



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DEL PERÚ

FACULTAD DE LETRAS Y CIENCIAS HUMANAS

**BIENESTAR PSICOLÓGICO Y AUTOEFICACIA EN ADULTOS
MAYORES DE UN CENTRO DE ADULTO MAYOR (CAM) DE LIMA**

**Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología con mención en
Psicología Clínica que presenta la bachillera:**

WENDY MELODY MANYARI JIMÉNEZ

NATALIE MEZA VILLAR

**Lima – Perú
2016**



Agradecimientos

Primero quiero agradecer a mis amados abuelos Amanda Lazo y Pablo Jiménez quienes con su inmenso amor generaron en mí la sensibilidad necesaria para mirar con interés a la población adulta mayor y promover desde mis conocimientos un aporte en la búsqueda de su bienestar.

A mi asesora, Natalie Meza, quien con sus conocimientos y dedicación me orientó pacientemente para consolidar la realización de mi tesis. A Rocío Soto, profesora de la PUCP, quien desinteresadamente me brindo su tiempo para puntualizar aspectos relevantes de mi investigación.

A mis padres, Miguel y Nelly quienes en todo el proceso de la carrera supieron amorosamente darme la orientación y el apoyo suficiente para no rendirme ante las adversidades y supieron comprender mis ausencias debido las demandas académicas. A mis hermanos, Michelle y Michael quienes con su amor me demostraron que con perseverancia y empeño se logran alcanzar las metas que uno se propone.

A Carolina quien me acompañó durante el proceso de la carrera con amanecidas y constantes discusiones académicas. Por las risas, confidencias y su compañía.

A todos los participantes del Centro del Adulto Mayor de Jesús María por su apoyo desinteresado y su entusiasta participación, compartiendo aspectos de su vida los cuales fueron la base de mi investigación



Resumen

La presente investigación describió las asociaciones entre el bienestar psicológico, sus dimensiones, y el nivel de autoeficacia percibida en una muestra de adultos mayores del distrito de Jesús María. Participaron 71 adultos mayores entre 60 y 86 años de edad ($M=70.65$, $DE=7.19$), quienes asistían al Centro del Adulto Mayor (CAM) del distrito. Se usó la escala de Bienestar Psicológico adaptada por Díaz et al. (2006), la cual propone seis dimensiones: autoaceptación, relaciones positivas, autonomía, crecimiento personal, propósito en la vida y dominio del entorno; y la escala de Baessler y Schwarzer (1996), la cual mide la autoeficacia percibida general. A partir de ello se efectuaron análisis descriptivos, comparaciones de medias y medianas y correlaciones.

Los resultados indican que existen correlaciones directas entre el bienestar psicológico global, así como sus dimensiones, y la autoeficacia. Además, se analizó cada población con respecto al sexo, grado de instrucción, tener pareja y con quién vive. En la muestra de los adultos mayores existen diferencias con respecto al sexo, encontrándose mayor bienestar en los hombres. Asimismo, quienes tienen pareja muestran mayor bienestar psicológico global, relaciones positivas, crecimiento personal, propósito en la vida y dominio del entorno. Y según la variable con quién vive, los que están con su cónyuge e hijos presentan mayor bienestar psicológico, propósito en la vida y relaciones positivas. En conclusión, resulta favorable para el adulto mayor el establecimiento de vínculos interpersonales, ya que ello beneficiará a los niveles de bienestar psicológico y autoeficacia.

Palabras claves: Bienestar Psicológico, Autoeficacia, Adulto Mayor, Schwarzer, Ryff

Abstract

The present study described the relationship between psychological well-being, its dimensions, and self-efficacy in a sample of elderly people from Jesús María. This research involved 71 elderly people with ages between 60 and 86 years old ($M = 70.65$, $SD = 7.19$), who attended the Older Adult Centre (CAM) of the district. The adaptation of the Psychological Well-being scale of Díaz et al. (2006), which has six dimensions: Self-acceptance, positive relations, autonomy, personal growth, purpose in life and environmental mastery, and the General self- efficacy Scale (GSE) of Baessler and Schwarzer (1996) were used for this purpose. Based on that, there were descriptive analysis, comparison of means and medians and correlations.

The results indicate that there is a direct and significant relationship between the global psychological well- being as well as their dimensions, and self-efficacy. In addition, significant differences were found in well-being according to sex, level of education, having a partner and who the person lives with. Regarding sex, it was found that well-being is higher in men. Also, it was found that couples showed higher psychological well-being, positive relationships, personal growth, purpose in life and environmental mastery. Finally, it was found that those who live with their spouse and children have greater psychological well-being, purpose in life and positive relationships. In conclusion, it is beneficial for the elderly to establish interpersonal relationships because it seems this this will increase levels of psychological well-being and self-efficacy.

Keywords: psychological well-being, self-efficacy, Elderly, Schwarzer, Ryff

Tabla De Contenidos

Introducción	1
Método	11
Participantes	11
Medición	11
Procedimiento	14
Análisis de datos	15
Resultados	17
Discusión	23
Referencias bibliográficas	31
Apéndices	43
Apéndice A: Consentimiento Informado	43
Apéndice B: Ficha de datos	44
Apéndice C: Tablas	46

Bienestar psicológico y autoeficacia en adultos mayores

Con el transcurrir de los años se ha podido evidenciar el incremento, a nivel mundial, de la expectativa de vida en la población de adultos mayores. Según los resultados de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) correspondientes al trimestre julio-setiembre 2013, la población de 60 a más años de edad representaba el 9.6% del total del Perú (el 8.2% son personas adultas de 60 a 79 años de edad y el 1.4% de 80 a más años de edad). Estos datos, con respecto al trimestre julio-setiembre del año anterior, evidencian que la población adulta mayor creció un 0.6% (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2013). Asimismo, se estima que para el 2021 la población adulta mayor crecerá en 11.2% progresivamente (INEI, 2012).

Frente a la evidencia del incremento poblacional, parece importante reflexionar sobre la situación de este grupo etario, ya que en distintas sociedades occidentales pertenecer a la población adulta mayor significa encontrarse en una posición vulnerable. Esta condición se vincula con las características particulares relacionadas con la edad, que los condiciona a la pobreza, segregación, baja autoestima, entre otras problemáticas (Satorres, 2013). Esto tendría que ver con el envejecimiento como etapa de deterioro de las capacidades biológicas, cognitivas y sociales, lo cual afecta la autonomía y la autoaceptación, disminuye la capacidad para la toma de decisiones e impacta en las relaciones con otros, lo que los ubicaría como una población vulnerable a sufrir discriminación (Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, 2007; Peña, 2005).

Las funciones cognitivas son las que se verán más comprometidas en el deterioro de la vida del adulto mayor, específicamente la memoria, percepción, comunicación, orientación y resolución de problemas (Varela, Chávez, Gálvez & Méndez, 2004). Una evidencia del decremento señalado se obtiene del estudio que realizaron De León, Milián, Camacho, Arévalo y Escartín (2009) en la ciudad de México, cuyos resultados señalan que los adultos que tienen en promedio 68 años padecen un mayor deterioro físico relacionado con lo visual y auditivo; y desde lo psicológico se ven afectados por el insomnio y la depresión. En particular, las investigaciones realizadas en Latinoamérica con respecto a la depresión mencionan una prevalencia entre el 30% y 36.2% en los adultos mayores de 60 a 84 años de edad, que estaría asociada a factores como estado civil y empleo (Guerra, et al., 2009; Pando, Aranda, Alfaro & Mendoza, 2001).

En relación a la realidad peruana, un estudio realizado por el Instituto Nacional de Estadística e Informática en el año 2012, muestra, a lo largo de los años, que la población adulta mayor ve deteriorado su estado físico al sufrir alguna enfermedad crónica. Así, en el 2010, había 73.6% de adultos mayores con enfermedades crónicas y en el 2012 se reportó un 73.9%,

Bienestar psicológico y autoeficacia en adultos mayores

lo que constituye un grupo numeroso con respecto al total de la población adulta mayor (Martina, 2012).

Además de las condiciones físicas y cognitivas en deterioro, el adulto mayor debe enfrentar las tendencias actuales dentro de la sociedad, orientadas a la sobrevaloración de la belleza y la juventud. Esta tendencia también se manifiesta en el ámbito laboral, donde el adulto mayor es asumido como cada vez menos competente, menos fuerte y menos productivo (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2004). Esta condición afecta principalmente a los hombres, quienes por cuestiones de roles de género siempre han estado más vinculados al área económicamente productiva. El resultado es que un varón adulto sin trabajo se siente socialmente devaluado (Fuller, 2001; Valdez, 1991).

Adicionalmente al deterioro social, es importante señalar la incidencia de la interacción entre el adulto mayor y su entorno cercano como factor de riesgo en esta etapa (Adams, 2011). En esta línea, en búsqueda de la preservación del bienestar de esta población, la Organización Mundial de la Salud (2002a) presenta una declaración que define el maltrato hacia el adulto mayor como toda acción negligente u omisión que afecte una expectativa de confianza y produzca daño o angustia a una persona anciana. Dentro del ámbito familiar, el maltrato cobra diferentes matices, desde niveles iniciales en los que, en nombre del cuidado y la protección, se les quita el poder de decisión sobre sus propias vidas, hasta niveles más severos, que pueden conducir al abandono total (Adams, 2011).

De esta manera, según señalan Pérez (2006) y Sánchez (2004), durante la vejez, tanto hombres como mujeres pierden poder y son sometidos en muchas ocasiones por otros familiares. Estos autores mencionan que, en algunos casos, las personas viudas se ven limitadas en su capacidad de modificar su forma de vivir. Esta limitación proviene de sus familiares, quienes con sus consejos o críticas anulan cualquier tentativa de cambio, más aún si está relacionada con la búsqueda de una nueva pareja o con modificaciones importantes en su rutina diaria. Desde otra perspectiva, la interacción con el adulto mayor puede tornarse en una carga y molestia para los familiares; o de lo contrario, debido a que no cuentan con los recursos adecuados para su cuidado, se observa como consecuencia la “externalización” de esta tarea hacia una institución (Winningham & Pike, 2007).

Desde una perspectiva más actual, la gerontología nos presenta un modelo de envejecimiento vinculado a un proceso normal que abarca también aspectos positivos, que permiten una mirada integral de esta etapa de desarrollo (Martínez, 2005). La OMS, en la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento llevada a cabo en el 2002, plantea la modificación

Bienestar psicológico y autoeficacia en adultos mayores

de los prejuicios vinculados a la etapa de la adultez mayor, resaltando la necesidad de centrarse en el proceso de optimización de las potencialidades para lograr un mayor bienestar (OMS, 2002b). Es así que se busca promover y potenciar los recursos internos y externos con que cuenta el adulto mayor para lograr un nivel de vida satisfactorio.

Frente a esta realidad, el Estado promueve leyes que validan la protección, cuidado y derechos del adulto mayor. Por ejemplo, la Ley N° 28803, en su artículo 3, considera los derechos del adulto mayor, su protección en la sociedad y la promoción de una vida productiva (Poder Legislativo, 2006). A esto se suma la labor de las instituciones que garantizan el cumplimiento de estas leyes y se encargan de la protección del adulto mayor. El Ministerio de Salud (2007) reporta que, en consideración a las necesidades de los adultos mayores, las municipalidades provinciales y distritales han implementado los Centros del Adulto Mayor (CAM) contando con 109 centros a nivel nacional, 32 de los cuales están en la ciudad de Lima, dirigidos por las municipalidades de cada distrito (INEI, 2008; MINSA, 2007; MINSA, 2014; Seguro Social del Perú, 2014).

Los CAM son lugares de encuentro para los adultos mayores, que brindan la oportunidad de socializar y participar en actividades acordes a sus capacidades (CEPAL, 2005). Estos centros están orientados a mejorar el proceso natural del envejecimiento y promover la calidad de vida a través de la prevención y difusión de prácticas saludables, por medio de diversos programas culturales y recreativos, como baile, tai chi, natación y teatro; además, de talleres de capacitación técnica, charlas médicas, entre otros (EsSalud, 2014; MINSA, 2007; MINSA, 2014).

Estas iniciativas, que reconocen la importancia de la atención a la adultez mayor, se relacionan con la definición de bienestar y evidencian su relevancia para la comprensión de este momento del ciclo vital y sus implicancias. Entre ellas, destaca el hecho de saber que la vida se encuentra limitada cronológicamente, que las probabilidades de enfermedad y disfunciones aumentan, lo que trae como consecuencia la revaloración de la calidad de vida y su promoción (Triadó, Villar & Solé, 2003; Vázquez, Hervás, Rahona & Gómez, 2009).

La Organización Mundial de la Salud (2011) define el bienestar como la salud mental del individuo y la conciencia de poder manejar la vida cotidiana de manera eficaz y fructífera, con cierta contribución dentro de la sociedad. Esto supone una interacción armónica de las diversas dimensiones del ser humano, como la subjetiva, social y psicológica (Ryff & Singer, 2000; Seifert, 2005).

Bienestar psicológico y autoeficacia en adultos mayores

De acuerdo con lo planteado por Ryan y Deci (2001) y Waterman (1993), el estudio del bienestar deriva de dos perspectivas. Por un lado, se encuentra el enfoque que lo define como la consecución del placer y la evitación del dolor (enfoque hedónico - bienestar subjetivo). La segunda perspectiva se centra en la autorrealización a partir de un nivel de funcionamiento pleno (enfoque eudaimónico - bienestar psicológico).

El desarrollo del bienestar psicológico toma en cuenta tres aspectos de la teoría psicológica. El primero es la psicología del desarrollo, que concibe el bienestar como un proceso que se desenvuelve a lo largo del ciclo vital, cuya visión es reforzada por las teorías del desarrollo psicosocial planteadas por Erikson. El segundo, se refiere a la psicología clínica, con énfasis en las teorías de la autorrealización de Maslow y la teoría de la persona como un todo planteada por Rogers. Finalmente, el enfoque de salud mental, que implica fortalecer aspectos positivos en la salud del individuo (Ryff, 1995; Ryff & Singer, 2000; Ryff & Singer, 2008). Es así que recopila diversos aportes de la psicología como base teórica para fundamentar el constructo de bienestar, entendido como autorrealización y actualización de los recursos personales (Romero, García Mas & Brustad, 2009; Ryff, 1985; Ryff, 1989; Ryff, 1995; Ryff & Singer, 2006; Ryff & Singer, 2008).

Ryff (1995) enfatiza que el concepto de bienestar psicológico se refiere al esfuerzo de las personas para desarrollar el propio potencial; por ello, es importante considerar que el bienestar psicológico es multidimensional y abarca en su descripción aspectos sociales y personales (Meléndez, Tomás & Navarro, 2008; Romero, García Mas & Brustad, 2009; Ryff, 1989). Así, el bienestar psicológico se vincula con tener un propósito en la vida, con que la vida adquiera significado para uno mismo, y con el esfuerzo para superar los desafíos y conseguir metas valiosas (Satorres, 2013).

De esta manera, al plantear un modelo multidimensional del bienestar psicológico, Carol Ryff intentó encontrar criterios y cualidades concretas y estables que permitan hablar de bienestar y explorar en qué medida la persona cumple esos criterios o posee esas cualidades. Por ello, propuso seis dimensiones que conforman el bienestar psicológico: autoaceptación, relaciones positivas con otros, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal (Díaz, et al., 2006; Ryff, 1989; Ryff & Singer, 2006; Ryff & Singer, 2008).

La dimensión de autoaceptación es una característica central del bienestar psicológico y hace referencia a sentirse bien y aceptar aspectos de uno mismo que tengan que ver con el pasado y el presente, ya sean positivos o negativos. Implica una autoevaluación constante para integrar al yo las fortalezas y debilidades (Ryff, 1989; Ryff & Singer, 2008).

Bienestar psicológico y autoeficacia en adultos mayores

Las relaciones positivas con otros tienen que ver con la necesidad de crear y mantener adecuadas relaciones sociales y de amistad, en las que ocupa un lugar importante la empatía (Díaz et al., 2006; Ryff, 1989; Ryff & Singer, 2008).

La autonomía se entiende como la individualización de la persona; considera la regulación del comportamiento desde el propio modo de pensar, sin tener en cuenta la presión social. Es por ello que, la independencia y la capacidad de regulación de la conducta son aspectos fundamentales en la autonomía (Díaz et al., 2006; Ryff, 1989; Ryff & Singer, 2008).

Por otro lado, el dominio del entorno hace referencia a la sensación de contribuir e influenciar en la sociedad, además de crear y elegir ambientes o entornos adecuados para una óptima salud mental (Ryff, 1989; Ryff & Singer, 2008). En lo referente a la dimensión de propósito en la vida, esta supone el establecimiento de metas y objetivos que den un significado y dirección a la propia vida (Díaz et al., 2006; Oramas, Santana & Vergara, 2006; Ryff, 1995; Seifert, 2005; Zubieta & Delfino, 2010). Finalmente, el crecimiento personal es la dimensión que más cerca está de la concepción eudaimónica, ya que su preocupación se centra en la autorrealización del individuo, el crecimiento continuo y la apertura a las experiencias (Ryff & Singer, 2008).

Ryff (1989) plantea además que el bienestar psicológico está influenciado por una variedad de factores asociados, los que comprenden aspectos como edad, sexo, estado civil, salud y soporte social.

Respecto a la edad, Ryff encontró que, en general, los niveles de bienestar psicológico se incrementan con ella. Además, observó que el mayor puntaje en la dimensión de crecimiento personal podría deberse a las experiencias enriquecedoras que las personas suelen acumular a lo largo de su vida (Ryff, 1989; Seifert, 2005). No obstante, se ha encontrado información que contradice estos hallazgos. Por ejemplo, en un estudio realizado para la Universidad de Valencia (España) por Molina, Meléndez y Navarro (2008), se encontró que el bienestar psicológico general presenta un menor nivel a mayor edad referida por los participantes. Otro estudio similar fue realizado por Meléndez, Tomás y Navarro (2008) quienes encontraron un ligero, pero claro, descenso en las dimensiones de crecimiento personal y propósito en la vida según aumentaba la edad. En ambos casos, según explican los autores, esto se debería a las estrategias de adaptación utilizadas por los adultos mayores para compensar sus menores posibilidades, para lo cual recurren a un reajuste de sus metas, ya que su contexto ofrece oportunidades reducidas para el desarrollo personal y crecimiento (Meléndez, Tomás & Navarro, 2008; Molina, Meléndez & Navarro, 2008).

Bienestar psicológico y autoeficacia en adultos mayores

En cuanto al sexo y su relación con el bienestar psicológico en el adulto mayor, tanto Ryff como otros investigadores encontraron una diferencia significativa. Esta diferencia mostraba que las mujeres obtenían un mayor puntaje que los hombres en relaciones positivas con otros; además, que no hubo un efecto de interacción entre la edad y el sexo (Ryff, 1989).

Otro aspecto relacionado al bienestar psicológico y sus distintas dimensiones es el estado civil del adulto mayor. Esta característica influye principalmente en el dominio del entorno y las relaciones positivas, ya que se ha encontrado que las personas casadas puntúan más alto en estas dimensiones respecto a las personas solteras (Meléndez, 1997; Molina & Meléndez, 2006). Es por ello que la presencia de una pareja se convierte en fuente vital cuando se intenta analizar variables de tipo personal y adaptativas.

Asimismo, la salud física es un aspecto asociado al bienestar psicológico. En otra investigación hecha en base a los aportes teóricos planteados por Ryff, se encontró una relación directa entre el bienestar físico y el mayor nivel de propósito en la vida, así como con crecimiento personal y relaciones positivas (Vásquez et al., 2009). Del mismo modo, Molinero, Salguero del Valle y Marquéz (2011) mencionan que la actividad física tendría una influencia sobre la salud mental, ya que se encuentra una mayor satisfacción en los adultos mayores que practican actividad física respecto a aquellos que no.

Otro aspecto vinculado al bienestar psicológico es el soporte social, entendido como una red conformada por un conjunto de relaciones familiares y amicales, que brindan alguna forma de apoyo en situaciones críticas, fundamentalmente para desarrollar soluciones creativas frente a conflictos y problemas (Arias, 2009). A partir de la investigación, se ha observado que la falta de redes y soporte social se asocia con la aparición de síntomas depresivos, tanto en adultos mayores que viven en hogares particulares como en aquellos que viven en asilos. Asimismo, se comprobó la relación entre la posesión de redes sociales adecuadas y el incremento del bienestar psicológico; y de manera específica, la relación entre soporte social y el bienestar en el final de la vida en los enfermos terminales (Arias, 2009). Sin embargo; algunos hechos comunes en la adultez mayor, como la pérdida de algún ser querido, ya sea familiar o amigo, la jubilación y el ingreso a un asilo pueden impactar negativamente sobre el soporte social (Molina, Meléndez & Navarro, 2008).

Así como el bienestar psicológico es un factor que contribuye a que el adulto mayor logre desarrollar de manera más positiva una etapa natural en la vida, la autoeficacia es otro factor importante que favorece el abandono de conductas dañinas y la promoción de una vida saludable (Bandura, 2001; Olivari & Urra, 2007). Bandura (1977, 1986) planteó que la

Bienestar psicológico y autoeficacia en adultos mayores

autoeficacia implica que la persona tenga capacidad de crear e integrar aspectos cognitivos, sociales y conductuales, los cuales se refuerzan con la práctica para poder alcanzar aspectos deseados en la conducta.

El concepto de autoeficacia planteado por Bandura (1977, 1986) es complementado posteriormente por Blanco (2010). Este autor señala que la autoeficacia implica pensamientos valorativos que tienen los individuos sobre sus capacidades, y que tiene como finalidad lograr que la persona lleve a cabo un objetivo determinado influyendo en la toma de decisiones, el esfuerzo, el modo de pensar y las emociones.

La autoeficacia también se percibe como la confianza en la propia capacidad para superar las dificultades que afectan a los individuos, determinadas por aspectos personales, situacionales y de la conducta (Bandura, 1997). Debido a lo mencionado se considera que la autoeficacia motiva al individuo hacia la salud y el bienestar (Pender, Murguagh & Parsons, 2002). En el caso del adulto mayor, es importante que logre redefinir aspectos que lo vulneran y pueda procesar óptimamente sus actividades y emociones. Por ello, se recomienda dejar de lado actitudes pasivas para optimizar sus niveles de autoeficacia. Para cumplir dicho objetivo, las personas deben conocer sus cualidades y así trazarse metas y afrontar los retos que su edad les condiciona (Bandura, 2011; Gonzalo & León del Barco, 1999; Reátegui, Arakaki & Flores, 2002; Sanjuán, Pérez & Bermúdez, 2000; Velásquez, 2012).

Por otro lado, si se toma en cuenta la percepción que la persona tiene sobre el control de sus actos no se hablaría de autoeficacia sino de autoeficacia percibida. Esta es entendida por Bandura (1994, 1997) como un aspecto fundamental de la capacidad o creencias de las personas sobre sus capacidades, lo cual determinará qué actividades son escogidas, la motivación para realizarlas, el esfuerzo realizado y la persistencia para seguir tras el objetivo inicial, así como los pensamientos y emociones involucrados. Es por ello que Bandura (1994, 1997) hace hincapié en que un fuerte sentido de autoeficacia aumenta la autorrealización y el bienestar personal, ya que conduce a las personas a acercarse a situaciones amenazantes con la seguridad de que pueden controlarlas.

Asimismo, Bandura (1994) menciona que las creencias de autoeficacia determinan cómo las personas se sienten, piensan, se motivan y se comportan, lo que a su vez tiene efectos en cuatro procesos principales: cognitivos, motivacionales, afectivos y de selección.

En relación al impacto de la autoeficacia en los procesos cognitivos, Bandura (1977, 1994) se refiere a la autovaloración de las capacidades; es decir, cuanto mayor sea la autoeficacia percibida, mayor será la meta a desafiar y el compromiso con ella. Para ello, se

Bienestar psicológico y autoeficacia en adultos mayores

requiere que el individuo visualice escenarios exitosos, lo que aumentaría sus probabilidades de alcanzarlos. Asimismo, se necesita un procesamiento cognitivo eficaz y un adecuado procesamiento analítico de las circunstancias (Bandura, 1994; Bandura, 2000).

En cuanto a los procesos motivacionales, estos juegan un papel importante en la autorregulación, ya que mediante la motivación las personas guían sus acciones y pueden anticipar resultados. Así, se logran fijar metas para sí mismos, sintiéndose motivados por sus capacidades. Con respecto a los procesos afectivos, las creencias de las personas en sus capacidades de afrontamiento afectan los niveles de estrés, depresión y de motivación; es por ello, que la autoeficacia es un controlador de los factores ansiógenos y pensamientos de angustia. Estos tres procesos tienen como objetivo crear ambientes positivos para un desarrollo óptimo (Bandura, 1994; Bandura, 2000).

Por último, en relación a los procesos de selección, las personas son las encargadas de la toma de decisiones respecto a los ambientes y las actividades que escogen de acuerdo a sus propias capacidades. En relación a estas selecciones van a desarrollar diferentes competencias, intereses y redes sociales para su vida (Bandura, 1994; Bandura, 2000).

Según lo señalado, las personas con un alto sentido de autoeficacia logran afrontar de manera óptima aspectos amenazantes. Además, ésta ocasiona una alta motivación, que repercute en un mayor compromiso para la adquisición de logros personales y metas planteadas. Por lo tanto, la autoeficacia logra que el ser humano tenga una vida satisfactoria y plena (Bandura, 1997), disminuyendo aspectos de malestar que puedan perjudicar el desarrollo normal.

A partir del desarrollo de la teoría de Bandura, los investigadores Schwarzer y Jerusalem (1992, 1995) proponen el constructo de autoeficacia general, definida como la confianza global de la persona sobre sus capacidades para lograr sobreponerse y afrontar situaciones que puedan generarle estrés. La idea de su investigación es confirmar que la autoeficacia refleja el optimismo con que la persona percibe sus capacidades en diversos dominios.

En cuanto a investigaciones basadas en el constructo de autoeficacia general, un estudio con 100 adultos no menores de 60 años realizado en México concluyó que el apoyo social, en especial la red de soporte familiar, correlaciona significativamente con la autoeficacia general de los adultos mayores. En el caso del estudio mencionado, las mayores puntuaciones en torno a la red de apoyo social podrían deberse a que los participantes asistían a un centro de reunión para personas de su edad (Acuña & González, 2010).

Bienestar psicológico y autoeficacia en adultos mayores

Por otro lado, Serra e Irizarry-Robles (2015) trabajaron con una población de 45 adultos mayores, con edades entre 60 y 86 años, residentes de Puerto Rico. Dichos autores encontraron que la autoeficacia correlaciona significativamente con la escolaridad entre las personas que no presentaban depresión y los que presentaban depresión moderada o severa. Asimismo, las personas que eran viudas presentaban mayores síntomas depresivos y menores niveles de autoeficacia. A partir de estos datos, se concluyó que la autoeficacia y la escolaridad son factores vinculados a la depresión.

Finalmente, es relevante conocer la relación entre la autoeficacia y el bienestar psicológico debido al interés de proporcionar herramientas a la población adulta mayor para una vejez activa, además de conocer el impacto que ambos constructos tendrían en la calidad de vida de los adultos mayores. Considerando que, desde sus bases teóricas, se considera que la autoeficacia influiría en el nivel de bienestar psicológico, es importante determinar en qué medida esta influencia varía respecto a las distintas dimensiones que lo conforman (Ortiz & Castro, 2009). Asimismo, al trabajar con esta población y considerar sus características particulares se podrá tener mayor claridad de los aspectos del bienestar psicológico que pueden ser potencializados para lograr un desarrollo de vida integral.

Es así que Pavon (2012) evalúa las relaciones entre el bienestar psicológico y la autoeficacia para envejecer en una población de 120 personas entre 44 y 86 años, residentes de la ciudad de Mar del Plata. En dicha investigación se encontró que existe una correlación leve entre la autoeficacia para envejecer y el bienestar psicológico. Es decir, se concluyó que las personas que se perciben como más eficaces para enfrentar las consecuencias naturales de la vejez experimentan mayores niveles de bienestar psicológico. Del mismo modo, a mayores niveles de bienestar, mayor será la percepción de autoeficacia para envejecer (Pavon, 2012)

Por otro lado, Maujean y Davis (2013) relacionaron la autoeficacia con el bienestar psicológico en una muestra de 80 sobrevivientes de accidentes cerebrovasculares, 40 hombres y 40 mujeres entre los 31 y 83 años de edad. En dicho estudio se encontró que la autoeficacia correlaciona significativamente con el bienestar psicológico. Asimismo, los autores confirmaron que la autoeficacia determina la persistencia de una persona para participar en una actividad, lo que depende del esfuerzo que esta actividad le demande y del tiempo de exposición a las demandas y obstáculos propios de la vida. Además, se encontró que la autoeficacia en relación con las actividades diarias solo guarda relación con el afecto positivo (Maujean & Davis, 2013)

Bienestar psicológico y autoeficacia en adultos mayores

Por otro lado, una investigación realizada por Ortiz y Castro (2009) buscó revisar de forma teórica el concepto de bienestar psicológico en la vejez, además de relacionarlo con las variables de autoestima y autoeficacia. De esta revisión se concluyó que los adultos mayores ven la autoeficacia como un aspecto que influye en la superación de metas, capacidad para resolver sus conflictos y afrontar situaciones estresantes. Los adultos mayores que mostraron bajos niveles de autoeficacia presentaron también sentimientos negativos, lo cual llevó a que manifiesten pensamientos que disminuyen sus motivaciones y su bienestar psicológico.

En síntesis, Bandura (1977) plantea que la autoeficacia, entendida como las creencias de las personas sobre sus capacidades para lograr un adecuado cumplimiento de metas y tener motivación en diversas actividades, recibe influencia de factores como la edad y el soporte social (Gonzalo & León del Barco, 1999; Pender, Murguagh & Parsons, 2002; Reategui, Arakaki & Flores, 2002; Sanjuán, Pérez & Bermúdez, 2000; Schwarzer & Jerusalem, 1995; Velásquez, 2012).

Por su parte, el bienestar psicológico desde el modelo de Ryff (1989) es entendido como la autorrealización o pleno desarrollo personal. En la población de adultos mayores, el bienestar se asocia con la salud física, y la presencia de redes y soporte social (De León, Milián, Camacho, Arévalo & Escartín, 2009; Guerra et al., 2009; Meléndez, Tomas & Navarro, 2008; Molina, Meléndez & Navarro, 2008; Molinero, Salguero del Valle & Márquez, 2011; Pando, Aranda, Alfaro & Mendoza, 2001; Wilson, 1996).

Debido a las características propias de la adultez mayor, tanto por los deterioros físicos y cognitivos como por los cambios que enfrentan sus vidas; así como por la poca atención y respaldo de la sociedad, se evidencia la necesidad de generar mayor visibilidad respecto a las condiciones en las que se desenvuelven los adultos mayores.

En esta línea, la presente investigación tiene como objetivo general describir las asociaciones entre el bienestar psicológico y sus dimensiones y el nivel de autoeficacia en una muestra de adultos mayores. Además, se propone describir y comparar el bienestar psicológico y la autoeficacia según variables como la edad, sexo, tener pareja y redes de soporte social. Para ello, se diseñó una investigación cuantitativa en la que se recoge datos en un único momento a partir de cuestionarios aplicados a un grupo de adultos mayores participantes en la Casa del Vecino de Jesús María.

Bienestar psicológico y autoeficacia en adultos mayores

Método

Participantes

La muestra del estudio estuvo formada por un grupo de 71 adultos mayores, 29.6% fueron hombres y 70.4% fueron mujeres, con edades que fluctuaban entre los 60 y 86 años de edad ($M=70.65$, $DE=7.19$). Los participantes pertenecen a la institución “Casa del Vecino”, ubicada en el distrito de Jesús María.

La aplicación de las encuestas se llevó a cabo en salones habilitados dentro de la institución y durante los horarios acordados con las personas encargadas. Se invitó a los participantes a través de una presentación sobre la importancia del bienestar en el adulto mayor, donde también se indicaron los objetivos de la presente investigación. Los participantes entraron al salón en grupos de 10 personas y recibieron el consentimiento informado con los objetivos de estudio y las medidas para asegurar la confidencialidad, el anonimato de sus respuestas y la participación voluntaria. Luego de leer y firmar el consentimiento, los participantes respondieron a la ficha de datos y a los dos cuestionarios. La aplicación de las encuestas se llevó a cabo en tres fechas diferentes y contó con la colaboración de una alumna de últimos ciclos de psicología para resolver las dudas de los participantes.

Como criterio de inclusión se consideró que los adultos mayores cuenten con un grado de instrucción de primaria completa como mínimo. De esta manera, el 42.3% no tenía estudios superiores, el 18.3% cuenta con estudios superiores técnicos y el 39.4% con estudios universitarios. Respecto al estado civil, el 38% era casado, el 23.9% viudo y el 19.7% soltero. En cuanto a su estado laboral, el 22.5% contaba con algún trabajo, mientras que el 77.5% no trabajaba. Por otro lado, el 9.9% manifestó que vive solo, el 14.1% con su cónyuge, el 31% con sus hijos, el 21.1% con su cónyuge e hijos y el 23.9% con otros.

Respecto a los talleres en los que participan en la institución, el 32.4% se encuentra en actividades recreativas, el 38% en actividades culturales y el 29.6% en actividades deportivas. El 32.4% asiste al centro una vez por semana, el 35.2%, 2 veces por semana, el 21.1% 3 veces por semana y el 11.3% a diario.

Medición

Para la medición del bienestar psicológico se utilizó la adaptación española de la Escala de bienestar psicológico de Ryff (Scales of Psychological Well-Being – SPWB) realizada por

Bienestar psicológico y autoeficacia en adultos mayores

Díaz et al. (2006). Esta adaptación mide el bienestar psicológico presentado en seis áreas: autoaceptación, relaciones positivas, autonomía, dominio del entorno, propósito de vida y crecimiento personal. La escala consta de 39 ítems y un formato de respuesta de tipo Likert de seis opciones, que van de totalmente en desacuerdo a totalmente de acuerdo.

En la versión original, Ryff (1989) planteó un modelo de bienestar psicológico compuesto por 6 dimensiones de 32 ítems; sin embargo, luego se redujeron a 20 ítems por escala, con índices de consistencia interna entre .81 y .85. Posteriormente se realizaron varias modificaciones a la escala para diversos países.

Una de las adaptaciones fue realizada por Ryff y Keyes (1995), quienes revisaron la estructura del bienestar psicológico en una muestra de 1108 participantes mayores de 25 años en Estados Unidos. De dicho estudio se concluyó que las 6 dimensiones presentaban un buen ajuste, y además encontraron un único factor de segundo orden al que denominaron bienestar psicológico.

Posteriormente, Van Dierendonck (2004) examinó la validez factorial de la escala de Bienestar Psicológico de Ryff en sus tres versiones: la versión de 3 ítems por dimensión, la de 9 ítems y la de 14 ítems. Dicho estudio se llevó a cabo en dos tiempos, el primero en una muestra de 233 estudiantes de psicología con una media de 22 años de edad ($DE=6$) y el segundo en una muestra de 420 trabajadores de una empresa consultora holandesa con una edad media de 36 años ($DE=8$). Los análisis factoriales confirmatorios concluyeron que, en las tres versiones, el modelo con mejor ajuste fue el que proponía 6 factores junto a un factor de segundo orden. De las tres versiones, la que presentó mejores indicadores fue la de 3 ítems por dimensión.

En cuanto a la confiabilidad, con el fin de mejorar la consistencia interna de la versión de 3 ítems por dimensión, se propuso una escala alternativa de 39 ítems, la cual obtuvo un alfa de Cronbach de .79 a .81 (Van Dierendonck, 2004).

Respecto a la versión en español, Díaz et al. (2006) traducen la versión de 39 ítems de Van Dierendonck (2004) y concuerdan con lo planteado con respecto a las 6 dimensiones del bienestar psicológico. El estudio fue llevado a cabo con una muestra de 467 personas con edades comprendidas entre 18 y 72 años, 258 hombres y 209 mujeres ($M=33$, $DE=14$).

Esta adaptación (Díaz et al., 2006) obtuvo una adecuada consistencia interna, con un alfa de Cronbach de .68 (crecimiento personal) a .83 (autoaceptación y propósito de vida).

Posteriormente, De-Juanas, Limón y Navarro (2013) utilizaron la versión adaptada por Díaz et al. (2006), con el propósito de analizar la asociación entre bienestar psicológico, estado de salud percibido y hábitos saludables. Contaron con 328 participantes de la comunidad de

Bienestar psicológico y autoeficacia en adultos mayores

Madrid que se encontraban entre los 66 y 75 años. Respecto a la confiabilidad, se obtuvo una consistencia interna de .92 para el total de la escala.

Otro estudio que utilizó la escala de Díaz et al. (2006) fue realizado por Vivaldi y Barra (2012), quienes analizaron las relaciones entre bienestar psicológico, apoyo social percibido y la percepción de salud del adulto mayor. Los participantes fueron 250 personas entre 60 y 87 años de Chile. En este caso, se encontró que la consistencia interna varió entre .68 y .83.

En el contexto peruano, Trigos (2012) empleó la versión de Díaz en su estudio con 98 pacientes oncológicos de edades entre 30 y 70 años. Dicho estudio tuvo como objetivo explorar la relación entre los estilos de ajuste mental al cáncer y el bienestar psicológico. La confiabilidad por escalas fue baja en algunas de sus puntuaciones, siendo menor la dimensión de dominio del entorno, con un alfa de Cronbach de .25, y la más alta, propósito de vida, con .64. Por esta razón, la autora decidió trabajar con la escala total, debido a que su confiabilidad fue de .82.

En el presente estudio se reportó que la consistencia interna medida por el alfa de Cronbach para el bienestar psicológico global es .76. Además, se encontró un alfa de Cronbach de .81 (Relaciones positivas) a .67 (Dominio del entorno) para las dimensiones.

Para la medición del constructo de autoeficacia se utilizó la versión en español de la Escala de autoeficacia general (Scale of General Self-efficacy – SGSE) de Baessler y Schwarzer (1996). Esta escala mide la percepción de los individuos respecto a su capacidad para alcanzar las metas deseadas, lo que se denomina autoeficacia general percibida (Baessler & Schwarzer, 1996).

La escala consta de 10 ítems con un formato de respuesta de tipo Likert de 4 opciones: incorrecto (1 punto), apenas cierto (2 puntos), más bien cierto (3 puntos), y cierto (4 puntos). El puntaje mínimo es de 10 y el máximo de 40 puntos.

La primera escala desarrollada para la medición de la autoeficacia general fue la versión alemana de Schwarzer y Jerusalem de 1979, cuya aplicación en cinco muestras distintas obtuvo una alta consistencia interna, que fluctuaba entre .82 y .93. Este cuestionario inicialmente presentaba 20 ítems (Schwarzer, 1993), sin embargo, fue reducido a 10 ítems en un estudio posterior de los mismos autores (Schwarzer & Jerusalem, 1995), y presentó un alfa de Cronbach entre .76 y .90.

Posteriormente, Schwarzer, Baessler, Kwiatek, Schroder y Xin (1997) utilizaron el cuestionario en un estudio con tres culturas diferentes: 430 personas de Alemania, 959 de Costa Rica y 293 estudiantes chinos. En cuanto a la consistencia interna, las tres muestras presentaron

Bienestar psicológico y autoeficacia en adultos mayores

alfas de Cronbach de .84, .81 y .91 respectivamente. Respecto a la validez, se analizaron las correlaciones con constructos como depresión, ansiedad y optimismo y se encontraron asociaciones negativas con los dos primeros ($r = -.52$ y $r = -.60$), y una asociación positiva con optimismo ($r = .55$).

Baessler y Schwarzer (1996) realizaron la adaptación al español del instrumento. Dicha versión fue utilizada en diversos estudios, como el caso de Sanjuán, Pérez y Bermúdez (2000), quienes realizaron una investigación con la finalidad de informar las características psicométricas de fiabilidad, validez y datos normativos del instrumento. El estudio fue realizado con una muestra de 259 estudiantes universitarios españoles con una edad media de 28.26 ($DE = 8.8$). La consistencia interna encontrada estuvo en el rango de .79 a .93 (Sanjuán, Pérez & Bermúdez, 2000).

En el Perú, Terry (2008) usó la escala adaptada por Baessler y Schwazer en 135 estudiantes universitarios de Lima, de los cuales 68 presentaban un bajo nivel académico o el riesgo de ser dados de baja de la universidad y 67 pertenecían al grupo control o de no riesgo, es decir que tenían un rendimiento académico adecuado. Se encontró que las correlaciones ítem-test fueron bastante homogéneas, y el alfa de Cronbach fue de .78.

En el presente estudio, se reportó que la consistencia interna medida por el alfa de Cronbach es de .89.

Procedimiento

En primer lugar, se realizaron las coordinaciones correspondientes con la municipalidad de Jesús María para el acceso a la “Casa del Vecino”. Seguidamente, se contactó a la coordinadora del Centro, quien asignó el espacio para la aplicación de los instrumentos. Se tomó mucha atención al ambiente ya que debía ajustarse a las necesidades de los adultos mayores. Antes de la aplicación se realizó una reunión con la coordinadora y se le explicó los objetivos del estudio y la relevancia de los temas de bienestar y autoeficacia para los adultos mayores. Después de ello, se invitó a los adultos mayores a participar de la encuesta mediante un afiche realizado por el propio local.

Luego se coordinó tres fechas para la aplicación de las evaluaciones. Debido a la edad de los participantes, se contó con ayuda de una estudiante de la facultad de psicología para brindar apoyo ante las necesidades de los adultos mayores. Primero se les brindó indicaciones necesarias para que no tengan dificultades en responder a la prueba, se señaló que ante cualquier inquietud tenían la posibilidad de pedir ayuda a las evaluadoras. Además, se aplicó las escalas

Bienestar psicológico y autoeficacia en adultos mayores

en grupos con no más de 10 personas, para lograr una mejor atención a los requerimientos que pudiesen tener los adultos mayores.

Análisis de datos

Después de recoger los datos del grupo de participantes, se elaboró una base de datos con el programa estadístico SPSS, versión 21. En primer lugar, se realizaron los análisis descriptivos y de frecuencias, así como la confiabilidad de los instrumentos. Seguidamente, se realizó la prueba de normalidad con el estadístico Kolmogorov-Smirnov para cada escala y sus dimensiones, ya que el tamaño de la muestra fue mayor a 50. De acuerdo a estos resultados, se llevaron a cabo análisis estadísticos con pruebas paramétricas y no paramétricas, según correspondía.

Para responder al objetivo principal, se realizaron correlaciones entre bienestar psicológico y sus dimensiones, y autoeficacia. Se usó la prueba de Spearman ya que las correlaciones se hicieron entre escalas paramétricas y no paramétricas.

Respecto a las comparaciones según las variables sociodemográficas, para las que tuvieron distribución paramétrica, se realizaron comparaciones de medias con la prueba t-student, y se usó Anova de un factor cuando la comparación era de más de dos grupos. Por otro lado, cuando la distribución resultó no paramétrica, se utilizó el estadístico U de Mann Whitney para la comparación de medianas y el estadístico Kruskal Wallis si la comparación fue para más de dos grupos.

Bienestar psicológico y autoeficacia en adultos mayores

16

Bienestar psicológico y autoeficacia en adultos mayores

Resultados

A continuación, se presentan los resultados de los análisis que se realizaron para dar respuesta a los objetivos de la presente investigación.

En primer lugar, se muestran los estadísticos descriptivos del bienestar psicológico y sus áreas, y de la autoeficacia. Luego se presentan las correlaciones entre ambos constructos. Finalmente, se muestran los resultados obtenidos de acuerdo a los objetivos específicos, con el análisis de las variables sociodemográficas.

De este modo, se halla que en el grupo de adultos mayores el área de propósito de vida se presenta en mayores niveles, mientras que el área que presenta menor niveles es relaciones positivas (Tabla 1).

Tabla 1

Resultados descriptivos de Bienestar psicológico y sus dimensiones y de Autoeficacia General

	<i>M</i>	<i>D.E.</i>	<i>Mín</i>	<i>Máx</i>	<i>Mdn</i>
Bienestar psicológico global	4.67	0.71	2.45	5.92	4.77
Autoaceptación	4.62	0.79	2.33	6	4.67
Relaciones positivas	4.44	1.09	1.83	6	4.50
Autonomía	4.63	0.93	2.25	6	4.88
Dominio del entorno	4.87	0.76	2.67	6	5.00
Crecimiento personal	4.47	0.85	2.29	6	4.57
Propósito de vida	5.00	0.77	3.00	6	5.00
Autoeficacia General	33.79	5.47	13	40	36

N = 71

Bienestar psicológico y autoeficacia en adultos mayores

En relación al objetivo principal, se establece una correlación significativa entre todas las áreas del bienestar psicológico y la autoeficacia. El mayor nivel de correlación se obtuvo con la dimensión de propósito de vida y menor correlación con la dimensión de autonomía (Tabla 2).

Tabla 2

Coefficiente de correlación entre Bienestar psicológico y sus dimensiones y Autoeficacia general

	Autoeficacia general
Bienestar Psicológico global	.54**
Relaciones positivas	.46**
Autonomía	.34**
Dominio del entorno	.44**
Crecimiento personal	.47**
Propósito de vida	.59**
Autoaceptación	.42**

** $p < 0.01$. Coeficiente de correlación de Spearman

En relación a los objetivos específicos, no se encontraron diferencias significativas en autoeficacia en relación con alguna de las variables.

En cuanto al bienestar psicológico, se encontró que al realizar el contraste de medianas según la variable sexo se presentaron diferencias significativas en la dimensión de autoaceptación, siendo el género masculino ($Mdn = 5.00$) el que obtuvo mayor puntaje que el femenino ($Mdn = 4.00$; $U = 373$; $p = .003$) (Apéndice C). En el análisis con respecto a la variable grado de instrucción se obtuvo que existen diferencias significativas en las dimensiones de crecimiento personal y autonomía, siendo las personas que tienen estudios superiores universitarios las que puntúan en mayor nivel en estas dos dimensiones (Tabla 3).

Bienestar psicológico y autoeficacia en adultos mayores

Tabla 3

Comparación de medianas de Crecimiento personal y Autonomía según la variable grado de instrucción

	Grado de instrucción			X^2	p
	Sin estudios superiores (n = 30)	Estudios superiores técnicos (n = 13)	Estudios superiores universitarios (n = 28)		
	<i>Mdn</i>	<i>Mdn</i>	<i>Mdn</i>		
Crecimiento personal	4.43	4.71	4.86	6.63	.04
Autonomía	4.50	5.12	5.13	7.40	.03

Por otro lado, si se considera la variable tener pareja, existen diferencias significativas en el bienestar psicológico global y algunas de sus áreas (Tabla 4). En este caso, se obtiene que los adultos mayores que tienen pareja presentan mayor índice de relaciones positivas, crecimiento personal, propósito de vida, dominio del entorno y bienestar psicológico global.

Tabla 4

Comparación de medias y medianas del Bienestar psicológico y sus dimensiones según la variable tener pareja

	Tiene pareja (n = 32)			No tiene pareja (n = 39)			$U/t(69)$	p
	M	<i>Mdn</i>	DE	M	<i>Mdn</i>	DE		
Bienestar psicológico global	4.90		0.66	4.48		0.70	2.56	.01
Relaciones positivas		5.00			4.17		383.00	.02
Crecimiento personal		4.79			4.43		405.50	.05
Propósito de vida	5.21		0.74	4.82		0.76	2.21	.03
Dominio del entorno	5.07		0.73	4.70		0.76	2.09	.04

Asimismo, luego de realizar un análisis de contrastes generales con respecto a la variable con quién vive, se obtuvo diferencias significativas en las áreas de bienestar psicológico global ($p = .01$), propósito de vida ($p = .01$), dominio del entorno ($F(4,66)$; $p = .00$), relaciones

Bienestar psicológico y autoeficacia en adultos mayores

positivas ($X^2 = 14.38$; $p = .01$) y crecimiento personal ($X^2 = 10.48$; $p = .00$) (Apéndice C). Al conocer los resultados generales se realizaron contrastes específicos, los cuales presentaron diferencias significativas con respecto al bienestar psicológico y las dimensiones de propósito de vida, dominio del entorno y relaciones positivas (Tabla 5).

Tabla 5

Comparación de medias y medianas del Bienestar psicológico y sus dimensiones según la variable con quién vive (con hijos – con cónyuge e hijos)

	Con hijos (n = 22)			Con cónyuge e hijos (n = 15)			U/t(35)	p
	M	Mdn	DE	M	Mdn	DE		
Bienestar psicológico global	4.29		0.73	5.10		0.54	-3.69	.01
Propósito de vida	4.61		0.83	5.49		0.47	-3.13	.03
Dominio del entorno	4.49		0.71	5.23		0.70	-3.69	.01
Relaciones positivas		3.83			5.17		59	.01

Asimismo, se obtuvo diferencias significativas en las dimensiones bienestar psicológico global ($p = .01$) en relación con las variables vivir con su cónyuge ($M=5.02$; $D.E.= 0.43$) y vivir con sus hijos ($M=4.29$; $D.E.= 0.73$); en la dimensión propósito de vida ($p = .01$) en relación con las variables vivir con su cónyuge ($M=5.27$; $D.E.= 0.64$) y vivir con sus hijos ($M=4.61$; $D.E.= 0.83$); en la dimensión dominio del entorno ($F(4,66)$; $p = .00$) en relación a las variables vivir con su cónyuge ($M=5.30$; $D.E.= 4.00$) y vivir con sus hijos ($M=4.49$; $D.E.= 0.71$); y finalmente en la dimensión relaciones positivas ($X^2 = 14.38$; $p = .01$) respecto a las variables vivir con su cónyuge ($Mdn = 5.17$) y la variable vivir con sus hijos ($Mdn = 3.83$). En todas las dimensiones la variable vivir con su cónyuge presenta mayores puntuaciones (Apéndice C).

Bienestar psicológico y autoeficacia en adultos mayores

Igualmente, se reportaron diferencias significativas con respecto a las variables vivir con cónyuge e hijos y vivir con otros familiares en el bienestar psicológico global y dos de sus dimensiones, donde la primera variable tuvo mayor puntaje que la segunda (Tabla 6).

Tabla 6

Comparación de medias y medianas de Bienestar psicológico y sus dimensiones según la variable con quién vive (con cónyuge e hijos – con otros familiares)

	Con cónyuge e hijos			Con otros familiares			<i>U/t(30)</i>	<i>p</i>
	(n = 7)			(n = 15)				
	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>		
Bienestar psicológico global	5.10		0.54	4.59		0.78	2.14	.04
Propósito de vida	5.49		0.47	4.95		0.78	2.32	.03
Relaciones positivas		5.00			4.57		65.00	.02

Por último, también se obtuvo diferencias significativas relevantes en la dimensión propósito de vida ($F(4,20)$; $p = .03$) en relación con las variables vivir solo ($M = 4.93$; $D.E. = 0.67$) y vivir con cónyuge e hijos ($M = 5.49$; $D.E. = 0.47$).

Bienestar psicológico y autoeficacia en adultos mayores

22

Bienestar psicológico y autoeficacia en adultos mayores

Discusión

El objetivo general de la presente investigación fue explorar la asociación entre el bienestar psicológico y sus dimensiones y el nivel de autoeficacia en una muestra de adultos mayores pertenecientes a la Casa del Vecino de Jesús María. Además, se propuso describir y comparar el bienestar psicológico y la autoeficacia según variables como el sexo, tener pareja, grado de instrucción y según con quién vive.

La presentación de los resultados y sus posibles explicaciones a partir del soporte teórico se inicia con el análisis de las correlaciones entre el bienestar psicológico y la autoeficacia, así como con las variables sociodemográficas que son relevantes para la muestra. Finalmente se presentan los principales alcances y limitaciones del estudio.

En relación al bienestar psicológico global y sus dimensiones, es importante considerar que no es posible hacer referencia a baremos o puntos de corte en esta versión del instrumento, debido a que estos no han sido desarrollados para la población adulta mayor. Esta situación se replica respecto al constructo de autoeficacia, por lo que los resultados obtenidos en relación a ambos constructos se analizarán exclusivamente a la luz de las descripciones teóricas.

A nivel del bienestar psicológico, alcanzar un puntaje mayor está relacionado con que las personas se planteen metas, generando un objetivo y un sentido en su vida, así como asignar un significado positivo a las experiencias vividas y mantener creencias que les brindan soporte (Ryff, 1989; Ryff & Singer, 2008). Por ello, participar en un centro que fomente actividades recreativas que orientan al adulto mayor a la promoción de habilidades y apertura a los cambios incrementaría el nivel de bienestar psicológico (Zubieta, Fernández & Sosa, 2012).

Este aspecto teórico planteado por Ryff y Singer (2008) es plasmado en la Casa del Vecino a través de las actividades ofrecidas, ya que fomentan el bienestar físico y la satisfacción de diversas necesidades en la búsqueda de generar bienestar de manera integral. Además, reforzarían el sentido de vida gracias al establecimiento de metas y objetivos, que incentivan nuevas posibilidades para el adulto mayor. Esto se relaciona con el planteamiento teórico del constructo propósito de vida, el cual se vincula con la importancia de tener un sentido de la vida aún en situaciones adversas (Díaz et al., 2006; Ryff, 1989; Ryff, 1995; Ryff & Singer, 2008; Seifert, 2005; Zubieta & Delfino, 2010). Por lo expuesto anteriormente, los adultos mayores asistentes a la Casa del Vecino, al sentirse motivados por las actividades planteadas para ellos, podrían estar priorizando su atención en las metas y el logro de dichas actividades. Por otro lado, la necesidad de crear y mantener relaciones adecuadas y estables, como lo describe la

Bienestar psicológico y autoeficacia en adultos mayores

dimensión de relaciones positivas (Díaz et al., 2006; Ryff, 1989; Ryff & Singer, 2008), sería un aspecto considerado por los adultos asistentes al centro, aunque no su prioridad. Una posible explicación se vincularía a que las actividades en que participan no tienen la frecuencia ni la duración suficiente como para lograr una adecuada consolidación de estos nuevos vínculos, así como por la rotación constante de los participantes en las actividades ofrecidas por el Centro, ya que tienen la posibilidad de cambiar de talleres según su preferencia.

Por otro lado, se encontraron correlaciones significativas entre el bienestar psicológico, sus dimensiones y la autoeficacia, lo que coincidió con lo mencionado por Pavon (2012) y Maujean y Davis (2013), quienes a partir de sus investigaciones encontraron una relación significativa entre estos dos constructos. En este mismo sentido, la presente investigación señala que existe una relación bidireccional entre ambos constructos en este grupo de adultos mayores. De acuerdo a lo observado en esta población, el control, el logro y el desenvolvimiento pleno al realizar actividades refuerzan las creencias de los adultos mayores respecto a su capacidad; lo que reforzaría los sentimientos de bienestar. Lo mencionado lo confirman Ortiz y Castro (2009), quienes refieren que a menor nivel de autoeficacia existen pensamientos negativos que hacen disminuir los niveles de bienestar psicológico.

Particularmente, se encontró una fuerte relación entre los niveles de autoeficacia y la dimensión de propósito de vida. Ello se refuerza con lo planteado por González y Sánchez (2003), quienes encontraron que los adultos mayores que realizan una adecuada re-apreciación de su sentido de autoeficacia logran modificar sus objetivos en la vida de manera realista y de acuerdo a sus propias condiciones, tanto biológicas como psicológicas, y se plantean nuevas metas. Ya que el objetivo de la Casa del Vecino es brindar actividades enfocadas en la población de adultos mayores, estas permiten a los participantes reforzar sus creencias desde una mirada objetiva sobre las tareas que pueden llevar a cabo con éxito.

Por otro lado, se encontró que la menor correlación se dio entre autoeficacia y la dimensión de autonomía. Este resultado estaría relacionado con la imagen que la sociedad suele tener de la población adulta mayor, que puede estar influenciada por ciertos prejuicios respecto a las capacidades con las que cuentan (González, 2013). Si bien desde los aspectos teóricos el enfoque de la Casa del Vecino busca promover la autonomía, se debe considerar que el adulto mayor se desenvuelve en diferentes ámbitos, los cuales no necesariamente concuerdan con lo propuesto por la institución. Así, al ser la autonomía una dimensión cada vez más limitada, e incluso restringida, en la adultez mayor (Adams, 2011; Fuller, 2001; Pérez, 2006; Sánchez, 2004; Triadó, Villar & Solé, 2003; Valdez, 1991; Vázquez, Hervás, Rahona & Gómez, 2009),

Bienestar psicológico y autoeficacia en adultos mayores

su asociación con la autoeficacia, entendida como la confianza en las propias capacidades, resultó débil en este grupo de participantes.

En cuanto a los objetivos secundarios, en el caso de la autoeficacia percibida, no se encontraron diferencias significativas en relación a ninguna variable sociodemográfica o exploratoria. Sin embargo, se encontró que alcanzó un alto nivel de puntuación. Esto se podría deber a que los adultos asistentes al Centro manifiestan una participación activa en las actividades vinculadas a replantear sus competencias y potencializarlas; así como a relacionarse con personas de su misma edad y lograr un envejecimiento activo (Acuña & González, 2010; EsSalud, 2012; Fernández-Ballesteros, 2009; Poder Legislativo, 2006; Stuart-Hamilton, 2002; Triadó & Villar, 2006). Ello reforzaría su percepción respecto a su capacidad de responder de manera adecuada frente a los retos que se podrían presentar.

Los adultos mayores que participan en las actividades ofrecidas por la Casa del Vecino tendrían una mejor disposición y confianza frente a sus capacidades sin tener en cuenta el sexo, el grado de instrucción o el tener pareja. Esto concuerda con los resultados obtenidos con Acuña y González (2010), Pérez y Martínez (2011), Pavon (2012), Maujean y Davis (2013) y Ortiz y Castro (2009) quienes no encontraron diferencias significativas en autoeficacia en relación a variables sociodemográficas particulares. Otra explicación para los resultados obtenidos podría deberse a que los adultos mayores tienden a escoger actividades que creen ser capaces de desarrollar. Estas creencias, que respaldan sus elecciones, se vinculan con la estabilidad en la evaluación de sí mismo de manera coherente y sin influencia del tiempo (Dulcey, 2015). Del mismo modo, esta autoevaluación se mantiene de forma independiente a variables externas.

En contraste, se pudo evidenciar que el nivel de bienestar psicológico y algunas de sus dimensiones varían significativamente de acuerdo a las variables sociodemográficas como sexo, grado de instrucción, tener pareja; así como respecto a la variable exploratoria de con quién vive.

En relación a la variable sexo, se encontró que los hombres reportaron mayor nivel de bienestar psicológico global y autoaceptación con respecto a las mujeres. Este resultado coincide con la investigación llevada a cabo por Alvarado et al. (2008), quienes sustentan la diferencia de acuerdo al sexo refiriéndose a factores como dedicarse al cuidado de la casa, el estado de salud físico y el nivel educativo, los cuales posicionan a las mujeres en una situación de desventaja con respecto a los hombres. Esta desventaja principalmente se relaciona con las labores de cuidado del hogar, el cual no reporta ingresos económicos ni beneficios sociales, los

Bienestar psicológico y autoeficacia en adultos mayores

cuales influyen en situaciones prioritarias como el nivel socioeconómico y la salud (Alvarado et al., 2008).

Por otro lado, el mayor nivel de autoaceptación reportado por los hombres respecto a las mujeres podría deberse a que la mayoría de varones que asisten a la institución aún se encuentran desarrollando algún tipo de trabajo, lo que les permitiría mantener relaciones sociales y momentos de satisfacción. En ese sentido, lo expuesto guarda concordancia con lo señalado por Arias (2009), quien refiere que existe una relación entre las redes sociales y el bienestar psicológico.

Sin embargo, este resultado contradice lo expuesto por Ryff (1989), Ryff y Keyes (1995), Chávez (2008) y Trigos (2012), quienes encuentran que las mujeres presentan mayor nivel de bienestar psicológico y relaciones positivas que los hombres. Esta diferencia de resultados podría explicarse por características del grupo particular de este estudio, como los rangos de edad y estados de salud, ya que la presente investigación se refiere a adultos mayores con una condición saludable.

En lo referente a tener pareja, los adultos mayores casados o que tienen pareja reportan mayor nivel de bienestar psicológico global que los participantes que no cuentan con una pareja. Esta diferencia podría entenderse a partir de los resultados obtenidos por Paredes (2010), Pinguart y Sorensen (2001) y Vivaldi y Barra (2012), quienes concluyen que las personas que no tienen pareja (no cuentan con pareja estable, son separados o divorciados) presentarían más dificultades para adaptarse física y psicológicamente a los cambios vinculados a su etapa de desarrollo. Asimismo, señalan que los adultos mayores con pareja cuentan con un mayor nivel de soporte y validación. Por otro lado, al no contar con pareja, según lo afirma García (2002), los adultos mayores se encuentran en una situación de vulnerabilidad, ya que supone inseguridad tanto afectiva como material, así como la falta de soporte.

Al examinar las dimensiones del bienestar psicológico en los adultos mayores, se observa que quienes tienen pareja tuvieron mayores niveles de propósito en la vida, relaciones positivas, dominio del entorno y crecimiento personal.

En relación a las tres primeras dimensiones mencionadas, los resultados concuerdan con lo planteado en la teoría del desarrollo de Erikson (2000). Este autor afirma que la etapa de adultez mayor, desde una perspectiva saludable, se caracteriza por el interés de la persona en influir, guiar y contribuir a las siguientes generaciones, así como por dejar un legado para los más jóvenes como una forma de trascender en el tiempo. Tener pareja en la etapa de adultez mayor potencializa estas tendencias, considerando que el vínculo se caracteriza por la necesidad

Bienestar psicológico y autoeficacia en adultos mayores

bidireccional de ser visto y necesitado por el otro. Por otro lado, los adultos mayores que cuentan con pareja lograrán establecer vínculos dinámicos con sus pares, se integran y sostienen una participación activa socialmente, lo que favorece sus relaciones positivas (Chen & Chan, 2006; Rioseco et al., 2008).

De manera particular, se encontró que en la Casa del Vecino los adultos mayores son impulsados hacia una vejez activa, motivados por los programas que se desarrollan, por lo que esta perspectiva saludable estaría presente en esta población, la cual se reflejaría en los altos niveles de propósito de vida, relaciones positivas y dominio del entorno encontrados.

Los resultados obtenidos respecto a la dimensión crecimiento personal, donde los participantes que tienen pareja alcanzan un mayor nivel que aquellos que no la tienen, concuerdan con lo reportado por Arias (2004). Este autor encontró que el establecimiento de un fuerte vínculo con la pareja modifica de manera sustancial el estado de ánimo del individuo y mejora su situación de vida (Arias, 2004). En relación a los participantes del presente estudio, se puede señalar que el tener pareja en la adultez mayor incrementaría su crecimiento como personas y llevaría al máximo sus capacidades.

Respecto a la variable de con quién vive, los grupos de participantes que reportaron vivir con cónyuge e hijos y vivir con el cónyuge presentaron un mayor puntaje en las dimensiones bienestar psicológico global, propósito en la vida, relaciones positivas y dominio del entorno. Estos resultados concuerdan con lo planteado por Molina y Meléndez (2007) y Cava y Musitu (2000) quienes encontraron que la familia, para los adultos mayores, proporciona aspectos vinculados al bienestar, como las relaciones interpersonales y el apoyo recibido. Adicionalmente, vivir con el cónyuge e hijos permitiría que se refuerce su percepción sobre su capacidad funcional, lo que se reflejaría en un mayor nivel de bienestar psicológico, así como un mejor desenvolvimiento en las dimensiones mencionadas (Satorres, 2013).

Asimismo, Fernández et al. (2001), la OMS (2002a) y Navarro (2014) refieren que el adulto mayor que vive en pareja o con los hijos obtiene beneficios para su salud pues el disfrute de la vida familiar y el contacto positivo con su red social constituyen un factor protector, ocupando una posición relevante como generadores de salud y bienestar. Del mismo modo, un artículo cuya autoría corresponde a la Universidad de Carolina del Norte (2016) refiere que la red social con la que cuenta el adulto mayor es prioritaria pues el aislamiento social sería más perjudicial para la salud en esta etapa de vida. De acuerdo a estos factores protectores que provienen de la convivencia con la pareja o los hijos y que permiten vivir una vejez activa, se

Bienestar psicológico y autoeficacia en adultos mayores

constituye la motivación para la búsqueda de espacios en los cuales se puedan seguir desarrollando, uno de estos espacios es el que promueve la Casa del Vecino.

En conclusión, el presente trabajo permite contar con resultados que son importantes, ya que constituyen un primer acercamiento respecto a la población perteneciente a un Centro de Adulto Mayor. Se logró confirmar la relación positiva y significativa entre la autoeficacia y el bienestar psicológico, así como las particularidades en el comportamiento de sus diferentes dimensiones según las variables sociodemográficas significativas.

A partir de los alcances del presente estudio es posible confirmar el efecto protector de la relación entre los constructos. Este efecto beneficioso consiste en la potencialización y/o desarrollo de algunos aspectos psicológicos que permiten un envejecimiento activo. Además, estos beneficios pueden tener alcances tanto en dominios individuales como en espacios institucionales.

Lo relevante de cómo se asocia la autoeficacia con cada dominio del bienestar nos permite una mirada de las condiciones que tienen las personas mayores que tienden hacia la salud. Estos resultados reflejan las características de los adultos mayores que continúan viendo su vida de manera positiva. Contar con información acerca de los adultos mayores saludables se convierte en una referencia para evaluar los resultados en otras poblaciones de la tercera edad (institucionalizados, pertenecientes a otras instituciones, con enfermedades crónicas), lo que beneficiaría el incremento de información vinculada a esta población.

Por otro lado, los resultados obtenidos facilitan información para evaluar como positiva la orientación de las políticas de salud en base a las cuales fue creada la institución de la Casa del Vecino; por lo que se respalda la recomendación de gestionar un mayor número de espacios similares que beneficien a los adultos mayores. Desde esta misma perspectiva, otro beneficio de los resultados obtenidos es el de proporcionar información relevante para futuras modificaciones o ampliaciones de los talleres que promueve la Casa del Vecino. En este sentido, cabe señalar que, al generar espacios (nuevos Centros y/o talleres) orientados hacia los intereses del adulto mayor, es necesario priorizar el soporte social como uno de los pilares del bienestar psicológico y la autoeficacia.

Finalmente, al evidenciar que los participantes en la Casa del Vecino muestran tendencias hacia conductas saludables que los llevan a condiciones de vida adecuadas, se debe considerar la necesidad de replantear los estereotipos vinculados a la tercera edad, y promover una mirada más positiva y de un envejecimiento activo.

Bienestar psicológico y autoeficacia en adultos mayores

Con respecto a la investigación, es necesario señalar algunas limitaciones encontradas. En relación a la autoeficacia, podría considerarse un instrumento más amplio que no solo brinde una medición general, sino que logre resultados en base a dimensiones para conseguir mayor riqueza en el análisis.

Respecto al instrumento utilizado para la medición del constructo bienestar psicológico, podría ser una limitación no haber utilizado una versión de la prueba adaptada en Perú, como la de Cubas (2003). Sin embargo, en consideración a las características de la población en estudio, se determinó que era más conveniente aplicar una versión más corta (Díaz et al., 2006). A pesar de esta medida se encontró que algunos ítems resultaron confusos para los adultos mayores, mientras que la extensión de la prueba influyó en el tiempo de respuesta y en el interés del participante.

En relación a las recomendaciones a futuras investigaciones, es necesario mencionar la ampliación a muestras más variadas, mediante la selección de participantes provenientes de otras instituciones, con la finalidad de realizar comparaciones, así como extender los resultados a un grupo más amplio de la población adulta mayor. Asimismo, se sugiere tener en consideración la optimización del funcionamiento de la escala de Ryff y la escala de Schwarzer, adecuándolas a las características propias de la población en estudio.

En conclusión, se considera que a pesar de que este estudio es sólo una primera mirada a la situación de los adultos mayores dentro de un CAM, sus resultados ya evidencian la importancia de algunos factores, como el establecimiento de redes sociales y algunas variables sociodemográficas en relación al bienestar psicológico. Este resultado sirve para identificar una línea de trabajo importante: promover el aprendizaje del establecimiento de vínculos interpersonales en todas las etapas de la vida y reforzarlas en la edad adulta mayor, con el fin de incentivar un envejecimiento activo.

Bienestar psicológico y autoeficacia en adultos mayores

30

Bienestar psicológico y autoeficacia en adultos mayores

Referencias bibliográficas

- Acuña, M. & González, A. (2010). Self-efficacy and social support network in old people. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 2(2), 71-81.
- Adams, Y. (2011). *Percepción del maltrato hacia el adulto mayor institucionalizado* (Tesis de maestría). Proyecto de Investigación Final para obtener el grado de Magíster en Derecho de la Salud.
- Alvarado, B., Zunzunegui, M., Béland, F., & Bamvita, J. (2008). Life course social and health conditions linked to frailty in Latin American older men and women. *Journals of Gerontology: Medical Sciences*, 63, 1399-1406.
- Arias, C. (2004). *Red de apoyo social y bienestar psicológico en personas de edad*. Mar del Plata: Suárez.
- Arias, C. (2009). La red de apoyo social en la vejez aportes para su evaluación. *Revista de Psicología da IMED*, 1(1) 147-158.
- Baessler J., & Schwarzer, R. (1996). Measuring generalized self-beliefs: A Spanish adaptation of the general self-efficacy scale. *Ansiedad y Estrés*, 2(1), 1-8.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1986). The explanatory and predictive scope of self-efficacy theory. *Journal of Clinical and Social Psychology*, 4, 359-373.
- Bandura, A. (1994). Self- efficacy. En V. S. Ramachaudran (Ed.), *Encyclopedia of human behavior* (pp. 71-81). New York: Academic Press.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W. H. Freeman and Company.
- Bandura, A. (2000). Exercise of human agency through collective efficacy. *Current Directions of Psychological Science*, 9, 75-78.

Bienestar psicológico y autoeficacia en adultos mayores

- Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, 52, 1-26.
- Bandura, A. (2011). Social cognitive theory. En P. Van Lange, A. Kruglanski, & E. Higgins (Eds.). *Handbook of social psychological theories*. (pp. 349-373). London: Sage.
- Blanco, A. (2010). Creencias de autoeficacia de estudiantes universitarios: un estudio empírico sobre la especificidad del constructo. *Relieve*, 16(1), 1-28.
- Cava, M. J. & Musitu, G. (2000). Bienestar psicosocial en ancianos institucionalizados y no institucionalizados. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 10(4), 215-221.
- Chávez, S. (2008). *Bienestar psicológico en practicantes de yoga* (Tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima-Perú.
- Chen, S. & Chan, A. (2006). Relationship with others and life satisfaction in later life: Do gender and widowhood make a difference? *Journal of Gerontology*, 61, 46-53.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (junio, 2004). *Población, envejecimiento y desarrollo. Trigésimo periodo de sesiones de la CEPAL*. Recuperado de <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/8/14988/dge2235.pdf>.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (noviembre, 2005). *Informe de la reunión de gobiernos y expertos sobre envejecimiento en países de América del Sur*. Recuperado de <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/6/26126/lcl2547.pdf>.
- Cubas, M. (2003). *Bienestar y rendimiento académico en universitarios*. Lima: Universidad de Lima.
- De-Juanas, A., Limón, M.R. & Navarro, E. (2013). Análisis del bienestar psicológico, estado de salud percibido y calidad de vida en personas adultas mayores. *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, 22, 153-168.

Bienestar psicológico y autoeficacia en adultos mayores

De León, R., Milián, F., Camacho, N., Arévalo, R. & Escartín, M. (2009). Factores de riesgo para deterioro cognitivo y funcional en el adulto mayor. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 47(3), 277-284.

Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C. & Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18(3), 572-577.

Dulcey, E. (2015). *Envejecimiento y vejez. Categorías y conceptos*. Bogotá: Red Latinoamericana de Gerontología.

Erikson, E. (2000). *El ciclo vital completado*. Barcelona, España: Paidós Ibérica.

Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Envejecimiento activo. Contribución de la psicología*. Madrid: Pirámide.

Fernández, S., Almuniña, M., Alonso, O., & Blanco, B. (2001). Factores psicosociales presentes en la tercera edad. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 39, 77-81.

Fuller, N. (2001). *Masculinidades: Cambios y permanencias. Varones de Cuzco, Iquitos y Lima*. Lima: Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú.

García, M. (2002). Subjective well-being. *Escritos de Psicología*, 6, 18-39.

González, A. (2013). Aportaciones de la terapia cognitivo-conductual y la calidad de vida en el adulto mayor. En M. Cubillo, & F. Quintanar (Eds.) *Por una cultura del envejecimiento* (pp. 54-70). Puebla, México.

González A. & Sánchez J. (2003). Efectos de un programa cognitivo-conductual para mejorar la calidad de vida en adultos mayores. *Revista Mexicana de Psicología*, 20, 43-58.

Gonzalo, M. & León del Barco, B. (1999). La promoción de la autoeficacia en el docente universitario. *Revista Electrónica Interuniversitaria de Formación del Profesorado*. 2(1), 79-90.

Bienestar psicológico y autoeficacia en adultos mayores

Guerra, M., Ferri, C., Sosa, A. L., Salas, A., Gaona, C., Gonzales, V., Rojas de la Torre, G. & Prince, M. (2009). Late-life depression in Peru, Mexico and Venezuela: the 10/66 population – based. *The British Journal of Psychiatry*, 195(6), 510-515. doi: 10.1192/bjp.bp.109.064055.

Instituto Nacional de Estadística e Informática (2008). *Perfil sociodemográfico del Perú: Censo nacional 2007, XI de población y VI de vivienda*. Recuperado de <http://www.inei.gob.pe>.

Instituto Nacional de Estadística e Informática (2012). *Población adulta mayor representa 9.0% de la población total*. Recuperado de <http://www.inei.gob.pe>.

Instituto Nacional de Estadística e Informática (2013). *Situación de la niñez y del adulto mayor. Julio-agosto-setiembre 2013*. Recuperado de <http://www.inei.gob.pe>.

Jerusalem, M., & Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy as a resource factor in stress appraisal processes. En R. Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: Thought control of action* (pp. 195-213). Washington, DC: Hemisphere.

Martina, M. (2012). *Perú: Demanda de atención del adulto mayor por problemas de salud 2006-2010*.

Maujean, A. & Davis, P. (2013). The relationship between self-efficacy and well-being in stroke survivors. *International Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 1(7), 1-10.

Martínez, M. (2005). Tema 1: Gerontología y enfermería. *Enfermería Geriátrica*. Universidad Autónoma de Madrid. Recuperado de https://www.uam.es/personal_pdi/elapaz/mmmartin/2_asignatura/temas/unidad1/1/tema1.pdf.

Meléndez, J. (1997). Apoyo social, tercera edad y autopercepción. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica*, 9, 61-67.

Meléndez, J., Tomás, J. & Navarro, E. (2008). Análisis del bienestar en la vejez según edad. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 43(2), 90-95.

Bienestar psicológico y autoeficacia en adultos mayores

Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo (2007). *Informe anual del empleo de las personas adultas mayores - 2007*. Recuperado de www.mintra.gob.pe/archivos/file/.../estudio_laboral_PAM_2007.pdf.

Ministerio de Salud (2007). *Documento perfil del adulto mayor y plan de salud con adultos mayores 2006 – 2010*. Recuperado de www.mesadeconcertacion.org.pe/.../plan_adultosmayores2006-2010.pdf.

Ministerio de Salud (2014). *Centro de adulto mayor*. Recuperado de www.essalud.gob.pe/adulto-mayor.

Molina, C. & Meléndez, J. (2006). Bienestar psicológico en envejecientes de la República Dominicana. *Revista Iberoamericana de Gerontología y Geriatria*, 22, 97-105.

Molina, C. & Meléndez, J. (2007). Análisis cualitativo del bienestar en la vejez. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 42, 276-284.

Molina, C., Meléndez, J. & Navarro, E. (2008). Bienestar y calidad de vida en ancianos institucionalizados y no institucionalizados. *Anales de Psicología*, 24(2), 312-319.

Molinero, O., Salguero del Valle, A. & Márquez, R. (2011). Autodeterminación y adherencia al ejercicio: Estado de la cuestión. *Revista Internacional de Ciencias del Deporte*, 25(7), 287-304.

Navarro, P. (2014). *Percepción de bienestar psicológico en adultos mayores de entre 70 y 80 años que asisten a un programa para la tercera edad en la ciudad de Quito* (Tesis de licenciatura). Universidad de las Américas, Ecuador.

Olivari, C. & Urra, E. (2007). Autoeficacia y conductas de salud. *Ciencia y Enfermería*, 13(1), 9-15.

Oramas, A., Santana, S., & Vergara, A. (2006). El bienestar psicológico: Un indicador positivo de la salud mental. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, 7(1-2), 34-39.

Bienestar psicológico y autoeficacia en adultos mayores

Organización Mundial de la Salud (2002a). *Active ageing: A policy framework*. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67215/1/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf.

Organización Mundial de la Salud (2002b). *Declaración de Toronto para la prevención global del maltrato a personas mayores*. Recuperado de http://www.inpea.net/images/Toronto_Declaracion_Espanol.pdf.

Organización Mundial de la Salud (2011). *Salud Mental: Un estado de bienestar*. Recuperado de http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/.

Organización Mundial de la Salud (2012). *La buena salud añade vida a los años. Información general para el día mundial de la salud 2012*. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75254/1/WHO_DCO_WHD_2012.2_spa.pdf?ua=1.

Ortiz, J. & Castro, M. (2009). Bienestar psicológico de los adultos mayores, su relación con la autoestima y la autoeficacia. Contribución de enfermería. *Ciencia y Enfermería*, 15(1), 25-31.

Pando, M., Aranda, C., Alfaro, N. & Mendoza, P. (2001). Prevalencia de depresión en adultos mayores en población urbana. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 36(3), 140-144.

Paredes, S. (2010). *El bienestar psicológico del adulto mayor. Estudio realizado con los integrantes del grupo del Ceam en Pifo* (Tesis de Licenciatura). Universidad Politécnica Salesiana, Quito, Ecuador.

Pavon, M. (2012). Relación entre autoeficacia para envejecer y bienestar psicológico: Un estudio comparativo en la ciudad de Mar del Plata según grupo de edad y género. *IV Congreso de Investigación y Práctica Pre Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Bienestar psicológico y autoeficacia en adultos mayores

Pender, N., Murdaugh, C. & Parsons, M. (2002). *Health promotion in nursing practice*. New Jersey: Prentice-Hall.

Peña, M. (2005). *Recursos humanos y el adulto mayor*. Recuperado de http://new.paho.org/per/index.php?option=com_content&task=view&id=613&Itemid=99999999.

Pérez, L. (2006). Jubilación, género y envejecimiento. En J. Giró (Ed.), *Envejecimiento activo, envejecimiento en positivo* (pp. 89-111). Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2756880>.

Pérez, C., & Martínez, A. (2011). Factores asociados a la sintomatología depresiva en adultos/as con diabetes y el impacto en su autoeficacia y en el cuidado de la salud. *Salud & Sociedad* 2(1), 44-61.

Pinquart, M. & Sorensen, S. (2001). Gender differences in self-concept and psychological well-being in old age: a metaanalysis. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 56(4), 195-213. doi: 10.1093/geronb/56.4.P195.

Poder Legislativo (2006). Ley N° 28803. Ley de las personas adultas mayores. Publicado en *El Peruano*. Recuperado de [http://www2.congreso.gob.pe/Sicr/TraDocEstProc/Contdoc01_2011.nsf/d99575da99ebf305256f2e006d1cf0/019b0b3970bde3605257912005d1124/\\$FILE/NL20061129.PDF](http://www2.congreso.gob.pe/Sicr/TraDocEstProc/Contdoc01_2011.nsf/d99575da99ebf305256f2e006d1cf0/019b0b3970bde3605257912005d1124/$FILE/NL20061129.PDF).

Reátegui, N., Arakaki, M. & Flores, C. (2002). *Mi salón de clases: Cada alumno un mundo distinto. Manual sobre diferencias individuales*. Lima: Plancad - GTZ. Ministerio de Educación.

Rioseco, R., Quezada, M., Ducci, M., & Torres, M. (2008). Cambio en las redes sociales de adultos mayores beneficiarios de programas de vivienda social en Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 23, 147-153.

Bienestar psicológico y autoeficacia en adultos mayores

- Romero, A., García-Mas, A. & Brustad, R. (2009). Estado del arte, y perspectiva actual del concepto de bienestar psicológico en psicología del deporte. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41(2), 335-347.
- Ryan, R. & Deci, E. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166.
- Ryff, C. (1985). Adult personality development and the motivation for personal growth. En D. Kleiber & M. Maehr (Eds.), *Advances in Motivation and Achievement: Vol. 4, Motivation and Adulthood* (pp. 55-92). Greenwich: JAI Press.
- Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is it? Exploration on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.
- Ryff, C. (1995). Psychological well-being in adult life. *Psychological Science*. 4(4), 99-104.
- Ryff, C. & Keyes, C. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719-727.
- Ryff, C. & Singer, B. (2000). Biopsychosocial challenges of the new millennium. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 69(4), 170-177.
- Ryff, C. & Singer, B. (2006). Best news yet on the six-factor model of well-being. *Social Science Research*. 35(4), 1120-1131.
- Ryff, C. & Singer, B. (2008). Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*. 9, 13-39.
- Sánchez, C. (2004). *Estereotipos negativos hacia la vejez y su relación con variables sociodemográficas, psicosociales y psicológicas* (Tesis doctoral). Recuperada de <http://www.biblioteca.uma.es/bbldoc/tesisuma/16704046.pdf>.
- Sanjuán, P., Pérez, A. M., & Bermúdez, J. (2000). Escala de autoeficacia general: Datos psicométricos de la adaptación para población española. *Psicothema*, 12, 509-513.

Bienestar psicológico y autoeficacia en adultos mayores

Satorres, E. (2013). *Bienestar psicológico en la vejez y su relación con la capacidad funcional y la satisfacción vital*. (Tesis doctoral) Universidad de Valencia, España.

Schwarzer, R. (1993). *Measurement of perceived self-efficacy. Psychometric scales for cross cultural research*. Berlin, Germany: Freie Universitat Berlin.

Schwarzer, R., Baessler, J., Kwiatek, P., Schroder, K. & Xin, J. (1997). The assessment of optimistic self-beliefs: Comparison of the German, Spanish, and Chinese versions of the general self-efficacy scale. *International Association of Applied Psychology*, 46(1), 69-88.

Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). General self- efficacy scale. En J. Weinman, S. Wright, & Johnston (Eds.), *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control belief* (pp. 35-37). Windsor, Reino Unido: NFRE-NELSON.

Seguro Social de Salud - EsSalud (2014). *Centro de adulto mayor de EsSalud promueve cuidado y prevención de enfermedades*. Recuperado de <http://www.essalud.gob.pe/centros-del-adulto-mayor-de-essalud-promueven-cuidado-y-prevencion-de-enfermedades/>.

Seifert, T. (2005). The Ryff scales of psychological well-being. *University of Iowa*. Recuperado de <http://www.liberalarts.wabash.edu/ryff-scales/>.

Serra, J. & Irizarry-Robles, C. (2015). Factores protectores de la depresión en una muestra de adultos mayores en Puerto Rico: autoeficacia, escolaridad y otras variables socio-demográficas. *Acta Colombiana de Psicología*, 18(1), 125-134.

Stuart-Hamilton, I. (2002). *Psicología del envejecimiento*. Madrid: Morata.

Terry, L. (2008). *Hábitos de estudio y autoeficacia percibida en estudiantes universitarios, con y sin riesgo académico* (Tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima-Perú.

Bienestar psicológico y autoeficacia en adultos mayores

Triadó, C. & Villar, F. (2006). La psicología del envejecimiento: Concepto, teoría y métodos.

En C. Triadó & F. Villar (Eds.), *Psicología de la Vejez* (pp. 23-61). Madrid: Alianza.

Triadó, M., Villar, F. & Solé, C. (2003). Estudio de I+D+I. Envejecer en entornos rurales.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Recuperado de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/imsero-estudiosidi-19.pdf>.

Trigoso, V. (2012). *Ajuste mental al cáncer y bienestar psicológico en pacientes oncológicos adultos* (Tesis de maestría). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima-Perú.

University of North Carolina at Chapel Hill (January, 2016). Social networks as important as exercise and diet across the span of our lives. *Health and Medicine*. Recuperado de <http://uncnews.unc.edu/2016/01/04/social-networks-as-important-as-exercise-and-diet-across-the-span-of-our-lives/>.

Valdez, M. (1991). *Quality of life*. Oxford: Clarendon Press.

Van Dierendonck, D. (2004). The construct validity of Ryff's scale of psychological well-being and its extension with spiritual well-being. *Personality and Individual Differences*, 36(3), 629-644.

Varela, L., Chávez, H., Gálvez, M. & Méndez, F. (2004). Cognitive impairment characteristics in the hospitalized peruvian elderly adults. *Revista de la Sociedad Peruana de Medicina Interna*, 17(2), 37-42.

Vázquez, C., Hervás, G., Rahona, J. J. & Gómez, D. (2009). Bienestar psicológico y salud: Aportaciones desde la psicología positiva. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 5, 15-28.

Velásquez, A. (2012). Historical - conceptual review of the concept of self-efficacy. *Revista Pequén*, 2(1), 148-160.

Vivaldi, F. & Barra, E. (2012). Psychological well-being, perceived social support and health perception among older adults. *Terapia Psicológica*, 30(2), 23-29.

Bienestar psicológico y autoeficacia en adultos mayores

Waterman, A. (1993). Two conceptions of happiness: Contrasts of personal expressiveness (eudaimonia) and hedonic enjoyment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 678-769.

Wilson, G. (1996). Yo soy los ojos y ella los brazos: Cambios en los roles de género en la vejez avanzada. En A. Sara & J. Ginn (Eds.), *Relación entre género y envejecimiento*. Madrid: Narcea.

Winningham, R. & Pike, N. (2007). A cognitive intervention to enhance institutionalized older adults' social support networks and decrease loneliness. *Aging Ment Health*, 11(6), 716-721.

Zubieta, E. & Delfino, G. (2010). Satisfacción con la vida, bienestar psicológico y bienestar social en estudiantes universitarios de Buenos Aires. *Anuario de Investigaciones*, 17, 277-283.

Bienestar psicológico y autoeficacia en adultos mayores

42

|

Apéndice A: Consentimiento Informado

Ud. está siendo invitado(a) a participar en un trabajo sobre bienestar y autoeficacia en el adulto mayor. Este estudio es realizado por Wendy Manyari Jiménez, estudiante de Psicología Clínica de la Pontificia Universidad Católica del Perú.

Si usted decide aceptar ser parte de este estudio, se le solicitará contestar una pequeña encuesta relacionada con el tema. En ese sentido, su participación es muy valiosa ya que contribuirá a generar conocimiento que puede ser útil en el desarrollo de futuras estrategias psicológicas.

Los derechos con los que cuenta incluyen:

- **Anonimato:** Todos los datos que usted ofrezca son absolutamente anónimos. Por lo tanto, no habrá manera de identificar individualmente a los participantes de la investigación.
- **Integridad:** Ninguna de las pruebas que le sean aplicadas le traerán algún tipo de daño o perjuicio.
- **Participación voluntaria:** Tiene el derecho a abstenerse de participar o incluso de retirarse de esta evaluación cuando lo considere conveniente.

Para cualquier información adicional y/o dificultad puede contactarse al correo wendy.manyari@pucp.edu.pe

Yo decido participar voluntariamente en la investigación acerca del bienestar y autoeficacia del adulto mayor, que realiza la alumna Wendy Manyari Jiménez.

Firma del Evaluado

Bienestar psicológico y autoeficacia en adultos mayores

- c. Con hijos
 - d. Con cónyuge e hijos
 - e. Con otros familiares
12. ¿Con qué frecuencia asiste al Centro del Adulto Mayor?
- a. 1 vez por semana
 - b. 2 veces por semana
 - c. 3 veces por semana
 - d. A diario
 - e. Otros
13. ¿Continúa trabajando?
- a. Si
 - b. No
14. Si responde “NO” a la pregunta 13 ¿Hace cuánto tiempo dejó de trabajar?
- a. Especificar el tiempo aproximado en años _____

Bienestar psicológico y autoeficacia en adultos mayores

Apéndice C: Tablas

Tabla 1

Comparación de medias y medianas de Bienestar psicológico y sus dimensiones según la variable sexo

	Sexo		<i>p</i>	<i>U</i>
	Masculino	Femenino		
	(n = 21)	(n = 50)		
	<i>Mdn</i>	<i>Mdn</i>		
Autoaceptación	5.00	4.50	.03	373.00

Tabla 2

Comparación de medias y medianas de Bienestar psicológico y sus dimensiones según la variable con quién vive

	Sólo (n = 7)			Con Cónyuge (n=10)			Con sus hijos (n=22)			Con cónyuge e hijos (n = 15)			Otros familiares (n=17)			<i>X²/F</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>		
Propósito de vida	4.92		0.67	5.27		0.64	4.61		0.83	5.49		0.47	4.95		0.78	3.75	.01
Dominio del entorno	5.02		0.69	5.30		0.40	4.49		0.71	5.23		0.70	4.71		0.85	3.74	.01
Bienestar psicológico global	4.69		0.51	5.02		0.43	4.29		0.73	5.10		0.54	4.59		0.78	4.32	.00
Relaciones positivas		4.83		5.17			3.83			5.17			4.67			14.38	.01
Crecimiento personal		4.43		4.57			4.00			5.00			4.57			10.48	.00

Bienestar psicológico y autoeficacia en adultos mayores

Tabla 3

Comparación de medias y medianas de Bienestar psicológico y sus dimensiones según la variable con quién vive (con cónyuge – con hijos)

	Con cónyuge (n = 10)			Con hijos (n = 22)			U/t(30)	p
	M	Mdn	DE	M	Mdn	DE		
Bienestar psicológico global	5.02		0.43	4.29		0.73	2.96	.00
Propósito de vida	5.27		0.64	4.61		0.83	2.20	.04
Dominio del entorno	5.30		4.00	4.49		0.71	3.35	.02
Relaciones positivas		5.17			3.83		43.50	.01