



Universidad Abierta Interamericana

Facultad de Psicología y Relaciones Humanas

TESIS DE GRADO

BIENESTAR PSICOLÓGICO Y AUTOESTIMA EN LA VEJEZ

Autor: Lampreave Carla

Tutor: Cortese Ricardo

Título a obtener: Licenciatura en Psicología

Diciembre 2020

Agradecimientos

Deseo expresar mis agradecimientos especialmente a mis padres, que a lo largo de mi carrera me han acompañado y sin los cuales hoy no sería quien soy.

A Brandon, por su compañía, su ayuda y confianza en mí, por tolerar mis frustraciones y festejar mis logros, por hacerme sentir que siempre podía un poco más y ser un pilar indispensable en cada paso nuevo que doy.

A Dana, mi amiga y colega, por acompañarme durante toda la etapa universitaria, brindándome todo su cariño y apoyo incondicional.

A mis compañeras de toda la carrera, en los que supe encontrar pares que compartieron mi pasión por esta profesión que elegimos y en quienes encontré amigas que me brindaron su calidez y humanidad, tanto en los momentos de logro como en los momentos de fracaso, ambos necesarios para poder aprender y crecer.

A mi tutor, Ricardo y a Mercedes, por su paciencia, cariño, enseñanza y dedicación en todo el proceso de armado de la tesis.

A mis profesores quienes me han formado durante la profesión, la cual han hecho que ame.

“Quien tiene un porqué para vivir, puede superar casi cualquier cómo”

Nietzsche.

Resumen

El propósito de esta investigación fue identificar si existía relación entre las dimensiones del bienestar psicológico y la autoestima en adultos mayores de Zona Sur, Gran Buenos Aires, debido a que en la actualidad el envejecimiento de la población mundial es uno de los fenómenos sociales de mayor impacto.

Para ello, se realizó un estudio de enfoque cuantitativo, de alcance correlacional en secuencia de tiempo transversal dentro de un diseño no experimental, en el que se trabajó con una muestra no probabilística conformada por N= 104 participantes (hombres 42% - mujeres 57%) de entre 60 y 89 años de edad (M=66- DT= 6). Se administró una encuesta socio-demográfica ad hoc junto a dos medidas de evaluación, las cuales fueron la Escala de Bienestar Psicológico (Casullo, 2002) y la Escala de Autoestima de Rosenberg (1973).

Los resultados obtenidos evidenciaron una relación estadísticamente significativa y positiva entre la autoestima y las dimensiones del bienestar psicológico aceptación/control ($p<0,000$), vínculos ($p<0,001$) y proyectos ($p<0,006$). A su vez, se observó que los participantes obtuvieron niveles altos de autoestima.

Por último, se evidenció que los adultos mayores que realizaban actividades placenteras, en comparación con quienes no las realizaban, presentaban mayor puntaje en la dimensión del bienestar psicológico Aceptación/Control y en el grado de Autoestima.

Palabras Claves: Bienestar Psicológico – Autoestima – Vejez

Abstract

The purpose of this investigation was to determine if there is a relation between the psychological wellness dimensions and the self esteem in older adults from the south area of Great Buenos Aires, because at present the aging of the world population is one of the most impact social phenomenon.

For this purpose, a quantitative focus study was made, with correlational range in a transversal time sequence into a non-experimental design; in which we worked with a non-probabilistic sample made by N: 104 participants (men 42%, women 57%) between 60 and 89 years old (M:66 DT:6). A social-demographic survey was used in this case with two assessment ways; one was the Psychological Wellbeing Scale (Casullo 2002), and the other was the Rosenberg's Autoesteem Scale (1973).

The results showed a significant and positive statistically relationship between Autoesteem and the Psychological Wellbeing acceptance/control ($p < 0,000$), ties ($p < 0,001$), and projects ($p < 0,006$). At the same time we observed that the participants got autoesteem high levels.

At last, it was evidenced that the elderly adults who made pleasant activities, in comparison against those who didn't make them, showed higher score in the psychological wellness Acceptance / Control and in the Self Esteem extent.

Keywords: Psychological wellbeing - Autoesteem - Old-age (eld)

Índice

Agradecimientos	2
Resumen	3
Abstract	4
Capítulo I	
1. Planteamiento del problema	10
1.1. Introducción	10
1.2. Relevancia y justificación	13
1.2.1. Relevancia Teórica	13
1.2.2. Relevancia Práctica	13
1.2.3. Relevancia Social	13
1.3. Antecedentes: Estado del Arte	14
Capítulo II	
2. Marco Teórico	19
2.1. Vejez	19
2.1.2. Vejez y Red de Apoyo	22
2.1.3 Vejez, Centros de Jubilados y Actividades Placenteras	22
2.2. Bienestar Psicológico	23
2.2.1 Evolución del concepto bienestar	23
2.2.2 Modelo Bienestar Psicológico de Ryff	26
2.2.3. Bienestar y Vejez	27
2.3. Autoestima	28
2.3.1 Evolución del concepto autoestima	28
2.3.2. Teoría de Rosenberg	30

2.3.3 Autoestima y Vejez	31
Capítulo III	
3. Metodología	34
3.1. Pregunta de Investigación	34
3.2. Objetivo General	34
3.3. Objetivos Específicos	34
3.4. Hipótesis	34
3.5. Diseño	35
3.6. Muestreo	35
3.7. Muestra	36
3.8. Criterios de Inclusión y Exclusión	36
3.9. Instrumentos	36
3.10. Procedimiento	39
Capítulo IV	
4. Resultados	41
4.1. Caracterización de la muestra	41
4.2. Análisis descriptivo de las variables de estudio	45
4.3. Prueba de normalidad	45
4.4. Análisis correlacional	46
4.5. Análisis de diferencias de grupos	47
4.5.1 Bienestar Psicológico y Autoestima según Género	47
4.5.2 Bienestar Psicológico y Autoestima según Actividad Placentera	48
4.5.3 Bienestar Psicológico y Autoestima según Concurrencia a Centros de Jubilados o Clubes de Barrio	49
4.5.4 Bienestar Psicológico y Autoestima según Nivel Educativo	51

4.5.5 Bienestar Psicológico y Autoestima según Estado Civil	52
---	----

Capítulo V

5. Conclusión y Discusión	55
Referencias Bibliográfica	60
Anexos	69

Índice de Gráficos

Gráfico 1. Distribución de la variable género	42
Gráfico 2. Distribución de la variable hijos	43
Gráfico 3. Distribución de la variable actividades placenteras	43
Gráfico 4. Distribución de la variable concurrencia a centros de jubilados	44

Índice de Tablas

Tabla 1. Muestra general distribución según edad	41
Tabla 2. Muestra general distribución según nivel educativo	41
Tabla 3. Muestra general distribución según estado civil	42
Tabla 4. Descripción de los niveles de Autoestima	45
Tabla 5. Descripción de las dimensiones de BP	45
Tabla 6. Prueba de normalidad para las variables Autoestima y BP	46
Tabla 7. Correlación entre Autoestima y dimensiones de BP	46
Tabla 8. Diferencia entre dimensiones de BP, en función al Género.	47
Tabla 9. Diferencia entre Autoestima en función del género.	48
Tabla 10. Comparación entre dimensiones de BP en función de AP	48
Tabla 11. Diferencia entre Autoestima en función de Actividad Placentera	49
Tabla 12. Diferencia entre dimensiones de BP en función de Concurrencia a Centros de	

Jubilados	50
Tabla 13. Diferencia entre Autoestima en función de Concurrencia a CJ	50
Tabla 14. Diferencia entre dimensiones de BP en función del Nivel Educativo	51
Tabla 15. Diferencia entre autoestima en función del Nivel Educativo	52
Tabla 16. Diferencia entre dimensiones de BPen función al Estado Civil	52
Tabla 17. Comparación entre Autoestima en función al Estado Civil	53

CAPITULO I

1. Planteamiento del problema

1.1. Introducción

El propósito de la siguiente investigación es estudiar la relación entre el bienestar psicológico y la autoestima en la vejez, debido a que, en la actualidad, el envejecimiento de la población mundial es uno de los fenómenos sociales de mayor impacto. Por lo tanto, se espera una transformación demográfica, en donde el índice de adultos mayores aumentará cada año (Alvarado García & Salazar Maya, 2014).

CEPAL (2009) publicó una investigación indicando que se espera para el 2050, que la población de la tercera edad en América Latina represente un 25,5% de la población mundial, por lo que una de cada cuatro personas tendrá 60 años o más. Se manifiesta, por lo tanto, el interés y el deseo por las condiciones de vida y las necesidades particulares de los adultos mayores (Griffa & Moreno, 2015).

El bienestar psicológico está centrado en relación a las condiciones y la calidad de vida, salvando dos aspectos: por un lado, aquellos aspectos afectivos como los emocionales, relacionados con el estado de ánimo; y por el otro los aspectos cognitivos, los cuales hacen referencia al juicio del sujeto sobre su vida (Cuadra & Florenzano, 2003).

De esta manera, se considera que el bienestar psicológico es entendido como el esfuerzo por expandir el potencial de cada persona, a favor de la propia superación, reconocimiento, y realización de todos sus talentos (Scolni & Goris Walker, 2011).

Asimismo, Casullo y Castro Solano (2013) explican que el bienestar psicológico es una dimensión valorativa que tiene que ver con el resultado logrado con una particular manera de vivir.

En consecuencia, se adopta como eje fundamental de este trabajo, la visión de la psicología que toma el aporte de la tradición eudaimónica del bienestar psicológico, cuya máxima representante es Ryff (1989), autora que identifica al bienestar psicológico como el

resultado de una vida bien vivida en la cual el sujeto alcanza el desarrollo de su verdadero potencial.

La presente investigación adhiere con lo planteado por Casullo (2002), quien sostiene que el bienestar psicológico puede estudiarse empíricamente, comparando los niveles del constructo que presentan las personas en diversos contextos.

Por otra parte, Abud y Borjorquez (1997 citado por Pech et al., 2004) contemplan a la autoestima como una percepción, una actitud, un sentimiento, una imagen; como la capacidad para valorar el Yo y tratarse con dignidad, amor y realidad, y como “el juicio personal que hace el individuo acerca de su propio valor” (p. 16).

La autoestima se construye mediante el proceso de socialización (Simkin & Voloschin, 2018), por el cual un sujeto establece de acuerdo con quién es y qué valor posee según su lugar en el sistema social. Por lo tanto, como sostienen Simkin y Voloschin (2018), la autoestima se convierte una herramienta de control social.

Albretch y Morales (1999) destacan que el envejecimiento abarca distintas modificaciones morfológicas, fisiológicas, bioquímicas, psicológicas y sociales según el contexto temporal y espacial en el que se desarrolló el sujeto, en las etapas anteriores de su vida. Estos autores señalan que los cambios mencionados se inician y agilizan después de haber alcanzado el crecimiento y madurez alrededor de los 30 años de edad.

Siguiendo esta línea, Rice (1997) desde la psicología del desarrollo, sostiene que la vejez es un momento de ajustes, principalmente en los cambios de las capacidades físicas, las situaciones personales y sociales, y las relaciones. El autor Yates (1996, citado por Fernández, 2000) señala que el envejecimiento se puede identificar como cualquier cambio temporal en un objeto o sistema que puede ser bueno, malo o indiferente a un determinado juez u observador.

La conceptualización teórica de la tercera edad implica múltiples factores, entre

ellos, un sistema de valores, creencias y expectativas de vida de cada sujeto, en el cual interviene la familia y la sociedad; sin embargo, en los últimos años surgieron concepciones del proceso de envejecimiento positivo como los denominados exitoso, saludable o activo (Alvarado & Salazar, 2014).

El envejecimiento se considera un fenómeno multidimensional y heterogéneo, en donde la experiencia vital y los diversos factores socioculturales, genéticos y biológicos determinan el proceso de envejecer y por consecuencia, la calidad de vida (OMS, 2002). La participación activa de los adultos mayores en áreas como lo social, económico, político y cultural, entre otras, está vinculada con una buena salud, un buen funcionamiento cognitivo, calidad y satisfacción con la vida y bienestar psicológico, favoreciendo que las personas mayores experimenten sentimientos y actitudes positivas, mejorando el afrontamiento a los problemas y la capacidad de adaptación en esta etapa vital (OMS, 2002). Por lo tanto, es importante el análisis del bienestar psicológico y la autoestima en la vejez, ya que los sujetos que manifiestan niveles altos de autoestima tienden a experimentar un mayor bienestar, y una buena salud en general (Fernández Ballesteros et. al, 2002).

En función de lo expuesto, el objetivo de este estudio es indagar la relación entre el bienestar psicológico y la autoestima en adultos mayores de 60 años en adelante que residen en Zona Sur del Gran Buenos Aires.

1.2. Relevancia y Justificación

Esta investigación propone conocer nuevas formas de comprender y fomentar la salud mental durante el envejecimiento, en virtud de la necesidad de aportar nuevos saberes y estrategias en los ámbitos científicos, profesionales y dentro de la sociedad.

1.2.1. Teórica.

La relevancia teórica del presente estudio consiste en profundizar el conocimiento acerca del bienestar psicológico y la autoestima en la tercera edad.

Utilizar como muestra a la tercera edad, permitirá que se amplíen los conocimientos respecto a la teoría sobre el bienestar psicológico y la autoestima en un contexto cultural diferente a los estudiados hasta el momento. Se otorga evidencia empírica para continuar la ampliación y complejización de ambos constructos o generar nuevas investigaciones.

1.2.2. Práctica.

Se espera que la investigación posea una relevancia práctica para profesionales del área de la Psicología, ya que podrían verse beneficiados con el aporte de esta investigación, por ejemplo, para el desarrollo e implementación de ciertas intervenciones como la planificación de talleres para la tercera edad o programas para fomentar el bienestar psicológico y la autoestima, conociendo también su relevancia en relación a la información sociodemográfica.

1.2.3. Social.

A partir de lo expuesto en este trabajo se brindará información para contribuir con el diseño de políticas públicas que implementen programas en centros de jubilados, clubes de

barrio y en comunidades e instituciones de la tercera edad, para potenciar los recursos de los sujetos en relación al bienestar psicológico y la autoestima.

1.3. Antecedentes

En el siguiente apartado, se llevará a cabo una revisión del estado del arte, describiéndose brevemente algunas de las investigaciones que analizaron el bienestar psicológico y la autoestima en la tercera edad.

Ortiz & Castro Salas (2009) investigaron los conceptos sobre el bienestar psicológico de los adultos mayores, su relación con la autoestima y la autoeficacia en el ámbito de la enfermería, en Chile. Se evidenció que los adultos mayores que no perciben niveles adecuados de autoeficacia, se orientaron a mostrar una baja autoestima y sentimientos negativos sobre sus capacidades.

Lozano-Poveda (2011) estudió sobre la concepción de vejez: entre la biología y la cultura, en Colombia. Su trabajo propone una reflexión en torno al abordaje conceptual de la vejez a partir del envejecimiento biológico y cultural. De ese modo, se proponen categorías sobre las explicaciones del proceso de envejecer, relacionadas con la distinción de la edad en la sociedad, las teorías del envejecimiento, la subjetividad en la vejez, los conocimientos y prácticas de las transiciones vitales del rito de paso de adulto a anciano.

García Alfonso (2012) estudió la autoestima como variable psicosocial predictora de la actividad física en personas mayores. Su muestra fue de 184 adultos mayores de los cuales 92 realizaban actividad física regularmente y otras 92 con un estilo de vida sedentario. El resultado mostró un aumento significativo de la autoestima en relación con la realización de actividad física de personas mayores.

El estudio llevado a cabo por Santorres Pons (2013) estuvo centrado en la población de personas mayores. Dicha investigación se enfocó en el estudio de tres principales variables: las actividades de la vida diaria, la satisfacción y el bienestar psicológico. La

muestra estuvo compuesta por 1208 personas de la provincia de Valencia, todos ellos mayores de 65 años y no institucionalizados. En cuanto a los instrumentos, se aplicó el Índice de Barthel, para evaluar la capacidad funcional, el Índice de satisfacción vital (LSI-A) y la escala de Bienestar psicológico de Ryff. Se observó que todas las correlaciones han resultado positivas y significativas, mostrando, por tanto, importantes relaciones entre las medidas. Por otro lado, fueron los sujetos viudos aquellos que muestran una menor satisfacción vital. También se ha observado que mientras las personas con bajos niveles de estudios eran las que presentaron las puntuaciones más bajas en cuanto a la satisfacción vital, aquellos con un mayor nivel de ingresos presentaron un mayor bienestar subjetivo.

García y Salazar (2014) indagaron sobre el concepto de envejecimiento, en Colombia. Su trabajo se basó en analizar el concepto de envejecimiento a través de la metodología expuesta por Walker y Avant (2005), de la cual se analizan las características que definen un concepto y sus atributos: un proceso irreversible, único, individual, universal de cambio que implican todas las dimensiones del ser humano, disminuye la velocidad de los procesos del cuerpo, entre otros.

De igual modo, Arias (2015) investigó la red de apoyo social y el bienestar psicológico de personas mayores de 65 años de edad que residen en Mar de la Plata. Se utilizó la Fuentes de apoyo Social, Escala de Depresión Geriátrica, Escala de Equilibrio Afectivo e índice de Satisfacción Vital a una muestra de 105 personas, de tres tipos de hogar (unipersonal, familiar y residencia para adultos mayores). En cuanto a los resultados obtenidos, se destacó la amplia variabilidad de tipos de redes encontradas. Se comprobó la existencia de diferencias significativas en los puntajes de equilibrio afectivo, depresión, satisfacción vital y bienestar psicológico global según las variaciones en tamaño, niveles de densidad, distribución, funcionalidad, multidimensionalidad, frecuencia de contacto e intimidad, así como en el índice de suficiencia total de la red.

Calero, Díaz et al. (2016) en Ecuador estudiaron la influencia de las actividades físico-recreativas en la autoestima del adulto mayor. Se aplicó un cuestionario para medir la autoestima (Test de Rosenberg) a una muestra de 20 adultos mayores. Los resultados obtenidos concluyeron en un incremento de la autoestima en 5,85 puntos porcentuales, lo que equivale al 14,63 por ciento de mejora en la autoestima general. Las actividades físico-recreativas diseñadas son determinantes para el mantenimiento de la salud física y mental como medio de obtención de una mejor calidad de vida en el adulto mayor, incrementando la autoestima.

En Argentina, Hermida et. al (2017) investigaron la relación entre trastornos psicofisiológicos y bienestar psicológico en la jubilación, en un grupo de la tercera edad. La muestra estuvo conformada por 150 adultos mayores, los cuales respondieron un cuestionario de datos sociodemográficos y de perfil jubilatorio, un cuestionario de estado de salud y el índice de bienestar psicológico. Los resultados mostraron un mayor bienestar psicológico entre quienes informaron una menor presencia de trastornos psicofisiológicos asociados a la jubilación.

En Perú, Arroyo Zabaleta (2017) examinó la autoestima y la satisfacción con la vida de adultos mayores, integrantes del Centro del Adulto Mayor el Hospital Regional Docente Trujillo. La muestra estuvo conformada por 48 adultos mayores. A partir del análisis estadístico, se encontró una población con 50% de autoestima media, un 58.3% con grado de satisfacción. Se determinó que existe correlación estadística entre ambas variables, estableciendo que la autoestima está relacionada con la satisfacción con la vida de los adultos mayores estudiados.

Ruiz Domínguez (2019) indagó la relación entre el bienestar psicológico y medios de intervención cognitivo en la tercera edad, en Colombia. La muestra fue de 18 adultos mayores con la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff, concluyendo que el 33,33% presenta un

bienestar psicológico alto y un 66,66% moderado. Se manifiesta por lo tanto, que en los adultos mayores el bienestar psicológico puede estar asociado a múltiples factores externos y no únicamente internos de tipo psicológico.

Por otro lado, Mesa-Fernández et. al (2019) investigaron las relaciones entre el bienestar psicológico, la autoeficacia para envejecer y la autoestima en personas mayores de 60 años no dependientes, en España. En la investigación participaron 148 personas, completando una batería de instrumentos relacionados con la autonomía, el grado y tipo de actividad, la autoeficacia para afrontar el proceso de envejecimiento, la autoestima y el bienestar psicológico. En cuanto a los resultados, se indicó que el bienestar psicológico no está asociado con la edad, sino con un conjunto de factores de corte psicológico.

García Nuñuvero (2018) realizó una investigación en Perú, con el propósito de determinar la relación entre las variables de autoestima y satisfacción con la vida del adulto mayor del distrito de Huamachuco. La población estuvo compuesta por 150 adultos mayores de entre 60 a 85 años. Se utilizó la Escala de Rosenberg para adultos y la Escala de Satisfacción con la vida SWLS. Los resultados obtenidos en relación a la autoestima arrojaron que un 83.3% presentó autoestima alta y un 78.7% de la población estudiada se encontraba satisfecha con su vida, concluyendo que existe una correlación significativa entre autoestima y satisfacción con la vida en el adulto mayor.

En conclusión, el presente trabajo constituye una herramienta para contribuir a las concepciones teóricas sobre el bienestar psicológico y la autoestima en la población de adultos mayores, ya que se evidencia que el proceso de envejecimiento no es una etapa exclusiva de pérdidas, sino de adaptación, oportunidades y crecimiento, en el cual la participación activa en los diversos contextos sociales, favorece su calidad de vida y su bienestar general (Mesa Fernández et al., 2019).

CAPITULO II

2. Marco Teórico

2.1. Vejez

Los cambios en la población mundial muestran una mayor supervivencia, que se verá reflejada en una esperanza de vida promedio de 74 años para el 2050. De esta manera, el aumento demográfico global, predispondrá un incremento más elevado de la cantidad de adultos mayores (Ochoa-Vázquez, 2018). La Comisión Económica para América Latina y el Caribe -CEPAL- (2009) clasifica cuatro grupos dentro del proceso de envejecimiento demográfico: incipiente, moderado, moderadamente avanzado y avanzado. Argentina se encuentra en el último de estos grupos, ya que de acuerdo con Griffa y Moreno (2015), los servicios y políticas sanitarias respecto de esta población, tuvieron mayor desarrollo en los últimos años.

Tanto el concepto de envejecimiento como de vejez son cuestiones centrales del debate social actual a razón de los cambios demográficos que llevan a un envejecimiento poblacional en todo el mundo (Parales & Ruiz, 2002).

El proceso de envejecimiento está determinado por factores psicológicos, biológicos y sociales, presentando particular relevancia en el entorno en el que se desenvuelve el adulto mayor y el proceso histórico en el que se construye y desarrolla su vida, sus pensamientos, sentimientos y formas particulares de vivir, percibir y enfrentar la vejez (Salvarezza, 1996).

Erickson (2000), en su teoría del desarrollo psicosocial, define a la vejez como la octava etapa dentro de éste y plantea que ocasiona, al igual que toda etapa nueva, una crisis que la determina como un estado temporal de desorganización, en el cual el sujeto es incapaz de abordar situaciones particulares. Este autor plantea que, en la etapa de la vejez, se desarrolla una introspección de lo vivido hasta el momento (Erickson, 2000).

Las teorías psicológicas se han centrado en aspectos cognitivos, de personalidad

y de estrategias de manejo. La teoría del desarrollo de Erikson (1950) considera la etapa de la vejez desde los 60 años en adelante, considerando factores individuales y culturales. Su teoría menciona que la crisis esencial es: integridad versus desesperación, donde las principales virtudes son la prudencia y la sabiduría (Erikson, 2000).

Otra teoría en el proceso de envejecimiento es la "continuidad", la cual afirma que no existe desintegración entre la edad adulta y la tercera edad. Esta teoría se basa en el paso a la vejez, es una prolongación de experiencias, proyectos y hábitos de vida. La personalidad y el sistema de valores se mantienen estables. En el proceso de envejecimiento, los sujetos aprenden a utilizar estrategias de adaptación, ayudándolos a reaccionar favorablemente ante los obstáculos de la vida (Birren & Schroots 1996).

Como plantea Iacub (2011), el proceso de envejecimiento implica que el sujeto, a lo largo de su vida, va adquiriendo las características asociadas a la vejez, las cuales comienzan a cambiar en coherencia con la diversidad histórica, cultural, generacional y aquella propia del individuo, por lo que los signos del envejecimiento que anteceden a la vejez resultan poco generalizables y clasificables.

Según Langarica (1985), el envejecimiento es un proceso que se basa en factores propios del individuo, como los endógenos y de factores ajenos a él, como los exógenos. Es un proceso en el cual lo que es afectado en un primer momento no es la conducta cotidiana y probada del organismo para con su medio, sino sus disponibilidades, sus facultades, sus posibilidades de enfrentarse con una situación desconocida, ya sea de orden biológico, personal o social.

Existe a su vez, como plantea Iacub (2011), una perspectiva de la vejez asociada a una serie de actividades pedagógicas y socio recreativas determinadas para la tercera edad. Así, como sostiene el autor, surge una corriente dirigida a modificar la idea del retiro y que apunta a una tercera etapa para comenzar actividades específicas: los centros de jubilados y centros

para la tercera edad. Emerge así un nuevo actor social con un rol más activo y especificado por su condición etaria, donde en principio, no es necesaria la internación.

En los últimos años, se propusieron diversos modelos de envejecimiento que intentan dar una perspectiva más positiva al concepto de envejecimiento. Entre los que se puede encontrar:

- Envejecimiento exitoso, propuesto por Rowe (1987), el cual manifiesta una habilidad para mantenerse en bajo riesgo de enfermar, con un alto nivel de actividad física y mental y activamente comprometido con la vida por medio del mantenimiento de relaciones interpersonales y de la participación en actividades significativas.
- Envejecimiento saludable, planteado por la Organización Mundial de la Salud (1998), entendido como la etapa que comienza antes de los 60 años. Se puede obtener este tipo de envejecimiento, desarrollando desde etapas tempranas hábitos y estilos de vida saludables, así como realizando prevención temprana de algunas enfermedades y discapacidades.
- Envejecimiento activo de la Organización Mundial de la Salud (2002), definiendo al envejecimiento activo como el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el objetivo de mejorar la calidad de vida del sujeto, a medida que las personas envejecen (Reyes & Castillo 2011). El término “activo”, hace referencia a una participación continua en aspectos sociales, económicos, culturales, espirituales y cívicos, no solo a la capacidad para estar físicamente activo o participar en la mano de obra, si se quiere hacer del envejecimiento una experiencia positiva con una vida más larga.

Fernández-Ballesteros (1992) considera que las cuestiones sociales como los estereotipos que se manejan en un determinado momento histórico, en una sociedad y comunidad determinada, inciden en el autoconcepto y la autoimagen que el adulto mayor

tiene de sí mismo, así como también las expectativas que los ciudadanos en general tienen en torno a la vejez.

2.2.1. Vejez y red de apoyo.

Las relaciones que un adulto mayor establece y mantiene con otros, es decir, el contacto social es un factor protector y positivo en el proceso de envejecimiento, ya que está vinculados a la salud física y psicológica del sujeto, con lo que repercute en su calidad de vida, longevidad y bienestar (Fernández-Ballesteros, 2002). Los adultos mayores, pretenden buscar y mantener sus contactos sociales, necesarios para su bienestar, no sólo en el núcleo familiar, sino también con sus vecinos, amigos, asociaciones y diversos grupos deportivos y culturales (Lehr & Thomae, 2003).

Siguiendo lo expuesto, el apoyo social se puede entender como la ayuda emocional, instrumental o de otra índole que se derive de un particular entramado social (Fernández Ballesteros, 1992). Éste cumple un aspecto relevante, ya que proporciona sentido a la vida, aportando una retroalimentación cotidiana sobre las dificultades de la salud, y fomentando una serie de actividades personales que se asocian positivamente con la longevidad (Sluzki, 1996). Según los autores Gil Lacruz y Frej Gómez (1993) consideran el apoyo social como una percepción subjetiva y personal del sujeto, a partir de su incorporación y permanencia en las redes, percibiéndose amado, cuidado, valorado y estimado, perteneciendo a su vez, a una red de derechos y obligaciones.

2.2.2. Centros de Jubilados y Actividades Placenteras.

Visvero (2018) plantea el surgimiento de los centros de jubilados y pensionados en Argentina, a partir de la década de 1980, en pleno retorno de la democracia y con objetivos vinculados a un grupo etario determinado. La definición de estos establecimientos hace referencia a organizaciones institucionales que concentran a sujetos pertenecientes a la tercera

edad que responden a diversas motivaciones e intereses tales como recreacionales, de orientación previsional y de servicios, por pertenencia y seguridad, por intereses políticos reivindicativos, etc. (Visvero, 2018).

El adulto mayor mantiene el interés en realizar actividades recreativas y lúdicas que permitan mantener su autoestima. Se deberá sentir satisfecho consigo mismo por su contribución a la sociedad (Rodríguez, 2009).

El adulto mayor necesita aprender. El anciano puede vivir una existencia plena y productiva si se conoce a sí mismo y tiene interés, si se siente motivado y es capaz de razonar, demostrando habilidad para solucionar situaciones referidas al aprendizaje, con actividades de sus intereses. (Rodríguez, 2009).

En síntesis, este estudio entiende a la vejez como un proceso que ocurre a lo largo del ciclo vital, que sucede desde el nacimiento hasta la muerte, como una etapa plena de sabiduría y riqueza, consecuencia de la experiencia adquirida como periodo de crecimiento y desarrollo (Fernández-Ballesteros, 2004).

2.2. Bienestar Psicológico

2.2.1 Evolución del concepto bienestar

Durante muchos años, la psicología centró su interés en las emociones negativas, las enfermedades y la problemática humana en general, focalizándose en lo patológico, por lo que la psicología fue rotulada dentro del campo de la psicopatología (Poseck, 2006). Es por esto, que se descuidó del análisis el efecto que tiene el bienestar sobre el funcionamiento psicológico personal (Castro Solano, 2010). En el campo de la salud mental, se buscaron explicaciones acerca de qué es lo que causa el malestar de las personas, pero no se estudiaron los aspectos generadores de salud (Casullo, 2002).

El interés para estudiar científicamente el bienestar emergió a finales del siglo XX,

precedido por los pensamientos filosóficos acerca de la “vida buena”, la “vida virtuosa” y el “cuidado del alma” observados en los legados de Platón, Aristóteles, Confucio y Séneca, entre otros. La investigación acerca del bienestar continúa actualmente extendiéndose alrededor de todo el mundo (Satorres Pons, 2013).

La psicología positiva se originó con Martin Seligman (1998) quien planteó potenciar las cualidades humanas para que funcionen como amortiguadores de la adversidad. La psicología positiva tiene como prioridad encontrar las virtudes de las personas para lograr una mejor calidad de vida y un mayor bienestar. (Satorres Pons, 2013).

El bienestar psicológico fue estudiado por diversos autores, en relación a la propia subjetividad y a la calidad de vida. De acuerdo con Ryan y Deci (2000) la distinción entre el bienestar subjetivo y psicológico se remonta a Aristóteles, el cual sostiene que el bienestar presenta componentes hedonistas y eudonómicos: el bienestar hedonista está asociado al placer momentáneo, mientras que el bienestar eudonómico está relacionado con diversas maneras de comportarse socialmente en relación a lo beneficioso. Esto conduce al crecimiento personal (Wood, Joseph & Maltby, 2009).

Tal como lo plantea Castro Solano (2010), la visión hedónica sostiene que un sujeto es feliz cuando experimenta más emociones positivas que negativas, por lo que se contempló que la suma de momentos placenteros conduce a la felicidad. El autor expresó que, por lo general, estos placeres son alcanzados con mayor facilidad por medio del dinero por lo cual los seres humanos igualan dinero con felicidad, sin embargo, cuando las necesidades básicas están satisfechas, el nivel alto adquisitivo no trae aparejado un mayor bienestar.

En la psicología moderna, el concepto hedónico es el de bienestar subjetivo, que implica dos elementos: el balance afectivo, encontrándose en las emociones positivas y las emociones negativas, y la satisfacción vital percibida, más estable y con un mayor componente cognitivo (Lucas, Diener & Suh, 1996).

Zamarrón (2006) considera que el bienestar subjetivo está compuesto por tres elementos principales y que, a su vez, están interrelacionados: la satisfacción con la vida, el afecto positivo y niveles bajos de afecto negativo. El primero de estos componentes se puede comprender en diversas áreas como la satisfacción con el matrimonio, con los amigos, con el trabajo, etc. Mientras que el afecto positivo puede ser examinado a través de emociones específicas como gozo, afecto y orgullo, en tanto que el afecto negativo se evalúa mediante sentimientos tales como vergüenza, culpa, tristeza, ira o ansiedad.

Por otra parte, tal como explica Nogueira (2015) el bienestar subjetivo se relaciona con una vida emocionalmente agradable, mientras que el bienestar psicológico refiere a una vida llena de sentido, de actividad constructiva y crecimiento personal.

Otra de las definiciones de gran relevancia en el estudio del bienestar subjetivo es la de Diener, Suh, Lucas y Smith (1999), en la que sostienen que el bienestar subjetivo es una categoría amplia de sucesos que abarcan respuestas emocionales de los sujetos, dominios de satisfacción y juicios globales de satisfacción con la vida. De acuerdo con la definición de los autores mencionados, los estados de ánimo y las emociones se pueden calificar con el nombre de afecto y representan las evaluaciones en vivo de los eventos de sus vidas. Del mismo modo, el afecto puede ser clasificado como positivo, si se incluyen emociones placenteras; o negativas, si implica una experiencia emocional que represente desagrado o sufrimiento para el sujeto (Satorres Pons, 2013).

En cuanto a la perspectiva eudaemónica, Castro Solano (2010) sostiene que hacia finales de los ochenta otros autores, como por ejemplo Ryff (1989), comenzaron a investigar que la felicidad se relacionaba más con la calidad de los vínculos, los proyectos personales y el significado vital y no únicamente con las emociones positivas. Esta nueva perspectiva marcó un relevante cambio en cuanto a la concepción del bienestar ya que se evidenció que éste no es manipulable tan fácilmente a través del dinero, un placer del momento o inclusive

alguna medicación que mejore el tono afectivo” (Castro Solano, 2010).

Pese a que la felicidad se ha desarrollado en el marco de la psicología positiva, en la antigüedad era un tema relacionado a cuestiones de carácter ontológico. Con el transcurrir de las épocas, se ha ido complejizando su estructura y contenido, llegando a identificarse en la actualidad diferentes dimensiones en función del enfoque teórico considerado (Castro Solano, 2010).

Según lo citado por Moreno (2008), la Organización Mundial de la Salud propone una definición desde una perspectiva global, contemplándolo como un completo estado de bienestar mental, físico y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia (Moreno, 2008). En dicha definición, no solo se incluyen aspectos subjetivos de bienestar del sujeto, sino que además la consideración del hombre como un ser bio-psico-social, por lo que se garantiza una visión más holística con una representación más integral de la salud, aunque cabe destacar que aún no incorpora los aspectos vinculados a la esfera espiritual y religiosa del hombre que continúan representando un déficit en el ámbito de la salud.

El bienestar psicológico se compone por un indicador positivo de la relación de la persona consigo mismo y con su medio, implicando aspectos valorativos y afectivos que se integran en la proyección futura y el sentido de la vida. Está constituido por variables del autoconcepto como autoconciencia, autoestima y autoeficacia (Oramas Viera, 2013).

2.2.2 Modelo de Bienestar Psicológico de Ryff

El modelo multidimensional formulado por Ryff (1989) alude al Bienestar Psicológico entendido como el esfuerzo por perfeccionar el potencial de cada sujeto, a favor de la propia superación y al reconocimiento y realización de todos sus talentos (Scolni & Goris Walker, 2011). La autora basó su deseo de investigar el desarrollo y crecimiento personal, los estilos y maneras como los sujetos hacen frente a los retos vitales y el esfuerzo e interés por conseguir

satisfacción en la vida. Es por esto, que formuló un modelo multidimensional del desarrollo personal donde especifica seis dimensiones: auto aceptación, relaciones positivas con otras personas, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal; y confeccionó un instrumento que medía esta variable en cada una de sus dimensiones y de manera global (Ryff, 1989).

Casullo (2002) realizó un nuevo instrumento para evaluar el Bienestar Psicológico en adultos, la Escala BIEPS-A, la cual produce un puntaje global y reduce las seis dimensiones a cuatro:

- **Aceptación/Control:** poder aceptar los múltiples aspectos de uno mismo, sentirse bien respecto de consecuencias de situaciones pasadas. Sensación de control y auto competencia, con capacidad de moldear contextos para adaptarlos a las necesidades e intereses propios.
- **Autonomía:** entendida como la capacidad de actuar y tomar decisiones de forma autónoma, poder confiar en el propio juicio y ser asertivo.
- **Proyectos:** poseer propósitos y metas e intereses en la vida, asumir valores que le brinden significado y sentido a la vida.
- **Vínculos:** entendida como la calidad de las relaciones personales, capacidad de establecer buenos vínculos con calidez, empatía y confianza en los demás, capacidad afectiva.

2.2.3. Bienestar y Vejez

Se han realizado múltiples investigaciones en los últimos años, que han avanzado en la comprensión de los aspectos asociados al bienestar en la vejez. Diversas investigaciones probaron que el bienestar subjetivo, entendida como medida global, no se modifica con la edad, aunque pueden presentarse cambios irrelevantes en algunas dimensiones (Triado,

Osuna, Resano & Villar, 2003). Sin embargo, se ha observado que el afecto negativo supone reducirse a medida que el sujeto envejece. Se sostiene que la mayoría de los adultos mayores permanecen socialmente integrados, son competentes y que las posibilidades de que presenten deficiencias en algunos aspectos pueden ser modificables (Fernández Ballesteros, 1999).

Los adultos mayores, se adaptan a todos los nuevos cambios, repensando sus intereses, metas y desafíos, y adaptándolas a sus nuevas capacidades sociales, psicológicas y físicas; es por esta razón que muchos de ellos informan altos niveles de bienestar, ya que sus metas ya no son las mismas de hace 10 años, lo que reduce la frustración al fracaso, cuando no pueden llegar a concretar sus ideales propuestos a esta edad (Zamarrón, 2006).

Se afirma que existe una relación directa entre el bienestar, los planes personales, los objetivos y proyectos de vida. Por lo que se contempla que el logro de los mismos aumenta el bienestar en la vida de los sujetos. El grado en que los proyectos de vida se obtienen, la concreción de los mismos es determinante de la satisfacción vital; colocando este constructo como punto de anclaje con las variables de personalidad más estables. (Little, 2008).

2.3. Autoestima

2.3.1. Evolución del concepto autoestima

El primer antecedente que existe acerca del constructo Autoestima es por el aporte de William James (1890), el cual manifestó en su libro *“Principios de Psicología”* que la estima del sujeto, está relacionada con lo que se pretende ser y hacer. Este autor, examina la estima de una persona a partir de sus éxitos concretos confrontados con sus aspiraciones (Monbourquette, 2008).

Luego, el concepto de autoestima fue abordado por los teóricos humanistas, sosteniendo que "todo ser humano, sin excepción, por el mero hecho de serlo, es digno del respeto incondicional de los demás y de sí mismo; merece estimarse a sí mismo y que se le

estime" (Rogers, 1972, p. 57).

La autoestima es entendida y definida como la dimensión evaluativa del autoconcepto, en la que el sujeto se autoevalúa en una escala que varía de lo positivo, es decir la autoafirmación, a lo negativo visto como la autodenigración (Hewit, 2002). Se toma en consideración que una alta autoestima se relaciona con el de bienestar general (Góngora & Casullo, 2009).

Maslow (1993) sostiene que la autoestima es una necesidad esencial del sujeto, por lo que se localiza dentro de las necesidades de valoración. En la escala de autorrealización se alude que la autoestima es una necesidad del ego que requiere ser complacida, como las necesidades de una valoración alta de sí mismo y consideración de los demás que se apoya en cómo se es reconocido el sujeto (Citado en Imbamg, 2013).

McKay y Fanning (1999) manifiestan que en la autoestima, hay una valoración general sobre sí mismo y del comportamiento, en el cual se involucran diversas dimensiones, como la dimensión física (sentirse atractivo); la dimensión social (sentirse aceptado y perteneciente a un grupo); dimensión afectiva (la autopercepción de diferentes características de la personalidad); dimensión académica (enfrentar con éxito los estudios, carreras y la autovaloración de las capacidades intelectuales); dimensión ética (la autorrealización de los valores y normas).

Tajfel y Turner (1986) sugieren, desde la Teoría de la Identidad Social, que existe una relación entre la autoestima personal y la autoestima colectiva en la medida que ambas forman parte de un concepto más amplio y general que es el autoconcepto. En consonancia con dicha teoría, las personas construyen un marco de referencia para su identidad social. Es por esto, que una valoración positiva del grupo asegura una valoración positiva de sí mismo (Pérez & Smith 2008).

Finalmente, otra aportación relevante para la investigación de la autoestima, fue

desarrollada por Coopersmith (1967 citado en Valék, 2007), que al igual que Rosenberg, sostiene que la autoestima es la exploración que el sujeto realiza y generalmente mantiene con respecto a sí mismo; por lo que expresa una actitud de aprobación o desaprobación e indica la medida en la que el sujeto es capaz, importante, exitoso y valioso.

2.3.2. Teoría de Rosenberg

Este trabajo se basa en el enfoque de Rosenberg (1965 citado en Rojas, Zegers & Förster, 2009), autor que entiende a la autoestima como un sentimiento hacia uno mismo, pudiendo ser positivo o negativo, el cual se construye por medio de una evaluación de las propias características.

Rosenberg desarrolló un enfoque integral de la formación de la autoestima a lo largo del ciclo vital (Elliott, 2001). Desde este enfoque, los agentes de socialización imponen al niño un estilo de vida, un conjunto de valores y un sistema de creencias e ideales que proporcionan las bases para autoevaluarse, contribuyendo a construir una imagen respecto de la propia identidad y de su lugar en el sistema social (Rosenberg, 1965, 1979).

Por su parte, Coopersmith (1967) considera que residen diversos niveles de autoestima por lo cual cada sujeto reacciona en situaciones similares, de forma diferente; teniendo expectativas desiguales ante el futuro, reacciones y autoconcepto distintos. Caracteriza a las personas con alta, media y baja autoestima y las define con las siguientes características:

- Autoestima alta: sujetos expresivos, asertivos, con éxito académico y social, confían en sus propias percepciones y esperan siempre el éxito, considerando su trabajo de alta calidad y manteniendo altas expectativas con respecto a trabajos futuros. Manejan la creatividad, se respetan y sienten orgullo de sí mismos.
- Autoestima media: sujetos con menos expresividad, dependen de la aceptación social.

Mantienen alto número de afirmaciones positivas, sin embargo, son más moderadas en sus expectativas y competencias que las anteriores.

- Autoestima baja: son individuos desanimados, aislados, consideran no poseer atractivo, son incapaces de expresarse y defenderse; se perciben débiles para vencer sus deficiencias, con miedo de provocar el enfado de los demás. Su actitud hacia sí mismo es negativa, careciendo de herramientas internas para tolerar situaciones y ansiedades. (Coopersmith 1967).

2.3.3. Autoestima y Vejez

En los adultos mayores, la autoestima es relevante, debido a que el anciano debe valorar sus habilidades y características, las que ha sufrido cambios objetivos en comparación con años atrás. La dificultad principal que se plantea, es que el anciano se encuentra en una situación física, social y culturalmente reducida y limitada, motivo por el cual en algunas ocasiones se pueden percibir rechazados, sintiendo que la sociedad los valora negativamente, debido al mayor aprecio de los valores relacionados con la belleza juvenil por parte de la sociedad, y del menor aprecio a la experiencia y sabiduría, como valores propios de la vejez (García, 2005).

La autoestima está considerada como un campo de intervención para mejorar y aumentar la calidad de vida en la población mayor (Herrera et. al 2004), éste a su vez sostiene que la autoestima es predictora de la calidad de vida en aquellas personas mayores, relacionada a una alta autoestima familiar y social y una baja autoestima intelectual, física y emocional. La autoestima también se ve reforzada por el apoyo social, de manera que mientras más extensa sea la red de apoyo social, mejor autoestima mantiene la persona mayor (Fernández, 2010).

La percepción negativa que desarrolla el adulto mayor se articula con el concepto de

Reig (2004) llamado patrón cerrado a la vida, el cual los hechos, las transiciones y las dificultades son percibidas como amenazas, injusticias y pérdidas irreparables. Por el contrario, en el patrón abierto a la vida como lo denomina el autor, se encuentran los sujetos que tienden a percibir las situaciones, los cambios y los obstáculos de la vida como desafíos a resolver, dando a consecuencia de ello, un nuevo aprendizaje.

Desde una perspectiva positiva, los resultados obtenidos de las investigaciones con adultos mayores confirman la conclusión de que la autoestima de éstos no presenta disminuciones con la edad y que continúa siendo una herramienta personal adaptativa, flexible, dinámica y resistente muy valiosa para una adaptación satisfactoria y con éxito en la vejez (Fragoeiro, et. al 2007).

En la investigación acerca de la autoestima en relación con los adultos mayores que llevó a cabo Zavala (2006), se puede señalar que las mencionadas variables están directamente asociadas al funcionamiento social según los roles dentro de la comunidad.

Continuando con lo investigado, se halló una asociación entre la autoestima y el bienestar subjetivo (De Neve & Cooper, 1998). En este sentido, se evidencia que la autoestima disminuye cuando se atraviesan períodos vitales desafortunados. Del mismo modo, según el estudio transcultural que realizó Diener (1995), la relación entre la autoestima y el bienestar no es universal, sino que se encuentra mediado por la cultura.

CAPITULO III

3. Metodología

3.1. Pregunta de investigación

- ¿Existe relación entre el bienestar psicológico y la autoestima en adultos mayores de 60 años que residen en Zona Sur de Gran Buenos Aires?, en caso afirmativo ¿cómo es esa relación?

3.2. Objetivo General

- Identificar si existe relación entre las dimensiones del bienestar psicológico y la autoestima en adultos mayores de Zona Sur, Gran Buenos Aires.

3.3. Objetivos específicos

- Describir a la muestra general según variables socio-demográficas, niveles de autoestima y puntajes en las dimensiones del bienestar psicológico.
- Analizar si existe relación entre las dimensiones del bienestar psicológico y la autoestima en la muestra de estudio.
- Comparar los niveles de autoestima y puntajes en las dimensiones del bienestar psicológico según variables socio-demográficas (género, actividad placentera, concurrencia a centros de jubilados o clubes de barrio, entre otras).

3.4. Hipótesis

H1: Existe una relación estadísticamente significativa y proporcional entre la autoestima y las cuatro dimensiones del bienestar psicológico (Control de situaciones/Aceptación, Autonomía, Vínculos y Proyectos).

H2: El grupo de adultos mayores que realizan actividades placenteras presentan mayores puntajes en autoestima y en las dimensiones del bienestar psicológico, en comparación con el grupo de los adultos que no las realizan.

3.5. Diseño

Se realizó un estudio de enfoque cuantitativo, de alcance correlacional en secuencia de tiempo transversal dentro de un diseño no experimental (Hernández Sampieri, Fernández Collado & Baptista Lucio, 2010).

La orientación metodológica fue de enfoque cuantitativo, dado que se recogieron datos primarios para probar las hipótesis por medio de la medición numérica y el análisis estadístico. A su vez, fue un estudio de alcance correlacional, puesto que se buscó la relación entre las variables Bienestar Psicológico y Autoestima (Hernández Sampieri et al., 2010).

Además, este estudio fue realizado en corte de tiempo transversal -sincrónico-, porquelo los datos se recolectaron en un único momento de tiempo (Vieytes, 2004). Hernández Sampieri, et al. (2010) agrega que este tiempo también propone analizar la interrelación en un momento dado. En esta tesis se recopilaban casos en el periodo enero - marzo 2020.

Por último, el diseño de la investigación fue no experimental, pues no se manipularon variables y los datos fueron recogidos en su ambiente natural (Vieytes, 2004; Hernández Sampieri et al., 2010).

3.6. Muestreo

Responde a un carácter no probabilístico, de tipo intencional, por decisión razonada: las unidades de la muestra se eligieron en función de algunas de sus características, en el cual el

proceso de elección se realizó aplicando criterios racionales, sin recurrir a la selección causal (Corbetta, 2007).

3.7. Muestra

La muestra estuvo conformada por N= 104 adultos mayores (hombres 42% - mujeres 57%) de entre 60 y 89 años de edad (edad media de 66 con un desvío típico de 6) que al momento de completar la encuesta residían en Zona Sur, Gran Buenos Aires.

3.8. Criterios de Inclusión y Exclusión

De inclusión

- Sujetos con nacionalidad argentina, que residan en Zona Sur del Gran Buenos Aires, que tengan 60 años de edad o más y que tengan un nivel de lectoescritura adecuado para comprender y completar la encuesta.

De exclusión

- Sujetos que no residan en una institución geriátrica u hospital;
- Sujetos con presencia de deterioro cognitivo moderado a grave, o que presenten cuadros psicóticos y/o retraso mental moderado a severo.

3.9. Instrumentos

- *Cuestionario socio-demográfico.*

Se construyó un cuestionario socio-demográfico ad hoc para los fines de esta investigación, que incluyó preguntas cerradas con opción de respuesta única, con los siguientes datos: edad, genero, estado civil, zona de residencia, si tiene o no hijos, si realizan actividad

placentera y si asisten a centros de jubilados.

- *Escala de Bienestar Psicológico. (Casullo, 2002)*

Diseñado para la medición del constructo bienestar psicológico en adultos. Este instrumento de medición fue desarrollado por Casullo en el contexto Iberoamericano, y tiene como antecedente la Escala de Bienestar Psicológico propuesta por Ryff (1995). Este instrumento de medición contempla las siguientes dimensiones: Control de situaciones/Aceptación (Ítems 2, 11, y 13), Autonomía (Ítems 4, 9 y 12), Vínculos (Ítems 5, 7 y 8) y Proyectos (Ítems 1, 3, 6 y 10). Está compuesto de 13 enunciados que califican en un rango de valoración de respuesta tipo Likert que se compone de tres (3) opciones de respuesta: En desacuerdo (1 punto), Ni acuerdo ni en desacuerdo (2 puntos) y De acuerdo (3 puntos), para un puntaje máximo de 39 puntos y un mínimo de 13 puntos. La confiabilidad total (consistencia interna) alcanza un valor de 0,70 (Casullo, 2002). Se proponen cuatro dimensiones:

Dimensiones

- 1- Aceptación/Control de situaciones: Aceptación de sí mismo: Poder aceptar los múltiples aspectos de sí mismo, incluyendo e integrando los buenos y los malos. Tener una sensación de control y autocompetencia. Los ítems que componen esta escala son 2,11 y 13.
- 2- Vínculos psicosociales: Capacidad para establecer buenos vínculos con los demás. Los ítems que componen esta escala son 5, 7 y 8.
- 3- Autonomía: Poder tomar decisiones de modo independiente. Esta escala está compuesta por los ítems 4, 9 y 12.
- 4- Proyectos: Tener metas y proyectos en la vida. Esta escala está compuesta por los ítems

1, 3, 6 y 10.

Una vez administrado el cuestionario se obtiene una puntuación global que resulta de la sumatoria de las puntuaciones asignadas a cada ítem. Esta puntuación final se transforma a un valor de percentiles. Los valores inferiores al percentil 25 determinan un bajo nivel de bienestar psicológico. Las puntuaciones que se ubican cercanas al percentil 50 indican un bienestar promedio. Y los valores superiores al percentil 75 señalan un alto nivel de bienestar señalando que el sujeto se siente muy satisfecho con su vida en términos generales (Casullo, 2002).

- *Escala de autoestima de Rosemberg.*

Se utilizó la escala de Autoestima de Rosenberg o EAR (1973) para medir la variable autoestima. Este instrumento consta de 10 ítems de los cuales cinco están redactados de manera positiva y otros cinco se encuentran redactados de manera negativa. Se trata de un instrumento unidimensional, el cual presenta una escala de tipo Likert que contiene cuatro opciones de respuesta para acordar, estas son: “Muy de acuerdo”; “De acuerdo”; “En desacuerdo” y “Muy en desacuerdo”.

Los ítems direccionados en forma positiva son: 1, 2, 4, 6, y 7 mientras que, los que se encuentran direccionados de manera negativa son: 3, 5, 8, 9 y 10. La forma en que se puntúa esta escala es asignando un puntaje de 4 a 1 para los ítems redactados de manera positiva y otorgando el puntaje inverso a las afirmaciones direccionadas negativamente, es decir de 1 a 4. Posteriormente, se suman todos los ítems. La puntuación total puede oscilar entre 10 y 40. La obtención de 30 a 40 puntos implica una autoestima elevada, considerada como normal. Por otro lado, la obtención entre 26 y 29 puntos significa que la autoestima es media y si bien no presenta problemas

graves, se estima que es conveniente trabajar para mejorarla. Por último, un puntaje de 25 o inferior implica una autoestima baja que representa la existencia de problemas significativos de autoestima (Rojas-Barahona et al., 2009).

3.10. Procedimiento

Se contactó a los adultos mayores que residían en Zona Sur del Gran Buenos Aires, a través de centros de jubilados, en hogares particulares, y de manera virtual; luego, se los invitó a participar de forma voluntaria a completar los cuestionarios. Al comienzo del mismo se incluyó una breve explicación de que las respuestas serían anónimas y los datos obtenidos sólo se utilizarían a los fines de la investigación, de modo que no podrían ser identificadas las personas que respondan los cuestionarios.

Finalmente, los datos obtenidos fueron procesados por el paquete estadístico SPSS versión 24.

CAPITULO IV

4. Resultados

4.1 Caracterización de la muestra

Tabla 1.

Muestra general distribución según edad.

Edad	
Media	66,2596
Desv. Típ.	6,04995
Mínimo	60,00
Máximo	89,00

En lo referido a la variable Edad, presenta los siguientes valores de Tendencia Central: una Media de 66. Una Desviación Típica de 6, una Mínima de 60 y un Máximo de 89.

.

Tabla 2.

Muestra general distribución según nivel educativo.

Nivel Educativo	
Media	3,9038
Desv. Típ.	1,54869
Mínimo	1,00
Máximo	6,00

La Tabla 2 representa la distribución de la muestra en relación con el Nivel Educativo. Se encontró una media de 3, una Desviación Típica de 1, una Mínima de 1 y un Máximo de 6. (1= Primaria Incompleta; 2= Primaria Completa; 3= Secundaria Incompleta; 4=Secundaria

Completa; 5=Universitario Incompleta; 6=Universitario Completo).

Tabla 3.

Muestra general distribución según estado civil.

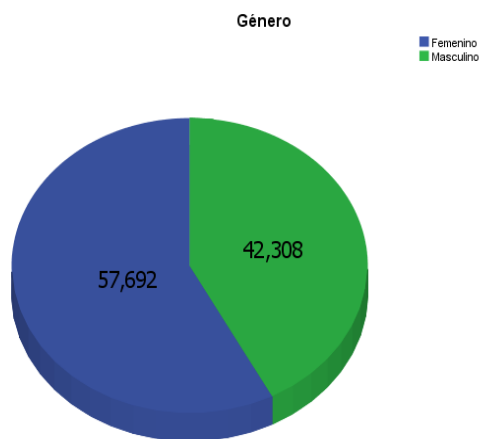
Estado Civil

Media	2,4808
Desv. Tip.	1,09705
Mínimo	1,00
Máximo	5,00

La Tabla 3 representa la muestra general según el Estado Civil. Se observó una Media de 2, una Desviación Típica de 1, un Mínimo de 1 y un Máximo de 5. (1=Soltero; 2=Casado; 3=En pareja; 4=Divorciado; 5=Viudo).

Gráfico 1.

Distribución de la variable género.

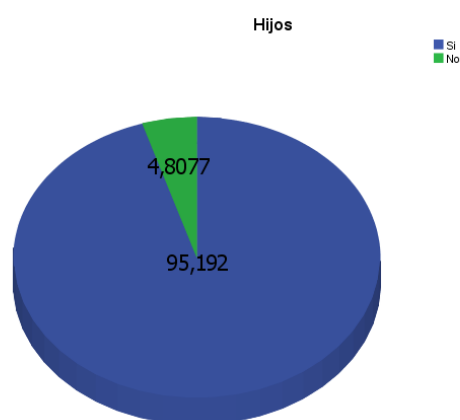


El Grafico 1 representa la distribución de la muestra con respecto al Género. Se encontró que, de los 104 participantes, 44 son sujetos masculinos, lo que equivale al 42%, mientras que 60

participantes son sujetos femeninos, por lo que equivale al 57% de la muestra.

Gráfico 2.

Distribución de la variable hijos.



Se observó en la muestra que 99 participantes tienen hijos, lo que equivale al 95% de la muestra, mientras que 5 participantes no tienen hijos, lo que equivale al 4,8% de la misma.

Gráfico 3.

Distribución de la variable actividades placenteras.



El Gráfico 3 representa la variable Actividades placenteras de la muestra, encontrando que 75 participantes realizan actividades placenteras, equivalentes al 75,9%, mientras que 25 participantes refirieron no realizar actividades placenteras, equivalentes al 24% de la muestra.

Gráfico 4.

Distribución de la variable concurrencia a centros de jubilados o clubes de barrio.



El Gráfico 7 representa la distribución de la variable Concurrencia a Centros de Jubilados o Clubes de barrio, observando que 54 participantes refirieron concurrir a centros de jubilados, lo que equivale al 51% y 50 participantes refirieron no concurrir a centro de jubilados o clubes de barrio, lo que equivale al 48% de la muestra.

4.2. Análisis descriptivo de las variables de estudio

Tabla 4

Descripción de los niveles de Autoestima.

Nivel de autoestima	Frecuencia	Porcentaje
Baja	4	3,8%
Media	16	15,4%
Alta	84	80,8%

En la mayor parte de la muestra, se halló un nivel alto de Autoestima.

Tabla 5

Descripción de las dimensiones de Bienestar Psicológico.

Bienestar Psicológico	Media	Desvío Típico
Proyectos	10,67	1,21
Vínculos	8,03	1,03
Aceptación/Control	7,90	1,17
Autonomía	7,58	1,20

Dentro de las dimensiones de Bienestar Psicológico, en primer lugar, predominó Proyectos y en segundo lugar Vínculos.

4.3 Prueba de normalidad

Tabla 6.*Prueba de normalidad para las variables Autoestima y dimensiones de Bienestar Psicológico.*

Variable	Significación
Autoestima	,021
Aceptación/Control	,000
Vínculos	,000
Autonomía	,000
Proyectos	,000

Nota. Prueba utilizada: Kolmogorov-Smirnov

Se realizó el análisis de normalidad para los constructos Autoestima y las dimensiones de Bienestar Psicológico, utilizando la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Se observó que Autoestima, Aceptación/Control, Vínculos, Autonomía y Proyectos presentaron una significación por debajo de 0,05 por lo que se distribuyen de forma anormal. Se utilizarán pruebas no paramétricas.

4.4 Análisis correlacional

Tabla 7.*Correlación entre Autoestima y dimensiones de Bienestar Psicológico.*

Dimensiones de Bienestar	Autoestima	Significación
Psicológico		
Aceptación/Control	,352	,000
Vínculos	,334	,001
Autonomía	,185	,060

Proyectos	,267	,006
-----------	------	------

Nota. Prueba utilizada: Rho de Spearman

Se observó una relación estadísticamente significativa entre Autoestima y las dimensiones Aceptación/Control, Vínculos y Proyectos de Bienestar Psicológico. No se halló relación entre Autoestima y Autonomía.

4.5 Análisis de diferencias de grupos

4.5.1 Bienestar Psicológico y Autoestima según Género

Tabla 8.

Diferencia entre dimensiones de Bienestar Psicológico, en función al Género.

Dimensiones de Bienestar Psicológico	Género	Rango Promedio	Significación
Aceptación/Control	Femenino	54,26	,462
	Masculino	50,10	
Vínculos	Femenino	56,88	,067
	Masculino	46,52	
Autonomía	Femenino	52,92	,865
	Masculino	51,93	
Proyectos	Femenino	53,59	,655
	Masculino	51,93	

Nota. Prueba utilizada: U de Mann Withthey

No se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en relación con las dimensiones de Bienestar Psicológico y Género.

Tabla 9.

Diferencia entre Autoestima en función del género.

	Género	Rango Promedio	Significación
Autoestima	Femenino	52,97	,853
	Masculino	51,86	

Nota. Prueba utilizada: U de Mann Withhey

No se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre Autoestima y Género ($p > 0,853$).

4.5.2 Bienestar Psicológico y Autoestima según Actividad Placentera

Tabla 10.

Comparación entre dimensiones de Bienestar Psicológico en función de Actividad Placentera.

Dimensiones de Bienestar Psicológico	Actividad Placentera	Rango Promedio	Significación
Aceptación/Control	Si	56,40	,013
	No	40,18	
Vínculos	Si	53,15	,681
	No	50,46	

Autonomía	Si	52,80	,853
	No	51,56	
Proyectos	Si	53,77	,428
	No	48,48	

Prueba utilizada: U de Mann Withhey

En cuanto a la tabla 10 se observó una diferencia significativa en Aceptación/Control, dado que los participantes que realizaban una Actividad Placentera presentaban mayor puntaje en mencionada dimensión a diferencia de aquellos que no la realizaban.

Tabla 11.

Diferencia entre Autoestima en función de Actividad Placentera.

	Actividad	Rango	Significación
	Placentera	Promedio	
Autoestima	Si	55,74	,050
	No	42,26	

Nota. Prueba Utilizada: U de Mann Withhey

Se halló una diferencia significativa en la variable Autoestima, pues los participantes que realizaban una actividad placentera presentaban mayor puntaje de autoestima a diferencia de los que no la realizaban.

4.5.3 Bienestar Psicológico y Autoestima según Concurrencia a Centros de Jubilados o Clubes de Barrio.

Tabla 12.

Diferencia entre dimensiones de Bienestar Psicológico en función de Concurrencia a Centros de Jubilados.

Dimensiones de Bienestar Psicológico	Concurrencia a Centros de Jubilados	Rango Promedio	Significación
Aceptación/Control	Si	56,06	,811
	No	48,65	
Vínculos	Si	56,60	,838
	No	48,07	
Autonomía	Si	49,30	,689
	No	55,96	
Proyectos	Si	58,81	,136
	No	45,68	

Nota. Prueba utilizada: U de Mann Withhey

No se halló una diferencia significativa ente dimensiones de Bienestar Psicológico y la variable sociodemográfica Concurrencia a Centros de Jubilados o Clubes de Barrio.

Tabla 13.

Diferencia entre Autoestima en función de Concurrencia a Centros de Jubilados.

	Concurrencia a Centros de Jubilados	Rango Promedio	Significación
Autoestima	Si	53,54	,714
	No		

No

51,38

Nota. Prueba Utilizada: U de Mann Withhey

No se halló una diferencia significativa entre Autoestima y la variable sociodemográfica Concurrencia a Centro de Jubilado o Clubes de Barrio ($p > 0,714$).

4.5.4 Bienestar Psicológico y Autoestima según Nivel Educativo

Tabla 14.

Diferencia entre dimensiones de Bienestar Psicológico en función del Nivel Educativo.

Variable	PI	PC	SI	SC	UI	Uc	Sig.
	Rango	Rango	Rango	Rango	Rango	Rango	
	Promedio	Promedi o	Promedi o	Promedio	Promedi o	Promedio	
Aceptación	57,28	38,25	55,00	49,44	70,64	52,04	,145
Vínculos	55,94	40,42	49,41	53,29	65,23	52,39	,452
Autonomía	52,56	55,58	45,22	55,45	64,64	45,89	,459
Proyectos	52,94	42,96	51,81	55,52	48,50	55,37	,837

Nota. Prueba utilizada: Kruskal-Wallis

PI: Primaria Completa

PC: Primaria Incompleta

SI: Secundaria Completa

SC: Secundaria Incompleta

UI: Universitario Incompleto

UC: Universitario Completo

En cuanto a la variable de agrupación Nivel Educativo, los resultados no arrojaron diferencia de grupos con las dimensiones de Bienestar Psicológico.

Tabla 15.*Diferencia entre autoestima en función del Nivel Educativo.*

	PI	Pc	SI	SC	UI	UC	Sig.
	Rango	Rango	Rango	Rango	Rango	Rango	
	Promedio	Promedio	Promedio	Promedio	Promedio	Promedio	
Autoestima	48,89	36,79	51,59	53,21	72,00	52,39	0,51

Nota. Prueba Utilizada: Kruskal-Wallis

PI: Primaria Completa

PC: Primaria Incompleta

SI: Secundaria Completa

SC: Secundaria Incompleta

UI: Universitario Incompleto

UC: Universitario Completo

En cuanto a la variable de agrupación Nivel Educativo, los resultados no arrojaron diferencia de grupos con Autoestima ($p > 0,51$).

4.5.5 Bienestar Psicológico y Autoestima según Estado Civil

Tabla 16.*Diferencia entre dimensiones de Bienestar Psicológico en función al Estado Civil.*

	Soltero	Casado	En pareja	Divorciado	Viudo	Significación
	Rango	Rango	Rango	Rango	Rango	
	Promedio	Promedio	Promedio	Promedio	Promedio	
Aceptación	69,23	53,08	43,07	53,71	31,13	,075
/Control						
Vínculos	55,96	55,69	41,40	53,08	44,50	,432

Autonomía	51,42	56,58	47,07	49,63	40,19	,526
Proyectos	52,38	52,71	49,20	61,96	43,25	,686

Nota. Prueba utilizada: Kruskal-Wallis

En cuanto a la variable de agrupación Estado Civil, los resultados no arrojaron diferencia de grupos con las dimensiones de Bienestar Psicológico.

Tabla 17.

Comparación entre Autoestima en función al Estado Civil.

	Soltero	Casado	En pareja	Divorciado	Viudo	Significación
	Rango	Rango	Rango	Rango	Rango	
	Promedio	Promedio	Promedio	Promedio	Promedio	
Autoestima	47,31	55,08	52,97	50,50	45,00	,851

No se encuentra comparación significativa entre la variable Autoestima en función con la variable sociodemográfica Estado Civil.

CAPITULO V

Conclusión y Discusión

Se pretende realizar una síntesis de los resultados obtenidos haciendo referencia a las hipótesis formuladas en el Capítulo III. Para ello, se relacionarán las hipótesis con los resultados, además de realizarse los comentarios correspondientes en función de la literatura revisada.

El objetivo principal de este estudio fue identificar si existía relación entre el bienestar psicológico y la autoestima en adultos mayores de Zona Sur, Gran Buenos Aires, por lo que se planteó como objetivos específicos describir la muestra según variables socio-demográficas, niveles de autoestima y puntajes en las dimensiones del bienestar psicológico y analizar si existían relaciones entre las dimensiones del bienestar psicológico y la autoestima; además, se compararon las variables de estudio (autoestima y dimensiones del bienestar psicológico) según variables socio-demográficas (género, actividad placentera, concurrencia a centros de jubilados o clubes de barrio, entre otras).

En consecuencia, la presente investigación planteó como primera hipótesis (H1) que existía una relación estadísticamente significativa y proporcional entre la autoestima y las cuatro dimensiones del bienestar psicológico (Control de situaciones/Aceptación, Autonomía, Vínculos y Proyectos); y como segunda hipótesis (H2), que el grupo de adultos mayores que realizaban actividades placenteras presentaban mayores puntajes en autoestima y en las dimensiones del bienestar psicológico, en comparación con el grupo de los adultos que no las realizaban.

A partir de los resultados obtenidos, se evidenció que existe una relación estadísticamente significativa y proporcional entre las variables Bienestar Psicológico y

Autoestima. A su vez, las dimensiones del bienestar psicológico Aceptación/Control, Vínculos y Proyectos también se relacionaron significativamente con la variable Autoestima; mientras que la dimensión Autonomía no presentó relación con la variable Autoestima. En consecuencia, la primera hipótesis de este estudio fue parcialmente confirmada, ya que se ha podido encontrar una correlación estadísticamente significativa en casi todas las dimensiones del Bienestar Psicológico y la Autoestima.

En relación a las variables sociodemográficas, se compararon las variables de estudio, es decir, el Bienestar psicológico junto a sus dimensiones y el Autoestima y sólo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la realización de Actividades Placenteras, pues los participantes que realizaban mencionadas actividades presentaban un mayor puntaje en la dimensión Aceptación/Control, así como también un mayor nivel de Autoestima. En cuanto a las demás variables sociodemográficas, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los participantes.

Estos hallazgos se relacionarían con lo planteado en diversas investigaciones que evidenciaron que el bienestar subjetivo, entendido como medida global, no se modificaría con la edad, aunque pueden presentarse cambios irrelevantes en algunas dimensiones (Triado, Osuna, Resano & Villar2003).

De acuerdo con lo expresado anteriormente en el marco teórico, se comprende al bienestar psicológico como una dimensión principalmente valorativa que tiene que ver con el resultado logrado con una particular manera de vivir (Casullo & Castro Solano,2013).

A su vez, Nogueira (2015) sostiene que el bienestar psicológico refiere a una vida llena de sentido, de actividad constructiva y crecimiento personal, por lo que ésta definición se puede

relacionar con los resultados obtenidos en la dimensión de bienestar psicológico aceptación/control, con la variable sociodemográfica actividad placentera.

En cuanto al constructo Autoestima, se ha encontrado relación con lo que planteó Fragoreiro (2007) confirmando la conclusión de que la autoestima de los adultos mayores no presenta disminuciones con la edad y que continúa siendo una herramienta personal adaptativa, flexible, dinámica, resistente y muy valiosa para una adaptación satisfactoria y con éxito en la vejez.

En este sentido, la presente investigación mantiene una relación con lo investigado por Zavala (2006), la cual señala que la autoestima está directamente asociada al funcionamiento social según los roles de los adultos mayores dentro de la comunidad en la que viven.

En cuanto a los adultos mayores, éstos se adaptan a todos los nuevos cambios, repensando sus intereses, metas y desafíos, y adaptándolas a sus nuevas capacidades sociales, psicológicas y físicas; es por esta razón que muchos de ellos informaron altos niveles de bienestar, ya que sus metas no son las mismas de hace 10 años, lo que reduce la frustración al fracaso, cuando no pueden llegar a concretar sus ideales propuestos a esta edad (Zamarrón, 2006).

Siguiendo con lo mencionado, Iacub (2011), sostiene una perspectiva de la vejez asociada a una serie de actividades pedagógicas y socio recreativas determinadas para la tercera edad. Así, como sostiene el autor, surge una corriente dirigida a modificar la idea del retiro y que apunta a una tercera etapa para comenzar actividades específicas: los centros de jubilados y centros para la tercera edad. Emerge así un nuevo actor social con un rol más activo y especificado por su condición etaria, donde en principio, no es necesaria la internación.

Por lo tanto, los resultados de este estudio se pueden asociar con lo expresado por Rodríguez (2009), quien considera que el adulto mayor mantiene el interés en realizar actividades recreativas y lúdicas que permitan mantener su autoestima. Esto traería como consecuencia sentimientos de satisfacción para él mismo por su contribución a la sociedad.

Del mismo modo, los resultados también se relacionan con lo que sostienen Calero Díaz et al. (2016), quienes investigaron la influencia de las actividades físico-recreativas en la autoestima del adulto mayor y concluyeron que las actividades físico-recreativas son determinantes para el mantenimiento de la salud física y mental como un medio para la obtención de una mejor calidad de vida en el adulto mayor, incrementando la autoestima.

Es relevante aclarar que, según el estudio transcultural que realizó Diener (1995), la relación entre la autoestima y el bienestar no es universal, sino que se encuentra mediada por la cultura.

En lo referente a las limitaciones de esta investigación, se puede citar el hecho de que se trata de una muestra no probabilística, de carácter intencional, por lo que incluye una población no representativa y con un sesgo regional, ya que los participantes residían en Zona Sur, Provincia de Buenos Aires. Por esta razón, sería oportuno que futuras investigaciones amplíen tanto la cantidad de la muestra como las zonas geográficas en que se lleve a cabo el estudio, para obtener un mayor conocimiento sobre la temática abordada.

Otra limitación fue el modo en que se realizó la administración de los cuestionarios, pues una parte fue de forma virtual. Si bien esta forma de recolección de

datos permitió una mayor expansión y alcance en la toma, perdió cierto nivel de control en cuanto al grado de compromiso de los participantes en el completamiento de las medidas de evaluación. A la vez, se sugiere realizar un estudio cualitativo que permita contrastar los resultados hallados en la presente investigación, considerando las variables socioculturales.

Finalmente, se considera necesario desarrollar nuevas líneas de investigación a fines de comprender de manera integral y longitudinal el proceso de la vejez en relación a las transformaciones y cambios psicológicos, indagando otros posibles factores que pudieran estar influyendo en el bienestar psicológico y la autoestima de los adultos mayores, como, por ejemplo, indagar las variables psicológicas aquí estudiadas en personas mayores que se encuentren en residencias geriátricas y en hogares particulares.

Bibliografía

- Abud, C., & Bojórquez, I. (1997). Efectos psicológicos: ansiedad, depresión, autoestima y relación de pareja de la mastectomía en la mujer yucateca de Centro Anticanceroso y el Instituto Mexicano del seguro social (Doctoral dissertation, Tesis de licenciatura en Psicología. Mérida, Yuc.: Universidad del Mayab).
- Albretch, R., & Morales, J. J. (1999). ¿Por qué envejecemos de manera diversa? R. Rodríguez y otros (1999), *Geriatría*, 29-31.
- Alvarado García, A.M., y Salazar Maya, A.M. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57-62.
- Arias, C. J. (2015). Red de apoyo social y bienestar psicológico en personas de edad (Doctoral dissertation).
- Arroyo Zavaleta, B. L. (2018). Autoestima y satisfacción con la vida de los integrantes del centro del adulto mayor del Hospital Regional Docente de Trujillo.
- Birren J, Schroots J. (1996) History, concepts, and theory in the psychology of ageing. *Handbook of the psychology of aging. 4.a ed. San Diego: Academic Press.*
- Calero Morales, S., Klever Díaz, T., Caiza Cumbajin, M. R., Rodríguez Torres, Á. F., Analuiza, A., & Fabián, E. (2016). Influencia de las actividades físico-recreativas en la autoestima del adulto mayor. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 35(4), 366-374.
- Castro Solano, A. (2010). El estudio del bienestar psicológico. En. A. Castro Solano, (Comp.), *Fundamentos de psicología positiva*. Buenos Aires: Paidós.
- Casullo, M. M. (2002). Evaluación del bienestar psicológico. En M. M. Casullo, (Comp.), *Evaluación del bienestar psicológico en Iberoamérica* (pp. 11-29). Buenos Aires: Paidós.

- Casullo, M., & Solano, A. C. (2013). Evaluación del bienestar psicológico en estudiantes adolescentes argentinos. *Revista de Psicología*, 18(1), 35-68.
- CEPAL (2009). El envejecimiento y las personas de edad. Recuperado el 29 de junio de 2020, de <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/1350>
- Corbetta, P. (2007). Metodología y técnicas de investigación social. McGraw-Hill/Interamericana de España, SAU.
- Coopersmith, S. (1967). The antecedents of self-esteem. San Francisco: Freeman and Company.
- Cuadra, H., & Florenzano, R. (2003). El bienestar subjetivo: hacia una psicología positiva. *Revista de Psicología*, 12(1), pág-83.
- DeNeve, K. M. y Cooper, H. (1998). The happy personality: A meta-analysis of 137 personality traits and subjective wellbeing. *Psychological Bulletin*, 124, 197-229.
- Diener, E. (1995). Factors predicting the subjective well-being of nations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 851-864.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological bulletin*, 125(2), 276.
- Elliott, G. C. (2001). The Self as Social Product and Social Force. In T. Owens, S. Stryker, & N. Goodman (Eds.), *Extending Self-Esteem Theory and Research* (pp. 10–28). Cambridge: Cambridge University Press.
- Erickson, E. (2000). *El ciclo vital completado*. Barcelona: Paidós.
- Fragoeiro, I., Pestana, M. H. y Paul, C. (2007). Mental health of the older people from the self-governing Region of Madeira: Pilot study. *Gerokomos*, 18(4), 23-27.
- Fernández-Ballesteros, R. (1999). Psychological assessment: Future challenges and progresses. *European psychologist*, 4(4), 248.

- Fernández Ballesteros, R.; Izal, M.; Montorio, I.; González, J. L. & Diaz Veiga, P. (1992).
Evaluación e intervención psicológica en la vejez. Barcelona: Martinez Roca.
- Fernández-Ballesteros, R. (2002). Envejecimiento satisfactorio. En: Zarco, D. & Martínez, J. (Ed.) Corazón, cerebro y envejecimiento. (pp. 35-53), España: Tricastela.
- Fernández B., R. (2000). Gerontología Social. Madrid: Pirámide.
- Fernández, R. (2010). Prevención de la violencia hacia los mayores. Tres medidas preventivas: concienciación social, formación de los profesionales y apoyo a la familia. *Universidad Ponticia Comillas*. Madrid pp. 241-268
- Fernández-Ballesteros, R. (2004). Psicología de la vejez. Comportamiento y adaptación. En Gerontología social. Psicología Pirámide
- Fernández-Ballesteros R, Díez-Nicolás J, Caprara GV, Barbaranelli C, Bandura A.
Determinants and structural relation of perceived personal efficacy to perceived collective efficacy. *Appl Psychol* 2002; 51(1):107-125.
- García, A. J., Marín, M., & Bohórquez, M. R. (2012). Autoestima como variable psicosocial predictora de la actividad física en personas mayores. *Revista de Psicología del Deporte*, 21(1), 195-200.
- García, M. & Salazar, A. (2014). “Análisis del concepto de envejecimiento”.
Gerokomos, 57-62.
- García Nuñuvero, M. G. (2018). Autoestima y satisfacción con la vida del Adulto mayor. Distrito Huamachuco.
- García, S. T. (2005). Agenciamiento individual y condiciones de vida. *Universitas Psychologica*, 4(2), 221-229.
- García-Valdecasas, J. I. (2019). El envejecimiento de la población: un fenómeno que está

- cambiando radicalmente la sociedad. *Razón y fe*, 279 (1437), 21-33. Recuperado de <https://revistas.comillas.edu/index.php/razonyfe/article/view/10754/10141>
- Gil Lacruz & Frej Gómez (1993). Intervención comunitaria: A propósito del programa aragonés de rentas mínimas. *Psicología Comunitaria* (p. 39-61).
- Góngora, V. C., & Casullo, M. M. (2009). Factores protectores de la salud mental: Un estudio comparativo sobre valores, autoestima e inteligencia emocional en población clínica y población general. *Interdisciplinaria*, 26(2), 183-205.
- Góngora, V. C., & Casullo, M. M. (2009). Factores protectores de la salud mental: Un la interdisciplinarietà. *Sapiens. Revista Universitaria de Investigación*, 9(1), 93-107.
- Nogueira, J. (2015). Espiritualidad y su relación con el bienestar subjetivo y psicológico. *Psicosocial*, 1(2).
- Griffa, M.C.& Moreno, J.C. (2015). Senectud. En: Claves para una Psicología del desarrollo, Tomo II (p. 211-247). *Buenos Aires: Lugar Editorial*.
- Hernández, J. M. H., Expósito, C. B., Median, C. M., Hernández, R. M. H., Matos, I. R., & Expósito, N. M. (2004). La autoestima como predictor de la calidad de vida en los mayores. In ¿ Es posible otro mundo?: V Congreso de Escuelas de Trabajo Social (pp. 523-533). Universidad de Huelva.
- Hermida, P. D., Tartaglino, M. F., Feldberg, C., & Stefani, D. (2017). Jubilación, trastornos psicofisiológicos y bienestar psicológico en una muestra de adultos mayores argentinos. *Ciencias Psicológicas*, 11(2), 213-221.
- Hewit, J. P. (2002). The social construction of self-esteem. In S. J. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* pp. 135-147.
- Imbarg, T. (2013). Abraham H. Maslow The Farther Reaches Of Human Nature - *Penguin*

(*non-classics*) (1993).

Iacub, R. (2011). Identidad y envejecimiento. Buenos Aires: Paidós.

James, W. (1890). Principios de Psicología, Edición en español . Madrid: Daniel Jorro.

Langarica, R. (1985). Gerontología y geriatría. *México: Ed. Nueva Interamericana*,

Lehr, U. y Thomae, H. (2003). Psicología de la senectud. Proceso y aprendizaje del envejecimiento. *Barcelona, España: Herder*.

Little, B. (2008). Personal projects and free traits: Personality and motivation reconsidered. *Social and Personality Psychology Compass*, 2(3), 1235-1254.

Lozano-Poveda, D. (2011). “Concepción de vejez: entre la biología y la cultura”. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo, 13 (2), 89-100.

Lucas, R.E., Diener, E., & Suh, E.M. (1996). Discriminant validity of well-being measures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 616-628.

McKay, M., y Fanning, P. (1999). Autoestima. Evaluación y Mejora. Madrid, España: Ediciones Martínez Roca.

Mesa-Fernández, M., Pérez-Padilla, J., Nunes, C., & Menéndez, S. (2019). Bienestar psicológico en las personas mayores no dependientes y su relación con la autoestima y la autoeficacia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24, 115-124.

Monbourquette, J. (2003). Autoestima y cuidado del alma. Editorial Bonum.

Moreno, G. A. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud

Ochoa-Vázquez, J., Cruz-Ortiz, M., Pérez-Rodríguez, M.C. & Cuevas-Guerrero, C.E. (2018). El envejecimiento: Una mirada a la transición demográfica y sus implicaciones para el cuidado de la salud. *Revista de enfermería del Instituto Mexicano de Seguro Social*. (4)

273-280.

Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento activo: un marco político. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2002;37(S2): 74-105.

Organización Mundial de la Salud, División de promoción y protección de la salud. (1998).

Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes.

Washington, D.C: Autor.

OMS (2002). Envejecimiento activo: un marco político. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 37(S2), 74-105.

Oramas Viera, S. S. (2013). El bienestar psicológico, un indicador positivo de la salud mental.

Ortiz, J. & Castro Salas, M. (2009). “Bienestar psicológico de los adultos mayores, su relación con la autoestima y la autoeficacia”. *Ciencia y enfermería*, XV (1): 25-31.

Parales, C. J. & Ruiz, E. D. (2002). La construcción social del envejecimiento y de la vejez: un análisis discursivo en prensa escrita. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 34(1-2), 107-121.

Pech, H. G. C., & Rena, E. K. C. (2004). Depresión, autoestima y ansiedad en la tercera edad: un estudio comparativo. *Enseñanza e investigación en psicología*, 9(2), 257-270.

Pérez, R. y Smith, V. (2008). Comunicación Intergeneracional: El Cuestionario de Percepción de la Comunicación Intergeneracional (CPCI) en el Contexto Costarricense. *Interamerican Journal of Psychology*, 42(3), 589-603.

Poseck, B. V. (2006). Psicología positiva: una nueva forma de entender la psicología. *Papeles del psicólogo*, 27(1), 3-8.

Reig, A. (2004). Psicología de la vejez. Comportamiento y adaptación. En R. Fernández-Ballesteros. *Gerontología Social. Madrid: Pirámide Psicología* pp. 167-200.

- Reyes Torres, I., & Castillo Herrera, J. A. (2011). El envejecimiento humano activo y saludable, un reto para el anciano, la familia, la sociedad. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 30(3), 454-459.
- Rice, P. (1997). *Desarrollo Humano. Estudio del Ciclo Vital*. México: Prentice-Hall.
- Rodríguez Martín, M. (2009). La soledad en el anciano. *Gerokomos*, 20(4), 159-166.
- Rogers, C. (1972). *Psicoterapia centrada en el cliente*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Rojas-Barahona, C. A., Zegers, B., & Förster, C. E. (2009). La escala de autoestima de Rosenberg: Validación para Chile en una muestra de jóvenes adultos, adultos y adultos mayores. *Revista médica de Chile*, 137(6), 791-800.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Self-Image*. Princeton: Princeton University Press.
- Rosenberg, M. (1973). *La autoimagen del adolescente y la sociedad*. Buenos Aires: Paidós.
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the self*. Nueva York: Basic Books.
- Rowe J. (1987) Human aging: Usual and successful. *Science*; 273: 143-9.
- Ruiz-Domínguez, L. C., & Blanco-González, L. (2019). Bienestar psicológico y medios de intervención cognitiva en el adulto mayor.
- Ryan, R., & Deci, E. L. (2000). La Teoría de la Autodeterminación y la Facilitación de la Motivación Intrínseca, el Desarrollo Social, y el Bienestar. *American Psychologist*, 55(1), 68-78.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.
- Salvarezza, L. (1996). *Psicogeriatría. Teoría y Clínica*. Buenos Aires: Paidós.
- Sampieri, H., & Collado, R. F. C. and Baptista Lucio, M. del P. (2010). *Metodología de la*

investigación.

- Satorres Pons, E. (2013). Bienestar psicológico en la vejez y su relación con la capacidad funcional y la satisfacción vital.
- Scolni, M., & Goris Walker, G. (2011). El bienestar psicológico en adultos mayores y jóvenes, su relación con los vínculos. *In III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII*. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.
- Seligman, M. (2000). Psicología positiva. Psicología-positiva. com. Disponible em: [http://www.psicologia-positiva. com/Acesso em, 2\(04\), 2005](http://www.psicologia-positiva.com/Acesso%20em%202004%202005).
- Simkin, H., & Voloschin, C. (2018). Problemáticas psicosociales y autoestima en la infancia, adolescencia y juventud. Aportes teóricos y metodológicos para su indagación empírica. En H. Lewin, N. Dallorso, & M. Di Virgilio (Eds.), *Recorridos en Investigación*. Programa de reconocimiento institucional de Investigaciones. Convocatoria 2013-2015. (pp. 243–249). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.
- Sluzki, C. (1996). *La red social: Frontera de la práctica sistémica*. Barcelona: Gedisa.
- Tajfel, H.y Turner, J. C. (1986). An integrative theory of intergroup relations. En S. Worchel y W. G. Austin (Eds.), *Psychology of intergroup relations* (pp. 7-24). Chicago: Nelson-Hall.
- Triadó, C., Osuna, M. J., Resano, C. S., & Villar, F. (2003). Bienestar, adaptación y envejecimiento: cuando la estabilidad significa cambio. *Revista multidisciplinar de gerontología*, 13(3), 152-162.
- Válek, M. (2007). Autoestima y motivaciones sociales en estudiantes de educación superior. *Maracaibo: Universidad Rafael Urdaneta*.
- Vieytes, R. (2004). La recolección de los datos en la investigación cualitativa. Metodología de

- la investigación en organizaciones, mercado y sociedad: Epistemología y técnicas, 655-667.
- Visvero, C. (2018). La participación de las personas mayores en los Centros de Jubilados y Pensionados de Rosario: hacia un envejecimiento activo (*Bachelor's thesis, Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales*).
- Walker, L. (2005) Strategies for theory construction in nursing. 4.^a ed. Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall.
- Wood, A. M., Joseph, S., & Maltby, J. (2009). Gratitude predicts psychological well-being above the Big Five facets. *Personality and Individual differences*, 46(4), 443-447.
- Yates, F. E. (1996). Theory of aging: biological. En J. Birren (Eds.). *Encyclopaedia of Gerontology Age, Aging and the Aged*. San Diego, Ca: Academic Press.
- Zamarrón C, María D. (2006) El Bienestar Subjetivo en la Vejez. *Madrid, Portal Mayores, Informes Portal Mayores* N° 52. Lecciones de Gerontología.
- Zavala M, Vidal D, Castro M, Quiroga P., Klassen G. (2006) Funcionamiento Social del Adulto Mayor. *Cienc y Enferm.*; 12(2): 53-62.

Anexos

Consentimiento informado

Por favor, lea con atención lo que encontrará a continuación. Su firma es un requerimiento necesario para el estudio.

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

Firma: _____

Descripción

Este estudio consta de dos cuestionarios en los cuales se evalúan distintas medidas psicológicas. Para ello, le pediremos que escuche la explicación del investigador y luego dedique 10 minutos a completar los mismos. Actualmente no estamos interesados en estudiar a ninguna persona de manera individual o particular, sino grupos de personas en conjunto, y no se darán devoluciones al respecto del desempeño.

En ninguna de las pruebas que estudiamos existen respuestas correctas o incorrectas. Sólo nos interesan sus respuestas tal como son. Con su colaboración, usted estará ayudando a obtener el título de grado de la carrera de Psicología en la Universidad Abierta Interamericana.

Datos sociodemográficos

Edad:

Genero:

Lugar de residencia: (MARQUE CON UNA CRUZ LA OPCION CORRECTA)

- Zona sur de GBA
- Otro

Nivel educativo:

- Primaria incompleta
- Primaria completa

- Secundaria incompleta
- Secundaria completa
- Universitario incompleto
- Universitario completo

Hijos:

- Si
- No

Estado civil:

- Soltero
- Casada/o
- En pareja
- Divorciada/o
- Viudo

¿Realiza con frecuencia alguna actividad que le parezca placentera?

- Si
- No

¿Participa en algún centro de jubilados o club de barrio?

- Si
- No

Escala de autoestima de Rosenberg

Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada.

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Muy en desacuerdo

	A	B	C	D
1- Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2- Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.				
3- En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.				
4- Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
5- Siento que no tengo muchos motivos para sentirme orgulloso/a de mí..				
6- Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a				

7- En general, estoy satisfecho conmigo mismo/a.				
8- Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo.				
9- Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.				
10- A veces creo que no soy buena persona.				

Escala BIEPS-A (Adultos)

Le pedimos que lea con atención las siguientes frases. Marque su respuesta en cada una de ellas sobre la base de lo que pensó y sintió durante el último mes. Las alternativas de respuesta son: Estoy de acuerdo; Ni de acuerdo ni en desacuerdo; Estoy en desacuerdo. No hay respuestas buenas o malas: todas sirven. No deje frases sin responder. Marque su respuesta con una cruz en uno de los tres espacios.

	Estoy de acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Estoy en desacuerdo
1- Creo que sé lo que quiero hacer con mi vida.			

2- Si algo me sale mal puedo aceptarlo, admitirlo.			
3- Me importa pensar qué haré en el futuro.			
4- Puedo decir lo que pienso sin mayores problemas.			
5- Generalmente le caigo bien a la gente			
6- Siento que podré lograr las metas que me proponga			
7- Cuento con personas que me ayudan si lo necesito			
8- Creo que en general me llevo bien con la gente.			
9- En general hago lo que quiero, soy poco influenciado			
10- Soy una persona capaz de pensar en un proyecto para mi vida			
11- Puedo aceptar mis equivocaciones y tratar de mejorar			
12- Puedo tomar decisiones sin dudar mucho.			
13- Encaro sin mayores problemas mis obligaciones diarias			

¡Muchas gracias por su colaboración!