como “la totalidad de los puntos de vista del individuo sobre su futuro psicológico y su pasado psicológico en un momento dado”.

Para Nuttin, según Martínez (2004), lo que determina la influencia del ambiente sobre la conducta no es la existencia real de un hecho, sino su significación para el individuo. En la conducta influye tanto el proceso de aprendizaje anterior como el proyecto futuro; los actos se convierten así en actos instrumentales con relación a un fin. El individuo elabora proyectos

que concretan sus necesidades para luego actuar en el presente y buscar maneras de satisfacer esas necesidades. Estos fines que van otorgando un significado a cada uno de los actos que el individuo realiza. Es posible hablar de una línea de desarrollo representada por la formación de proyectos, cuya dinámica se basa en la tendencia humana a sobrepasar el estado logrado, es decir, al desarrollo personal. La necesidad pone en marcha la actividad cognitiva a través de la manipulación mental de objetos y de las vías disponibles o imaginables de satisfacer la necesidad; es, asimismo, la que impulsa al organismo a alcanzarlos. La conducta del individuo se regula en última instancia de acuerdo con los proyectos que se coloca a sí mismo y que reflejan una concepción de sí. En este contexto, la Perspectiva Temporal Futura supone la representación mental del futuro en el presente y comprende las metas u objetos motivacionales, así como la ubicación temporal de las mismas.

De acuerdo a lo investigado por Paixao (2012), la perspectiva temporal futura se refiere a la integración del presente pasado y futuro en el espacio de vida psicológico de un individuo, sería entonces, el grado y la forma en que las personas se anticipan a los hechos que ocurrirán en el futuro. Cada individuo tiene su manera personal y única de relacionarse con el tiempo y la percepción del mismo puede ir a más allá del ciclo vital del individuo.

Zimbardo es el autor que se ha ocupado de la operacionalización de este concepto, y lo define como un proceso prácticamente inconsciente aun cuando se relacionan las experiencias personales y sociales a categorías temporales, o marcos de tiempo, que contribuyen a proporcionar orden, coherencia y significado a dichas experiencias (Zimbardo & Boyd, 1999). Ursat y Romero (2014) explican que, en la operacionalización del constructo, Zimbardo presenta los marcos temporales pasados, presentes y futuros subdivididos en cinco subescalas o factores: hedonismo presente; presente fatalista; pasado positivo; pasado negativo; y futuro. El Pasado Positivo se refiere a la apreciación subjetiva las experiencias y vivencias positivas que el individuo ha tenido en el pasado; el pasado negativo las

apreciaciones hacia el pasado están concentradas en experiencias negativas que pueden ser debidas a situaciones difíciles o traumáticas reales o a una ponderación negativa de las vivencias del pasado; el presente hedonista representa la orientación hacia la búsqueda del placer; el presente fatalista es representación negativa hacia los acontecimientos y vivencias actuales, centrándose en la desesperanza de lo que pueda suceder con la vida y, por último, el futuro es caracterizado por una focalización hacia la planificación y el logro de objetivos.

Para Zalenski (citado por Brenlla y col., 2016) el equilibrio entre pasado positivo, presente hedonista y futuro hace que los individuos presenten adaptaciones conductuales que le permitan acomodarse a las fluctuaciones de la vida.

Una gran cantidad de investigaciones muestran la utilidad de la perspectiva temporal futura a lo largo de la vida y en sus diversos contextos, según Brothers y colaboradores (2014). En la adolescencia, una orientación más fuerte en el futuro se asocia con resultados de desarrollo positivos, como los logros académicos, y protege contra las conductas desadaptativas. La perspectiva temporal futura también tiene asociaciones con ciertos rasgos de personalidad. Por ejemplo, las personas que tienen una perspectiva temporal futura más expansiva tienden a puntuar más alto en la conciencia del rasgo. Además, los adultos más jóvenes que informaron un futuro limitado tenían más probabilidades de obtener una puntuación más alta en neuroticismo. Los estudios en la edad adulta también muestran que la perspectiva temporal futura juega un papel importante en comportamientos como los hábitos de ahorro financiero, la actividad física y la nutrición saludable. Además, tiene relevancia para promover el éxito en el trabajo de los trabajadores mayores, debido a su relación con los motivos generativos y con la complejidad y el control del trabajo. En la vida posterior, se piensa que los cambios en la perspectiva temporal futura son adaptativos, de manera que cuando las personas perciben un futuro más limitado, el comportamiento se vuelve menos preocupado por las necesidades individuales y más dirigidas hacia la generatividad.

El ZTPI es un instrumento autoadministrable de 56 elementos con una escala Lickert de cinco opciones de respuesta, que hacen referencia a las creencias, preferencias y valores asignados al pasado, presente y futuro. Los 56 ítems se organizan en cinco factores:

- Pasado positivo: refiere a experiencias de las personas que resultan agradables y placenteras.
- Pasado negativo: involucra a los acontecimientos que poseen una carga negativa, que se caracterizaron por resultar difíciles y complicados. Se relaciona principalmente con depresión, ansiedad y baja autoestima.
- Presente hedonista: incluye la búsqueda de sensaciones placenteras en las situaciones que se viven diariamente en el presente. Se asocia con búsqueda de sensaciones, falta de consideración de futuras consecuencias y bajo control de impulsos.
- Presente fatalista: se vincula con las experiencias actuales, generadoras de ansiedad y temores. Se relaciona con agresividad, ansiedad, depresión y negativamente con la consideración de las consecuencias futuras.
- Futuro: se asocia con acciones que uno se propone alcanzar en la vida. Se relaciona con responsabilidad, consideración de futuras consecuencias y preferencia por consistencia.

2.3 Discapacidad

2.3.1 Conceptualización de Discapacidad

En 2008 el Congreso de la Nación Argentina, a través de la Ley 26378 incorporó la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006) y su protocolo adicional. A partir de ese momento, los argentinos han convivido el paradigma médico céntrico y el paradigma de la desinstitucionalización. Mucho trabajo fue puesto en marcha

para adecuar esta ley al contexto socio-político y económico del país con el objetivo de articular los distintos espacios organizacionales (subsistemas) en los que se despliega la acción de los protagonistas relacionados al ámbito de la discapacidad: el “discapacitado”, su grupo familiar, los profesionales de las diferentes áreas de salud que desempeñan sus funciones en torno a este conjunto social, los responsables de los distintos servicios e instituciones y los funcionarios públicos y organizaciones públicas y privadas junto con la sociedad civil (Acuña et al., 2010).

Es por todo esto que, de acuerdo a lo que plantean Acuña y colaboradores (2010), es necesario contar con políticas públicas de diseño flexible, cuya implementación sea revisada sistemáticamente para ser ajustada al contexto social del individuo con discapacidad, pero, desafortunadamente, la Argentina posee bases de datos desactualizadas e información desagregada acerca de las necesidades de la persona con discapacidad en cualquier presentación. La propuesta es apuntar a que la persona con discapacidad sea tomada en cuenta en las prácticas sociales comunitarias y que sea considerada dentro de las acciones para el mejoramiento de la calidad de vida de la población de manera inclusiva.

Schalock, Luckasson y Shogren, (citado en Gregory & Tolosa, 2006) ofrecen una visión ecológica de la discapacidad cuando dicen que es puesta en evidencia en el contacto que tiene la persona con cualquier tipo de discapacidad con la sociedad, ya que esta misma impone limitaciones al no estar capacitada para comunicarse y, de esta manera, limita la participación de los sujetos en la vida de la comunidad más allá de las ayudas puntuales que puedan recibir algunos individuos.

Valdéz, Tolosa y Figueroa (2012) definieron a la discapacidad como una dificultad de la sociedad para vincularse con ciertos sujetos al no poder brindarles un ambiente físico y recursos humanos suficientes para que la cotidianidad de estas personas sea como la de las personas sin discapacidad. Es por eso que los autores plantean la necesidad de trabajar en

conjunto con la persona discapacitada, su familia y la comunidad en la que está inserta para disolver esas diferencias.

El nuevo paradigma que propone Shalock (2013) muestra una perspectiva socioecológica y un modelo multidimensional del funcionamiento humano. Se parte de pensar las necesidades de la persona discapacitada en su entorno para determinar y desarrollar planes para optimizar la ayuda que las personas recibirán a través de un proceso de visibilización, inclusión y equidad para el desarrollo personal. Además de brindar una definición constitutiva de la discapacidad, el modelo aporta un lenguaje común a la comunidad científica y busca transformar las prácticas profesionales.

2.4 Sordera e hipoacusia

2.4.1. Conceptualización de sordera e hipoacusia

La sordera es considerada una discapacidad y se la entiende como la pérdida de una función anatómica y/o fisiológica del sistema auditivo produciendo inmediatamente una discapacidad para oír (Jáudenes, 2006). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015), las limitaciones en las actividades y las restricciones en la participación del individuo en la sociedad es lo que la define como discapacidad. (OMS, 2015). Una persona padece sordera o pérdida de audición cuando no puede escuchar tan bien como una persona cuyo umbral auditivo es igual o superior a 25 decibeles (dB) (OMS, 2015). La OMS distingue de este modo a las personas sordas – cuya pérdida de audición es total o profunda – de las personas con problemas en la audición – cuya pérdida se extiende de leve a grave, y advierte que las consecuencias de esta discapacidad pueden darse tanto a nivel funcional (e. g., limitación de la capacidad para comunicarse con los demás; retraso del habla) como social y emocional (e. g., sentimientos de soledad, aislamiento, exclusión, discriminación) o incluso problemas económicos ya que las personas sordas o hipoacúsicas poseen una mayor tasa de desempleo y acceden a puestos de categorías inferiores.

La adquisición del lenguaje tiene un período crítico de consolidación que va desde el nacimiento hasta los tres años. Un niño sin contacto con los sonidos en este período, nunca llegará a la competencia lingüística que tendrán los niños sin dificultades auditivas. Oír permite no solo percibir el mundo exterior sino también relacionarse con él y la falta de contacto con el ambiente lleva al aislamiento, problemas de conducta y en la integración social (Orejas & Silva Rico, 2013).

Se debe tomar en cuenta la cantidad de pérdida auditiva del sujeto para el estudio de la sordera como discapacidad, pero también que, cualquiera sea la pérdida de audición, ella puede ser incapacitante (Jáudenes, 2006^a; OMS, 2015).

De acuerdo a la investigación de Jáudenes y sus colaboradores (2006), los diferentes grados de pérdida auditiva del niño se pueden categorizar de la siguiente manera:

- Niños con pérdida auditiva leve (20-40 dB). No presentan alteraciones significativas en la adquisición y desarrollo del lenguaje, pero presentan dislalias y dificultades en el aprendizaje ya que no comprende todo lo que oye.
- Niños con pérdida moderada (41-70 dB). Desarrollan el lenguaje de manera espontánea, pero podrían presentarse dificultades de comprensión ya que no se percibe la palabra hablada a intensidad “normal”: Estos niños hablan con un volumen de muy elevado y suelen tener retraso en el habla. A menudo se los califica de “desobedientes” o “rebeldes” pero en realidad, no oyen lo que se les dice o no comprenden enteramente las frases.
- Niños con pérdidas severas (71-90 dB). Este grupo de niños solo puede oír las intensidades más elevadas y necesitan prótesis auditivas y apoyo de fonoaudiólogas y psicopedagogas para el desarrollo del lenguaje oral.
- Niños con pérdida profunda (91-110 dB). Son aquellos que, a causa de la pérdida auditiva, presentan alteraciones importantes en el desarrollo global; problemas en las

funciones de alerta y orientación, orientación espacio temporal y desarrollo social. Al igual que el grupo anterior, estos niños necesitan la ayuda de fonoaudiólogas y psicopedagogas para la adquisición del lenguaje oral y escrito.

Además de clasificar la hipoacusia de acuerdo a la cantidad de decibeles que se perciben, también se clasifica por su localización: conductiva (lo que está afectado es el oído medio o externo), neurosensorial (aquí el daño está localizado en el órgano de Corti o en la vía auditiva), mixta (si se combinan los dos factores anteriormente mencionados) y central (las dificultades están en el procesamiento perceptual de la información auditiva en el cerebro). Otra forma de clasificarla es de acuerdo al momento en la adquisición del habla del sujeto. Estos son: hipoacusia prelocutiva (la discapacidad aparece antes de los dos años), perilocutiva (la discapacidad aparece entre los 2 o 3 años, al momento de la adquisición del lenguaje) y poslocutiva (la discapacidad sobrevino después de la adquisición del lenguaje oral) (Orejas & Silva Rico, 2013).

En este contexto, como lo plantea Jaudenes y colaboradores (2006) si las necesidades del niño a nivel emocional, psicológico y biológico no son apuntaladas, éste muy probablemente presentará inseguridad, baja autoestima e inadaptación personal y social en el futuro, lo cual tendrá repercusiones psicológicas y socio-emocionales para él y su familia.

La forma en que los niños con sordera o hipoacusia se comunican ha sido estudiada desde el siglo XVII y se han tratado diferentes métodos para tratar de resolver esta situación: desde estigmatizar a la persona sorda y recluirla en manicomios por pensar que eran sujetos débiles mentales o esquizofrénicos, pasando por el modelo oralista (los sordos deben aprender a leer los labios y a producir lenguaje hablado mediante innumerables horas de práctica con fonoaudiólogos, hasta propuestas más modernas como analizar el desarrollo del niño, sus necesidades de comunicación en el contexto en el que se desenvuelve, adaptar los contenidos escolares y enseñarle lengua de señas (Molina, Ipiña, Reyna, & Guzmán, 2011).

En este sentido, desde la perspectiva de Skliar, Massone y Veinberg (1995), han aparecido dos modelos de educación para lidiar con la problemática de los niños sordos: por un lado, el modelo clínico terapéutico, que considera la sordera o hipoacusia como la madre de todas los problemas sociales, comunicacionales, cognitivos y lingüísticos; y por el otro, el modelo socio-antropológico, en el cual se sostiene que la persona sorda no tendrá déficits posteriores al diagnóstico pero que subraya la necesidad de la exposición temprana a la lengua de señas y la adaptación de la escuela para enseñarla y potenciar las posibilidades del niño sordo más que apoyarse en sus dificultades.

Al respecto, Pérez (2001) opina que la vertiente oralista supone la enseñanza de lengua oral como plataforma para que el niño desarrollo luego las habilidades sociales, cognitivas y lingüísticas, mientras que la enseñanza de lengua de señas facilita los intercambios con el entorno y contribuyen el aprendizaje de la segunda lengua, que sería la hablada por los oyentes del país donde el niño reside.

La Psicología positiva propuesta por Seligman (1999), propone el estudio no solo de los aspectos patológicos que tendrían los niños afectados por esta situación sino la investigación de las fortalezas y virtudes que poseen los individuos teniendo en cuenta las variables de bienestar, satisfacción y optimismo subjetivo.

Por otro lado, Bronfenbrenner (1986) señala que se toma a la sordera desde un punto de vista ecológico se la puede considerar como un engranaje más de las relaciones entre individuos, ambientales, sociales y políticas, de tal modo que una alteración sensorial incide y se ve afectada por el contexto (las personas sordas ven afectada su capacidad de participar en el medio social) y en los subsistemas que lo componen, es decir, inter e intrafamiliares, laborales, sociales, escolares). Todos estos factores se relacionan con el bienestar del individuo y de las personas más cercanas a este. Por ende, resulta de gran relevancia estudiar estas variables, y es objetivo de esta tesis tenerla en cuenta.

SEGUNDA PARTE
EL PRESENTE ESTUDIO

3. Metodología

3.1 Pregunta de investigación

En base a los antecedentes y el desarrollo teórico descripto, se planteó como pregunta de investigación a indagar ¿Cuál es la relación entre Calidad de vida y Perspectiva Temporal Futura de los padres oyentes de hijos sordos y de los padres oyentes de niños oyentes?

3.2 Objetivo general

El objetivo general de esta tesis fue investigar la posible relación existente entre Calidad de vida y Perspectiva Temporal Futura de los padres oyentes de niños oyentes y niños sordos.

3.3 Objetivos específicos

- Evaluar los niveles Calidad de vida de los padres oyentes de Hijos oyentes y de Hijos sordos.
- Evaluar los niveles de Perspectiva Temporal Futura de los padres oyentes de Hijos oyentes y de Hijos sordos.
- Comparar las puntuaciones obtenidas en las diferentes dimensiones de Calidad de vida en función del grupo de padres de Hijos oyentes e Hijos sordos.
- Comparar las puntuaciones obtenidas en las diferentes dimensiones de Perspectiva Temporal Futura, en función del grupo de padres de Hijos oyentes e Hijos sordos.
- Evaluar si existe una relación entre las variables de Calidad de vida y dimensiones y Perspectiva Temporal Futura y dimensiones entre los padres oyentes de Hijos oyentes y los padres oyentes de Hijos sordos
- Evaluar la posible asociación entre las dimensiones de Calidad de vida y las variables demográficas Sexo, Situación laboral, Nivel de escolaridad de los padres encuestados.

- Evaluar la posible asociación entre las dimensiones de Perspectiva Temporal Futura y las variables demográficas Sexo, Situación laboral, Nivel de escolaridad de los padres encuestados.

3.4 Hipótesis

Se plantearon las siguientes hipótesis:

H1: La Calidad de vida de los padres oyentes de hijos sordos es inferior a la de los padres oyentes de hijos oyentes

H2: La Perspectiva Temporal Futura de los padres oyentes de Hijos sordos es inferior a la de los padres oyentes de Hijos oyentes

H3: La Calidad de vida y la Perspectiva Temporal Futura, tanto de los padres de Hijos oyentes como de los padres de Hijos sordos, se correlacionan positivamente.

H4: La Calidad de vida y la Perspectiva Temporal Futura están asociadas a las variables sociodemográficas.

3.5 Justificación y relevancia

3.5.1 Relevancia teórica

La calidad de vida de las personas ligadas a la comunidad hipoacústica no está suficientemente investigada en Argentina. Esta investigación intenta llenar un vacío de conocimiento puesto que, hasta la fecha, si bien hay investigaciones sobre personas sordas hechas desde la Psicología en sus diferentes ramas, no se han realizado investigaciones sobre la calidad de vida de las personas sordas y sus familias. Hasta el momento no se han encontrado antecedentes bibliográficos en el país. No hay investigaciones que ofrezcan resultados sobre los padres oyentes de niños sordos en relación a su calidad de vida y a la perspectiva temporal futura que ellos tienen.

3.5.2 Relevancia práctica

El conocimiento y difusión de los conceptos de Calidad de vida y Perspectiva Temporal Futura entre los profesionales del área de la salud, médicos, psicólogos, etc., además de educadores, contribuiría a que dichos profesionales se vieran beneficiados con los aportes de este trabajo. Los datos brindados por la investigación podrían dar lugar a la elaboración de un plan de promoción y desarrollo de la calidad de vida de los padres oyentes de niños sordos y sus familiares, que ayude a comprender la problemática de la sordera y cómo lidiar con ella, permitiendo sentar las bases para el desarrollo de herramientas que mejoren el día a día y el vínculo familiar con los hijos en estos casos.

3.5.3 Relevancia social

A partir de lo analizado en esta investigación, se podrán promover modelos de abordaje de la problemática de la sordera que podrán ayudar a profesionales y a toda la comunidad a estrechar lazos con familias de sordos y niños o adultos sordos. De esta forma, se podrían desarrollar visiones más optimistas y esperanzadoras respecto a situaciones que afrontan las familias de niños sordos que permitan una evaluación más funcional de las mismas. Los resultados pueden ser antecedentes para justificar intervenciones a nivel comunitario en el área.

3.6 Propuesta metodológica

La propuesta metodológica estuvo basada en lo escrito por Ruth Vieytes en *“Metodología de la investigación en organizaciones, mercado y sociedad”* (2004), este trabajo tiene una finalidad básica ya que pretende conocer, explicar y comprender los fenómenos. Se utilizó el método cuantitativo como estrategia metodológica ya que es considerada la más adecuada para abordar el tema al usar técnicas y métodos estadísticos. Los objetivos de la presente investigación fueron descriptivos ya que se expusieron las

características de la Calidad de vida y Perspectiva temporal futura de los padres de hijos oyentes y no oyentes.

3.7 Tipo de diseño

El enfoque de la presente investigación fue cuantitativo, basado en la recolección de datos, producto de mediciones que posteriormente fueron puestos a prueba mediante métodos estadísticos. El alcance del estudio fue descriptivo, correlacional, no experimental, de corte transversal. (Hernandez Sampieri, 2010).

3.8 Muestra

La muestra fue elegida siguiendo un muestreo no probabilístico por cuotas (Rubio & Varas, 1997) y al ser descriptivo, no se pretende que los casos sean estadísticamente representativos de la población (Hernández-Sampieri, Fernández-Collado, & Baptista-Lucio, 2014).

Consiste en la selección de una muestra representativa del universo segmentando a la población en función de ser padres de hijos oyentes e Hijos sordos. Asimismo, el tipo de muestreo es por voluntarismo dado que los padres aceptaron participar de la investigación sin ninguna remuneración a cambio.

3.9 Participantes

Se encuestaron 50 padres de niños oyentes y 51 padres de niños no oyentes, con características sociodemográficas semejantes. Las pruebas fueron tomadas en las puertas de las escuelas especiales públicas para niños sordos de Lanús, Valentín Alsina y Remedios de Escalada de la provincia de Buenos Aires en los horarios de entrada y salida a dichas escuelas (entre las 7:30 y 12:00 hs. En los meses de abril a junio de 2019).

La variable género fue la más difícil de equiparar ya que son muchas más las mujeres que se involucraron en el estudio que hombres que quisieron participar (74 mujeres y 27 hombres). Esto es discutido como una posible variable extraña para controlar en futuras investigaciones. Las edades de los niños oscilaron entre 5 y 8 años.

3.9.1 Criterios de inclusión y exclusión

3.9.1.1 Criterios de Inclusión

- Que residan en el Gran Buenos Aires
- Que sean padres con nacionalidad argentina de niños con nacionalidad argentina, hablantes de español

3.9.1.2 Criterios de Exclusión

- Que reciban tratamiento psiquiátrico
- Que no convivan con sus hijos
- Que los cuestionarios estén incompletos

3.10 Instrumentos

Los instrumentos de recolección de la información utilizados en la presente investigación fueron:

3.10.1. Cuestionario sociodemográfico

Se elaboró un Cuestionario de variables sociodemográficas construido ad hoc para la investigación.

Dicho cuestionario estuvo compuesto por 21 preguntas, afirmaciones cerradas dicotómicas y policotómicas y preguntas abiertas que posteriormente fueron recodificadas y cerradas para su posterior análisis.

Las variables y sus respectivas dimensiones incluidas fueron: Sexo, edad, estado civil, situación laboral, nivel de educación, zona de residencia, cantidad de hijos oyentes, edad de

hijos oyentes, cantidad hijos sordos, edad de hijos sordos, tipo de sordera, mano predominante de escritura, consumo de sustancia psicoactiva en la última hora, consumo de medicamentos, tipo de medicamento, consumo de sustancias psicotrópicas, tipo de sustancia psicotrópica, antecedentes psiquiátricos, tratamiento psiquiátrico actual, tipo de tratamiento psiquiátrico actual, enfermedades relevantes y si es mujer, si utiliza anticonceptivos.

3.10.2 Escala de Calidad de Vida WHOQOL-BREF. Adaptación al español de Murgeri, M.

El WHOQOL-BREF es un instrumento de 26 puntos, derivado del WHOQOL-100. De esos 26 puntos, 24 dan como resultado un perfil de calidad de vida en cuatro dimensiones: salud física, psicológica, relaciones sociales y medio ambiente. Evalúa la percepción global que tiene el sujeto en estas áreas en las dos semanas previas a la toma del cuestionario. Está traducido a 19 idiomas, se puede aplicar a sujetos sanos y enfermos y su puntaje ha sido usado para observar fluctuaciones en la calidad de vida debido a la enfermedad, para emitir pronósticos de la enfermedad y para ponderar la necesidad de intervenciones. Se caracteriza por centrarse en el grado de satisfacción que tiene el sujeto frente a las situaciones cotidianas, lo cual da una escala con mayor solidez conceptual y metodológica que otros instrumentos que focalizan en aspectos funcionales, como por ejemplo el Medical Outcome Study Short Form (MOSSF-36) (Irrazabal et al., 2012).

Brenlla (2017) afirma que es necesario acortar los cuestionarios cuando se utilizan en una batería ya que son menos cansadores y la gente los puede completar de manera más fiable que si fueran en su versión larga. Los cuestionarios enteros (versión larga) pueden ser muy fiables si se toman solos pero la longitud de la escala puede llevar a que deban realizarse en varias sesiones y que los resultados sean menos coherentes. Por estas razones, muchas

pruebas psicológicas son utilizadas de manera abreviada sin que por ello pierdan fiabilidad los resultados obtenidos.

Este instrumento, publicado en 2009, proporciona un perfil de calidad de vida percibida de la persona y fue diseñado para ser usado en población general y pacientes. Hay dos versiones de este cuestionario: la WHOQOL- 100, que explora un perfil de cuatro dimensiones (salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente) en un lapso de dos semanas previas a la toma del test y una versión que presenta 26 ítems que produce el mismo perfil de cuatro dimensiones que posee amplia difusión y estudio en España y Latinoamérica. Ambas versiones ofrecen una escala Likert de respuesta compuesta por cinco opciones. En Argentina existe una versión adaptada por Silvia Bonicatto de 2000 (Chavez, 2017). Por razones prácticas, se utilizó para esta investigación la versión validada de 26 ítems.

Si bien este cuestionario presenta revisiones y adaptaciones en varios países de Latinoamérica, se decidió tomar la versión española del mismo ya que posee un alto coeficiente de confiabilidad. Los resultados de las dimensiones correlacionan en $\alpha = 0.89$ en la versión utilizada que es mayor al coeficiente de $\alpha = 0.76$ de la versión argentina (Chavez, 2017).

Para corregir el instrumento, se refiere al investigador a la versión española del WHOQOL hecha por Ramona Lucas Carrasco en 1998.

Permanentemente aparecen nuevas revisiones de las traducciones de este instrumento, es interesante dirigir al lector a un artículo publicado en 2012 por Nereida Congost-Maestre sobre los aspectos formales y visuales en los cuestionarios de salud y calidad de vida (Congost-Maestre, 2012).

Puntuación

El instrumento WHOQOL-BREF ofrece un perfil de Calidad de vida, siendo cada dimensión puntuada independientemente. Cuanto mayor sea la puntuación de cada dominio, mejor es el perfil de calidad de vida de la persona evaluada. (Hernandez Sampieri, 2010).

Las dimensiones están compuestas por los siguientes ítems:

Salud física: r3, r4, 10, 15, 16, 17, 18

Salud psicológica: 5, 6, 7, 11, 19, r26

Relaciones sociales: 20, 21, 22

Medioambiente: 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25

A cada una de las dimensiones le correspondió, una Escala de medición de actitudes tipo Likert, la llamada Escala de medición por categorías detalladas (Zikmund, 1998). La misma estuvo compuesta por cinco categorías o alternativas de respuesta puntuadas del 1 al 5, con las que el encuestado manifiesta su posición en una secuencia, es decir, *“se presenta cada afirmación y se solicita al sujeto que externe su reacción eligiendo uno de los cinco puntos o categorías de la escala. A cada punto se le asigna un valor numérico. Así, el participante obtiene una puntuación respecto de la afirmación y al final su puntuación total, sumando las puntuaciones obtenidas en relación con todas las afirmaciones”* (Hernández Sampieri, 2010).

Las categorías utilizadas en las diferentes preguntas / afirmaciones fueron las siguientes:

1 - Muy insatisfecho	2 - Poco satisfecho	3 - Normal	4 - Bastante satisfecho	5 - Muy satisfecho
1 - Nada	2 - Un poco	3 - Normal	4 - Bastante	5 - Extremadamente
1 - Nunca	2 - Raramente	3 - Moderadamente	4 - Frecuentemente	5 - Siempre
1 - Muy mala	2 - Regular	3 - Normal	4 - Bastante buena	5 - Muy buena

3.10.2. Inventario de Perspectiva Temporal Futura de Zimbardo. Adaptación de Ma. Elena Brenlla. (Zimbardo & Boyd, 1999). Adaptación argentina de Ma. Elena Brenlla (2013)

Zimbardo y Boyd (1999) definieron la Perspectiva Temporal como “el proceso no consciente, mediante el cual el flujo de las experiencias personales y sociales se encuadran en categorías temporales que ayudan a dar orden, coherencia y significado a esas experiencias” (p. 1271).

El ZTPI es un instrumento autoadministrable de 56 elementos con una escala Likert de cinco opciones de respuesta, que hacen referencia a las creencias, preferencias y valores asignados al pasado, presente y futuro. Los 56 ítems se organizan en cinco factores:

- Pasado positivo: refiere a experiencias de las personas que resultan agradables y placenteras.
- Pasado negativo: involucra a los acontecimientos que poseen una carga negativa, que se caracterizaron por resultar difíciles y complicados. Se relaciona principalmente con depresión, ansiedad y baja autoestima.
- Presente hedonista: incluye la búsqueda de sensaciones placenteras en las situaciones que se viven diariamente en el presente. Se asocia con búsqueda de sensaciones, falta de consideración de futuras consecuencias y bajo control de impulsos.
- Presente fatalista: se vincula con las experiencias actuales, generadoras de ansiedad y temores. Se relaciona con agresividad, ansiedad, depresión y negativamente con la consideración de las consecuencias futuras.
- Futuro: se asocia con acciones que uno se propone alcanzar en la vida. Se relaciona con responsabilidad, consideración de futuras consecuencias y preferencia por consistencia.

Tal como se citara ut supra y siguiendo a Hernandez y Sampieri (2010) se trata de un cuestionario tipo Likert en el que cada pregunta presentó 5 alternativas de respuesta.

A los encuestados se les pidió que leyeran cada ítem y, tan honestamente como puedan, respondieran la siguiente pregunta: "¿Cuán verdadero con respecto a usted es la afirmación presentada?".

Las opciones de respuesta fueron:

1=Completamente Falso;

2=Bastante Falso;

3=Neutral;

4=Bastante Verdadero;

5=Completamente Verdadero

Las dimensiones se miden agrupados de esta manera, con un puntaje medio que puede ir de 1 a 5, siendo 5 el puntaje más alto. Se suman los resultados y ese resultado se divide por el número de afirmaciones que componen cada dimensión.

Pasado-Negativo: Items (04, 05, 16, 22, 27, 33, 34, 36, 50 y 54) /10

Presente hedonista: Items (01, 08, 12, 17, 19, 23, 26, 28, 31, 32, 42, 44, 46, 48 y 55) /15.

Futuro: Items (06, r09, 10, 13, 18, 21, r24, 30, 40, 43, 45, 51 y r56) /13

Pasado positivo: Items (02, 07, 11, 15, 20, r25, 29, r41 y 49) /9

Presente fatalista: Items (03, 14, 35, 37, 38, 39, 47, 52 y 53) /8

El cuestionario utilizado en este trabajo es la adaptación hecha por Brenlla y colaboradores en 2013 sobre una población adulta argentina. El objetivo de dicho trabajo fue informar acerca del estudio psicométrico realizado para adaptar el Inventario de Perspectiva

Temporal de Zimbardo (1999, ZPTI) en el país. Fue administrada la versión obtenida de un estudio previo realizada por el mismo equipo de investigadores en 2012 y sobre una muestra de 340 personas adultas de edades entre 19 y 65 años. La confiabilidad de los ítems en su conjunto fue satisfactoria ($\alpha = .78$). No fueron encontradas diferencias significativas según edad ni sexo; solamente en la escala “pasado positivo” las puntuaciones fueron más altas para las mujeres. Las evidencias de validez interna corroboran la estructura de cinco componentes indicada por el autor (Zimbardo, 1999) además de que la de validez externa arroja asociaciones significativas entre pasado negativo y medidas de malestar psicológico y de empatía emocional exagerada (Brenlla et al, 2013).

Además de los estudios sobre la validez convergente y discriminante, el instrumento también tiene una adecuada validez en la predicción de conductas de riesgo para la salud (ej., consumo de sustancias y prácticas sexuales de riesgo), grado de implicación en la participación en experimentos continuados en el tiempo o cambios de estatus percibido en la jerarquía militar.

3.11 Procedimiento

Ambos instrumentos se administraron en su totalidad en forma personal a distintos grupos de padres. Luego de la firma del consentimiento informado, se entregó en mano a cada sujeto en forma individual un protocolo que incluía ambos instrumentos, los cuales a su vez presentaban una breve descripción introductoria en la cual figuraba la consigna de cada test y una escueta justificación de los motivos y fines que orientaron a la presente investigación, así como también un agradecimiento por la colaboración brindada. Los cuestionarios fueron anónimos y los voluntarios no recibieron ningún tipo de compensación (económica o de otra índole) por participar en el estudio. La toma de las muestras se realizó durante los meses de abril a junio de 2019.

3.12 Análisis de datos

Luego de la recolección de datos, estos fueron cargados y analizados a través del Software SPSS Statistics versión 21, en función de los objetivos planteados. Para las variables que presentaron una distribución normal, se utilizó el coeficiente R de Pearson para correlacionar ambas variables y sus respectivas dimensiones. Para las variables que no se distribuyeron en forma normal, se utilizó la prueba no paramétrica Rho de Spearman.

Se consideró como nivel de significación $p < .05$

4. Resultados

4.1. Caracterización de la muestra

La muestra de padres estuvo conformada por 101 padres, en su mayoría del sexo femenino (73.3%), con un promedio de edad de 37.57 años. La edad de la mayoría (33.7%) se ubicó entre los 30 y 39 años, especialmente el 36.5% de los encuestados del sexo femenino y el 48.0% de los padres con hijos oyentes.

La mayoría de los encuestados (53.5%) trabajan en relación de dependencia, especialmente el 60% de los que tienen Hijos oyentes. Asimismo, la mayoría (43.6%) alcanzó un Nivel de educación de Terciario / universitario incompleto, especialmente el 48.0% de los padres de Hijos oyentes. El Tipo de sordera más frecuente (33.3%) es por haber nacido prematuro.

Lo afirmado precedentemente puede observarse en las siguientes Tablas y Figura:

Tabla 1

Sexo del encuestado. Total encuestados. En frecuencias y porcentajes

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	74	73,3
Masculino	27	26,7
Total	101	100,0

Distribución de la población encuestada de acuerdo al sexo. Siendo el sexo femenino predominante en esta muestra.

Tabla 2

Medida de tendencia central de Edad del encuestado. Total encuestados

Estadísticos	
Media	37,57
Mediana	37,00
Moda	28
Desv. típ.	9,071
Total encuestados	101

La edad promedio es de 37,57 años, siendo la mediana de la muestra los 37 años y la moda, los 28 años. El desvío típico es de 9,071.

Tabla 3

Edad del encuestado. Total encuestados. En frecuencias y porcentajes

Años	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
20 - 29	24	23,8	23,8
30 - 39	34	33,7	57,4
40 - 49	31	30,7	88,1
50 - 60	12	11,9	100,0
Total	101	100,0	

La mayor cantidad de sujetos encuestados se encuentra en la franja entre los 30 y 39 años, siguiéndole en orden la franja de 40 a 49 y con menor frecuencia, las personas entre 20 y 29 con un último grupo compuesto por encuestados de entre 50 y 60 años.

Tabla 4
Edad del encuestado. Total encuestados. Segmentado por Género. En frecuencias y porcentajes

Años		Genero		
		Total	femenino	masculino
20 - 29	Recuento	24	17	7
	% del N de la columna	23,8%	23,0%	25,9%
30 - 39	Recuento	34	27	7
	% del N de la columna	33,7%	36,5%	25,9%
40 - 49	Recuento	31	25	6
	% del N de la columna	30,7%	33,8%	22,2%
50 - 60	Recuento	12	5	7
	% del N de la columna	11,9%	6,8%	25,9%
Total	Recuento	101	74	27
	% del N de la columna	100,0%	100,0%	100,0%

En todos los grupos etarios se observa la predominancia del sexo femenino en la muestra.

Tabla 5
Edad del encuestado Total encuestados. Segmentado por Hijo oyente e Hijo sordo. En frecuencias y porcentajes

Años		Hijo oyente e Hijo sordo		
		Total	hijo oyente	hijo sordo
20 - 29	Recuento	24	12	12
	% del N de la columna	23,8%	24,0%	23,5%
30 - 39	Recuento	34	24	10
	% del N de la columna	33,7%	48,0%	19,6%
40 - 49	Recuento	31	14	17
	% del N de la columna	30,7%	28,0%	33,3%
50 - 60	Recuento	12	0	12
	% del N de la columna	11,9%	0,0%	23,5%
Total	Recuento	101	50	51
	% del N de la columna	100,0%	100,0%	100,0%

La mayoría de las personas encuestadas pertenece al grupo de 30 a 39 años y el 48 % de ellos tienen hijos oyentes, mientras que solo el 19,6% tiene hijos sordos. En el grupo de sujetos de 40 a 49 años, el 33,3 % tiene hijos sordos o hipoacúsicos.

Tabla 6
Situación laboral del encuestado. Total encuestados. En frecuencias y porcentajes

Situación laboral	Frecuencia	Porcentaje
Desocupado	12	11,9
Subocupado	7	6,9
En relación de dependencia	54	53,5
Autónomo	28	27,7
Total	101	100,0

Más de la mitad de los encuestados se encuentra en relación laboral de dependencia.

Tabla 7
Situación laboral del encuestado. Total encuestados. Segmentado por Hijo oyente e Hijo sordo. En frecuencias y porcentajes

Situación laboral		Hijo oyente e Hijo sordo		
		Total	Hijo oyente	Hijo sordo
Desocupado	Recuento	12	4	8
	% del N de la columna	11,9%	8,0%	15,7%
Sub ocupado	Recuento	7	2	5
	% del N de la columna	6,9%	4,0%	9,8%
En relación de dependencia	Recuento	54	30	24
	% del N de la columna	53,5%	60,0%	47,1%
Autónomo	Recuento	28	14	14
	% del N de la columna	27,7%	28,0%	27,5%
Total	Recuento	101	50	51
	% del N de la columna	100,0%	100,0%	100,0%

La mayor cantidad de hijos oyentes como de hijos sordos pertenece al grupo de padres en relación de dependencia.

Tabla 8
Nivel de educación del encuestado. Total encuestados. En frecuencias y porcentajes

Nivel de educación	Frecuencia	Porcentaje
Primario incompleto	1	1,0
Primario completo	1	1,0
Secundario incompleto	5	5,0
Secundario completo	28	27,7

Terciario/universitario incompleto	44	43,6
Terciario/universitario completo	20	19,8
NS / NC	2	2,0
Total	101	100,0
Moda	Terciario/universitario incompleto	

La mayor cantidad de padres tiene estudios universitarios o terciarios incompletos.

Tabla 9

Nivel de educación del encuestado. Total encuestados. Segmentado por Hijo oyente e Hijo sordo. En frecuencias y porcentajes

Nivel de educación	Hijo oyente e Hijo sordo			
		Total	hijo oyente	hijo sordo
Primario incompleto	Recuento	1	0	1
	% del N de la columna	1,0%	0,0%	2,0%
Primario completo	Recuento	1	0	1
	% del N de la columna	1,0%	0,0%	2,0%
Secundario incompleto	Recuento	5	1	4
	% del N de la columna	5,0%	2,0%	7,8%
Secundario completo	Recuento	28	13	15
	% del N de la columna	27,7%	26,0%	29,4%
Terciario/universitario incompleto	Recuento	44	24	20
	% del N de la columna	43,6%	48,0%	39,2%
Terciario/universitario completo	Recuento	20	10	10
	% del N de la columna	19,8%	20,0%	19,6%
NS / NC	Recuento	2	2	0
	% del N de la columna	2,0%	4,0%	0,0%
Total	Recuento	101	50	51
	% del N de la columna	100,0%	100,0%	100,0%

La mayoría de los padres de los hijos oyentes y no oyentes tienen un nivel de estudios universitario o terciario incompleto.

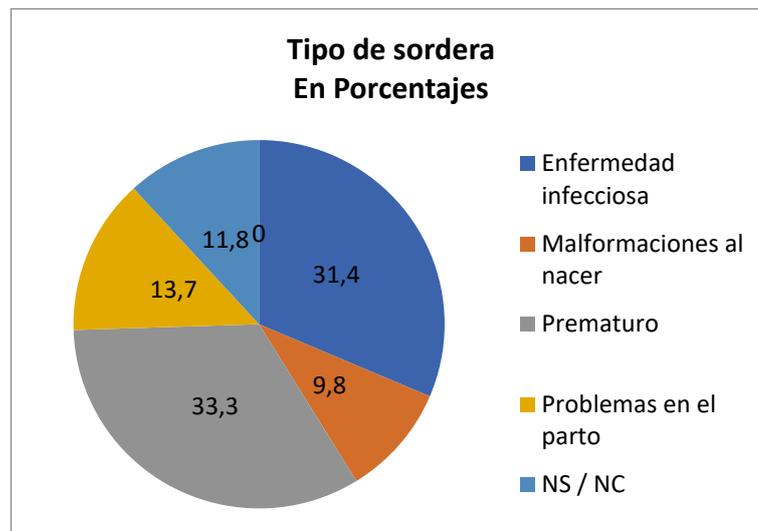
Tabla 10
 Tipo de sordera. Padres con Hijos sordos. En frecuencias y porcentajes

Tipo de sordera	Frecuencia	Porcentaje
Enfermedad infecciosa	16	31,4
Malformaciones al nacer	5	9,8
Prematuro	17	33,3
Problemas en el parto	7	13,7
NS / NC	6	11,8
Total	51	100,0

Las dos primeras causas de sordera o hipoacusia son las enfermedades infecciosas o la condición de prematuro del niño.

Figura 1

Tipo de sordera que afectó a los niños expresado en porcentaje.



La situación de niño prematuro es la causa más importante de sordera o hipoacusia seguida de cerca por las enfermedades infecciosas al nacer de la madre o del niño.

Criterios de análisis

Escala de Calidad de vida WHOQOL-BREF

Las respuestas de los padres participantes en relación a su Calidad de vida fueron agrupadas en las cuatro dimensiones del cuestionario: Salud física, Salud psicológica, Relaciones sociales y Medio ambiente.

El puntaje máximo que puede asumir cada dimensión es el siguiente:

Salud física – 35 puntos

Salud psicológica – 30 puntos

Relaciones sociales – 15 puntos

Medioambiente – 40 puntos

Calidad de vida total – 130 puntos

Tabla 11

Puntuaciones medias Calidad de Vida				
	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Calidad de Vida total	57	121	92.58	11.571
Calidad de Vida Salud Física	15	35	26.25	3.930
Calidad de Vida Psicológica	14	27	20.51	2.599
Calidad de Vida Relaciones Sociales	5	14	10.21	2.056
Calidad de Vida Medioambiente	19	37	27.86	3.936

Inventario de Perspectiva Temporal Futura (Zimbardo&Boyd)

Las respuestas de los padres participantes en relación a su Perspectiva Temporal Futura fueron agrupadas en las cinco dimensiones del cuestionario: Pasado positivo, Pasado

negativo, Presente hedonista, Presente fatalista y Futuro. Se calcularon los estadísticos descriptivos.

Tabla 12

Puntuaciones medias Perspectiva Temporal Futura				
	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
ZTPI total	117	222	171.20	16.012
Pasado Negativo	1.3	4.9	2.578	.7299
Presente Hedonista	1.53	4.53	3.2033	.47473
Futuro	2.00	4.46	3.4829	.45000
Pasado positivo	1.89	4.44	3.4400	.55040
Presente fatalista	1.00	4.50	2.3032	.65392

4.2 Normalidad de las variables

La normalidad de las variables se evaluó a través de la prueba de normalidad, tomando en consideración la prueba de Kolmogorov-Smirnov, debido a que la muestra es mayor a los 50 casos. Para la Calidad de Vida total y las dimensiones Salud física y Medio ambiente, se utilizaron estadísticos paramétricos, ya que su significación es mayor a 0.05. En el caso de Salud psicológica y Relaciones sociales, se aplicaron estadísticos no paramétricos. En cuanto a la variable Perspectiva Temporal Futura, se utilizaron pruebas paramétricas en todas sus dimensiones exceptuando Presente Fatalista, utilizando para esta última, estadísticos no paramétricos.

Tabla 13

Prueba de Kolmogorov Smirnov – Calidad de vida y dimensiones

Prueba de Normalidad Kolmogorov Smirnov	Calidad de vida				
	Total	Salud física	Salud psicológica	Relaciones sociales	Medio ambiente
N	100	101	101	101	100
Media	92,43	26,21	20,54	10,21	27,84
Parámetros normales ^{a,b} Desviación típica	11,663	4,012	2,620	2,062	3,962

Sig. asintót. (bilateral) ,200* ,145* ,000* ,000* ,050*

Tabla 14
Prueba de Kolmogorov Smirnov – Perspectiva Temporal Futura y dimensiones

Prueba de Normalidad Kolmogorov Smirnov	Perspectiva Temporal futura					
	Total	Pasado negativo	Presente hedonis- ta	Futuro	Pasado positivo	Presente fatalista
N	93	101	101	101	101	101
Media	171,00	2,577	3,1935	3,4833	3,4553	2,2731
Parámetros normales ^{a,b} Desviación típica	15,977	,6919	,49080	,44436	,53934	,60331
Sig. asintót. (bilateral)	,200*	,200*	,200*	,067*	,125*	,033*

Se realizó una prueba de normalidad para las variables de edad, tanto de los encuestados como de sus hijos. Observando una distribución anormal, se utilizaron estadísticos no paramétricos para correlacionar estas variables.

	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Estadístico	GI	Sig.
Edad del encuestado	.100	101	.014
Edad hijos oyentes	.216	101	.000
Edad de hijos sordos	.334	101	.000

Tabla 15
Estadísticos de Prueba de Levene de homogeneidad de las varianzas. Calidad de vida total y Perspectiva Temporal Futura total

Variables	Prueba de Levene				
	Tiene hijo oyente o sordo	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media

Calidad de vida total	Hijo oyente	50	93,82	11,515	1,628
	Hijo sordo	50	91,34	11,609	1,642
Perspectiva Temporal	Hijo oyente	50	170,26	12,550	1,775
Futura total	Hijo sordo	43	172,30	19,379	2,955

Tabla 16

Prueba de Levene de homogeneidad de las varianzas. Calidad de vida total y Perspectiva Temporal Futura total

Variables		Prueba de Levene	
		F	Sig.
Calidad de vida total	Se han asumido varianzas iguales	,041	,841
	No se han asumido varianzas iguales		
Perspectiva Temporal Futura total	Se han asumido varianzas iguales	3,828	,053
	No se han asumido varianzas iguales		

Los resultados permitieron concluir que ambas variables, segmentadas por Hijo oyente e Hijo sordo, presentaron homogeneidad de varianzas, ya que el nivel de significancia (sigma) fue mayor a 0.05. No existen diferencias entre los grupos.

4.3 Comparación entre grupos de Padres con hijos oyentes y Padres con hijos sordos

Para comparar los dos grupos de Padres de Hijos oyentes y Padres de Hijos sordos en cada una de las variables Calidad de vida y dimensiones y Perspectiva Temporal Futura y dimensiones, se utilizó la Prueba T de Student en el caso de las variables con una distribución normal y la Prueba U de Mann Whitney en el caso de las variables con distribución anormal.

Correlación entre Calidad de vida y Perspectiva Temporal futura de los padres con hijos oyentes y padres de hijos no oyentes

Para las variables que presentaron una distribución normal, se utilizó el coeficiente R de Pearson para correlacionar ambas variables y sus respectivas dimensiones.

Para las variables que no se distribuyeron en forma normal, se utilizó la prueba no paramétrica Rho de Spearman.

En el caso de los padres que tienen hijos oyentes, existe una relación indirecta entre el Presente Fatalista, la Calidad de Vida total y todas sus dimensiones, considerando que, a mayores niveles de Presente Fatalista, menor puntúan las dimensiones de Calidad de Vida.

En el caso de los padres con hijos sordos, la dimensión Presente Fatalista, se relaciona de manera indirecta con la Calidad de Vida total, la Salud Física y las Relaciones Sociales. Es decir que siendo menor la percepción de Presente Fatalista, las dimensiones mencionadas de Calidad de vida, puntúan más elevadas.

Tabla 17
Correlaciones

Hijo sordo/oyente				calidad de vida total	calidad de vida salud física	Calidad de Vida Psicológica	calidad de vida relaciones sociales	calidad de vida medioambiente
Rho de Spearman	Hijo oyente	presente fatalista	Coefficiente de correlación	-,422	-,433	-,314	-,293	-,330
			Sig. (bilateral)	,002*	,002*	,026*	,039*	,019*
	hijo sordo	presente fatalista	Coefficiente de correlación	-,440	-,393	-,210	-,345	-,185
			Sig. (bilateral)	,001*	,004*	,139	,013*	,199

Rho de Spearman

En el caso de los padres que tienen hijos oyentes, existe una relación indirecta entre la Calidad de Vida total y el Pasado Negativo, con lo cual cuando los niveles de Calidad de Vida son más elevados, los de Pasado Negativo son más bajos. En el caso de los padres con hijos sordos, se da la misma relación.

Con respecto a las dimensiones Futuro y Pasado Positivo, existe una relación significativa directa, siendo que las puntuaciones de Calidad de Vida aumentan a medida que las dimensiones mencionadas también elevan su puntuación.

Los padres de hijos sordos, evidenciaron una relación significativa directa entre Futuro y Calidad de Vida total.

A la hora de relacionar la dimensión Salud Física de Calidad de vida, en el caso de padres de hijos oyentes, existe una relación estadísticamente significativa y negativa con la dimensión Pasado negativo. En el caso de los padres de hijos sordos, Salud Física, no tuvo relación con ninguna dimensión de Perspectiva Temporal.

Por último, cabe mencionar acerca de la dimensión de la Calidad de Vida, “Medio Ambiente”, en los padres de hijos oyentes, se relaciona de manera indirecta con Pasado Negativo, como también en el caso de los padres de hijos sordos, existiendo en este caso también una relación significativa directa con la dimensión Futuro.

			ZTPI total	pasado negativo	presente hedonista	futuro	pasado positivo
Hijo oyente	calidad de vida total	Correlación de Pearson	-.271	-.613**	.144	.284*	.289*
		Sig. (bilateral)	.057	.000*	.320	.046*	.042*
	calidad de vida saludfisica	Correlación de Pearson	-.209	-.433**	.103	.279	.259
		Sig. (bilateral)	.146	.002*	.476	.050	.069
	calidad de vida medioambiente	Correlación de Pearson	-.209	-.282*	.038	.124	.071
		Sig. (bilateral)	.145	.047*	.791	.389	.623
Hijo sordo	calidad de vida total	Correlación de Pearson	-.103	-.410**	.091	.290*	.154
		Sig. (bilateral)	.517	.003*	.530	.041*	.284
	calidad de vida saludfisica	Correlación de Pearson	-.144	-.219	-.028	.110	-.013
		Sig. (bilateral)	.357	.123	.848	.441	.929
	calidad de vida medioambiente	Correlación de Pearson	.066	-.308*	.219	.336*	.196
		Sig. (bilateral)	.677	.030*	.127	.017*	.173

R de Pearson

Se utilizó Rho de Spearman ya que al realizar la prueba de normalidad de las variables edad del encuestado y edades de los hijos oyentes y no oyentes, dieron como significación valores menores a 0.05. Por ende, se utilizaron estadísticos no paramétricos para la correlación.

En el caso de quienes tienen hijos oyentes, existe una relación significativa indirecta entre la Calidad de Vida Psicológica y la edad de los hijos. Es decir, que al tener menor edad los hijos, mayor es la percepción de la Calidad de vida Psicológica.

tiene hijo sordo o no			edad del ecuestado	edad hijos oyentes	
Rho de Spearman	hijo oyente				
		calidad de vida total	Coeficiente de correlación	.037	-.242
			Sig. (bilateral)	.798	.091
		calidad de vida saludfísica	Coeficiente de correlación	-.003	-.069
			Sig. (bilateral)	.985	.635
		CV psicológica	Coeficiente de correlación	.040	-.306*
			Sig. (bilateral)	.781	.031*
		calidad de vida relaciones sociales	Coeficiente de correlación	.202	-.046
			Sig. (bilateral)	.159	.753
		calidad de vida medioambiente	Coeficiente de correlación	.039	-.185
			Sig. (bilateral)	.788	.199
		ZTPI total	Coeficiente de correlación	-.009	.150
			Sig. (bilateral)	.949	.299
		pasado negativo	Coeficiente de correlación	.073	.264
			Sig. (bilateral)	.616	.064
		presente hedonista	Coeficiente de correlación	-.043	.061
			Sig. (bilateral)	.765	.675
		Futuro	Coeficiente de correlación	.036	.067
			Sig. (bilateral)	.803	.644
		pasado positivo	Coeficiente de correlación	-.202	-.033
			Sig. (bilateral)	.159	.818
		presente faltalista	Coeficiente de correlación	.070	-.018
			Sig. (bilateral)	.629	.903

En el caso de quienes tienen hijo sordo, existe una relación significativa e indirecta entre la edad del hijo sordo y la dimensión “futuro” de Perspectiva Temporal Futura, indicando que, a menor edad del hijo no oyente, mayor es la percepción de Futuro.

tiene hijo sordo o no				edad del ecuestado	edad de hijos sordos
Rho de Spearman	hijo sordo				
		calidad de vida total	Coeficiente de correlación	-.122	-.246
			Sig. (bilateral)	.397	.085
		calidad de vida saludfisica	Coeficiente de correlación	-.167	-.088
			Sig. (bilateral)	.242	.541
		CV psicologica	Coeficiente de correlación	-.111	-.269
			Sig. (bilateral)	.438	.056
		calidad de vida relaciones sociales	Coeficiente de correlación	-.227	-.108
			Sig. (bilateral)	.109	.453
		calidad de vida medioambiente	Coeficiente de correlación	.091	-.105
			Sig. (bilateral)	.530	.466
		ZTPI total	Coeficiente de correlación	-.050	-.205
			Sig. (bilateral)	.750	.188
		pasado negativo	Coeficiente de correlación	-.009	.120
			Sig. (bilateral)	.952	.403
		presente hedonista	Coeficiente de correlación	-.185	-.243
			Sig. (bilateral)	.194	.085
		futuro	Coeficiente de correlación	-.185	-.320 [†]
			Sig. (bilateral)	.193	.022 [*]
		pasado positivo	Coeficiente de correlación	-.208	-.179
			Sig. (bilateral)	.143	.209
		presente faltalista	Coeficiente de correlación	.253	.105
			Sig. (bilateral)	.073	.465

TERCERA PARTE
DISCUSIÓN, PROPUESTAS Y
CONCLUSIÓN

5. Discusión, propuestas y conclusión

5.1 Análisis y discusión de los resultados

La evaluación de la Calidad de Vida y de la Perspectiva Temporal Futura de las familias de hijos sordos no suele ser un tema habitual de investigación en el área clínica y particularmente, en la psicológica. Si bien hay información sobre la discapacidad en general (Schalock, & Verdugo Alonso, 2007) la sordera y su relación en la dinámica familiar en Argentina es todavía un campo para investigar. De tener este conocimiento es seguro que se podrían poner en práctica medidas de prevención en las atenciones prenatales, post natales, a nivel familiar, escolar y social.

En la presente investigación se han planteado diversos objetivos. Se intentó, caracterizar a través de un perfil sociodemográfico de los padres de niños oyentes y no oyentes (Tablas 1 a 10). Por otro lado, se pretendió graficar las causas más frecuentes de sordera desde el nacimiento y en los primeros dos años de vida (Figura 1). Luego de tipificar la muestra se pasó a comparar y relacionar la Calidad de Vida y la Perspectiva Temporal Futura de los Padres de Hijos Oyentes y No oyentes (Tablas 11 a 17).

Al confrontar las puntuaciones obtenidas en las diferentes dimensiones de Calidad de vida en función del grupo de padres de Hijos oyentes e Hijos sordos, se observó que dichas puntuaciones no diferían significativamente. Por lo tanto, la Hipótesis “La Calidad de vida de los padres oyentes de hijos sordos es inferior a la de los padres oyentes de hijos oyentes”, no se comprobó.

Al contraponer las puntuaciones obtenidas en las diferentes dimensiones de Perspectiva Temporal Futura, en función del grupo de padres de Hijos oyentes e Hijos sordos, se observó que dichas puntuaciones no diferían significativamente. Por lo tanto, la Hipótesis “La

Perspectiva Temporal Futura de los padres oyentes de Hijos sordos es inferior a la de los padres oyentes de Hijos oyentes”, no se comprobó.

Con respecto a la correlación entre las variables de Calidad de vida y dimensiones y Perspectiva Temporal Futura y dimensiones entre los padres oyentes de Hijos oyentes y los padres oyentes de Hijos sordos, se observó que, en la muestra de padres de hijos oyentes, la Calidad de vida total, Salud física, Salud psicológica y Relaciones sociales se correlacionó negativamente con Pasado negativo y Presente fatalista, asumiendo coeficientes de correlación entre moderados y altos. La correlación del resto de las dimensiones de ambas variables asumió coeficientes positivos pero bajos y nada significativos. Entre los padres de hijos sordos, la asociación entre las dimensiones no fue tan homogénea, se observaron relaciones entre las dimensiones cuyos coeficientes, positivos y negativos, fueron bajos y nada significativos. Sí, se destacó la relación entre Calidad de vida total y Pasado negativo y Presente fatalista, cuyos coeficientes fueron moderados y negativos. Por lo tanto, la Hipótesis “La Calidad de vida y la Perspectiva Temporal Futura, tanto de los padres de Hijos oyentes como de los padres de Hijos sordos, se correlacionan positivamente” no se comprobó, aunque sí existe relación entre algunas de sus dimensiones, tanto de manera directa como indirecta. De acuerdo a lo investigado por Brenlla (2017) quien cita a Zimbardo (1999), el Pasado Negativo refiere a una actitud negativa y pesimista hacia el pasado y el Presente Fatalista supone una actitud de indefensión con respecto a la vida en general. También, están indicando que estas actitudes se vinculan con un abanico de síntomas vinculados a la depresión y la ansiedad. Se podría hipotetizar que el tener un niño sordo en la familia presupone una visión de la vida más sombría que la de las familias que no tienen niños con ninguna discapacidad.

En relación a la comparación entre las dimensiones de Calidad de vida y las variables demográficas Sexo, Situación laboral, Nivel de escolaridad y Tiene hijo sordo o no de los padres encuestados, se observó que no existe diferencia entre los grupos. Similar situación se

presentó al evaluar la posible comparación entre Perspectiva Temporal Futura y sus dimensiones con las variables demográficas anteriormente mencionadas, se observó que no existe diferencia entre las variables analizadas, a excepción de Nivel de escolaridad, dimensión que se asoció significativamente con Perspectiva Temporal Futura total, es mayor en quienes alcanzaron el nivel terciario incompleto y secundario completo, Presente Hedonista es mayor en quienes tiene terciario incompleto, Pasado negativo los que tienen el primario incompleto aunque sería poco representativo, sigue siendo menor el valor en quienes tienen secundario incompleto. Y Presente fatalista, es mayor en secundario incompleto y Futuro es mayor en terciario incompleto y Tiene Hijo oyente o Hijo sordo. De lo expuesto puede concluirse que la Hipótesis “La Calidad de vida y la Perspectiva Temporal Futura existen diferencias entre las variables sociodemográficas” no se comprobó en el caso de Calidad de vida y dimensiones, y en el caso de Perspectiva Temporal Futura, tampoco, a excepción de las dimensiones mencionadas anteriormente.

En estudio referente a la calidad de vida que fue llevado a cabo por Skevington (2010) se investiga la calidad de vida relacionada con la salud, el nivel de educación y la cultura, para el cual se utilizó el WHOQOL-BREF en 23 países (entre ellos Argentina, Australia, Brasil, Bulgaria, China, Croacia, Alemania, Grecia, Hungría, Israel, Italia, Japón, Nigeria, Los Países Bajos, Noruega, Rumania, Rusia y España) con 9404 adultos sanos y enfermos. Como resultado se pudo observar que la calidad de vida ambiental aumenta a mayor grado de educación (falta de educación formal hasta el nivel universitario) mientras que la calidad de vida psicológica, social y física sólo aumentaron hasta que los sujetos alcanzaron el nivel secundario. Los adultos con mejores recursos financieros, medio ambiente y nivel de cultura se perciben con una mejor calidad de vida para quienes recibieron una educación universitaria que para aquellos que solo alcanzaron el nivel secundario de educación. Fue únicamente la

calidad de vida psicológica la que se distinguió entre todos los niveles educativos en los países en vías de desarrollo.

Para Zalenski (citado por Brenlla) el equilibrio entre pasado positivo, presente hedonista y futuro hace que los individuos presenten adaptaciones conductuales que le permitan acomodarse a las fluctuaciones de la vida.

En el caso de quienes tienen hijos oyentes, existe una relación significativa indirecta entre la Calidad de Vida Psicológica y la edad de los hijos. Es decir, que al tener menor edad los hijos, mayor es la percepción de la Calidad de vida Psicológica.

De acuerdo a lo investigado por Dubra (2017) la sensibilidad parental, la sintonía emocional, la congruencia y la respuesta para con los niños de corta edad depende en gran medida de la habilidad de los padres para reconocer, comprender e interpretar las conductas, el lenguaje corporal, las expresiones faciales y el discurso de sus hijos. Sin embargo, los niños con dificultad auditiva a menudo tienen dificultades en la comunicación, lo que podría ser una fuente de frustración para los miembros de la familia. e incluso llevar a complicaciones para el desarrollo del apego hacia los padres. Existen, de hecho, indicios de que el estrés subsecuente de la pobre comunicación padres-hijo podría poner a prueba las relaciones futuras entre los hijos con dificultad auditiva y sus padres oyentes.

En el caso de quienes tienen hijo sordo, existe una relación significativa e indirecta entre la edad del hijo sordo y la dimensión “futuro” de Perspectiva Temporal Futura, indicando que, a menor edad del hijo no oyente, mayor es la percepción de Futuro.

Según Garcia y Perez (2017) al aparecer en una familia un hijo con discapacidad se produce una crisis caracterizada por la desorganización y la incapacidad de los individuos de abordar la situación ya que, en ella, no se pueden utilizar las estrategias para la resolución de

problemas puestas en juego en situaciones anteriores. Esta interrupción en la vida de la familia hasta el momento del diagnóstico de un hijo con discapacidad puede representar un momento de desarrollo y crecimiento, pero también un momento de sufrimiento psíquico. La aceptación de la situación por parte de la familia está relacionada en gran parte con la capacidad de los sujetos de adaptarse a situaciones nuevas y reconocer sus propias necesidades.

5.2 Limitaciones del estudio y propuestas para futuras investigaciones

De acuerdo a la información obtenida en este trabajo se puede plantear la necesidad de ampliar la muestra en cantidad de individuos y diversificar las zonas donde se recogen los datos. Esto daría una versión más amplia de la situación.

Otros puntos que se pueden agregar al cuestionario demográfico para hacerlo más extensivo es indagar si los padres utilizan lengua de señas para comunicarse con sus hijos sordos, si tienen obra social o medicina prepaga o si asisten a un hospital público. La pregunta sobre medicina también aplicaría para los padres de hijos oyentes ya que nos daría una visión más cabal sobre unos de los puntos de cuestionario de calidad de vida referido a la salud física de las personas.

Una situación interesante de investigar es cómo acompaña la escuela a los padres de niños sordos, si se hacen talleres, acompañamiento por parte de los gabinetes de orientación, si ofrecen clases gratuitas de lengua de señas. La Cruz Roja Argentina es una de las instituciones que da cursos de lengua de señas Argentina (LSA) que son abiertos a la comunidad y pero que no son gratuitos, lo mismo que algunas agrupaciones de sordos.

También sería de importancia complementar con inventarios de personalidad para tener perfiles más cabales de las personas y sus características psicológicas. Sería de gran utilidad los instrumentos que indagan sobre la capacidad de resiliencia y la respuesta al estrés, ansiedad o situaciones adversas. Un ejemplo de esto podría ser la Escala de Malestar

Psicológico de Kessler K-10. Desarrollada por Kessler y Mrozeck (1994), consta de 10 ítems con formato de respuesta tipo Likert de cinco puntos. Evalúa el riesgo de presentar malestar psicológico inespecífico, síntomas de ansiedad o depresión en el último mes. Se utilizó la adaptación argentina desarrollada por Brenlla y Aranguren (2010).

Es imposible soslayar el hecho de que este estudio fue hecho antes de la pandemia de COVID 19 y sería de extremada utilidad volver a hacer este estudio terminada la pandemia para poder comparar los resultados y extraer nueva información.

De acuerdo a los datos recogidos se pueden implementar talleres, guías, capacitaciones y cursos de orientación tanto para padres, la comunidad entera, docentes y los profesionales de la salud que trabajen o no con personas o niños sordos ya que este tipo de discapacidad suele pasar desapercibida en los ámbitos más masivos y solo cobran relevancia cuando una persona se ve directamente afectada al tener un miembro de la familia sordo o hipoacúsico. La presente investigación, por ende, puede aportar información para estos fines.

5.3 Conclusión

De forma general, se puede concluir que no se observaron diferencias entre los padres de hijos sordos y no sordos en el presente estudio. Es necesario e considerar las limitaciones de la investigación para tener en cuenta ya que hay muy pocos estudios realizados en Argentina y especialmente en la zona sur del gran Buenos Aires.

De todas formas, esta investigación permite registrar información relevante sobre la temática y brinda un panorama general sobre las variables indagadas. Es necesario visibilizar las realidades de estas poblaciones, y para ello, es importante obtener información detallada sobre las diversas problemáticas que deben enfrentar. Puede pensarse que esta tesis aporta elementos empíricos y teóricos con esos fines.

Referencias bibliográficas

- Acuña, C., Bulit, L., Chudnovsky, M., & Repetto, F. (2010). Discapacidad: derechos y políticas públicas. En Acuña, C., & Bulit Goñi, L. G. (Ed.), *Políticas sobre la discapacidad en la Argentina. El desafío de hacer realidad los derechos* (pp. 23-36). Argentina, Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Agrawal, R. & Kaur, J. (2012). Anxiety and Adjustment Levels Among the Visually and Hearing Impaired and Their Relationship to Locus of Control Cognitive, Social, and Biographical Variables. *The Journal of Psychology*, 119 (3), 265-270.
- Baldi López, G., & García Quiroga, E. (2010). Percepción de la calidad de vida en una muestra de individuos de la ciudad de San Luis, Argentina. *Universidades*(46),17-26.
- Beckman, P. J. (1991). Comparison of mothers' and fathers' perceptions of the effect of young children with and without disabilities. *American Journal on Mental Retardation*, 95(5), 585-595.
- Benítez, I. (2016). La evaluación de la calidad de vida: retos metodológicos presentes y futuros . *Papeles Del Psicólogo*, 37 (1), 69-73.
- Benítez-Borrego,S.,Mancho-Foraa, N., Farràs-Permanyera, L., Urzúa- Morales, A. y Guàrdia-Olmo,J (2016). Funcionamiento diferencial de los ítems de WHOQOL-BREF en nueve países Iberoamericanos. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud* 7,(2), 51-59.
- Blanca Mena, M. J. (2012). *Análisis exploratorio de datos*. Ficha de cátedra. Málaga, España: Facultad de Psicología de la Universidad de Málaga.
- Boyras, G. & Sayger, T. (2010). Psychological Well-Being Among Fathers of Children With and Without Disabilities: The Role of Family Cohesion, Adaptability, and Paternal Self-Efficacy.*American journal of men's shealth*, 5 (4), 286-296.
- Brenlla, M.E., Zapater, J., & Germano, G. (2019) Adaptación lingüística, estructura factorial y fiabilidad del Inventario de Perspectiva Temporal de Zimbardo para Buenos Aires. *Interdisciplinaria*, 36(2), 111-127.

- Brenlla, M.E., Willis, B., & Germano, G. (2016). Estimación del tiempo y perspectiva temporal en distintas etapas de la adultez . *Investigación en psicología* 21(1), 27,34.
- Brenlla, M.E., Serna, J., Londra, F., Rodriguez, M.E., & Zapater, J. (2012). Adaptación argentina del inventario de Perspectiva temporal futura de Zimabardo. IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología Universidad de Buenos Aires.
- Brothers, A., Cui, H., Dielh, M., & Pruchno, R. (2014) Measuring Future Time Perspective across Adulthood: Development and Evaluation of a Brief Multidimensional Questionnaire. *The Gerontologist*, 54, (6), 1075–1088.
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives. *Developmental Psychology*, 22(6), 723-742.
- Brown, I., Keith, K.D. & Schalock, R. L. (2004). Quality of life conceptualization, measurement, and application: Validation of the SIRG-QOL consensual principles. *Journal of Intellectual Disabilities Research*, 48 (4 -5), 451.
- Casas Idárraga, A & Linares Ricón, M (2009). Depresión y ansiedad en personas con deficiencia auditiva: revisión de la bibliografía. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 28, 1-15.
- Cardona Arias, J.& Higuera Gutierrez, L. (2014). Aplicaciones de un instrumento diseñado por la OMS para la evaluación de la calidad de vida. *Revista Cubana de Salud Pública*. 40 (2), 175-189.
- Carcelén Velarde, M. C, & Martínez U.P.. (2008). Perspectiva temporal futura en adolescentes institucionalizados. *Revista de Psicología (Lima)*, 26(2), 255-276.
- Chavez, L. (2017) Percepción de Salud y Calidad de Vida en Profesionales de la Salud. *Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Córdoba*, 3, (2), 448-463.

- Codina, N. & Pestana, J. (2016). Actividad físico-deportiva como experiencia de ocio y Perspectiva Temporal en los jóvenes. *Revista de Psicología del Deporte*, 25(2), 53-60.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155-159.
- Congost-Maestre, N. (2012). "Aspectos formales y visuales en los cuestionarios de salud y calidad de vida." *Panacea* 13(35), 99-112.
- Cummings, E. M., & Davies, P. T. (2010). *Marital conflict and children: an emotional security perspective*. Nueva York: The Guilford Press.
- Díaz-Morales, J. (2006). Estructura factorial y fiabilidad del Inventario de Perspectiva Temporal de Zimbardo. *Psicothema*, 18 (3), 565-571.
- Díaz Morales, J. (2006). Perspectiva temporal futura y ciclo vital. *Anales de psicología*. 22, (1), 52-59.
- Dubra, M & Lopez-Larrosa, S. (2016). Seguridad emocional y bienestar de los hijos adolescentes sordos y oyentes. Avances en las Ciencias de la Educación y Desarrollo. Tesis de Grado para la obtención del título Licenciado en psicología, Universidade da Coruña: España.
- Dubra, M. (2017) Relación entre conflicto interparental, bienestar del niño y clima familiar: una comparación entre padres/madres oyentes con hijos sordos y con hijos oyentes. Avances en las Ciencias de la Educación y Desarrollo. Tesis para la obtención del título Doctor en Psicología, Universidade da Coruña. España.
- Dyson, L. L. (1991). Families of young children with handicaps: Parental stress and family functioning. *American Journal on Mental Retardation*, 95(6), 623-629.
- Feher-Prout, T. (1996). Stress and Coping in Families with Deaf Children, *The Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 1, (3) 155-166.
- Galarraga, M. & Stover, J. (2016). Inventario de Perspectiva Temporal de Zimbardo Adaptación en estudiantes de nivel medio de Buenos Aires. *Psicodebate. Psicología, Cultura y Sociedad*, 16, (1) 109-128.

- Galarraga, M. & Stover, J. (2017). Perspectiva temporal futura y estrategias de afrontamiento en estudiantes de nivel medio próximos a egresar. *Investigaciones en Psicología*; 22; 2; 37-45
- García Vinces, T. & Pérez Gonzales, J. (2016). Sentimientos y reacciones de padres con hijos con habilidades diferentes del CEBE N° 001 “SAN JUAN DE DIOS” – TUMBES JULIO 2015 – ABRIL 2016. Tesis para la obtención del título de Licenciatura en Enfermería, Tumbes, Perú.
- Gil Llario, M., Morell Mengual, V., Díaz Rodríguez, I., Giménez García, C., & Ruiz Palomino, E. (2016). Calidad de vida de los discapacitados intelectuales valorada por ellos mismos y los profesionales: variables implicadas. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. Revista INFAD de Psicología.*, 1(1), 265-274.
- Gómez-Vela, M. & Sabeh, E. (2000). Calidad de Vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. *Integra*, 3(9), 1-4.
- Gómez, L. E., Verdugo, M. Á., & Arias, B. (2010). Calidad de vida individual: avances en su conceptualización y retos emergentes en el ámbito de la discapacidad. *Psicología Conductual*, 18(3), 453-472.
- Gómez-Vela, M. (2004). Evaluación de la calidad de vida de alumnos de Educación Secundaria Obligatoria con Necesidades Educativas Especiales y sin ellas. Salamanca: Ediciones Universidad de Salamanca.
- Gregory, A. R., & Martínez, J. T. (2016). Nivel de condición física y calidad de vida en personas con discapacidad intelectual. *Actividad física y deporte: ciencia y profesión*, (24), 13-28.
- Guyatt, G., Feeny, D., & Patrick, D. (1993). Measuring Health-Related Quality of Life. *Annals of Internal Medicine*, 118 (8): 622-629.
- Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C. & Baptista-Lucio, P. (2014). Selección de la muestra. En *Metodología de la Investigación* (6ª ed., pp. 170-191). México: McGraw-Hill.
- Hintermair, M. (2006). Parental Resources, Parental Stress, and Socioemotional Development of Deaf and Hard of Hearing Children. *The Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 11 (4), 493–513.

- Irarrázaval, M., Halpern, M. & Huneus, J. (2012). Calidad de vida en Psiquiatras Infanto-Juveniles, Neuropediatras y residentes de Psiquiatría Infanto-Juvenil: uso de la encuesta WHOQOL-BREF. *Rev. Chilena de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia*, 23, (1), 8 – 19.
- Malhotra, N.K. (2008) Investigación de mercados. México. Ed. Pearson – Prentice Hall
- Molina, L., Ipiña, M., Reyna, C. & Guzmán, R. (2011) Competencia social en niños con sordera profunda. *Revista CES de Psicología*, 4 (1), 1-14.
- Patino, I. (2006). Dossier de Prevención y Atención Precoz de los problemas auditivos en edad escolar. Madrid: FIAPAS.
- Kazez, R., Melloni, G. , & Maldavsky, D. . (2014). Estudio del discurso de madres oyentes de hijos sordos: Detección de diferentes momentos luego de haber sido informadas acerca del diagnóstico. *Subjetividad y procesos cognitivos*, 18(1), 157-175.
- Kurtzer-White, E. & David Luterman, D. (2003). Families and children with hearing loss: Grief and coping. *Revista*, 9, (4), 232-235.
- Levi, L. (2001). Psycho-socio-economic determinants for stress and depression: A call for action. En: Coping with stress and depression related problems in Europe. Final Report European Union Presidency, Brussels, 25-27/10/2001: 17-20.
- Lucas Carrasco, R. (1998). Versión española del WHOQOL. Madrid: Ergón.
- Martínez, P. (2004) Perspectiva temporal futura y satisfacción con la vida a lo largo del ciclo vital. *Revista de Psicología de la PUCP*, 12(2), 217-252.
- Maris Vázquez, S. , Difabio de Anglat, H., & Noriega Biggio, M. (2016). Perspectiva temporal y estilos de personalidad en estudiantes argentinos. *Interdisciplinaria*, 33 (2), 315-336.
- Massone, M., Rey, M., & Kenseyán, N. (2010). Aproximaciones a las Relaciones de Parentesco en la Comunidad Sorda. Análisis Crítico del Discurso de Mujeres en Situación de Pobreza. *Texturas*, 1(9-10), 133-149.
- Mercado García, E. & García Vicente, M. (2010). Necesidades sociales de las personas con discapacidad en edad escolar y sus familias. *Cuadernos de Trabajo Social*, 23, 9- 24.

- Milfont, Taciano L., Andrade, Palloma R., Pessoa, Viviany S., & Belo, Raquel P. (2008). Testing zimbardo time perspective inventory in a Brazilian sample. *Interamerican Journal of Psychology*, 42(1), 49-58.
- Murgeri, M. (2009) WHOQOL-100 y WHOQOL-BREF. Desarrollo de programas de tratamiento asertivo comunitario de Andalucía. Documento marco. Servicio Andaluz de Salud.
- Nuttin, J. (1985). Future time perspective and motivation. Lovaina, Bélgica: Leuven University Press & Lawrence Erlbaum.
- Orejas, B. & Silva Rico, J. (2013). Hipoacusia: identificación e intervenciones precoces. *Pediatría Integral*, 17, (5): 330-342
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2015). Centro de prensa. Nota descriptiva N°300.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2017). Anexo IX. Manual de instrucciones de la OMS sobre la calidad de vida.
- Oyanadel, C., Buela-Casal, G., & Pérez-Fortis, A. (2014). Propiedades Psicométricas del Inventario de Orientación Temporal de Zimbardo en una Muestra Chilena. *Terapia psicológica*, 32(1), 47-55.
- OyanadelVéliz, C. & Buela-Casal, G. (2011). La Percepción del Tiempo: Influencias en la Salud Física y Mental. *UniversitasPsychologica*; 10 (1), 149-162.
- Paixão, Maria. (2012). Motivation, future time perspective and vocational planning behavior. En: D,A, Leontiev(Ed) *Motivation, Consciousness and Self-Regulation*, 41-63,
- Peralta López, F. & Arellano Torres, A. (2010). Familia y discapacidad. Una perspectiva teórico-aplicada del Enfoque Centrado en la Familia para promover la autodeterminación. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 8(3), 1339-1362.
- Pérez, C. V. (2001). Deficiencia auditiva. Trabajo presentado en el III Congreso “La Atención a la Diversidad en el Sistema Educativo”, Universidad de Salamanca, Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO), España.

- Rey, M. (2008). El cuerpo en la construcción de la identidad de los sordos. Papeles de trabajo. *Centro de Estudios Interdisciplinarios en Etnolingüística y Antropología Socio-Cultural*.
- Rubio, J. & Varas, J. (1997). *El análisis de la realidad en la intervención social*. Madrid, España: Editorial CCS.
- Rolland, J. S. (2000). Familia, enfermedad y discapacidad Una propuesta desde la terapia sistémica. Barcelona: Gedisa.
- Skevington, S.M. (2010) Qualities of life, educational level and human development: an international investigation of health. *Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology*, 45, (10), 999 – 1099.
- Schalock, R. L., & Verdugo Alonso, M. Á. (2007). El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual. *Revista*, vol, pag
- Schalock, R. L. (2013). La nueva definición de discapacidad intelectual, apoyos individuales y resultados personales.
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y enfermería*, 9(2), 09-21.
- Seligman, M. E. P. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An Introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14.
- Skevington, S.M. (2010). Qualities of life, educational level and human development: an international investigation of health. *Soc Psychiat Epidemiol*, 45, 999–1009.
- Skliar, C., Massone, M., & Veinberg, S. (1995). El acceso de los niños sordos al bilingüismo y biculturalismo. *Infancia y aprendizaje*, 69(70), 85-100.
- Soto, F. (2011). Calidad de vida: conceptos, características y aplicación del constructo. *Revistasujeto, subjetividad y cultura*, 2, 68- 86.
- Spiegel, M.R. Estadística. Teoría y 875 problemas resueltos. Colombia. Ed McGraw- Hill
- Steinberg, A. (2006). Issues in Providing Mental Health Services to Hearing-Impaired Persons. *American Psychiatric Association Publishing*, 42(4), 380-9.

- Torres, M., Quezada, M., Rioseco, R. & Ducci, M.E (2008). Calidad de vida de adultos mayores pobres de viviendas básicas: Estudio comparativo mediante uso de WHOQoL-BREF. *Revista Médica de Chile*, 136,(3), 325-33.
- Urzúa M, Alfonso, & Caqueo-Urizar, Alejandra. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica*, 30(1), 61-71.
- Urzúa, A., & Caqueo-Urizar, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica*, 30(1), 61-71.
- Ursart, M. & Romero, M. (2014). Construcción y Validez de una Versión Española del Zimbardo Time Perspective Inventory en Estudiantes de Enseñanza Superior. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 12(2), 483-508.
- Universidad Católica del Perú (2014). Perspectiva temporal futura y satisfacción con la vida a lo largo del ciclo vital. *The Free Library*, 11, 2018.
- Valdés, Y. A. M., Toloza, Y. D. P. P., & Figueroa, A. E. J. (2012). Calidad de vida familiar y bienestar subjetivo en jóvenes con discapacidad intelectual de un establecimiento con educación especial y laboral de la ciudad de Talca. *Interdisciplinaria*, 29(2), 207-222.
- Verdugo, M. A. & Schalock, R. L. (2006). Aspectos clave para medir la calidad de vida. En: M. A. Verdugo (Ed.), *Cómo mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad. Instrumentos y estrategias de evaluación* (pp. 43-58). Salamanca: Amarú Ediciones.
- Vieytes, R. (2004). *Metodología de la investigación en organizaciones, mercado y sociedad*. Buenos Aires, Argentina. Editorial De las ciencias.
- Zikmund, W.G. (1998) *Investigación de mercados* (6ta edición) México. Ed. Prentice hall
- Zimbardo, P. G. & Boyd, J. N. (1999). Putting time in perspective: A valid, reliable individual-differences metric. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(6), 1271-1288.

Anexo

Cronograma

Tiempo en semanas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Actividad																		
Elección tema	x																	
Rev. Bibliográfica		x																
Armado AT			x	x														
Armado MT					x	x												
Fundamentación ./Obj. /Hip.						x												
Elección instrumentos							x											
Muestreo								x										
Recolección de datos									x	x	x							
Carga de datos												x	x					
Procesamiento de datos														x				
Resultado															x	x		
Conclusión																	x	
Discusión																		x

Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

POR FAVOR, LEA CON ATENCIÓN LO QUE ENCONTRARÁ A CONTINUACIÓN. FIRME EL CONSENTIMIENTO SÓLO SI ESTÁ DE ACUERDO EN PARTICIPAR Y SI COMPRENDE CLARAMENTE SUS DERECHOS. SU FIRMA ES UN REQUERIMIENTO NECESARIO PARA EL ESTUDIO. SI DESEA UNA COPIA DE ESTE FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO, PUEDE PEDIRLA.

Esta investigación pertenece a la tesis de grado de Mariana Laura Bertolone- Cervi, de la carrera Licenciatura en Psicología de la Universidad Abierta Interamericana. La política de la universidad y esta investigación es que todos los participantes son voluntarios y usted tiene el derecho de abandonar en cualquier momento que lo desee, sin ningún perjuicio, si no está de acuerdo con continuar. Sus respuestas son confidenciales y secretas. La utilización de la información será de modo general, y no se va a identificar de manera individual a los participantes. Este mismo estudio será anónimo y con fines académicos a cargo de la estudiante Mariana Laura Bertolone-Cervi supervisado por Lic. Mariana Psyrdellis. Si tiene dudas respecto de su participación en esta investigación puede contactar a: marianabertolone@yahoo.com.ar o a: marianapsyrdellis@conicet.gov.

Descripción del estudio:

Este estudio consta de xx cuestionarios en los cuales se evalúan distintas medidas psicológicas. Para ello, le pediremos que escuche la explicación del investigador y luego dedique xx minutos a completar los mismos. Actualmente NO estamos interesados en estudiar a ninguna persona de manera individual o particular, sino grupos de personas en conjunto, y no se darán devoluciones al respecto del desempeño.

Usted podría sentir que sus respuestas han sido poco satisfactorias. Tenga en cuenta que en ninguna de las pruebas que estudiamos existen respuestas correctas o incorrectas. Sólo nos interesan sus respuestas tal como son. Una vez finalizada su participación, podrá aprender diversos aspectos del presente estudio. Con su colaboración, usted estará ayudando al avance y desarrollo del conocimiento en la ciencia Argentina.

Confidencialidad:

Su nombre no aparecerá en ninguno de nuestros archivos, de manera, que no podrán identificarse sus respuestas particulares. Recuerde que no estamos interesados en conocer las respuestas de una persona en particular, sino las de grupos de personas, en general.

Cualquier duda respecto de sus derechos como participante en este estudio u otros de este tipo pueden ser referidas al Comité de Ética de la Universidad Abierta Interamericana.

Abandono del estudio:

Usted puede decidir abandonar el presente estudio en cualquier momento que lo desee, y es libre de hacerlo sin ningún problema.

Si comprendió lo leído y está de acuerdo en continuar por favor firme la planilla.

Cuestionario sociodemográfico

El siguiente formulario forma parte de una investigación llevada a cabo por una alumna de la Universidad Abierta Interamericana. Por favor, conteste a todas las preguntas sin dejar ítems en blanco. Al comienzo del formulario se encuentran las instrucciones. El instrumento es anónimo y no hay respuestas correctas ni incorrectas.

Datos del encuestado: (Por favor, marque con una cruz la opción que corresponda)

Género: Femenino Masculino

Edad: años

Estado civil: Soltero Casado Separado Divorciado Viudo En pareja

Situación ocupacional: Desocupado Subocupado En relación de dependencia Autónomo

Nivel de educación: Primario incompleto Primario completo Secundario incompleto Secundario completo Terciario/Universidad incompleto Terciario/ universidad completo

Lugar de residencia:

Cantidad de hijos oyentes: Edad:

Cantidad de hijos sordos: Edad: Tipo de sordera:

Diestro Zurdo

¿Ha consumido alguna sustancia psicoactiva en la última hora? (ej: café, tabaco) Sí No

¿Consume algún medicamento? Sí No

¿Cuál/es?

¿Consume sustancias? Sí No

¿Cuál/es?

¿Posee antecedentes psiquiátricos? Sí No

¿Actualmente se encuentra bajo tratamiento psiquiátrico? Sí No

¿De qué tipo?

Enfermedades relevantes:

Si es mujer, ¿utiliza anticonceptivos? Sí No

Escala de Calidad de vida WHOQOL-BREF. Adaptación al español por Murgeri, M.

(2009)

Instrucciones: Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor conteste todas las preguntas. Si no está seguro/a de qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser la primera respuesta que le viene a la cabeza. Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante las dos últimas semanas. .Por ejemplo, pensando en las dos últimas semanas, se puede preguntar:

		Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
	¿Obtiene de otras personas el apoyo que necesita?	1	2	3	4	5

Rodee con un círculo el número que mejor defina cuánto apoyo obtuvo de otras personas en las dos últimas semanas. Si piensa que obtuvo bastante apoyo de otras personas, usted debería señalar con un círculo el número 4, quedando la respuesta de la siguiente forma:

		Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
	¿Obtiene de otras personas el apoyo que necesita?	1	2	3	4	5

Recuerde que cualquier número es válido, lo importante es que represente su opinión.

Por favor, lea la pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala que represente mejor su opción de respuesta.

		Muy mala	Regular	Normal	Bastante buena	Muy buena
1	¿Cómo calificaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5
		Muy insatisfecho/a	Un poco insatisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
2	¿Cómo de satisfecho/a está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia al grado en que ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
--	--	------	---------	-----------	----------	----------------

3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cómo de saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a si usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas, y en qué medida.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria?	1	2	3	4	5

14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a si en las dos últimas semana ha sentido satisfecho/a y cuánto, en varios aspectos de su vida

		Muy insatisfecho/a	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
16	¿Cómo de satisfecho/a está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Cómo de satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Cómo de satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cómo de satisfecho/a está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cómo de satisfecho/a está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Cómo de satisfecho/a está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cómo de satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos/as?	1	2	3	4	5
23	¿Cómo de satisfecho/a	1	2	3	4	5

	está de las condiciones del lugar donde vive?					
24	¿Cómo de satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25	¿Cómo de satisfecho/a está con los servicios de transporte de su zona?	1	2	3	4	5

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que usted ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las dos últimas semanas.

		Nunca	Raramente	Moderadamente	Frecuentemente	Siempre
26	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, o depresión?	1	2	3	4	5

Inventario de perspectiva temporal futura (Zimbardo&Boyd, 1999) Adaptación argentina de Ma. Elena Brenlla (2013)

Lea cada ítem y responda cada pregunta de la manera más honesta posible: “¿Cuán verdadero con respecto a usted es la afirmación presentada?”. Marque la casilla correspondiente usando la siguiente escala:

1=Completamente Falso; 2=Bastante Falso; 3=Neutral; 4=Bastante Verdadero; 5=Completamente Verdadero

	Completamente	Bastante Falso	Neutral	Bastante Verdadero	Completamente
	1	2	3	4	5
1. Creo que salir con amigos es uno de los placeres más importantes de la vida.					
2. A menudo las imágenes, sonidos, olores de la infancia me traen muchos recuerdos maravillosos.					
3. El destino determina mucho mi vida.					
4. A menudo pienso <i>qué</i> debería haber hecho diferente en mi vida.					
5. Mis decisiones están muy influenciadas por las personas y las cosas que me rodean.					
6. El día de una persona debería planearse cada mañana.					
7. Me gusta pensar en mi pasado.					
8. Hago cosas impulsivamente.					
9. No me preocupa si las cosas no se hacen a tiempo.					
10. Cuando quiero conseguir algo, me fijo metas y pienso en maneras concretas de conseguirlas.					
11. Si los pongo en una balanza, tengo muchos más recuerdos buenos que malos.					
12. Cuando escucho mi música favorita, a menudo pierdo toda noción del tiempo.					
13. Preparar el trabajo para el día siguiente y cumplir con los plazos es más importante que la diversión de hoy a la noche.					
14. Ya que las cosas serán lo que serán, realmente no importa mucho lo que yo haga.					
15. Me divierten las historias sobre cómo eran las cosas en los “viejos tiempos”.					
16. Revivo constantemente experiencias dolorosas de mi pasado.					
17. Día a día, trato de vivir mi vida lo más plenamente posible.					
18. Me molesta mucho llegar tarde a mis citas y compromisos.					
19. Idealmente, viviría cada día como si fuese el último.					
20. Los recuerdos felices de los buenos tiempos están muy presentes en mi mente.					
21. Cumpló con las obligaciones para con mis amigos y jefes a tiempo.					
22. Tuve suficiente con mi cuota de maltrato y rechazo en el pasado.					
23. Tomo mis decisiones en el mismo momento en que actúo.					
24. Me tomo el día como viene, sin intentar planificarlo.					
25. El pasado tiene tantos recuerdos desagradables que prefiero no pensar en ellos.					

26. Es importante ponerle excitación a mi vida.					
27. He cometido errores en el pasado que ojalá pudieran deshacerse.					
28. Es más importante disfrutar de lo que estoy haciendo en el momento que conseguir hacerlo a tiempo.					
29. Tengo nostalgia de mi infancia					
30. Antes de tomar una decisión, evalúo los costos y beneficios.					
31. Tomar riesgos hace que mi vida no sea aburrida.					
32. Es más importante disfrutar cada día de mi vida que estar pensando en el destino que me espera.					
33. Pocas veces las cosas salen como yo quiero.					
34. Me resulta difícil olvidar imágenes desagradables de mi infancia y adolescencia.					
35. Pensar en objetivos, resultados y logros me quita el placer que siento al realizar mis actividades.					
36. Aun cuando estoy disfrutando el presente, tiendo a hacer comparaciones con experiencias similares del pasado.					
37. Uno no puede planificar el futuro porque las cosas cambian mucho.					
38. Mi vida está controlada por fuerzas que no puedo manejar.					
39. No tiene sentido preocuparse por el futuro si, de todos modos, no puedo hacer nada por ello.					
40. El ser constante me permite completar mis proyectos a tiempo.					
41. Me encuentro “fuera de sintonía” cuando mi familia habla de cómo solían ser las cosas.					
42. Tomo riesgos para ponerle excitación a mi vida.					
43. Hago listas de las cosas que tengo que hacer.					
44. Con frecuencia sigo lo que me dice el corazón más que la cabeza.					
45. Soy capaz de resistirme a las tentaciones cuando sé que hay trabajo que hacer.					
46. Me dejo llevar por la excitación del momento.					
47. La vida de hoy es demasiado complicada, preferiría la vida más sencilla de antes.					
48. Prefiero a los amigos espontáneos antes que predecibles.					
49. Me gustan las tradiciones familiares que se repiten regularmente.					
50. Pienso en las cosas malas que me han ocurrido en el pasado.					
51. Me mantengo trabajando en tareas difíciles o poco interesante, si éstas me ayudan a seguir adelante.					
52. Gastar lo que gano en disfrutar hoy es mejor que ahorrar para la seguridad del mañana.					
53. Con frecuencia la suerte compensa más que el trabajo duro.					
54. Pienso en las cosas buenas que me he perdido en mi vida.					
55. Me gusta que mis relaciones íntimas sean apasionadas.					
56. Siempre habrá tiempo para ponerme al día en mi trabajo.					

Gracias por colaborar.