



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

AUTOEFICACIA Y BIENESTAR PSICOLÓGICO EN LOS ADULTOS

MAYORES DEL PROGRAMA PENSIÓN 65 DEL DISTRITO DE CARAZ-

ANCASH EN EL AÑO 2022

TESIS

Para optar el título profesional de Médica Cirujana

AUTORA

León Olivera, Marilia Mereliz (0000-0002-4288-9325)

ASESORA

Torres Malca, Jenny Raquel (0000-0002-7199-8475)

LIMA, PERÚ

2024

Metadatos Complementarios

Datos de autora

AUTORA: León Olivera, Marilia Mereliz

Tipo de documento de identidad de la AUTORA: DNI

Número de documento de identidad de la AUTORA: 72478072

Datos de asesora

ASESORA: Torres Malca, Jenny Raquel

Tipo de documento de identidad del ASESORA: DNI

Número de documento de identidad del ASESORA: 40602320

Datos del jurado

PRESIDENTA: Indacochea Cáceda Sonia Lucía

DNI: 23965331

ORCID: 0000-0002-9802-6297

MIEMBRO: Correa López Lucy Elena

DNI: 42093082

ORCID: 0000-0001-7892-4391

MIEMBRO: Quiñones Laveriano Dante Manuel

DNI: 46174499

ORCID: 0000-0002-1129-1427

Datos de la investigación

Campo del conocimiento OCDE: 3.00.00

Código del Programa: 912016

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Yo, Marilia Mereliz León Olivera, con código de estudiante N° 201512141, con DNI N° 72478072, con domicilio en Los Geranios 476 Dpto. 202 Urb San Eugenio, Distrito Lince, Provincia y Departamento de Lima, en mi condición de bachiller en Medicina Humana, de la Facultad de Medicina Humana, declaro bajo juramento que:

La presente tesis titulada; “AUTOEFICACIA Y BIENESTAR PSICOLÓGICO EN LOS ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA PENSIÓN 65 DEL DISTRITO DE CARAZ – ANCASH EN EL AÑO 2022”, es de mi única autoría, bajo el asesoramiento de la docente Jenny Raquel Torres Malca, y no existe plagio y/o copia de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación presentado por cualquier persona natural o jurídica ante cualquier institución académica o de investigación, universidad, etc; la cual ha sido sometida al antiplagio Turnitin y tiene el 5% de similitud final.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en la tesis, el contenido de estas corresponde a las opiniones de ellos, y por las cuales no asumo responsabilidad, ya sean de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o de internet.

Asimismo, ratifico plenamente que el contenido íntegro de la tesis es de mi conocimiento y autoría. Por tal motivo, asumo toda la responsabilidad de cualquier error u omisión en la tesis y soy consciente de las connotaciones éticas y legales involucradas.

En caso de falsa declaración, me someto a lo dispuesto en las normas de la Universidad Ricardo Palma y a los dispositivos legales nacionales vigentes.

Surco, 20 de Marzo de 2024.



Marilia Mereliz León Olivera

DNI N°72478072

INFORME DE SIMILITUD DEL PROGRAMA ANTIPLAGIO TURNITIN

AUTOEFICACIA Y BIENESTAR PSICOLÓGICO EN LOS ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA PENSIÓN 65 DEL DISTRITO DE CARAZ- ANCASH EN EL AÑO 2022

INFORME DE ORIGINALIDAD

5%

INDICE DE SIMILITUD

5%

FUENTES DE INTERNET

2%

PUBLICACIONES

5%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

www.urp.edu.pe

Fuente de Internet

2%

2

repositorio.urp.edu.pe

Fuente de Internet

2%

3

www.researchgate.net

Fuente de Internet

1%

4

hdl.handle.net

Fuente de Internet

1%

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias < 1%

Excluir bibliografía

Activo

DEDICATORIA

*A Dios por haberme dado la vida,
salud y sabiduría para poder
alcanzar mis metas.*

*A mis padres Donato León y
Asorelia López y hermano Joshimar
León por su apoyo inagotable
durante mi etapa estudiantil, en
especial durante mi formación como
médica cirujana*

*A mi prima Blanca Caballero por
brindarme su tiempo, cariño y
apoyarme incondicionalmente
durante la etapa Universitaria.*

*A mis amigos Yensi, Sheyla, Jeison,
Hebert, Jesús, Scarlett, Katherine y
Rosita, quienes me brindaron una
palabra de aliento y motivaron a ser
mejor cada día. Asimismo, por
acompañarme en cada paso de mi
camino académico.*

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por acompañarme durante toda la carrera, por fortalecerme todos los días y por permitirme creer en él.

A mis padres Donato y Asorelia y a mi hermano Joshimar por ser mi fuente de inspiración, motivación y confianza. Gracias por enseñarme el valor de la educación y brindarme todo su apoyo incondicional y que son el cimiento principal para la realización de mi vida profesional.

A los docentes de la Universidad Ricardo Palma de quienes he adquirido conocimientos y consejos sabios para enfrentar los desafíos del ejercicio de la profesión.

A mi asesora Jenny Torres Malca por haberme guiado en este Trabajo de Investigación, quien en base a su experiencia y sabiduría ha sabido direccionar mis conocimientos.

Al jefe de la Unidad Territorial del Programa Pensión 65 de Ancash por facilitarme con el padrón de beneficiarios, asimismo a los Adultos Mayores del Distrito de Caraz pertenecientes a dicho programa por su participación desinteresada y por permitirme conocer aspectos de sus vidas que formaron la base de mi investigación.

RESUMEN

Introducción: La población adulta mayor está creciendo exponencialmente y por ello requiere una evaluación y cuidado integral que tenga en cuenta su entorno físico y social, enfatizando a la vez en sus afectaciones biológicas como en su salud psíquica, ya que el declive de esta va tener repercusiones negativas en su satisfacción y calidad de vida.

Objetivo: Determinar la asociación entre autoeficacia y bienestar psicológico en los adultos mayores del programa pensión 65 del Distrito de Caraz-Ancash en el año 2022.

Métodos: Estudio de tipo cuantitativo, observacional, analítico y transversal. Se usó una ficha de recolección de datos sociodemográficos y 02 escalas psicométricas la Escala de Autoeficacia General y la Escala de Bienestar Psicológico– Versión Española breve las cuales fueron validadas para nuestra población de estudio. El análisis de los datos se realizó mediante el programa STATA versión 17.

Resultados: Se obtuvo una muestra total de 328 adultos mayores, el sexo femenino fue el predominante en un 58,54%, en el grupo etario el 64.94% estuvo comprendido entre los 60 a 79 años, en relación al estado civil, los casados y viudos fueron los más representativos con un 33,54% y 34,25% respectivamente, el 62,80% de los participantes solamente tuvieron educación primaria incompleta. Con respecto a las variables de estudio el 54,74% presentó una alta autoeficacia mientras que 54,27% tuvo un alto bienestar psicológico. Se estableció diferencias significativas en relación al bienestar psicológico de los adultos mayores encuestados con respecto al sexo ($p<0.001$), la edad ($p<0.001$), estado civil ($p=0.014$), grado de instrucción ($p<0.001$). Asimismo, se encontró que existió una asociación significativa entre la autoeficacia y el bienestar psicológico (RPa: 1.61; IC 95% 1.24-2.07, $p<0.001$) con el modelo de regresión de Poisson con varianza robusta.

Conclusión: Existe una asociación entre la autoeficacia y bienestar psicológico en los adultos mayores del programa pensión 65 del distrito de Caraz-Ancash en el año 2022.

Palabras clave: Bienestar Psicológico, Autoeficacia, Adulto mayor (DeCS)

ABSTRACT

Introduction: The older adult population is growing exponentially and therefore requires a comprehensive evaluation and care that takes into account its physical and social environment, emphasizing both its biological effects and its psychological health, since its decline will have negative repercussions. in their satisfaction and quality of life.

Objective: Determine the association between self-efficacy and psychological well-being in older adults in the pension 65 program of the Caraz-Ancash District in 2022.

Methods: Quantitative, observational, analytical and transversal study. A sociodemographic data collection form and 02 psychometric scales, the General Self-Efficacy Scale and the Psychological Well-being Scale – Brief Spanish Version, were used, which were validated for our study population. Data analysis was carried out using the STATA version 17 program.

Results: A total sample of 328 older adults was obtained, the female sex was predominant at 58.54%, in the age group 64.94% were between 60 and 79 years old, in relation to marital status, married and widowed were the most representative with 33.54% and 34.25% respectively, 62.80% of the participants only had incomplete primary education. Regarding the study variables, 54.74% presented high self-efficacy while 54.27% had high psychological well-being. Significant differences were found in relation to the psychological well-being of the older adults surveyed with respect to sex ($p < 0.001$), age ($p < 0.001$), marital status ($p = 0.014$), level of education ($p < 0.001$). Likewise, it was found that there was a significant association between self-efficacy and psychological well-being (RPa: 1.61; 95% CI 1.24-2.07, $p < 0.001$) with the Poisson regression model with robust variance.

Conclusions: There is an association between self-efficacy and psychological well-being in older adults in the pension 65 program of the Caraz-Ancash district in 2022.

Key words: Psychological Well-Being, Self Efficacy, Aged (MESH)

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	2
1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	2
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	4
1.3. LINEA DE INVESTIGACIÓN NACIONAL Y DE LA URP VINCULADA.....	4
1.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	5
1.5. DELIMITACION DEL PROBLEMA.....	5
1.6 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	6
1.5.1. OBJETIVO GENERAL.....	6
1.5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	6
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	7
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	7
2.2. BASES TEÓRICAS.....	16
2.3. DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES.....	25
CAPITULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES.....	26
3.1. HIPÓTESIS: GENERAL, ESPECÍFICAS.....	26
3.2. VARIABLES PRINCIPALES DE INVESTIGACIÓN.....	26
CAPITULO IV: METODOLOGÍA.....	27
4.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	27
4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	27
4.3. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	28
4.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	28
4.5. RECOLECCIÓN DE DATOS.....	29
4.6. TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	30
4.7. ASPECTOS ÉTICOS.....	30

CAPITULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	31
5.1. RESULTADOS.....	31
5.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	34
CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	41
6.1. CONCLUSIONES.....	41
6.2. RECOMENDACIONES.....	41
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	43
ANEXOS.....	49
ANEXO 1: ACTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS.....	49
ANEXO 2: CARTA DE COMPROMISO DEL ASESOR DE TESIS.....	50
ANEXO 3: CARTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS, FIRMADO POR LA SECRETARÍA ACADÉMICA.....	51
ANEXO 4: CARTA DE APROBACION DE TESIS POR EL COMITÉ DE ETICA EN INVESTIGACIÓN.....	52
ANEXO 5: ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS.....	53
ANEXO 6: CERTIFICADO DE ASISTENCIA AL CURSO TALLER.....	54
ANEXO 7: MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	55
ANEXO 8: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	56
ANEXO 9: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS Y INSTRUMENTOS UTILIZADOS.....	57
ANEXO 10: EXPRESIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	62
ANEXO 11: SOLICITUD Y ACEPTACIÓN DE LA MISMA POR PARTE DEL JEFE TERRITORIAL DE ANCASH DEL PROGRAMA PENSIÓN 65.....	63
ANEXO 12: FOTOS DEL TRABAJO DE CAMPO.....	64
ANEXO 13: BASES DE DATOS (EXCEL, SPSS), O EL LINK A SU BASE DE DATOS SUBIDA EN EL INICIB-URP.....	65

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Análisis Descriptivo de las Variables Sociodemográficas, la Autoeficacia y Bienestar psicológico en los Adultos Mayores del Programa Pensión 65 del Distrito de Caraz – Ancash en el año 2022.....	31
Tabla 2. Análisis Bivariado de las características asociadas al Bienestar psicológico en los Adultos Mayores del Programa Pensión 65 del Distrito de Caraz – Ancash en el año 2022.....	32
Tabla 3. Análisis Multivariado con el Modelo de Regresión de Poisson con varianza robusta para evaluar la asociación entre las variables de estudio con el Bienestar psicológico en los Adultos Mayores del Programa Pensión 65 del Distrito de Caraz – Ancash en el año 2022.....	33

INTRODUCCIÓN

Actualmente la población adulta mayor está creciendo exponencialmente en todos los países del mundo, tanto en número como en la proporción, debido a que la mayor parte de los habitantes tiene una esperanza de vida media de 60 años o más. Este fenómeno se denomina envejecimiento poblacional, el cual inició en los países de ingresos altos, sin embargo, los cambios más resaltantes vienen observándose en los países de ingresos bajos y medios ⁽¹⁾. Desde esa perspectiva es necesario ejercer un enfoque en comprender todo lo que implica el proceso de envejecimiento el cual va más allá de solo conocer los cambios biológicos que suelen presentarse en esta etapa de vida ⁽¹⁾. Porque no sólo la genética juega un papel importante en la salud de los adultos mayores, sino que sus entornos físicos y sociales también pueden influir directamente en ellos, ya sea creando barreras o influyendo en la motivación para promover oportunidades, decisiones y hábitos relacionados con su salud. Asimismo, el poseer una adecuada salud mental permite a la gente mayor confrontar la etapa de jubilación, la pérdida de amigos o parejas, mejora la recuperación y la adaptación relacionadas con el envejecimiento ⁽¹⁾.

Además, se ha descrito que los adultos mayores con altos niveles de depresión, estrés y bajos niveles de autonomía, autoestima y autoeficacia, así como bajo apoyo social tienden a tener bajos niveles de satisfacción y menor calidad de vida. Por tanto, el análisis global en este grupo etario identificó cinco ítems importantes que deben prevalecer: la diferencia entre salud objetiva y subjetiva; salud en la que se involucran los componentes psicológicos y sociales; los mecanismos de resiliencia y afrontamiento que indican un envejecimiento exitoso; un sistema integrado de apoyo social a la atención de la salud; y el objetivo de conservar el funcionamiento del adulto mayor ⁽²⁾.

Por lo descrito anteriormente este estudio se centra en determinar la asociación entre la autoeficacia y bienestar psicológico en los adultos mayores del programa pensión 65 del distrito de Caraz-Ancash en el año 2022.

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2020, la proporción de niños menores de 5 años fue sobrepasada por los habitantes de 60 años de edad o más, se estima que para el 2030, uno de cada 6 personas en el mundo tendrá 60 años o más, de modo que este grupo de población aumentaría de 1.000 millones de personas en 2020 a 1.400 millones de personas y se duplicaría a 2.100 millones de personas en 2050, e incluso se proyecta que se triplique el número de personas de 80 años o más entre el 2020 y 2050, en términos generales durante los años 2015 y 2050 el porcentaje de los habitantes del planeta mayores de 60 años casi se duplicará, pasando del 12 al 22%, por lo que la esperanza de vida de la mayor parte de la población en la actualidad es igual o superior a los 60 años⁽³⁾.

Con respecto a la región de América Latina y el Caribe, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) manifiesta que los adultos mayores constituyen el 11% de su población, similar a lo que se observa para el 12% de la población mundial y mucho menos que los observado en Europa, América del Norte, Asia Oriental y Oceanía (24 %, 21 %, 17 % y 16 %, respectivamente)⁽⁴⁾. De tal forma que se puede objetar que el cambio hacia el envejecimiento de la población comienza en los países de altos ingresos socioeconómicos. Sin embargo, para el año 2050, dos tercios de la población mundial mayor de 60 años vivirá en países de bajos y medianos ingresos⁽³⁾.

En el Perú, la proporción de adultos mayores pasó de 5.7% en 1950 a 13,3% en 2022. En las zonas rurales, el porcentaje de hogares con algún miembro adulto/a mayor es del 41.7%, en Lima Metropolitana el 41.4% y en el resto urbano, se registró el 37.1% ⁽⁵⁾.

De tal modo que por los datos plasmados vemos que va existir una transacción demográfica tomando relevancia la población adulta mayor, por lo que hay que hacer hincapié en los cambios que ocurre durante el envejecimiento, pues cuando se llega a esta etapa de la vida la persona sufre cambios a nivel biológico, psíquico y sociocultural⁽⁶⁾. En el ámbito de la salud física del adulto mayor por ejemplo se presenta disminución de la capacidad motora, de la agudeza visual como auditiva, se adquiere mayor riesgo de padecer enfermedades no

transmitibles como la diabetes o hipertensión arterial, presentar un proceso obstructivo pulmonar crónico, entre otras afecciones que incluso pueden darse a la vez⁽³⁾.

En cuanto a la Salud Mental, es usual que el adulto mayor presente alteraciones de los procesos superiores cognitivos o enfermedades neurológicas y tienden a expresar emociones como angustia o soledad como respuesta a las adaptaciones físicas y psicosociales asociadas al envejecimiento, así como a consecuencia de la pérdida de seres cercanos, al declive económico de las pensiones, de igual modo algunos sienten que no pueden valerse por sí solos y muchos de ellos son víctimas de abandono o sufren algún tipo de maltrato (físico, sexual, psicológico, económico o material), lo que los expone a padecer problemas psicológicos crónicos como la ansiedad o depresión⁽⁷⁾.

En esta etapa de la vida, muchos adultos mayores replantean sus metas personales, pero a veces se les brinda oportunidades limitadas que pueden afectar negativamente su desarrollo personal⁽⁸⁾. Y es aquí que entra a tallar la autoeficacia que determina la forma de pensar y actuar de cada persona, teniendo conocimiento pleno de las habilidades y limitaciones que posee, y ello le lleve a alcanzar al éxito, de la misma manera se refiere a la competencia que desarrolla un individuo para desafiar satisfactoriamente ciertos sucesos estresantes presentes en la vida cotidiana⁽⁹⁾.

De otro lado, cabe mencionar que en nuestra población peruana en octubre del 2011 se creó el Programa Nacional de Asistencia Solidaria Pensión 65, el cual fue adscrito por el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS), a fin de brindar protección social a los adultos mayores de 65 años que viven en situación de pobreza extrema ⁽¹⁰⁾, pero si nos basamos en entender la definición de La Década del Envejecimiento Saludable (2021-2030) declarado por la Asamblea General de la Organización Naciones Unidas (ONU)⁽³⁾, se percibe claramente que no sólo resalta la protección social, sino que se entiende por envejecimiento saludable como aquel proceso en el que se requiere una adecuada nutrición y un mantenimiento de la aptitud funcional, la cual se refleja a través de las facultades físicas, psíquicas y sociales de una persona, a fin de que el adulto mayor exprese un estado de bienestar⁽¹¹⁾.

Por consiguiente, la salud del adulto mayor, no solo debe enfocarse a la presencia o falta de enfermedad⁽¹²⁾, tampoco a los exámenes físicos, bioquímicos, hematológicos y la suplementación ; sino que debe jugar un rol importante la evaluación psíquica, ya que gracias a ella se analiza el entorno social, familiar y económico así como los vínculos relacionados con problemas somáticos y psicosociales⁽¹³⁾, más aún porque se enfrentan a nueva etapa de la vida marcado por pérdidas y aparecen eventos que son percibidos como amenazas⁽¹⁴⁾.

Finalmente, se observa que los determinantes psicológicos influyen significativamente en la calidad y disfrute de la vida, el estado de salud y la mortalidad de los adultos mayores, entendiendo la calidad de vida como la capacidad de cuidarse y manejarse de forma independiente. Además, los adultos mayores con altos niveles de depresión, estrés, poca autonomía, autoestima y autoeficacia así como bajo apoyo social tienden a tener menos satisfacción y condiciones de vida peores ⁽²⁾.

En consecuencia, por lo expuesto en párrafos precedentes se genera la importancia de analizar la asociación entre la autoeficacia y el bienestar psicológico en la vejez en aquellos adultos mayores pertenecientes al programa pensión 65 del Distrito de Caraz.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la asociación entre autoeficacia y bienestar psicológico en los adultos mayores del programa pensión 65 del Distrito de Caraz– Ancash en el año 2022?

1.3 LINEAMIENTO DE INVESTIGACIÓN Y DE LA URP VINCULADA:

El presente trabajo de tesis se encuentra dentro del área de prioridad sanitaria “Salud Mental” según “Las Prioridades de Investigación en Salud en el Perú 2019-2023 del Instituto Nacional de Salud”. Asimismo, corresponde al puesto N° 10 de la línea de investigación de la Universidad Ricardo Palma, esto según acuerdo de CU. N°0510-2021 virtual.

1.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN:

El tema de estudio es importante a nivel teórico, metodológico y práctico, teniendo en cuenta que la población adulta mayor se ha incrementado en los últimos años, no obstante no existe investigación alguna a nivel nacional sobre la autoeficacia y bienestar psicológico en las personas de este grupo etario, que si bien el Estado les brinda un apoyo económico con el Programa Nacional de Asistencia Solidaria Pensión 65, ello no cubre la salud integral de las personas mayores, por tanto resulta imprescindible conocer la salud mental de este grupo vulnerable.

A nivel teórico la investigación proporcionará teorías y datos estadísticos actualizados sobre la autoeficacia y el bienestar psicológico de los adultos mayores, de manera que la discusión de los resultados se haga con teorías basadas en evidencia.

Por el plano metodológico se justifica, dado que la medición de las variables se realizará a través de escalas psicométricas como la Escala de Autoeficacia General y la Escala de Bienestar Psicológico.

Finalmente, a nivel práctico, los resultados obtenidos servirán de antecedente para futuras investigaciones que se lleven a cabo a nivel distrital, nacional e internacional, asimismo permitirá observar la realidad actual en relación a la autoeficacia y el bienestar psicológico de los adultos mayores pertenecientes al Programa Pensión 65 del Distrito de Caraz y a partir de ello las autoridades del Distrito puedan elaborar planes de trabajo orientados a prevenir y ejecutar programas enfocados al bienestar psicológico de la población del adulto mayor.

1.5 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

- Delimitación espacial: El estudio se realizó en el del Distrito de Caraz-Ancash.
- Delimitación temporal: Período 2022.
- Delimitación social: Personas adultas mayores pertenecientes al Programa Nacional de Asistencia Solidaria Pensión 65 del Distrito de Caraz.

1.6 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.6.1. OBJETIVO GENERAL:

Determinar la asociación entre autoeficacia y bienestar psicológico en los adultos mayores del programa pensión 65 del Distrito de Caraz-Ancash en el año 2022.

1.6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- a) Describir las características sociodemográficas (sexo, edad, estado civil y grado de instrucción) de los adultos mayores.
- b) Identificar el nivel de autoeficacia de los adultos mayores.
- c) Identificar el nivel de bienestar psicológico de los adultos mayores.
- d) Determinar la asociación entre las variables sociodemográficas y el bienestar psicológico en los adultos mayores.

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Mesa-Fernández M, Pérez-Padilla J, Nunes C y Menéndez S, en su artículo titulado “Bienestar psicológico en las personas mayores no dependientes y su relación con la autoestima y la autoeficacia” incluyeron a 148 personas entre las edades de 60 y 96 años no dependientes, a los que se les aplicó los siguientes instrumentos: Cuestionario de Batería Mínima de Evaluación en la Vejez, la Escala de Autoeficacia para Envejecer, la Escala de Autoestima de Rosenberg y la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff – Versión Española breve, donde el bienestar psicológico se correlaciona positivamente en todas las subescalas y con la autoeficacia, la interactividad de la edad se correlaciona negativamente con la dimensión de propósito en la vida y la autoeficacia, los participantes de 75 años a más experimentaron una menor autoeficacia que los de 60 a 74 años. Por otro lado, las puntuaciones de la autoeficacia se distribuyeron uniformemente de acuerdo con el sexo y el estado civil de los participantes. Asimismo, se observó que los individuos con mayor nivel de autoeficacia se caracterizaban por tener niveles altos de bienestar psicológico, y que éste no estaba vinculado con la edad ⁽¹⁵⁾.

Pavón M, en su investigación “Relación entre autoeficacia para envejecer y bienestar psicológico: un estudio comparativo en la ciudad de Mar del Plata según grupo de edad y género” incluyó a 120 personas de ambos sexos, pertenecientes a tres grupos etarios: 44 a 54 años, 60 a 70 años y 76 a 86 años, se le tomó los datos sociodemográficos y se les aplicó la Escala de BIEPS-A y la Escala de Auto-Eficacia para envejecer. Los resultados indicaron que había una correlación, aunque no significativa, de autoeficacia y el bienestar psicológico en toda la muestra y el único rango de edad de 60 a 70 años se encontró una correspondencia entre ambas variables. De ellos al dividirlos por género, los hombres obtuvieron resultados ligeramente superiores. En cuanto a la autoeficacia, las mujeres alcanzaron mayor puntuación. Por otro lado, en la correlación entre las variables del estudio, el sexo masculino tuvo significancia en comparación del género femenino. Finalmente, se descubrió que existe una nexos entre las variables estudiadas. ⁽¹⁶⁾.

Rubio Rubio L, Dumitrache Dumitrache C, Buedo Guirado C y Cabezas Casado J, en su estudio “Autoeficacia general percibida y bienestar psicológico” participaron 139 personas mayores, de ambos sexos, con una edad media de 69,16 años, se empleó la Escala de Autoeficacia Generalizada de Baessler y Schwarzer y la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff, evidenciándose la existencia de un vínculo negativo entre la edad y la autoeficacia. También se observó correlaciones positivas significativas entre la autoeficacia y todos los aspectos del bienestar psicológico. De manera similar los análisis de regresión mostraron la varianza que se presentaron en cada aspecto: autoaceptación (22%), relaciones positivas con los demás (15%), autonomía (24%), dominio del entorno (12%), propósito en la vida (21%) y en crecimiento personal (9.3%), influencia por la autoeficacia. Finalmente se concluyó que la autoeficacia se relacionaba negativamente con la edad y que existía evidentemente una correlación entre la autoeficacia y el bienestar psicológico; enfatizando en los aspectos de autoaceptación y propósito en la vida⁽¹⁷⁾.

Toledano Gonzáles A, Labajos-Manzanaresb T y Romero-Ayusoc D, en su investigación titulada “Well-Being, Self-Efficacy and Independence in older adults: A Randomized Trial of Ocupational Therapy” tuvieron por muestra a 74 personas entre los 78 y 95 años divididos en dos grupos de 37 participantes (terapia ocupacional individual y terapia ocupacional grupal), en todos ellos se recogió datos sociodemográficos y se les aplicó la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff adaptada al español por Van Dierendock, la Versión Española de la Escala de Autoeficacia General y la Escala de Depresión Geriátrica. En el cual hubo diferencias estadísticamente significativas en autoeficacia global ($p < 0.001$), bienestar psicológico ($p < 0.001$) e independencia personal ($p = 0.013$), con mejores puntuaciones en el tratamiento grupal frente al individual. Además, de una correlación positiva y significativo entre todos los dominios del bienestar psicológico y el sentido de autoeficacia, concluyéndose que en general, los resultados mostraron que el tratamiento grupal y el tratamiento individual condujeron a mejoras en todas las subescalas de bienestar, autoestima, autoeficacia e independencia personal; también revelaron la correlación positiva que existe entre ellas⁽¹⁸⁾.

Bagheri MJ, Asgharnejad Farid A y Nasrolahi B, en su artículo “The Relationship Between Self-Efficacy and Quality of Life Through the Mediating Role of Psychological

Well-Being in the Elderly” participaron mayores (60 años o más), siendo un total de 200 personas, los cuales respondieron los cuestionarios de Bienestar Psicológico de Ryff, la Autoeficacia General de Sherer y la Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud (WHOQOL). Los datos se analizaron utilizando el método del coeficiente de correlación de Pearson, obteniéndose que el coeficiente de ruta entre el bienestar psicológico y la calidad de vida fue significativa ($r=0,703$, $P>0.01$), lo mismo para la variable autoeficacia y la variable calidad de vida ($p<0.01$, $r=0,22$). Por último el análisis de los coeficientes de ruta directa, entre la autoeficacia y ($r=0.448$, $P>0.01$) bienestar psicológico fue significativo, demostrando que la autoeficacia predice positiva y significativamente el bienestar psicológico de los ancianos, por lo tanto, al mejorar el nivel de autoeficacia, las personas mayores pueden experimentar un mayor bienestar psicológico ⁽¹⁹⁾.

Cybulski M, Cybulski L, Krajewska-Kulak E y Cwalina U en su estudio “The level of emotion control, anxiety, and selfefficacy in the elderly in Bialystok, Poland” participaron 300 integrantes de 60 años a los que se les aplicó las siguientes escalas psicométricas: la Escala de Control Emocional de Courtauld (CECS), el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) dividido en nivel de ansiedad como estado emocional actual STAI (X-1) y STAI (X-2) como ansiedad como rasgo de personalidad y la Escala de Autoeficacia General (GSES). Se utilizó el coeficiente de correlación de rangos de Spearman, con $P<0.05$ estadísticamente significativo. La mediana de la puntuación global del CECS fue de 54 puntos (nivel promedio), de STAI (X1) 48 puntos y de STAI (X2) 49 puntos y la puntuación general de GSES de 29 puntos a 40 puntos (nivel alto), no se reveló una correlación estadísticamente significativa entre la puntuación de GSES y el género, con lo que respecta a la edad, el grupo (60-69 años) obtuvo alto nivel de autoeficacia y el grupo (por encima de los 80 años) nivel bajo, en las mujeres se encontró una correlación negativa entre la autoeficacia y la edad, en la correlación entre GSES y CEC se vio que cuanto mayor era la autoeficacia que tenían los de mayor edad (por encima de 80), mejor manejaban el control de las emociones negativas⁽⁹⁾.

Morell-Mengual V, Ceccato R, Nebot-García JE, Chaves I y Gil-Llario MD, en su investigación “Actitudes hacia la sexualidad y bienestar psicológico en personas mayores” incluyeron a 70 personas entre los 65 y 95 años, emplearon los cuestionarios: Escala de Bienestar Psicológico de Ryff y la Escala de Actitudes sobre la Sexualidad en la Vejez ,

Como resultado, resalta que los enfoques más liberados hacia el sexo y los niveles más altos de bienestar psicológico están significativamente asociados con vivir fuera de un centro de atención y mantener un vínculo con una pareja permanente, siendo la puntuación promedio superior de las que viven con pareja en las categorías de : relaciones positivas y autonomía. Adicionalmente las personas con mayor autonomía obtienen valores superiores en los parámetros de crecimiento personal y en propósito de vida, así como una postura más liberal sobre la sexualidad⁽²⁰⁾.

Vivaldi F y Barra E, en su artículo titulado “Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores” tuvieron por muestra 250 personas, entre 60 y 87 años ,a los que se les brindó 3 encuestas: Encuesta sociodemográfica, Escala de Bienestar Psicológico de Ryff y la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS) de Zimet, demostrándose que el bienestar psicológico presentaba mayores relaciones con el apoyo social percibido que con la percepción de salud, y que los hombres tienen mejor percepción de salud y bienestar psicológico, se destaca como la diferencia de género de mayor magnitud la referida a la dimensión autonomía. Respecto a las parejas, se distinguen 2 grupos: las que tienen pareja, ello incluye a las casadas/os y convivientes; y las que no tienen pareja abarcando a solteras/os, separadas/os y viudas/os, el primer grupo reportó mayor bienestar psicológico global y percepción de apoyo social. Al examinar las dimensiones del bienestar psicológico existen diferencias significativas entre ambos grupos sólo en la dimensión de relaciones positivas⁽²¹⁾.

Lozano-Reyes I, et al, en su investigación “Autoeficacia y Calidad de vida en adultos mayores que viven con Diabetes tipo 2” tomaron por muestra a 30 adultos mayores diabéticos y para medir las variables usaron escalas que medían ambas variables, en donde se halló que el nivel de calidad de vida y de autoeficacia no difiere significativamente entre el sexo femenino y masculino, así como en relación a la edad y escolaridad. El nivel promedio de autoeficacia fue de 27.36 ± 8.16 , objetándose que los adultos mayores tuvieron un nivel promedio de autoeficacia. Sin embargo, se correlacionó significativamente ($p < 0.05$) con el nivel de calidad⁽²²⁾.

Cáceres Fabián D, Suárez Villamizar M y Dueñas Sepúlveda A. En su estudio “Bienestar psicológico y variables sociodemográficas en el adulto mayor de dos instituciones de la ciudad de Cúcuta” tuvieron por muestra a 133 adultos mayores de 60 a 84 años a quienes se les pidió que llenaran una ficha sociodemográfica y la Escala de Bienestar psicológico de Ryff, encontrándose que la puntuación más alta en las dimensiones de la escala, correspondió al nivel moderado (51.5%), nivel alto (33.3%), nivel bajo (12.1%), y un nivel elevado (3%) en ese orden. Asimismo, se estableció que no hay diferencias significativas entre los niveles de bienestar psicológico según la edad, el género, el nivel socioeconómico, el estado civil, pero sí con la mayor preparación académica⁽²³⁾.

Tapia C, Iturra V, Valdivia Y, Varela H, Jorquera M, Carmona A, en su investigación “Estado de salud y autoeficacia en adultos mayores usuarios de atención primaria en salud” se incluyeron a 754 chilenos, con 65 o más años, pertenecientes a algún centro de salud familiar, se les brindó una ficha sociodemográfica y cuestionarios que midan el estado de salud, depresión y autopercepción de salud, autoeficacia percibida, calidad de vida, funcionalidad del adulto mayor y fragilidad. La edad estuvo dividida en 3 categorías: de 75 y más años; de 65-69 años y de 70 a 74 años. Los resultados mostraron que el nivel de autoeficacia fue calificado alto en el 68.3% de los encuestados y se compararon los puntajes promedio de la escala de autoeficacia mediante el test de Kruskal-Wallis en las variables edad, sexo, grado de instrucción, estado civil y nivel económico. En todos los casos, las diferencias observadas entre los valores medianos no fueron significativas.⁽²⁴⁾

Pavón M y Arias C, en su artículo “La percepción de autoeficacia para envejecer desde una perspectiva de género” aplicaron la Escala de Autoeficacia para envejecer a una muestra de 120 personas, 60 mujeres y 60 varones, se evidenció puntuaciones medias elevadas en todas las dimensiones y en total para la muestra global. En cuanto al género hubo diferencias significativas en las puntuaciones de las dimensiones Salud, Cognitivo, Social-Emocional y en la puntuación total, siendo las mujeres las que obtuvieron medias superiores, a excepción de la dimensión Físico-Funcional, en la que la aplicación de la prueba t no evidenció diferencia significativa según género, en ambos géneros los puntajes más bajos se presentaron en la dimensión correspondiente al dominio cognitivo⁽²⁵⁾.

Palma-Candia, et al en su artículo titulado “Factores sociodemográficos y de participación social relacionados con el bienestar psicológico en adultos mayores en la región de Magallanes, Chile” participaron 101 personas adultos mayores, a los cuales se les brindó una encuesta sociodemográfica y la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff, observándose diferencias significativas entre bienestar y las variables sexo, edad y estado civil para la puntuación global, sin embargo, el constructo crecimiento personal muestra una relación con la edad, de modo que a mayor edad ello disminuye, también se sostiene que a mayor nivel educativo mayor puntuación en la escala, reflejado especialmente en la categoría de desarrollo personal, lo que sugiere que las personas con mayores niveles educativos logran experimentar mayores niveles de bienestar psicológico y las personas que viven solas se caracterizan por poseer una puntuación más alta en el parámetro autonomía⁽²⁶⁾.

Reigal Garrido RE y Videra García A, en su investigación “Frecuencia de práctica física y autoeficacia en la tercera edad” participaron 289 individuos, los cuales respondieron a preguntas relativas al sexo, práctica física, edad y a la Escala de Autoeficacia General, siendo los varones quienes tuvieron mejores resultados en la escala que las mujeres, con una significancia de ($p < .05$). Tras dividir la muestra en dos grupos: 65 -74 años y 75 a-85 años la puntuación fue similar, sin significancia entre ambos grupos ($p > .05$). Lo mismo se encontró al dividirlos en cuatro grupos de edad: 65-69 años; 70-74 años; 75-79 años; 80-85 años, ($F [3,285] = .06$; $p > .05$) con respecto a la autoeficacia general⁽²⁷⁾.

Ruiz-Domínguez L y Blanco-Gonzales L, en su artículo “Bienestar psicológico y medios de intervención cognitiva en el adulto mayor” evaluaron a 18 adultos mayores de edades comprendidas entre 66 a 95 años de edad, a los que se les hizo rellenar la Escala de bienestar psicológico de Ryff (1995) validado para Colombia -39 ítems, clasificando el bienestar psicológico como bajo, moderado, alto y elevado, obteniéndose al considerar las puntuaciones por cada una de las dimensiones, las cuales conforman el valor total de Bienestar psicológico, que el bienestar psicológico de la población general se encuentra en moderado (66.66%), a pesar que en las dimensiones, 4 de 6 se encuentran en bajo(autoaceptación dominio del entorno, autonomía y propósito de vida), y relaciones positivas y el crecimiento personal en medio ,además una tercera parte de los adultos mayores tienen un valor de alto (33.33%)⁽²⁸⁾.

Dorji N, Dunne M y Gurung M, en estudio “Socio-demographic Correlates of Psychological Well-being among Older Adults in Bhutan” se incluyeron a 337 adultos mayores, las edades oscilaron entre 60 y 101 años, se les aplicó el índice de bienestar de la Organización Mundial de la Salud (índice de bienestar OMS-5) para evaluar el bienestar psicológico y un ficha sociodemográfica, obteniéndose la puntuación media del bienestar fue de 57.90 (DE=18,34) y fue significativamente diferente entre los géneros ($P<0.001$). Los hombres reportaron mejor bienestar en cada uno de los ítems de manera que con las pruebas t independientes se confirmaron que las puntuaciones del índice de bienestar general e individual fueron significativamente mayores entre los hombres mayores en comparación con las mujeres mayores. Se estableció una relación estadísticamente significativa entre la situación conyugal y el bienestar ($P<0.05$) en la que una puntuación media de bienestar más alta es en los participantes casados en comparación con los que nunca se casaron o los viudos. Los participantes mayores que percibían mejores relaciones con sus hijos y vivían juntos con no más de cinco miembros de la familia informaron un mejor bienestar. También se encontró una puntuación más alta de bienestar entre los adultos mayores que pasaron la mayor parte de la infancia en áreas urbanas y que tienen más nivel de educación ⁽²⁹⁾.

Pavón M y Zariello M en su artículo “Estudio exploratorio sobre autoeficacia para envejecer. Comparación en dos grupos etarios” incluyeron a 40 personas de ambos sexos, divididos en dos grupos de 44 a 54 años y de 60 a 70 años, a los que se les tomó sus datos sociodemográficos y se les pidió que contesten la Escala de Auto-Eficacia para Envejecer, encontrándose en la categoría Salud, que los adultos jóvenes alcanzaron puntuaciones más altas, en el parámetro de Autoeficacia Física los resultados fueron similares en ambos grupos, al igual que en Autoeficacia Socioemocional. Con respecto al constructo Cognitiva, las diferencias entre los grupos fueron mayores que las demás categorías a favor de los adultos mayores, aunque no llegaron a tener significancia estadística. Finalmente hubo diferencias minúsculas entre los grupos en la escala general, siendo los jóvenes los que alcanzaron mayor puntaje ⁽³⁰⁾.

Fusi G., et al. En su estudio “Aging and Psychological Well-Being: The Possible Role of Inhibition Skillsen” tuvieron por muestra a 51 personas mayores (edad media: 72.3 ± 7.23 años, rango de edad: 60-88 años), a los que se les evaluó la Cognición general MoCA,

Funciones ejecutivas básicas, y Bienestar psicológico PWB (escala de Ryff) encontrándose que solo surgió una diferencia significativa entre las mujeres ($M = 64.9$, $SD = 8.12$) y hombres ($M = 59.55$, $SD = 9.75$) en la escala de Autoaceptación PWB y en la subescala de crecimiento personal de PWB fue de hecho la única dimensión para mostrar una correlación negativa con la edad. Conforme que se incrementa la edad, incluso en muestras que incluyen sólo adultos mayores, las percepciones de crecimiento personal disminuyen y dependen del nivel educativo ⁽³¹⁾.

Aguilar-Sizer M., et al, en su trabajo de investigación “Variables sociodemográficas relacionadas con el bienestar en personas con o sin discapacidad” se evaluó a 1,064 personas comprendidas entre 18 y 89 años, se dividieron en tres grupos: adultos tempranos, adultos medios y adultos tardíos, se les indagó sobre algunas variables sociodemográficas y llenaron la escala PERMA, objetándose niveles elevados de bienestar para la muestra en general. Asimismo se encontró niveles más altos de bienestar en la adultez tardía, en las mujeres, en quienes tienen pareja, a mayor nivel académico, de ingresos económicos y de seguridad laboral, no se verificó una relación clara entre el bienestar y la presencia de discapacidad ⁽³²⁾.

Juárez Candelaria A. et al, en su “artículo Influencia de autoeficacia general y el sentido de vida, en estado nutricional del adulto mayor” incluyeron a 174 adultos mayores, en los que se empleó la Escala de Autoeficacia General, la Escala dimensional del sentido de vida y la Escala Mini Nutritional Assesment Nestle1. Como resultado, en términos de autoeficacia general, el 81.7% tenía una autoeficacia moderada y el 14.3% una autoeficacia alta, lo que implica que los ancianos siguen siendo independientes tanto a la hora de afrontar problemas como a la hora de resolverlos. En cuanto a la correlación entre sentido de vida y autoeficacia general con el estado nutricional de las personas mayores, se observó que $p = 0.135$, existiendo una correlación positiva pero débil entre las variables de estudio ⁽³³⁾.

Meléndez J, Agustí A, Delhom I, Reyes Rodríguez M y Satorres E, en su estudio titulado “Bienestar subjetivo y psicológico: comparación de jóvenes y adultos mayores” tuvieron por muestra a 148 sujetos pertenecientes a dos grupos de edad: jóvenes (18-30 años) y adultos mayores (65-90 años), a los cuales se les aplicó la Escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS) y la Escalda Bienestar psicológico de Ryff -seis dimensiones, encontrándose

diferencias en el bienestar subjetivo con puntuaciones más altas en el grupo de los adultos mayores para las escalas de afecto positivo. Para el bienestar psicológico los adultos mayores obtuvieron puntuaciones significativamente mayores en las dimensiones de propósito de vida, autoaceptación, autonomía y dominio del ambiente, en las dimensiones de relaciones positivas con otros y crecimiento personal, son los jóvenes los que presentan medias significativamente más altas, mostrándose una disminución según aumentaba la edad ⁽³⁴⁾.

Mayordomo T, Sales A, Satorres E, Meléndez J, en su investigación “Bienestar psicológico en función de la etapa de vida, el sexo y su interacción” en la que tuvieron por muestra final a 706 sujetos pertenecientes a tres grupos de edad: jóvenes (≥ 18 años), adultos (≥ 40 años,) y adultos mayores (≥ 65 años), a los que se les pidió información sociodemográfica, y respondieron la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff, se comprobó una disminución, con la edad, de las dimensiones de bienestar psicológico de relaciones positivas con otros y crecimiento personal, dominio del entorno y pérdida de autonomía en adultos mayores. Con lo que respecta al sexo en autoaceptación como en autonomía, los hombres obtienen mayores puntuaciones, las mujeres muestran una disminución en su desarrollo personal con la edad, mientras que en el ámbito del entorno ,obtienen puntuaciones más altas que los varones en la adolescencia y los varones obtienen puntuaciones más altas en la edad adulta y en la vejez⁽³⁵⁾.

Rasoulifar A, Vahedian-Shahroodi M, Jamali J y, Tehrani H. En su artículo “Self-efficacy and its relationship with factors affecting nutritional status in elderly” tuvieron por muestra a 250 adultos mayores con un rango de edad de 60 a 85 años, a los cuales se les administro el cuestionario Mini Nutritional Assessment (MNA) y el Cuestionario Estándar de Autoeficacia, obteniéndose, según el género, que los hombres tienen un alto nivel de autoeficacia en comparación con las mujeres, en cuanto a los grupos de edad, a medida que aumentaba la edad, el puntaje de autoeficacia disminuyó (el puntaje en el grupo de 60 a 69 años fue de 9.20 y en el de más de 80 fue 9.16).En relación al estado civil , la puntuación de autoeficacia más alta fue en las personas casadas, en cuanto al nivel educativo, las personas con estudios superiores tenían una puntuación de autoeficacia superior, finalmente se mostró que el puntaje promedio de autoeficacia está en un nivel bajo y que las personas con alta autoeficacia tenían un estado nutricional favorable⁽³⁶⁾.

Solis-Guerrero EE y Villegas-Villacrés NJ, en su estudio “ Bienestar psicológico y percepción de calidad de vida en adultos mayores indígenas del Ecuador” evaluaron a 280 individuos de 65 a 100 años, mediante una ficha sociodemográfica, los cuestionarios de Bienestar Psicológico de Ryff y WHOQOL AGE de la Organización Mundial de la Salud, obteniéndose niveles bajos y muy bajos para el total de bienestar psicológico y de calidad de vida respectivamente, además de las seis dimensiones, cinco de ellas lograron efectos moderados , salvo el constructo crecimiento personal, que obtuvo un resultado bajo. En relación al sexo el bienestar psicológico y la calidad de vida no cambiaron, la única diferencia se estableció en el parámetro propósito con la vida, donde las mujeres obtuvieron puntuaciones más altas, aunque esa diferencia fue mínima. Por último se concluyó que el bienestar psicológico y la calidad de vida de las personas de la tercera edad no estaban directamente relacionadas ⁽³⁷⁾.

Caviedes Langle EA, en su investigación “Relación entre el sentimiento de soledad y el bienestar psicológico en adultos mayores del hospital nivel I Carlos Alcántara Butterfield, incluyeron a 100 adultos mayores de 65 a los 93 años, a los que se les pidió que respondan la Escala Este y la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff, efectuándose la existencia de una correlación negativa y muy significativa entre el sentimiento de soledad y bienestar psicológico ($\rho = -0.70$). Por otro lado, la dimensión de soledad conyugal mostró una relación negativa y de débil significancia con el bienestar psicológico en la población de estudio ($\rho = -0.30$, $p < 0.01$), de manera que no necesariamente a mayor sentimiento de soledad conyugal, menor bienestar psicológico en los adultos mayores ⁽³⁸⁾.

2.2 BASES TEÓRICAS

ADULTO MAYOR

El término “adulto mayor” ganó popularidad durante la primera década del segundo milenio para referirse a los ancianos o viejitos, haciéndolo menos discriminatorio ⁽³⁹⁾. La edad varía de un país a otro, por ejemplo, en Perú, Colombia y Brasil, se considera adulto mayor a una persona de 60 años en adelante, mientras que, en España, Ecuador, a partir de los 65 años ⁽³⁹⁻⁴³⁾.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) manifiesta que este período comienza a la edad de los 60 años, momento a partir del cual el organismo humano presenta una serie de cambios⁽¹¹⁾.

a) DEMOGRAFÍA:

La región de las Américas ha experimentado una transformación demográfica como parte de un fenómeno global, que depende de la tasa de disminución de la mortalidad y la fecundidad, así como del alcance del impacto de la migración.

En tal sentido se ven reflejados los siguientes cambios graduales:

- Se estima que la proporción de personas mayores en América Latina y el Caribe sea:16.7% en 2030.
- En el grupo de edad de 60 a 79 años, la población aumentará durante el período de seguimiento y pronóstico (1950-2100); con un crecimiento sostenido de alrededor de 200 millones de personas hacia el 2060.
- En el grupo de edad de 80 años la población aumentará paulatinamente a lo largo de 1950 a 2100.

Hay que tener en cuenta que las personas mayores no son un grupo homogéneo, y el proceso de envejecimiento no es igual, ni se dará al mismo ritmo en todos los países tal como se detalla en la imagen (cuadro 1) , en el que se muestra el año para cada uno de los países y se indica entre paréntesis el peso relativo de personas mayores que se alcanzará ^(44,45).

CUADRO 1: AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: FECHA EN QUE LOS PAÍSES IGUALAN LA PROPORCIÓN DE PERSONAS JÓVENES Y DE PERSONAS MAYORES EN LA POBLACIÓN TOTAL (EN PORCENTAJES DE PERSONAS DE 60 AÑOS Y MÁSA)

Fecha	Países	Fecha	Países
2009	Martinica (20,0)	2037	Jamaica (19,5)
2011	Cuba (17,7)	2040	Granada (18,8), Perú (20,3)
2013	Barbados (19,30), Curaçao (20,3), Puerto Rico (20,0)	2042	Argentina (20,4), México (19,5)
2014	Guadalupe (22,0)	2044	El Salvador (19,2), Panamá(21,0)
2016	Aruba (19,0)	2047	República Dominicana (20,2), Venezuela (República Bolivariana de) (19,9)
2021	Uruguay (20,5)	2048	Ecuador (20,6)
2023	Chile (19,1)	2049	Nicaragua (20,0)
2024	Trinidad y Tabago (19,3)	2052	Suriname (20,1)
2025	Santa Lucía (17,7)	2053	Belice (20,1), Honduras (19,3)
2027	Costa Rica (19,0)	2054	Guyana (20,1), Paraguay (20,0)
2030	Brasil (18,9)	2058	Bolivia (Estado Plurinacional de) (20,2)
2031	Antigua y Barbuda (20,2)	2060	Guatemala (20,3)
2032	Colombia (18,9), San Vicente y las Granadinas (19,3)	2066	Haití (19,8)
2034	Bahamas (19,2)	2075	Guayana Francesa (21,6)

FUENTE: NACIONES UNIDAS, WORLD POPULATION PROSPECTS 2019, NUEVA YORK,2019

b) TIPOS DE ADULTO MAYOR

La especialidad médica de Geriatría se basa en escalas para poder clasificar al adulto mayor y en ellas evalúan la capacidad que tienen para ejecutar tareas de la vida cotidiana, de modo que los catalogan de la siguiente forma:

- **Funcionales:** Son adultos mayores independientes, es decir son aquellos que al realizar sus actividades diarias tienen mínima o ninguna dificultad.
- **Disfuncionales:** Son adultos mayores que tienen limitación para ejecutar una tarea básica y mínima de la vida diaria por lo que generalmente dependen de terceras personas⁽⁴⁶⁾.

c) SALUD EN LOS ADULTOS MAYORES

En relación a la afectación física del adulto mayor podemos mencionar que algunos problemas de salud como la disminución o pérdida total de las habilidades motrices, visuales o auditivas son percibidas por ellos al momento de ejecutar las tareas que cotidianamente llevaban a cabo de manera favorable, siendo por tanto las afectaciones más comunes en este grupo etario a nivel del ámbito visual, las cataratas y los errores de refracción. Sumado a ello también encontramos problemas como los dolores en las regiones del dorso y cuello, la osteoartritis, las neumopatías obstructivas crónicas, la diabetes, incontinencia urinaria, úlceras por presión, entre otros. Y a medida que se adquiere mayor edad se genera mayor probabilidad de presentar distintas afecciones. ^(3,46).

En el ámbito de la Salud Mental debemos tener en cuenta que son múltiples los factores implicados desde aquellas causas generales que ocasionan tensión a toda la población, así como a raíz de problemas físicos propios que se presentan en esta etapa de vida como por ejemplo la movilidad, dolor crónico, fragilidad que condiciona al adulto mayor que sea dependiente, lo cual genera en él un sentimiento de no poder valerse por sí solo así como en ocasiones estar aislado, sumado a ello pueden tener sentimientos de soledad o de angustia debido a que experimentan en este período, la pérdida de algún ser querido, un bajo nivel socioeconómico o simplemente el adulto mayor puede padecer de una enfermedad mental como tal que le haga sentir estos tipos de sentimientos⁽⁷⁾.

Además, en la tercera etapa de vida puede presentarse enfermedades neurodegenerativas y neuropsiquiátricas, como demencia, esclerosis múltiple, esquizofrenia, enfermedad de Parkinson que suelen caracterizarse por un déficit intelectual disminuido o marcado afectando su calidad de vida en general. Por otro lado es importante mencionar que los adultos mayores también son vulnerables a sufrir algún tipo de maltrato desde lo sexual a lo psicológico, incluso muchos de ellos son víctimas de abandono, no reciben atención ni respeto por parte de su familia o por la sociedad causándoles problemas psíquicos de carácter crónico, como la depresión y la ansiedad, siendo la ansiedad un estado emocional que incluye síntomas físicos, cognitivos y conductuales que puede interferir en el funcionamiento diario del adulto mayor y a la vez predisponerlo a nuevos problemas de salud. Sin embargo, en

frecuencia en personas mayores a aparte de las alteraciones de la memoria y demencia son los trastornos del ánimo en el que destaca la depresión ^(7,9,46).

d) MORTALIDAD DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR:

Como resultado de la transformación epidemiológica, las enfermedades infecciosas fueron reemplazadas por enfermedades crónicas no transmisibles, convirtiéndose en la primera causa de muerte (87.2%) en los adultos mayores, independientemente de la edad, el país y el sexo. En el año 2019 se incluyeron dentro de las primeras causas de muerte del adulto mayor en la región de las Américas a la cardiopatía isquémica (20.87%), accidente cerebrovascular (9,15%), enfermedad de Alzheimer y otras demencias (8.55%) ⁽⁴⁴⁾.

e) ENVEJECIMIENTO: Este término tiene implicancia en 3 sentidos:

- Cronológicamente, entendiéndose que la edad es importante para comprender este proceso.
- Funcionalmente, en relación a la presencia de limitaciones y discapacidades físicas como cognitivas.
- Vejez como parte de la etapa natural de las personas en la vida que tiene características propias ⁽⁴⁷⁾.

- Definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS)

El envejecimiento se origina por los daños producidos tanto a nivel celular como molecular durante el transcurso de la vida, lo que conduce a una disminución de las facultades físicas y psíquicas de la persona, de igual forma lo predispone a padecer alguna enfermedad, y por último puede ser la causa de muerte en un individuo⁽³⁾.

- Tipos de Envejecimiento:

1.-Envejecimiento ideal. - Cuando se realiza plenamente las actividades básicas de la vida cotidiana, no se diagnostica algún padecimiento crónico, hay buenas condiciones físicas, no hay deterioro cognitivo y se lleva un estilo de hábitos saludables.

2.-Envejecimiento activo. – Cuando se presenta dificultad al realizar algunas actividades de la vida diaria, se diagnóstica alguna enfermedad crónica, hay ausencia de deterioro cognitivo, presencia de factores de riesgo bajo y consideran que su salud es buena.

3.-Envejecimiento habitual. – Cuando hay más de una dolencia crónica, incompetencia funcional leve que no cause dependencia, inexistente o mínimo deterioro cognitivo, presencia de factores de riesgo de bajo a moderado y piensan que su salud es regular.

4.-Envejecimiento patológico. – Cuando se padece de enfermedades crónicas, se objeta el deterioro cognitivo, los factores de riesgos son no relevantes porque la salud de la persona está deteriorada ampliamente de modo que los hábitos o comportamientos no influyen y es por ello que lo catalogan como una salud mala y básicamente la sobrevivencia depende de un tercero^(48,49).

- Década del Envejecimiento Saludable (2021-2030).

El envejecimiento saludable es un proceso continuo de optimización de oportunidades para mantener y mejorar la salud física y mental, la independencia y la calidad de vida a lo largo de la vida⁽¹⁾.

La Asamblea general de las Naciones Unidas fue la que la declaró la Década del Envejecimiento Saludable 2021-2030, y para poder llevarlo a cabo es necesario que se trabaje en los siguientes ámbitos: En reajustar la manera de pensar y sentir con respecto a la edad, fomentar sobre las facultades que poseen las personas mayores, propiciar la atención integral del adulto mayor partiendo de una atención primaria de salud centrada en la persona, y que el acceso a la salud de ellos sea permanente en el tiempo y cuando lo requieran, si se llega a cumplir todo ello estaremos disminuyendo las desigualdades de este grupo etario y velando por la calidad de vida no sólo del adulto mayor sino de su familia y comunidad⁽³⁾.

AUTOEFICACIA

Bandura fue el que introdujo el concepto de autoeficacia entendiéndose por ella como la capacidad posible de poder controlar las propias motivaciones, los procesos de pensamiento, los estados emocionales y los patrones de conducta. Por tanto, identifica que las personas tienden a evitar las situaciones que creen que están más allá de sus capacidades y se enfrentan a situaciones que pueden afrontar. Sin embargo, este concepto fue tomando forma según los años ⁽⁵⁰⁾.

En 1977, Bandura mencionó que es importante distinguir el concepto resultados esperados con el de autoeficacia, ya que el primero se refiere a las posibles consecuencias que pueden

ocurrir tras una acción mientras que la autoeficacia está asociada a la convicción que posee una persona para ejecutar una determinada tarea a fin de alcanzar un resultado⁽⁵⁰⁾. En 1979, el mismo autor señala que las creencias de las personas sobre sí mismas son clave para el control y la competencia individual, y los humanos son vistos como creadores de su propio entorno y sistemas sociales, por lo que puede cambiar el entorno actuando primero y para lograrlo usa como creencia a la autoeficacia, que es la confianza de un individuo en que es capaz de realizar la actividad que está tratando de llevar a cabo ⁽⁵¹⁾. Y para 1997, Bandura argumentó que la autoeficacia conduce a las personas a llevar vidas satisfactorias y plenas al reducir los aspectos desagradables que pueden interferir con el desarrollo normal y según el nivel de autoeficacia que una persona posee, lo llevará a invertir más esfuerzo, asumir tareas de riesgo, ser más asertivo en la toma de decisiones y tener compromiso con el logro de metas altas, por lo tanto, una alta autoeficacia ayuda a superar los problemas personales, situaciones y de comportamiento e incentiva a las personas a abordar circunstancias amenazantes con la creencia de que pueden controlarlas⁽⁵²⁾.

En general, la autoeficacia es una métrica que ayuda a una persona a predecir la intención de participar en actividades saludables, así como en otras áreas de la actividad humana, ya que las personas con una alta autoeficacia se esfuerzan más para enfrentar las dificultades y se animan a seguir adelante, en contraste con aquellas que poseen una baja autoeficacia en la que muchas veces limitan sus esfuerzos e incluso renuncian, puesto que ven las dificultades como obstáculos más allá de su capacidad, por tanto mientras más fuerte sea la autoeficacia, más altas serán las metas que las personas se fijan y tendrán mayor involucramiento con el comportamiento deseado incluso ante el fracaso^(9,53).

a) AUTOEFICACIA EN EL ADULTO MAYOR

Para los adultos mayores, el sentido de autoeficacia tiene implicancias que van más allá de la solución de problemas de orden material, más bien involucra el poder participar en la resolución de conflictos que ocurren en la vida diaria. Las personas de la tercera edad que no son conscientes de su nivel de autoeficacia a menudo tienen baja autoestima y autopercepciones negativas de sus capacidades y son incapaces de hacer frente a los estresores comunes del envejecimiento, y no desarrollan estrategias para lidiar con los

obstáculos, también es más difícil motivarlos para lograr un objetivo específico. De manera que se ha objetivado que existe una conexión positiva entre la autoeficacia y la calidad de vida, que es relevante para el bienestar del adulto mayor^(24,54).

BIENESTAR PSICOLÓGICO

Gran número de modelos teóricos describen, explican y evalúan el bienestar psicológico, siendo el modelo teórico más aceptado el de Carol Riff, entendiéndose por bienestar psicológico como el deseo de mejorar la competencia innata del individuo, en relación con los objetivos de vida, donde la vida de uno tiene sentido para sí mismo, a través de esfuerzos concretos para superar y lograr metas valiosas, comprendiendo de tal forma una visión eudaimónica como indicador de actividad positiva que permite desarrollar habilidades personales y en él se desglosan seis dimensiones, los cuales forman parte de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff:

1.-Autoaceptación:

Se refiere a la valoración positiva de uno mismo incluyendo los aspectos negativos y positivos, de igual forma se mantiene lo positivo de la vida pasada, en caso de no tener una buena autoaceptación la persona no estará satisfecho con su yo y deseará ser quien no es.

2.-Autonomía:

Se refiere al hecho que una persona posee autodeterminación e independencia, así como la capacidad de tomar decisiones sin la influencia o presión de terceras personas, además no está bajo las expectativas de los demás.

3.-Dominio del ambiente:

Hace mención a la capacidad de crear un entorno propicio en el que se puedan cubrir las necesidades y rescatar las oportunidades, sintiéndose con dominio de poder manejar las circunstancias que se presenten e intervenir en el contexto.

4.-Relaciones positivas con otros:

Es cuando uno genera vínculos confiables, satisfactorios e íntimos con personas lo cual es recíproco, además de mostrar calidez, apertura y empatía sin la necesidad de cumplirlo por obligación a largo plazo.

5.-Propósito de vida:

Hace hincapié a la competencia del individuo para plantearse metas en la vida y sentido de direccional, así como darles un sentido a las experiencias vividas y a las que vive y a tener un pensamiento unificador de la vida.

6.-Crecimiento personal:

Describe la existencia de un sentimiento de desarrollo continuo del propio potencial a fin de mejorarla en el transcurso del tiempo, y capacidad para enfrentarse a nuevos desafíos y tareas, además desarrollar nuevas actitudes o conductas⁽⁵⁵⁾.

Por tanto, el bienestar psicológico se centra en el desarrollo de competencias y el crecimiento personal vistos como indicadores clave de un desempeño positivo en contraste con el bienestar subjetivo que ha demostrado interés en estudiar los afectos y la satisfacción con la vida o valoración general de la vida⁽³⁴⁾. Asimismo, puede desempeñar el bienestar psicológico un papel protector de la salud, a mayor bienestar psicológico, menor número de síntomas físicos, ansiedad, susceptibilidad al estrés y depresión, además un buen comportamiento social⁽⁵⁶⁾. De tal forma que el bienestar psicológico juega un rol importante para un desarrollo óptimo a lo largo del ciclo de vida, sin embargo, no parece seguir una trayectoria constante a lo largo⁽³⁵⁾.

a) BIENESTAR PSICOLÓGICO EN EL ADULTO MAYOR

En la vejez, el desarrollo evolutivo es extremadamente importante, porque a medida que las personas envejecen, deben adaptarse a los cambios de índole biológico, social y psicológico, a su vez sus mentes deben estar preparadas para deteriorarse a medida que decae su salud física y psíquica. Por tanto, la salud psicológica en las personas mayores está asociada al acondicionamiento y aprobación de aspectos de satisfacción e insatisfacción que se surgen durante el proceso de envejecimiento. Algunos de los adultos mayores se dice que reportan un alto nivel de bienestar psicológico porque sus metas no son lo que eran hace 10 años, lo que disminuye la frustración cuando las metas establecidas no se pueden alcanzar en cierta medida a esta edad^(37,57).

2.3 DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES

Bienestar psicológico: Definido como el desarrollo de capacidades y del crecimiento personal cuando una persona exhibe indicadores que reflejan una actividad positiva.

Autoeficacia: Creencia a largo plazo de una persona sobre sus capacidades para hacer frente adecuadamente a diversos factores estresantes cotidianos.

Edad: Tiempo de vida expresada en años cumplidos contando desde su nacimiento.

Sexo: Condición orgánica que distingue a las mujeres y hombres.

Estado civil: Condición de una persona que determina su situación jurídica.

Grado de instrucción: Nivel de educación más alto que una persona ha alcanzado.

CAPÍTULO III HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 HIPÓTESIS: GENERAL, ESPECÍFICAS

3.1.1. Hipótesis General

Existe asociación entre autoeficacia y bienestar psicológico en los adultos mayores del programa pensión 65 del Distrito de Caraz-Ancash en el año 2022.

3.1.2. Hipótesis Específicas:

- a) Existe un nivel bajo de autoeficacia en los adultos mayores.
- b) Existe un nivel bajo de bienestar psicológico en los adultos mayores.
- c) Existe asociación entre las variables sociodemográficas y bienestar psicológico en los adultos mayores.

3.2 VARIABLES PRINCIPALES DE INVESTIGACIÓN

-Variable dependiente

Bienestar psicológico

-Variable independiente

Edad

Sexo

Estado civil

Grado de instrucción

Autoeficacia

CAPÍTULO IV METODOLOGÍA

4.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Se realizó un estudio cuantitativo, observacional, analítico y transversal.

Cuantitativo, porque se recogió los datos y se estudió con métodos estadísticos posibles las relaciones entre las variables.

Observacional, porque no existió intervención. Es decir, no se manipuló las variables, sólo se observó.

Analítico, debido a que se analizó la asociación entre las 2 variables que se utilizaron en el estudio.

Transversal, porque se realizó en una sola unidad de tiempo.

4.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

4.2.1 Población

La población estuvo constituida por 740 adultos mayores pertenecientes al programa pensión 65 en el año 2022 del distrito de Caraz, ubicado en la Provincia de Huaylas en el departamento de Ancash.

4.2.2 Muestra

4.2.2.1 Tamaño muestral

Debido a que no se encontró antecedentes claros del tema de nuestra población de estudio, se realizó una prueba piloto con 100 adultos mayores para determinar el cálculo de la muestra, usando para ello el programa Epidat 4.2 en el que se obtuvo un tamaño de muestra total de 328 adultos mayores a partir de un P1 de 36%, P2 de 22%, un nivel de confianza de 95% y con una potencia estadística de 80%.

[24] Tamaños de muestra. Comparación de proporciones independientes:

Datos:

Proporción esperada en:	
Población 1:	36,000%
Población 2:	22,000%
Razón entre tamaños muestrales:	1,00
Nivel de confianza:	95,0%

Resultados:

Potencia (%)	Tamaño de la muestra*		
	Población 1	Población 2	Total
80,0	164	164	328

*Tamaños de muestra para aplicar el test χ^2 sin corrección por continuidad.

4.2.2.1 Tipo de muestreo

Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia.

4.2.2.2 Criterios de selección de la muestra

Criterios de inclusión:

- ✓ Adultos mayores de ambos sexos
- ✓ Adultos mayores que deseen ser evaluados, otorgando su permiso correspondiente por medio del consentimiento informado

Criterios de exclusión:

- ✓ Adultos mayores con discapacidad mental o enfermedad cognitiva.

4.3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Las variables utilizadas en la presente tesis se encuentran estructuradas en una tabla (anexo 8), el cual incluye la definición conceptual, definición operacional, el tipo de variable, así como sus respectivas escalas de medición, indicadores y categorización.

4.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Para el trabajo de investigación se empleó una ficha sociodemográfica y 2 instrumentos psicométricos que fueron validados para nuestra población en estudio (anexo 9):

- a) Ficha sociodemográfica: Con el fin de recoger información específica de los adultos mayores en estudio con respecto a la edad, el sexo, el estado civil y grado de instrucción.

- b) La versión española de la Escala de Autoeficacia General de Schwarzer y Jerusalem (Baessler & Schwarzer, 1996): Para medir la autoeficacia la cual está compuesta por 10 ítems con escala tipo Likert de 4 puntos que va desde “incorrecto” a “cierto”. El puntaje mínimo fue 10 y 40 como máximo y mientras mayor el puntaje obtenido mayor el nivel de autoeficacia ⁽⁵⁸⁾. Se realizó un análisis de confiabilidad y validez en una muestra piloto de 100 participantes encontrando un Alpha de Cronbach de 0.90 en el instrumento final, evidenciando una consistencia interna adecuada. El análisis de evidencia de validez de criterio presentó índices que respaldaron su uso.

- c) Escala de Bienestar Psicológico (Psychological Well-Being Scales) – Versión Española breve, compuesta por 29 ítems con un formato de respuesta tipo Likert con valores comprendidos entre 1 y 6, donde 1 es totalmente en desacuerdo y 6 totalmente de acuerdo y entre más puntaje de la sumatoria total mayor bienestar psicológico⁽⁵⁹⁾. Se realizó un análisis de confiabilidad y de evidencias de validez en una muestra piloto de 100 participantes, presentando un Alpha de Cronbach de 0.61 confirmando una adecuada consistencia interna. El análisis de evidencia de validez dada por análisis factorial confirmó la unidimensionalidad del instrumento y presentó índices que respaldaron su uso en nuestro medio.

4.5 RECOLECCIÓN DE DATOS

Una vez obtenido el permiso para la ejecución del estudio se encuestó en los domicilios de los adultos mayores, quienes luego de leer y firmar el consentimiento informado (anexo 10), llenaron la ficha sociodemográfica y los 2 cuestionarios, también se les brindó las indicaciones necesarias para que no tengan ninguna dificultad en responder los cuestionarios y ante cualquier duda podían pedir ayuda a la evaluadora.

4.6 TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Terminado de recolectar los datos, estos fueron tabulados en el programa de Microsoft Excel, para ello se le otorgó un código a cada una de las categorías de las variables.

El análisis estadístico de las variables de estudio se realizó mediante el programa STATA versión 17. Para determinar la asociación se utilizó la medida de razón de prevalencia (RP) y se consideró como estadísticamente significativa cuando el resultado del p fue inferior a 0.05 con un intervalo de confianza del 95%. Asimismo, como parte del análisis multivariado se empleó el Modelo de Regresión de Poisson con varianza robusta para obtener la razón de prevalencia crudo (RPc) y la razón de prevalencia ajustada (RPa) verificando los intervalos de confianza al 95%. Por último, ordenamos los resultados en tablas en Microsoft Excel para luego incluirlo en nuestra investigación y poder interpretarlas.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN:

La presente tesis contó con la aprobación del Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma con código PG 120-2022, asimismo, con la firma del consentimiento informado de los adultos mayores a los que se les brindó información sobre la naturaleza y beneficios del trabajo de investigación, cabe resaltar que se respetó la confidencialidad de su identidad e imagen de cada adulto mayor, también su integridad moral, psíquica, física y su libre desarrollo y bienestar e igualmente se les brindó un trato digno siempre velando por su seguridad.

CAPÍTULO V RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1 RESULTADOS

Tabla 1. Análisis Descriptivo de las Variables Sociodemográficas, la Autoeficacia y Bienestar psicológico en los Adultos Mayores del Programa Pensión 65 del Distrito de Caraz – Ancash en el año 2022.

Características	Total
	n (%)
Sexo	
Femenino	192 (58.54)
Masculino	136 (41.46)
Edad (años)	
65 a 79 años	213 (64.94)
80 años a más	115 (35.06)
Estado Civil	
Soltero/a	78 (23.78)
Casado/a	110 (33.54)
Viudo/a	112 (34.25)
Separado/a	9 (2.74)
Conviviente	19 (5.79)
Grado de instrucción	
Primaria incompleta	206 (62.80)
Primaria completa	111 (33.84)
Secundaria incompleta	5 (1.52)
Secundaria completa	5 (1.52)
Superior completa	1 (0.30)
Autoeficacia	
Bajo	155 (45.26)
Alto	173 (54.74)
Bienestar psicológico	
Bajo	150 (45.73)
Alto	178 (54.27)

En este estudio se encuestaron a un total de 328 participantes, de los cuales 192 (58.54%) fueron del sexo femenino y 213 (64.94%) tuvieron de 65 a 79 años. En relación al estado civil de los encuestados los casados y viudos son los más representativos de la muestra con 110 (33.54%) y 112 (34.25%) respectivamente. Una de las variables de estudio también fue el grado de instrucción, a tomar en cuenta que 206 (62.80%) de los participantes en este

estudio solamente tuvieron educación primaria incompleta. Con respecto a las variables de estudio 173 (54.74%) presentaron una alta autoeficacia mientras que 178 (54.27%) tiene alto bienestar (ver tabla 1).

Tabla 2. Análisis Bivariado de las características asociadas al Bienestar psicológico en los Adultos Mayores del Programa Pensión 65 del Distrito de Caraz – Ancash en el año 2022.

Características	Bienestar psicológico		p*
	No	Si	
	n (%)	n (%)	
Sexo			
Femenino	108 (56.25)	84 (43.75)	< 0.001
Masculino	42 (30.88)	94 (69.12)	
Edad (años)			
65 a 79 años	75 (35.21)	138 (64.79)	< 0.001
80 años a más	75 (65.22)	40 (34.78)	
Estado Civil			
Soltero/a	44 (56.41)	34 (43.59)	0.014
Casado/a	45 (40.91)	65 (59.09)	
Viudo/a	51 (45.54)	61 (54.46)	
Separado/a	0 (0.00)	9 (100.00)	
Conviviente	10 (52.63)	9 (47.37)	
Grado de instrucción			
Primaria incompleta	120 (58.25)	86 (41.75)	< 0.001
Primaria completa	27 (24.32)	84 (75.68)	
Secundaria incompleta	3 (60.00)	2 (40.00)	
Secundaria completa	0 (0.00)	5 (100.00)	
Superior completa	0 (0.00)	1 (100.00)	
Autoeficacia			
Bajo	75 (35.21)	138 (64.79)	< 0.001
Alto	75 (65.22)	40 (34.78)	

* Realizado con la prueba de chi cuadrado, nivel de significancia $p < 0.05$

Al realizar el análisis bivariado en este estudio se constató diferencias significativas en relación al bienestar psicológico de los adultos mayores encuestados con respecto al sexo ($p < 0.001$), la edad ($p < 0.001$), estado civil ($p = 0.014$), grado de instrucción ($p < 0.001$) y la autoeficacia ($p < 0.001$). Observándose que el bienestar psicológico se manifestó con mayor frecuencia, en los adultos mayores de sexo masculino con un 69.12%, en la edad de 65- 79 años con un 64.79%, así como en un 100% en aquellos que estaban separados y contaban con un grado de instrucción de superior completa y secundaria completa. También se

evidenció que 65.22% de las personas que poseen alta autoeficacia no tuvieron bienestar psicológico y un 34.78% tuvo bienestar psicológico. (ver tabla 2)

Tabla 3. Análisis Multivariado con el Modelo de Regresión de Poisson con varianza robusta para evaluar la asociación entre las variables de estudio con el Bienestar psicológico en los Adultos Mayores del Programa Pensión 65 del Distrito de Caraz – Ancash en el año 2022.

Características	Bienestar psicológico					
	Análisis Crudo			Análisis Ajustado**		
	RPc	IC 95%	p*	RPa	IC 95%	p*
Sexo						
Femenino	Ref.			Ref.		
Masculino	1.58	1.29 - 1.92	< 0,001	1.28	1.03 - 1.60	0.024
Edad (años)						
65 a 79 años	Ref.			Ref.		
80 años a más	0.53	0.41 - 0.70	< 0,001	0.67	0.51 - 0.88	0.004
Estado Civil						
Soltero/a	Ref.			Ref.		
Casado/a	1.36	1.00 - 1.82	0.045	1.04	0.79 - 1.38	0.751
Viudo/a	1.24	0.92 - 1.69	0.152	1.23	0.93 - 1.62	0.146
Separado/a	2.29	1.78 - 2.95	< 0,001	1.71	1.23 - 2.37	0.001
Conviviente	1.08	0.63 - 1.86	0.762	0.97	0.60 - 1.56	0.902
Grado de instrucción						
Primaria incompleta	Ref.			Ref.		
Primaria completa	1.81	1.49 - 2.19	< 0,001	1.31	1.06 - 1.63	0.014
Secundaria incompleta	0.96	0.32 - 2.48	0.393	0.62	0.21 - 1.85	0.394
Secundaria completa	2.40	2.04 - 2.81	< 0,001	1.43	1.11 - 1.86	0.006
Superior completa	2.40	2.04 - 2.81	< 0,001	1.49	1.09 - 2.04	0.011
Autoeficacia						
Bajo	Ref.			Ref.		
Alto	2	1.67 - 2.68	< 0,001	1.61	1.24 - 2.07	< 0,001

**Ajustado por cada variable de estudio

* Valor p significativo: $p < 0.05$

RP: Razón de prevalencia, IC 95%: Intervalo de confianza

Al realizar el análisis multivariado en los adultos mayores se encontró que el sexo tuvo una asociación significativa con el bienestar psicológico, siendo el sexo masculino el que presentó 28% mayor probabilidad de tener alto bienestar psicológico con respecto al sexo femenino (RPa: 1.28; IC 95% 1.03-1.60, $p=0.024$). Así mismo la edad tuvo una asociación significativa, la edad de 80 años a más redujo la probabilidad de tener alto bienestar

psicológico en un 33% en comparación al grupo de edad de 65 a 79 años (RPa: 0.67; IC 95% 0.51-0.88), $p=0.004$). Por otro lado, se presentó una asociación significativa con el estado civil, pues el estar separado/a aumentó la probabilidad de tener alto bienestar psicológico en un 71% con respecto a los solteros/as (RPa: 1.71; IC 95% 1.23-2.37, $p=0.001$). También se obtuvo una asociación significativa con el grado de instrucción, donde el contar con primaria completa, secundaria completa y superior completa aumentó la probabilidad de tener un alto bienestar en un 31% ,43% y 49% respectivamente, en contraste con los que sólo tienen primaria incompleta. (RPa: 1.31; IC 95% 1.06-1.63, $p=0.014$, RPa: 1.43; IC 95% 1.11-1.86, $p=0.006$ y RPa: 1.49; IC 95% 1.09-2.04, $p=0.011$).

Finalmente, el objetivo de esta investigación fue determinar la asociación entre la autoeficacia y el bienestar en los adultos mayores del programa pensión 65 del distrito de Caraz – Ancash en el año 2022, encontrándose que existió una asociación significativa entre la autoeficacia y el bienestar psicológico (RPa: 1.61; IC 95% 1.24-2.07, $p<0.001$). Los adultos mayores que tuvieron como resultado una alta autoeficacia tiene 1.61 veces la probabilidad de tener alto bienestar para la muestra recolectada y se puede asegurar con un 95% de confianza que para la población de estudio esta probabilidad va desde 1.24 a 2.07 veces. (ver tabla 3).

5.2 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En la actualidad el desarrollo de investigaciones que tengan como objetivo el grupo poblacional del adulto mayor cada vez son más numerosos y viables, tomando en cuenta que es un grupo desplazado por estereotipos sociales se debe hacer hincapié en la importancia de implementar estrategias basadas en evidencia en este sector poblacional. Por tanto, el resultado de esta investigación que tuvo como objetivo determinar la asociación entre Autoeficacia y Bienestar Psicológico en los adultos mayores del Programa Pensión 65 del Distrito de Caraz-Ancash en el año 2022 fue de que si hay una relación estadísticamente significativa entre ambas variables de interés (RPa: 1.61; IC 95% 1.24-2.07, $p<0.001$).

Lo demostrado previamente es parecido a lo reportado en otras publicaciones, aunque no incluya a la población adulta mayor, como en la investigación de Suriá y Ortigosa, en donde se encontró que la autoeficacia se relaciona significativamente con la escala total ($F(3,90)=$

4.81, $p < 0.001$, $n_2 = 0.27$) y en las dimensiones que integran el constructor de bienestar psicológico⁽⁶⁰⁾. De igual manera en el estudio ejecutado por Milam LA et al. se demostró una asociación positiva y estadísticamente significativa entre la autoeficacia y el bienestar psicológico general ($B = 0.34$, $p = 0.001$)⁽⁶¹⁾. Por otra parte en los trabajos realizados por Pavón M, Rubio Rubio et al. y Mamta y Sharma N, se evidenció la correlación entre las variables de estudio en la tercera edad, coincidiendo con los resultados encontrados en esta investigación^(16,17,62). Asimismo, Mesa-Fernández M et al., manifiestan que los adultos mayores con mayor autoestima y autoeficacia se caracterizan por presentar niveles más altos de bienestar psicológico⁽¹⁵⁾; lo mismo es afirmado por Bagheri et al., que refieren que mejorando el nivel de autoeficacia, las personas mayores pueden experimentar un mayor bienestar psicológico⁽¹⁹⁾.

Una explicación a lo descrito es que la autoeficacia prima sobre la confianza en uno mismo, lo que conduce a una mejor capacidad para afrontar situaciones difíciles y adaptarse mejor a cambios importantes en la vida, necesarios para lograr una adecuada salud mental⁽²⁵⁾. Y más aún en esta etapa de la vida donde los sujetos que se aluden como más autoeficaces van a ser capaces de afrontar todas las limitaciones inherentes que se presentan al envejecer y por ende deberán sentirse con mayor bienestar psicológico lo cual podría ser de interés para enfocarse en diferentes factores que podrían sumar favorablemente al desarrollo del correcto bienestar psicológico del adulto mayor⁽¹⁶⁾. Puesto que la autoeficacia en personas mayores mejora varios aspectos relacionados con la calidad de vida de manera integral en las dimensiones psicológicas, sociales y de salud. Cabe resaltar que algunos estudios mencionan que ciertos aspectos del bienestar psicológico de una persona empeoran con la edad al igual que se pierde motivación y participación en diversos programas dirigidos al desarrollo y la salud mental del individuo⁽⁶³⁾.

Por otro lado, en esta tesis se halló que el nivel de autoeficacia fue alto en un 54.74% de los adultos mayores, concordando con la investigación de Tapia C et al., donde la autoeficacia fue valorada como alta en el 68,3% de los integrantes del estudio⁽²⁴⁾. De igual manera Cybulski M et al., encontraron que los adultos de 60 a 69 tuvieron un nivel alto de autoeficacia en un 59.74%, mientras que, por encima de los 80 años, el 52.27% obtuvo un nivel bajo, ello se explica por la relación inversa que existe entre la edad y la autoeficacia

⁽⁹⁾.Por su parte Juárez Candelaria A et al., hallaron que el 81.7% tenía un nivel moderado de autoeficacia⁽³³⁾.

Igualmente el nivel de bienestar psicológico en nuestra estudio, fue alto en el 54,27% de los adultos mayores, lo cual se asemeja a los trabajos encontrados por Méndez-Chávez A y García-Espinoza D et al. , donde alrededor del 53.3 % y 55% de los encuestados poseen un bienestar psicológico alto respectivamente^(64,65) . Esto difiere a lo encontrado por Ruiz y Blanco, donde se reflejó que el bienestar psicológico de la población en general se encuentra en un 66.66% de nivel moderado, pero esto se puede mejorar individualmente utilizando técnicas cognitivas ⁽²⁸⁾. Los hallazgos de nuestra investigación con respecto a los niveles alcanzados indican que los adultos mayores aún tienen cierto grado de independencia a la hora de afrontar y resolver problemas ⁽³³⁾. También se trata de adultos mayores que tienen una conciencia positiva de diversos aspectos de su vida desde lo material, laboral, subjetivo y relacional, hasta el desarrollo del entorno asociado al proceso del envejecimiento. Además, pueden tomar decisiones por sí mismos, lo que aumenta la probabilidad de que puedan funcionar mejor en contextos sociales ⁽⁶⁴⁾.

Con respecto a las demás variables sociodemográficas obtenidas en este estudio, se encontró que el sexo está asociado fuertemente al bienestar psicológico en el adulto mayor, siendo ello a favor del sexo masculino (RPa: 1.28; IC 95% 1.03-1.60, p=0.024). Lo que concuerda con los trabajos realizado por Vivaldi y Barra , obteniéndose mayor bienestar psicológico en las hombres, tanto a nivel global como en la mayoría de sus dimensiones($t= 2.64$, $p < 0.01$) ⁽²¹⁾ y el de Dorji N et al., confirmándose que los hombres mayores reportaron un mejor bienestar en cada uno de los ítems en comparación con las mujeres mayores ($p < 0.001$)⁽²⁹⁾ . Siguiendo la misma línea Meléndez JC et al., también encontraron diferencias significativas de género sobre las dimensiones de bienestar psicológico (Traza de Pillai=0.040, $F=3.91$, $p=0.001$, $n_2=.040$), sobre todo en autonomía, crecimiento personal y autoaceptación, siendo en estos casos más altas las puntuaciones de los hombres con respecto a las mujeres ⁽⁸⁾. Estos estudios difieren a lo hallado por Palma-Candia et al. , en donde el sexo no se asocia con el valor superior de bienestar psicológico cuando se toma en cuenta el total de la escala ($p=0.869$) ⁽²⁶⁾. Del mismo modo Solis y Villegas encuentran que no existen diferencias significativas entre el género y el bienestar psicológico con excepción de la dimensión de propósito con la

vida a favor de las mujeres ⁽³⁷⁾. La asociación encontrada en nuestro estudio estaría relacionado con el hecho de que los hombres se sienten con mayores capacidades para afrontar la vejez lo cual se traduce en un bienestar psicológico alto ⁽¹⁶⁾. Además, a diferencia de los hombres, las mujeres se caracterizan por tener un estilo cognitivo más negativo y por utilizar estilos de afrontamiento emocional desadaptativos, se postula también que con la edad, las mujeres son más susceptibles a los efectos de los estereotipos y tienen menores niveles de autoconcepto y son más propensas a desarrollar emociones negativas. Como resultado, es posible que sean menos capaces de controlar el contexto de su desarrollo personal y del entorno ⁽³⁵⁾. Por tanto, los adultos mayores que tengan la capacidad de afrontar de manera correcta los problemas de salud y mantienen su bienestar psicológico adquieren un factor protector para su salud desde tener menor riesgo de desarrollar enfermedades crónicas, como el de poseer un predictor de longevidad. ⁽⁶⁶⁾.

En relación al estado civil, el estudio realizado por Palma-Candia et al., manifiestan que esta variable no se asocia con el mayor grado de bienestar psicológico ($p=0.493$) ⁽²⁶⁾. En contraste con Morell-Mengual V et al., que señalan que el mayor nivel de bienestar psicológico se asocia notablemente con sostener un vínculo amoroso con una pareja permanente, siendo las puntuaciones medias de quienes viven en pareja significativamente superiores, en las variables: relaciones positivas ($p = 0.01$), autonomía ($p = 0.033$), dominio del entorno ($p = 0.05$) ⁽²⁰⁾. También Dorji N et al., establecieron una relación estadísticamente significativa con el bienestar psicológico ($P=0.036$) a favor de los participantes casados en comparación con los que nunca se casaron o los viudos ⁽²⁹⁾. Congruentemente Vivaldi y Barra, argumentan que al comparar a las personas las que tienen pareja, ello incluye a las casadas/os y convivientes; y las que no tienen pareja abarcando a solteras/os, separadas/os y viudas/os, los del primer grupo obtuvieron mayor grado de bienestar, siendo este aspecto un factor imprescindible para el bienestar psicológico ⁽²¹⁾. Esta diferencia puede deberse a que las personas divorciadas, solteras o viudas tienen más dificultades para adaptarse física y psicológicamente, además de contar con un menor apoyo social percibido, lo cual puede ser una fuente importante para enfrentar el estrés psicosocial, añadido a ello carecen de validación por parte de una pareja, presentan mayores tasas de morbimortalidad y accidentes que aquellos con pareja ⁽²¹⁾. Por su parte, Aguilar-Sizer M et al., en su investigación encontraron que en la adultez tardía, las féminas divorciadas a diferencias de las solteras

poseían significativamente un nivel superior de bienestar ($P=0.013$)⁽³²⁾. Esto último coincide con el hallazgo de nuestro estudio puesto que fueron los separados/as los que tenían mayor probabilidad de tener un alto bienestar psicológico en un 71% frente a los solteros/as. Aunque estos hallazgos son válidos, esto podría explicarse por la menor frecuencia de personas solteras en nuestra población, asimismo se podría inferir que no necesariamente el tener un vínculo amoroso origina que la persona mayor no tenga un buen bienestar psicológico ⁽³⁸⁾.

Con respecto a la variable edad existen postulados en la literatura que vinculan mayor grado de bienestar con una edad mayor o menor, así como postulados de que no existe una relación estadísticamente significativa con el bienestar psicológico y si se llegará a objetar un leve descenso del bienestar psicológico, ello no sólo dependería de la edad sino de otros aspectos ⁽²⁶⁾. Partiendo de esa premisa, los estudios desarrollados por Palma-Candia et al. y Dorji N et al., no determinaron diferencias significativas entre los niveles de bienestar psicológico con la edad ($p=0.307$) y ($p=0.203$) respectivamente ^(26,29). En contraste con lo hallado por Aguilar-Sizer M et al., en donde se comprobó la diferencia significativa del bienestar con el intervalo de edad de la persona ($p<0.01$), siendo los de la adultez tardía los que sacaron mayores niveles de bienestar ⁽³²⁾. De manera similar Izquierdo Romo et al., verificaron que los grupos de edad diferían estadísticamente en términos de bienestar psicológico ($p < 0.05$), con mayor frecuencia en los participantes de la tercera edad ⁽⁶⁷⁾. Mientras que Meléndez et al., establecieron que existe una relación inversa entre la edad y el bienestar ($\rho = -0.224$, $p = 0.003$) de manera que existe un descenso del bienestar global con la edad ⁽⁶⁸⁾. Coincidiendo con nuestro resultado de investigación en el que son los adultos mayores de 80 a más los que tuvieron menor probabilidad en un 33% de presentar alto bienestar psicológico. Esto como consecuencia de la fragilidad, la cual se va presentando mientras más avanzada edad presente, de la actividad física y la dependencia de diversas actividades como el consumir alimentos, desarrollar actividades que antes lo solían realizar sin ayuda o incluso el no contar con los recursos económicos y humanos para su debida atención puede mermar su bienestar psicológico ⁽⁶³⁾.

En cuanto al grado de instrucción, en nuestro estudio se evidenció una relación significativa entre esta variable y el bienestar psicológico indicándose que el contar con primaria completa, secundaria completa y superior completa aumentó la probabilidad de tener un alto bienestar

en un 31% ,43% y 49% respectivamente (RPa: 1.31; IC 95% 1.06-1.63, $p=0.014$, RPa: 1.43; IC 95% 1.11-1.86, $p=0.006$ y RPa: 1.49; IC 95% 1.09-2.04, $p= 0.011$), en contraste con los que sólo tienen primaria incompleta. Este resultado es similar al obtenido en el estudio de Cáceres et al, en el cual se indica que sí hay diferencias significativas con la mayor preparación académica con respecto al bienestar psicológico⁽²³⁾. Asimismo, en el estudio de Dorji N et al., el bienestar se asoció significativamente con el nivel de educación ($P<0.001$)⁽²⁹⁾. En la misma línea de investigación, al llevar a cabo el análisis de las variables bienestar y nivel educativo, Aguilar-Sizer M et al., observaron que es evidente la correspondencia entre dichas variables en la adultez tardía ($p=0.042$)⁽³²⁾. De igual manera Palma-Candia et al., hallaron una asociación entre las variables, sosteniéndose que a mayor nivel educativo mayor puntuación en la escala. Esta diferencia estadísticamente significativa sobre todo se da en la dimensión de crecimiento personal en relación a escolaridad ($p = 0.011$)⁽²⁶⁾. Asimismo, Carmona y Ribeiro, manifiestan que la escolaridad en adultos mayores autónomos sean sanos o enfermos tiene una relación predictiva estadísticamente significativa ($p=0.0001$) con respecto al bienestar⁽⁷⁰⁾. Por ende a mayor nivel de educación mayor es el nivel de bienestar psicológico y esto se debe al hecho de que aquellas personas que tienen un nivel educativo superior adquieren mejores recursos para anteponerse ante sucesos difíciles , haciendo uso de técnicas de adaptación y autorregulación⁽¹⁵⁾. La educación también contribuye significativamente al desarrollo socioeconómico de los ingresos y a la alta autonomía en la elección de ocio, un mayor acceso a bienes, servicios y relaciones que promueve la experiencia de mayor bienestar psicológico y por ende a una adecuada salud en la vejez⁽²⁹⁾.

Existen algunas limitaciones que se deben considerar en este estudio, como la escasa literatura internacional y nacional que midan estas dos variables en los adultos mayores, lo que dificultó la búsqueda, sin embargo, no impidió llevar a cabo una comparación directa y detallada. Asimismo, el tipo de muestreo, debe considerarse como una limitación a tenerse en cuenta al momento de realizar la interpretación de los resultados, al inferir causalidades y al generalizar sobre la población de estudio, pese a que en nuestra investigación no se encontró indicios que repercutan en el desenlace.

Finalmente, se puede concluir que existe una relación de interés en cuanto a la autoeficacia y el bienestar psicológico en los adultos mayores que participaron en este estudio, estos resultados pueden ser de utilidad para poder generar diversas estrategias relacionadas a este sector público. Sería importante también el desarrollo de otros proyectos de investigación tomando en cuenta otras variables de estudio para poder ampliar el universo de factores que estén relacionados a estas variables de interés.

CAPÍTULO VI CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. CONCLUSIONES

- Existe una asociación significativa entre la autoeficacia y bienestar psicológico en los adultos mayores del programa pensión 65 del distrito de Caraz-Ancash en el año 2022.
- Existe un nivel alto de autoeficacia en la población de estudio.
- Existe un nivel alto de bienestar psicológico en la población de estudio.
- Existe una asociación significativa entre las variables sociodemográficas utilizadas en este estudio como: edad, sexo, estado civil, grado de instrucción con respecto al bienestar psicológico.

6.2. RECOMENDACIONES

- Se recomienda al Estado Peruano que a través del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social que aparte de prestar apoyo económico, implemente dentro del Programa Pensión 65 centros de atención de salud mental exclusivo para los beneficiarios de este programa a efectos de fortalecer su autoeficacia y con ello su bienestar psicológico.
- Se recomienda que el gobierno local de Caraz implemente programas de autoeficacia guiadas para la población adulta mayor, a fin de seguir manteniendo el nivel de autoeficacia alcanzado y elevar a quienes lo requieren.
- Se recomienda al gobierno distrital efectuar campañas de socialización, terapias grupales, así como actividades de prevención que aborden factores de riesgo específicos que pueden afectar la adaptación durante la etapa de envejecimiento a fin de optimizar un bienestar psicológico adecuado.
- Se recomienda que teniendo como base estos hallazgos se generen a nivel nacional más proyectos de investigación para estudiar los factores que influyen en los adultos mayores y que están aún más estrechamente relacionados al bienestar psicológico. Puesto que la salud integral juega un papel muy importante en el correcto desarrollo de las personas mayores, teniendo en cuenta sus aspectos psicológicos, sociales y personales.

- Se recomienda también poder replicar este estudio en diferentes grupos poblacionales mejorando la metodología usada y brindar resultados más fiables.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. Envejecimiento Saludable [Internet]. 2022 [citado el 21 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/envejecimiento-saludable>
2. Tkatch R, Musich S, MacLeod S, Kraemer S, Hawkins K, Wicker ER, et al. A qualitative study to examine older adults' perceptions of health: Keys to aging successfully. *Geriatr Nurs N Y N*. 2017;38(6):485–90. doi:10.1016/j.gerinurse.2017.02.009
3. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud [Internet]. 2022 [citado el 21 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
4. Aranco N, Stampini M, Ibararán P, Medellín N. Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe [Internet]. Inter-American Development Bank; 2018 ene [citado el 21 de noviembre de 2022]. doi:10.18235/0000984
5. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Indicadores del adulto mayor [Internet]. 2022 [citado el 21 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://m.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/03-informe-tecnico-poblacion-adulta-mayor-abr-may-jun-2022.pdf>
6. Han K, Lee Y, Gu J, Oh H, Han J, Kim K. Psychosocial factors for influencing healthy aging in adults in Korea. *Health Qual Life Outcomes*. 2015;13(31):1–10. doi:10.1186/s12955-015-0225-5
7. Organización Mundial de la Salud. La salud mental y los adultos mayores [Internet]. 2017 [citado el 21 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>
8. Meléndez JC, Tomás JM, Navarro E. Actividades de la vida diaria y bienestar y su relación con la edad y el género en la vejez. *An Psicol*. 2011;27(1):164–9.
9. Cybulski M, Cybulski L, Krajewska-Kulak E, Cwalina U. The level of emotion control, anxiety, and self-efficacy in the elderly in Bialystok, Poland. *Clin Interv Aging*. 2017;12:305–14. doi:10.2147/CIA.S128717
10. Programa Nacional de Asistencia Solidaria Pensión 65. Información institucional [Internet]. [citado el 21 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/pension65/institucional>
11. Organización Mundial de la Salud. Década del envejecimiento saludable: Plan de acción [Internet]. 2020 [citado el 15 de noviembre de 2022] p. 1–31. Disponible en: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/decade-proposal-final-apr2020rev-es.pdf?sfvrsn=b4b75ebc_25&download=true

12. Vargas-Santillán M de L, Arana-Gómez B, García-Hernández M de L, Ruelas-González MG, Melguizo-Herrera E, Ruiz-Martínez AO. Significado de salud: la vivencia del adulto mayor. *Aquichan*. 2017;17(2):171–82. doi:10.5294/aqui.2017.17.2.6
13. Girón JEB. Enfoque de la valoración neurogeriátrica integral en el envejecimiento saludable. *Rev Académica CUNZAC*. 2021;4(1):75–80. doi:10.46780/cunzac.v4i1.35
14. Alvarez-Cabrera PL, Lagos-Lazcano JP, Urtubia Medina YA. Percepción de Bienestar Psicológico y Apoyo Social Percibido en adultos mayores. *Fides Ratio - Rev Difus Cult Científica Univ Salle En Bolív*. 2020;20(20):37–60.
15. Mesa-Fernández M, Pérez-Padilla J, Nunes C, Menéndez S. Bienestar psicológico en las personas mayores no dependientes y su relación con la autoestima y la autoeficacia. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2019;24(1):115–24. doi:10.1590/1413-81232018241.35302016
16. Pavon M. Relación entre autoeficacia para envejecer y bienestar psicológico: un estudio comparativo en la ciudad de Mar del Plata según grupo de edad y género. 2012;121–5.
17. Rubio Rubio L, Dumitrache Dumitrache CG, Buedo Guirado C, Cabezas Casado JL. Autoeficacia general percibida y bienestar psicológico. *Rev Esp Geriatria Gerontol*. 2018;53:61. doi:10.1016/j.regg.2018.04.446
18. Toledano-González A, Labajos-Manzanares T, Romero-Ayuso D. Well-Being, Self-Efficacy and Independence in older adults: A Randomized Trial of Occupational Therapy. *Arch Gerontol Geriatr*. 2019;83:277–84. doi:10.1016/j.archger.2019.05.002
19. Bagheri MJ, Asgharnejad Farid A, Nasrolahi B. The Relationship Between Self-Efficacy and Quality of Life Through the Mediating Role of Psychological Well-Being in the Elderly. *Aging Psychol*. 2022;8(1):39–54. doi:10.22126/JAP.2022.7431.1602
20. Morell-Mengual V, Ceccato R, Nebot-García JE, Chaves I, Gil-Llario MD. Actitudes hacia la sexualidad y bienestar psicológico en personas mayores. *Rev INFAD Psicol Int J Dev Educ Psychol*. 2018;4(1):77–84. doi:10.17060/ijodaep.2018.n1.v4.1270
21. Vivaldi F, Barra E. Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores. *Ter Psicológica*. 2012;30(2):23–9. doi:10.4067/S0718-48082012000200002
22. Lozano-Reyes I, Alejandro-Cuvas HF, García-González NM, Trejo-García Á, Cano-Estrada EA. Autoeficacia y Calidad de vida en adultos mayores que viven con Diabetes tipo 2. *SALUD EN TABASCO*. 2021;27(3):94–100.
23. Fabián DJC, Villamizar MAS, Sepúlveda AD. Bienestar psicológico y variables sociodemográficas en el adulto mayor de dos instituciones de la ciudad de Cúcuta. *Rev Infometric*. 2019;2(2):50–85.
24. Tapia C, Iturra V, Valdivia Y, Varela H, Jorquera M, Carmona A. Estado de salud y autoeficacia en adultos mayores usuarios de atención primaria en salud. *Cienc Enferm*. 2017;23(3):35–45. doi:10.4067/S0717-95532017000300035

25. Pavón M, Arias C. Perception of self-efficacy for aging from a gender perspective. *Rev Latinoam Cienc Psicol.* 2013;5(2):74–80. doi:10.5872/psiencia/5.2.23
26. Palma-Candia O, Hueso-Montoro C, Ortega-Valdivieso A, Montoya-Juárez R, Cruz-Quintana F. Factores sociodemográficos y de participación social relacionados con el bienestar psicológico en adultos mayores en la región de Magallanes, Chile. *Rev Méd Chile.* 2016;144(10):1287–96. doi:10.4067/S0034-98872016001000008
27. Garrido RER, García AV. Frecuencia de práctica física y autoeficacia en la tercera edad. *Rev Int Med Cienc Act Física Deporte.* 2013;13(49):107–20.
28. Ruiz-Domínguez L-C, Blanco-González L. Bienestar psicológico y medios de intervención cognitiva en el adulto mayor. *AVFT – Arch Venez Farmacol Ter.* 2019;38(5):596–9.
29. Dorji N, Dunne M, Gurung M. Socio-demographic Correlates of Psychological Well-being among Older Adults in Bhutan. *Environ Soc Psychol.* 2019;4(2):1–8. doi:10.18063/esp.v3.i2.782
30. Pavon M, Zariello MF. Estudio exploratorio sobre autoeficacia para envejecer. Comparación en dos grupos etéreos. 2011;111–4.
31. Fusi G, Palmiero M, Lavolpe S, Colautti L, Crepaldi M, Antonietti A, et al. Aging and Psychological Well-Being: The Possible Role of Inhibition Skills. *Healthcare.* 2022;10(8):1477. doi:10.3390/healthcare10081477
32. Aguilar-Sizer M, Lima-Castro S, Peña-Contreras E, Cedillo-Quizphe C, Bueno-Pacheco A. Variables sociodemográficas relacionadas con el bienestar en personas con o sin discapacidad. *Maskana.* 2017;8:37–47.
33. Juárez Candelaria A, Maya Sánchez A, Pérez Noguez C, López Nolasco B, Cano Estrada EA. Influencia de autoeficacia general y el sentido de vida, en estado nutricional del adulto mayor. *Rev Enferm Neurológica.* 2020;19(2):74–80. doi:10.51422/ren.v19i2.309
34. Meléndez J, Agustí AI, Delhom I, Rodríguez MFR, Satorres E. Bienestar subjetivo y psicológico: comparación de jóvenes y adultos mayores. *Summa Psicológica.* 2018;15(1):18–24. doi:10.18774/0719-448x.2018.15.335
35. Mayordomo T, Sales A, Satorres E, Meléndez JC. Bienestar psicológico en función de la etapa de vida, el sexo y su interacción. *Pensam Psicológico.* 2016;14(2):101–12. doi:10.11144/Javerianacali.PPSI14-2.bpfe
36. Rasoulifar A, Vahedian-Shahroodi M, Jamali J, Tehrani H. Self-efficacy and its relationship with factors affecting nutritional status in elderly. *Payesh.* 2020;19(2):205–15. doi:10.29252/payesh.19.2.205
37. Solis-Guerrero EE, Villegas-Villacrés N de J. Psychological well-being and perception of quality of life in indigenous older adults of Ecuador. *Pol Con.* 2021;6(5):1104–17. doi:10.23857/pc.v6i5.2732

38. Langle EAC. Relación entre el sentimiento de soledad y el bienestar psicológico en adultos mayores del Hospital Nivel I Carlos Alcántara Butterfield. *Rev Científica Alas Peru*. 2016;3(1):1–12. doi:10.21503/sd.v3i1.1333
39. Lara MIJ. Abordaje del adulto mayor desde el Trabajo Social. *Rev Soc Front*. 2021;1(1):12–20. doi:10.5281/zenodo.6814343
40. Diario Oficial el Peruano, Normas Legales. Ley de la Persona Adulta Mayor [Internet]. Perú; [citado el 19 de noviembre de 2022] p. 1–32. Disponible en: <https://diariooficial.elperuano.pe/pdf/0037/ley-reglamento-persona-adulta.pdf>
41. Ministerio de Salud y Protección Social. Boletines Poblacionales: Personas Adultas Mayores de 60 años [Internet]. Bogotá; 2020 [citado el 19 de noviembre de 2022] p. 1–10. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/boletines-poblacionales-envejecimiento.pdf>
42. Presidência da República, Diário Oficial da União. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências [Internet]. Brasil; 2003 [citado el 18 de noviembre de 2022]. Disponible en: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741compilado.htm
43. Díaz JP, García AA, Nieto PA, Fariñas DR. Indicadores estadísticos básicos: Un perfil de las personas mayores en España [Internet]. España; 2020 p. 1–39. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2020.pdf>
44. OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. Datos y Visualizaciones - Envejecimiento y Salud [Internet]. 2019 [citado el 20 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/datos-visualizaciones>
45. Comisión Económica para América Latina (CEPAL). Etapas del proceso de envejecimiento demográfico de los países de América Latina y el Caribe y desafíos respecto del cumplimiento de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo [Internet]. 2021 [citado el 19 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/enfoques/etapas-proceso-envejecimiento-demografico-paises-america-latina-caribe-desafios-respecto>
46. González JDSG, Gómez AM. El adulto mayor, problema vs amor. *Humanidades Tecnol Cienc*. 2020;(23):1–8.
47. Rodríguez-Ávila N. Envejecimiento: Edad, Salud y Sociedad. *Horiz Sanit*. 2018;17(2):87–8. doi:10.19136/hs.a17n2.2417
48. Pérez T de JM, Aragón CMG, León GC, Aguiar BG. El envejecimiento, la vejez y la calidad de vida: ¿éxito o dificultad? *Rev Finlay*. 2018;8(1):59–65.
49. González CA, Ham-Chande R. Funcionalidad y salud: una tipología del envejecimiento en México. *Salud Pública México*. 2007;49(4):448–58.
50. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev*. 1977;84(2):191–215. doi:10.1037/0033-295X.84.2.191

51. Bandura A. Self-referent mechanisms in social learning theory. *Am Psychol.* 1979;34(5):439–41. doi:10.1037/0003-066X.34.5.439.b
52. Bandura A. *Self-efficacy: The exercise of control.* New York, NY, US: W H Freeman/Times Books/ Henry Holt & Co; 1997. ix, 604 p. (Self-efficacy: The exercise of control).
53. Peters M, Potter CM, Kelly L, Fitzpatrick R. Self-efficacy and health-related quality of life: a cross-sectional study of primary care patients with multi-morbidity. *Health Qual Life Outcomes.* 2019;17(37):1–11. doi:10.1186/s12955-019-1103-3
54. Ortiz Arriagada JB, Castro Salas M. Bienestar psicológico de los adultos mayores, su relación con la autoestima y la autoeficacia: contribución de enfermería. *Cienc Enferm.* 2009;15(1):25–31. doi:10.4067/S0717-95532009000100004
55. Ryff CD. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *J Pers Soc Psychol.* 1989;57(6):1069–81. doi:10.1037/0022-3514.57.6.1069
56. Viera AO, López SS, Barrenechea AV. El bienestar psicológico, un indicador positivo de la salud mental. *Rev Cuba Salud Trab.* 2006;7(1–2):34–9.
57. Zamarrón Cassinello MD. El bienestar subjetivo en la vejez [Internet]. 2006 [citado el 18 de noviembre de 2022]. (Lecciones de Gerontología). Report No.: 52. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/zamarron-bienestar-01.pdf>
58. Suárez PS, García AMP, Moreno JB. Escala de autoeficacia general: datos psicométricos de la adaptación para población española. *Psicothema.* 2000;12(2):509–13.
59. Díaz D, Rodríguez-Carvajal R, Blanco A, Moreno-Jiménez B, Gallardo I, Valle C, et al. Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema.* 2006;18(3):572–7.
60. Suriá R, Ortigosa JM. Autoeficacia en personas con lesión medular: análisis diferencial en dimensiones de bienestar psicológico. *Anu Psicol UB J Psychol [Internet].* 2018 [citado el 2 de enero de 2024];48(1):18–25. Disponible en: <https://raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article/view/348205>
61. Milam LA, Cohen GL, Mueller C, Salles A. The Relationship Between Self-Efficacy and Well-Being Among Surgical Residents. *J Surg Educ.* 2019;76(2):321–8. doi:10.1016/j.jsurg.2018.07.028
62. Mamta, Sharma N. Resilience and Self-Efficacy as Correlates of Well-Being among the Elderly Persons. *J Indian Acad Appl Psychol [Internet].* 2013 [citado el 12 de marzo de 2024]; Disponible en: <https://www.semanticscholar.org/paper/Resilience-and-Self-Efficacy-as-Correlates-of-among-Mamta-Sharma/6396ad71e28398ac1a81d085e0ac1c9f4dcbf0f3>
63. Zepeda-Gómez BG, Pérez RC, Murúa JAH. AUTOEFICACIA, ESTILO DE VIDA Y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES. UNA REVISIÓN LITERARIA. *Act FÍSICA Desarro Hum [Internet].* 2021 [citado el 2 de enero de 2024];12(1):1–14. doi:10.24054/16927427.v1.n%i.2021.1065

64. Méndez-Chávez A, Moreno-Vergara L, Olascoaga-Montaño O, Navarro-Obeid J, Vergara-Álvarez M, Martínez I. Bienestar psicológico en adultos mayores jubilados y no jubilados. *Rev Acciones Médicas*. 2023;2(1):66–75. doi:10.35622/j.ram.2023.01.006
65. García -Espinoza DE, Chanchay -Gualoto AD, Morales Fonseca CF. Bienestar psicológico en adultos mayores de 60 a 90 años de edad en un centro público en la ciudad de Quito en el año 2023. *Dominio Las Cienc*. 2023;9(3):1573–90. doi:10.23857/dc.v9i3.3514
66. Soto OJH. Bienestar psicológico y el binomio salud enfermedad en adultos mayores: Estudio exploratorio. *Psicologías [Internet]*. 2022 [citado el 2 de enero de 2024];6:107–37. Disponible en: <https://revistas.upr.edu/index.php/psicologias/article/view/21040>
67. Izquierdo Romo S, Vargas Mendieta K, Castro-Ochoa F. Bienestar psicológico, funcionamiento familiar y consumo de alcohol en adultos de la ciudad de Cuenca. *Veritas & Research*. 2023;5(2):185–94.
68. Meléndez Moral JC, Tomás Miguel JM, Navarro Pardo E. Análisis del bienestar en la vejez según la edad. *Rev Esp Geriatria Gerontol*. 2008;43(2):90–5. doi:10.1016/S0211-139X(08)71161-2
69. Bootsman NJM, Skinner TL, Lal R, Glindemann D, Lagasca C, Peeters GMEEG. The relationship between physical activity, and physical performance and psycho-cognitive functioning in older adults living in residential aged care facilities. *J Sci Med Sport*. 2018;21(2):173–8. doi:10.1016/j.jsams.2017.07.006
70. Carmona–Valdés SE, Ribeiro–Ferreira M. Actividades sociales y bienestar personal en el envejecimiento. *Papeles Poblac*. 2010;16(65):163–85.

ANEXOS

ANEXO 1: ACTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS

 UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
Manuel Huamán Guerrero
Oficina de Grados y Títulos

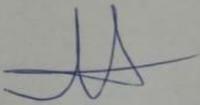
ACTA DE APROBACIÓN DE PROYECTO DE TESIS

Los miembros que firman la presente acta en relación al Proyecto de Tesis **“AUTOEFICACIA Y BIENESTAR PSICOLÓGICO EN LOS ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA PENSIÓN 65 DEL DISTRITO DE CARAZ – ANCASH EN EL AÑO 2022”**, que presenta la alumna Marilia Mereliz León Olivera para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, declaran que el referido proyecto cumple con los requisitos correspondientes, tanto en forma como en fondo; indicando que se proceda con la ejecución del mismo.

En fe de lo cual firman los siguientes docentes:



MG. JENNY RAQUEL TORRES MALCA
ASESORA DE LA TESIS



DR. JHONY DE LA CRUZ VARGAS
DIRECTOR DE TESIS

Lima, 24 de Noviembre del 2022

ANEXO 2: CARTA DE COMPROMISO DEL ASESOR DE TESIS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
Manuel Huamán Guerrero

Instituto de Investigaciones de Ciencias Biomédicas
Unidad de Grados y Títulos
Formamos seres para una cultura de paz

Carta de Compromiso del Asesor de Tesis

Por la presente acepto el compromiso para desempeñarme como asesor de Tesis del estudiante de Medicina Humana, Marilia Mereliz León Olivera de acuerdo a los siguientes principios:

1. Seguir los lineamientos y objetivos establecidos en el Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Medicina Humana, sobre el proyecto de tesis.
2. Respetar los lineamientos y políticas establecidos por la Facultad de Medicina Humana y el INICIB, así como al Jurado de Tesis, designado por ellos.
3. Propiciar el respeto entre el estudiante, Director de Tesis Asesores y Jurado de Tesis.
4. Considerar seis meses como tiempo máximo para concluir en su totalidad la tesis, motivando al estudiante a finalizar y sustentar oportunamente.
5. Cumplir los principios éticos que corresponden a un proyecto de investigación científica y con la tesis.
6. Guiar, supervisar y ayudar en el desarrollo del proyecto de tesis, brindando asesoramiento y mentoría para superar los POSIBLES puntos críticos o no claros.
7. Revisar el trabajo escrito final del estudiante y ver que cumplan con la metodología establecida y la calidad de la tesis y el artículo derivado de la tesis.
8. Asesorar al estudiante para la presentación de la defensa de la tesis (sustentación) ante el Jurado Examinador.
9. Atender de manera cordial y respetuosa a los alumnos.

Atentamente,

Jenny Raquel Torres Malca

Lima, 24 de Noviembre de 2022

ANEXO 3: CARTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS, FIRMADO POR LA SECRETARÍA ACADÉMICA



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

ALICENCIAMIENTO INSTITUCIONAL RESOLUCIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO N° 048-2018-SUNEDUC/D

53 años
1969-2022

Facultad de Medicina Humana
Manuel Huamán Guerrero

Oficio electrónico N°2172 -2022-FMH-D

Lima, 01 de diciembre de 2022.

Señorita
MARILIA MERELIZ LEON OLIVERA
Presente -

ASUNTO: Aprobación del Proyecto de Tesis

De mi consideración:

Me dirijo a usted para hacer de su conocimiento que el Proyecto de Tesis "AUTOEFICACIA Y BIENESTAR PSICOLÓGICO EN LOS ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA PENSIÓN 65 DEL DISTRITO DE CARAZ – ANCASH EN EL AÑO 2022.

", desarrollado en el contexto del IX Curso Taller de Titulación por Tesis Modalidad Híbrida para Internos y Pre Internos 2022, Grupo N°01, presentado ante la Facultad de Medicina Humana para optar el Título Profesional de Médica Cirujana, ha sido aprobado por Acuerdo de Consejo de Facultad N°249-2022-FMH-D, de fecha 01 de diciembre de 2022.

Por lo tanto, queda usted expedito con la finalidad de que prosiga con la ejecución del mismo, teniendo en cuenta el Reglamento de Grados y Títulos.

Sin otro particular.

Atentamente,



Mg. Hilda Jurupe Chico
Secretaría Académica

c.c.: Oficina de Grados y Títulos.

"Formamos seres humanos para una cultura de Paz"

Av. Benavides 5440 - Urb. Las Gardenias - Surco | Central: 708-0000
Lima 33 - Perú / www.urp.edu.pe/medicina | Anexo: 5010

ANEXO 4: CARTA DE APROBACION DE TESIS POR EL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

**COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN
FACULTAD DE MEDICINA "MANUEL HUAMAN GUERRERO"
UNIVERSIDAD RICARDO PALMA**



CONSTANCIA

La Presidenta del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Ricardo Palma deja constancia de que el proyecto de investigación :

Título: AUTOEFICACIA Y BIENESTAR PSICOLÓGICO EN LOS ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA PENSIÓN 65 DEL DISTRITO DE CARAZ- ANCASH EN EL AÑO 2022

Investigadora: MARILIA MERELIZ LEÓN OLIVERA

Código del Comité: PG 120 - 2022

Ha sido revisado y evaluado por los miembros del Comité que presido, concluyendo que le corresponde la categoría revisión expedita por un período de 1 año.

Exhortamos a la investigadora a la publicación del trabajo de tesis concluido para colaborar con desarrollo científico del país.

Lima, 14 de diciembre 2022

**Dra. Consuelo del Rocío Luna Muñoz
Presidenta del Comité de Ética en Investigación**

ANEXO 5: ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMNA
Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas
Unidad de Grados y Títulos
FORMAMOS SERES HUMANOS PARA UNA CULTURA DE PAZ

ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS

Los abajo firmantes, director, asesor y miembros del Jurado de la Tesis titulada "Autoeficacia y Bienestar psicológico en los adultos mayores del Programa Pensión 65 del Distrito de Caraz – Ancash en el año 2022", que presenta la Señorita **MARILIA MERELIZ LEÓN OLIVERA** para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, dejan constancia de haber revisado el borrador de tesis correspondiente, declarando que este se halla conforme, reuniendo los requisitos en lo que respecta a la forma y al fondo.

Por lo tanto, consideramos que el borrador de tesis se halla expedito para la impresión, de acuerdo a lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos, y ha sido revisado con el software Turnitin, quedando atentos a la citación que fija día, hora y lugar, para la sustentación correspondiente.

En fe de lo cual firman los miembros del Jurado de Tesis:

MG. SONIA LUCÍA INDACOCHEA CÁCEDA
PRESIDENTA

MG. LUCY ELENA CORREA LÓPEZ
MIEMBRO

MG. DANTE MANUEL QUIÑONES LAVERIANO
MIEMBRO

DR. JHONY DE LA CRUZ VARGAS
DIRECTOR DE TESIS

MG. JENNY RAQUEL TORRES MALCA
ASESORA DE TESIS

Lima ,05 de Marzo del 2024

ANEXO 6: CERTIFICADO DE ASISTENCIA AL CURSO TALLER



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
MANUEL HUAMÁN GUERRERO

**IX CURSO TALLER DE TITULACIÓN POR TESIS –
MODALIDAD HÍBRIDA**

CERTIFICADO

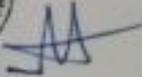
Por el presente se deja constancia que la señorita:

MARILIA MERELIZ LEON OLIVERA

Ha cumplido con los requisitos del Curso Taller de Titulación por Tesis – Modalidad Híbrida, durante los meses de octubre, noviembre, diciembre 2022 - enero y febrero 2023 con la finalidad de desarrollar el proyecto de tesis, así como la culminación del mismo, siendo el título de la tesis: **“AUTOEFICACIA Y BIENESTAR PSICOLÓGICO EN LOS ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA PENSIÓN 65 DEL DISTRITO DE CARAZ – ANCASH EN EL AÑO 2022”**.

Por lo tanto, se extiende el presente certificado con valor curricular y válido por 06 conferencias académicas para la sustentación de tesis respectiva, según Acuerdo de Consejo Universitario N°0287-2023, que aprueba el IX Curso Taller de Titulación por Tesis – Modalidad Híbrida.

Lima, 01 de marzo de 2023.




Dr. Jhony De La Cruz Vargas
Director
Instituto de Investigaciones en Ciencias Biomédicas
IX Curso Taller de Titulación por Tesis




Dra. María del Socorro Alatriza Gutiérrez Vda. De Bambarén
Decano(e)

ANEXO 7: MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	METODOLOGÍA
¿Cuál es la asociación entre autoeficacia y bienestar psicológico en los adultos mayores del programa pensión 65 del Distrito de Caraz- Ancash en el año 2022?	<p>Objetivo General:</p> <p>Determinar la asociación entre autoeficacia y bienestar psicológico en los adultos mayores del programa pensión 65 del Distrito de Caraz-Ancash en el año 2022.</p> <p>Objetivo específico:</p> <p>a) Describir las características sociodemográficas (sexo, edad, estado civil y grado de instrucción) de los adultos mayores. b) Identificar el nivel de autoeficacia de los adultos mayores.</p>	<p>Hipótesis General:</p> <p>Existe asociación entre autoeficacia y bienestar psicológico en los adultos mayores del programa pensión 65 del Distrito de Caraz-Ancash en el año 2022.</p> <p>Hipótesis específica:</p> <p>a) Existe un nivel bajo de autoeficacia en los adultos mayores b) Existe un nivel bajo de bienestar psicológico en los adultos mayores. c) Existe asociación entre las variables sociodemográficas y el bienestar psicológico en los adultos mayores.</p>	<p>Variable dependiente:</p> <p>Bienestar psicológico</p> <p>Variable independiente:</p> <p>Edad, Sexo, Estado civil, Grado de instrucción y Autoeficacia</p>	<p>Estudio cuantitativo, observacional, analítico y transversal.</p>	<p>Población:</p> <p>740 adultos mayores pertenecientes al programa pensión 65 en el año 2022 del distrito de Caraz, ubicado en la Provincia de Huaylas en el departamento de Ancash.</p> <p>Muestra:</p> <p>Debido a que no existió antecedentes claros del tema, se realizó una prueba piloto con 100 adultos mayores determinándose 328 adultos mayores como tamaño de muestra.</p> <p>Técnica e instrumento de recolección de datos:</p> <p>Se llevó a cabo mediante 3 cuestionarios: Ficha sociodemográfica, Escala de Bienestar Psicológico- Versión española breve y Escala de Autoeficacia General.</p>
	<p>c) Identificar el nivel de bienestar psicológico de los adultos mayores. d) Determinar la asociación entre las variables sociodemográficas y el bienestar psicológico en los adultos mayores.</p>				<p>Técnica de procesamiento:</p> <p>En el ordenamiento de los datos se usó el programa Microsoft Excel, luego se realizó el análisis con el programa estadístico STATA versión 17, mediante la medida de asociación razón de prevalencia (RP), con un intervalo de confianza al 95%. Además, se utilizó el modelo Poisson para obtener la razón de prevalencia crudo (RPc) en las variables y la razón de prevalencia ajustada (RPa), ambos con un intervalo de confianza del 95%.</p>

ANEXO 8: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de variable	Tipo por su naturaleza	Escala	Indicador	Categoría o Unidad
Edad	Tiempo de vida desde su nacimiento.	Edad indicada en la ficha sociodemográfica	Independiente	Cuantitativa	Razón discreta	Años	0= 65 -79 1= 80 a más
Sexo	Condición orgánica que distingue a las mujeres y hombres	Género indicado en la ficha sociodemográfica	Independiente	Cualitativa	Nominal Dicotómico	Género	0= Femenino 1=Masculino
Estado Civil	Condición de una persona que determina su situación jurídica.	Estado civil consignado en la ficha sociodemográfica	Independiente	Cualitativa	Nominal Politómico	Estado civil	0= Soltero/a 1= Casado/a 2=Viudo/a 3=Separado/a 4=Conviviente
Grado de instrucción	Nivel de educación más alto que una persona ha alcanzado.	Nivel de instrucción consignada en la ficha sociodemográfica	Independiente	Cualitativa	Ordinal Politómico	Nivel en el sistema educativo	0=Nivel primaria incompleta 1=Nivel primaria completa 2=Nivel secundaria incompleta 3=Nivel secundaria completa 4=Nivel superior incompleta 5=Nivel superior completa
Autoeficacia	Creencia a largo plazo de una persona sobre sus capacidades para hacer frente adecuadamente a diversos factores estresantes cotidianos.	Se consignará a través de la aplicación de la Escala de Autoeficacia General de Baessler y Schwarzer (1996) de 10 ítems.	Independiente	Cualitativa	Ordinal Dicotómico	Nivel de autoeficacia	0=Nivel bajo de autoeficacia 1=Nivel alto de autoeficacia
Bienestar Psicológico	Definido como el desarrollo de capacidades y del crecimiento personal cuando una persona exhibe indicadores que reflejan una actividad positiva.	Se consignará a través de la aplicación de la Escala de Bienestar Psicológico-Versión Española Breve que consta de 29 ítems.	Dependiente	Cualitativa	Ordinal Dicotómico	Nivel de bienestar psicológico	0=Nivel bajo de bienestar 1=Nivel alto de bienestar

FICHA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Número de persona encuestada:

Edad:

Sexo: Femenino () Masculino ()

Estado civil:

Soltero/a ()

Casado/a/ ()

Viudo/a ()

Separado/a()

Conviviente ()

Grado de instrucción:

Nivel primaria incompleta ()

Nivel primaria completa ()

Nivel secundaria incompleta ()

Nivel secundaria completa ()

Nivel superior incompleta ()

Nivel superior completa ()

ESCALA DE AUTOEFICACIA GENERAL DE BAESSLER Y SCHWARZER (1996).

Lea cada uno de los ítems, y marque con un aspa (X) la alternativa que considere conveniente. No hay respuestas correctas o incorrectas. Use la siguiente escala tipo Likert con valores comprendidos entre 1 y 4 para responder a todas las afirmaciones, donde 1 es incorrecto y 4 es cierto.

ÍTEMS	Incorrecto	Apenas cierto	Más bien cierto	Cierto
1. Puedo encontrar la forma de obtener lo que quiero, aunque alguien se me oponga.	1	2	3	4
2. Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente.	1	2	3	4
3. Me es fácil persistir en lo que me he propuesto hasta llegar a alcanzar mis metas.	1	2	3	4
4. Tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados.	1	2	3	4
5. Gracias a mis cualidades y recursos puedo superar situaciones imprevistas.	1	2	3	4
6. Cuando me encuentro en dificultades puedo permanecer tranquilo/a porque cuento con las habilidades necesarias para manejar situaciones difíciles.	1	2	3	4
7. Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo.	1	2	3	4
8. Puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario.	1	2	3	4
9. Si me encuentro en una situación difícil, generalmente se me ocurre qué debo hacer.	1	2	3	4
10. Al tener que hacer frente a un problema, generalmente se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo.	1	2	3	4

ESCALA DE BIENESTAR PSICOLÓGICO-VERSIÓN ESPAÑOLA BREVE

Lea cada ítem y señale con un aspa (X) en qué medida siente o experimenta estas emociones de manera general en su vida diaria, usando la siguiente escala tipo Likert con valores comprendidos entre 1 y 6, donde 1 es totalmente en desacuerdo y 6 totalmente de acuerdo.

No hay respuestas correctas o incorrectas.

ITEMS	Totalmente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Cuando repaso la historia de mi vida, estoy contento con cómo han resultado las cosas.	1	2	3	4	5	6
2. A menudo me siento solo porque tengo pocos amigos íntimos con quienes compartir mis preocupaciones.	1	2	3	4	5	6
3. No tengo miedo de expresar mis opiniones, incluso cuando son opuestas a las opiniones de la mayoría de la gente.	1	2	3	4	5	6
4. Me preocupa cómo otra gente evalúa las elecciones que he hecho en mi vida.	1	2	3	4	5	6
5. Me resulta difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga.	1	2	3	4	5	6
6. Disfruto haciendo planes para el futuro y trabajar para hacerlos realidad.	1	2	3	4	5	6
7. En general, me siento seguro y positivo conmigo mismo.	1	2	3	4	5	6
8. No tengo muchas personas que quieran escucharme cuando necesito hablar.	1	2	3	4	5	6

9. Tiendo a preocuparme sobre lo que otra gente piensa de mí.	1	2	3	4	5	6
10. He sido capaz de construir un hogar y un modo de vida a mi gusto.	1	2	3	4	5	6
11. Soy una persona activa al realizar los proyectos que propuse para mí mismo.	1	2	3	4	5	6
12. Siento que mis amistades me aportan muchas cosas.	1	2	3	4	5	6
13. Tiendo a estar influenciado por la gente con fuertes convicciones.	1	2	3	4	5	6
14. En general, siento que soy responsable de la situación en la que vivo.	1	2	3	4	5	6
15. Me siento bien cuando pienso en lo que he hecho en el pasado y lo que espero hacer en el futuro.	1	2	3	4	5	6
16. Mis objetivos en la vida han sido más una fuente de satisfacción que de frustración para mí.	1	2	3	4	5	6
17. Me gusta la mayor parte de los aspectos de mi personalidad.	1	2	3	4	5	6
18. Tengo confianza en mis opiniones incluso si son contrarias al consenso general.	1	2	3	4	5	6
19. Las demandas de la vida diaria a menudo me deprimen.	1	2	3	4	5	6
20. Tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida.	1	2	3	4	5	6
21. En general, con el tiempo siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo.	1	2	3	4	5	6

22. No he experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza.	1	2	3	4	5	6
23. Es difícil para mí expresar mis propias opiniones en asuntos polémicos.	1	2	3	4	5	6
24. En su mayor parte, me siento orgulloso de quien soy y la vida que llevo.	1	2	3	4	5	6
25. Sé que puedo confiar en mis amigos, y ellos saben que pueden confiar en mí.	1	2	3	4	5	6
26. Cuando pienso en ello, realmente con los años no he mejorado mucho como persona.	1	2	3	4	5	6
27. Tengo la sensación de que con el tiempo me he desarrollado mucho como persona.	1	2	3	4	5	6
28. Para mí, la vida ha sido un proceso continuo de estudio, cambio, y crecimiento.	1	2	3	4	5	6
29. Si me sintiera infeliz con mi situación de vida, daría los pasos más eficaces para cambiarla.	1	2	3	4	5	6

ANEXO 10: EXPRESIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: __de _____del 2022

Hora: _____

Yo, _____, identificado con DNI N° _____ **AUTORIZO**; ser participe del trabajo de investigación que realiza la alumna **LEÓN OLIVERA MARILIA MERELIZ** a fin de obtener su título como Médico Cirujano, cuyo tema es **“AUTOEFICACIA Y BIENESTAR PSICOLÓGICO EN LOS ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA PENSIÓN 65 DEL DISTRITO DE CARAZ – ANCASH EN EL AÑO 2022”**, habiendo tomado pleno conocimiento de los siguientes puntos:

- **Objetivo del estudio:** Determinar la asociación entre la autoeficacia y bienestar psicológico en la población adulta mayor del Programa Pensión 65 del Distrito de Caraz.
- **Metodología:** Si decide participar en este estudio, se le realizará 3 cuestionarios: Ficha sociodemográfica, Escala de Bienestar Psicológico y Escala de Autoeficacia General.
- **Riesgos o Molestias:** No existe ninguna molestia o riesgo mínimo al participar de este trabajo de investigación.
- **Beneficios:** A partir de los resultados de la investigación las autoridades del Distrito puedan elaborar planes de trabajo orientados a prevenir y ejecutar programas enfocados al bienestar psicológico de este grupo etario.
- **Costos e Incentivos:** Usted no deberá pagar nada por la participación en el estudio ni recibirá incentivo alguno.
- **Derechos:** La información y resultados no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio ni se utilizarán para ningún otro propósito.

Firma y/o huella digital

ANEXO 11: SOLICITUD Y ACEPTACIÓN DE LA MISMA POR PARTE DEL JEFE TERRITORIAL DE ANCASH DEL PROGRAMA PENSION 65



SOLICITO: Padrón de Beneficiarios del Programa Pensión 65, del Distrito de Caraz.

SEÑOR LICENCIADO: HÉCTOR IVÁN LANDAURO SOTELO
JEFE DE LA UNIDAD TERRITORIAL DEL PROGRAMA PENSION 65 DE ANCASH

MARILIA MERELIZ LEÓN OLIVERA, con DNI N° 72478072, domiciliada en LA Calle Los Geranios N° 476, Departamento 202, distrito de Lince-Lima y en esta ciudad de Caraz en la Carretera Central del Distrito de Caraz, celular N° 944973244, Correo Electrónico mereliz_0612@hotmail.com; ante Usted con debido respeto me presento y digo:

La recurrente, soy estudiante de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma, con sede en la ciudad de Lima, razón por la cual vengo elaborando mi Tesis para optar el Título profesional de Médico Cirujano, con el trabajo de investigación titulado "AUTOEFICACIA Y BIENESTAR PSICOLÓGICO EN LOS ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA PENSION 65 DEL DISTRITO DE CARAZ- ANCASH EN EL AÑO 2022", por lo que recurro a su digno Despacho y SOLICITO se sirva disponer a quien corresponda se sirva expedirme el Padrón de Beneficiarios del Programa Pensión 65 Noviembre-Diciembre 2022, del Distrito de Caraz, Provincia de Huaylas-Ancash Adjunto copia de mi DNI.

POR TANTO:

Suplico a Usted señor Promotor, se sirva acceder mi petición.
Caraz, 03 de Enero del 2023.



Marilia Mereliz León Olivera
DNI N° 72478072

REMITO INFORMACIÓN SOLICITADA A LA SRTA MARILIA MERELIZ-UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

EM Eufrosina Quito Molina <equito@pension65.gob.pe>

Para: Usted

CC: Hector Ivan Landauro Sotelo; Eufrosina Quito Molina; mereliz.1114@gmail.com

Jue 05/01/2023 9:43

 021201_ANCASH_HUAYLAS_...
40 KB

Srta Marilia buenos días, por medio de la presente le hago llegar la información solicitada por su persona con solicitud S/N de fecha 03/01/2022, para los fines de su trabajo de investigación como estudiante de la Universidad Ricardo Palma-Facultad de Medicina Humana.

Se da como atendida su solicitud

Atte,



ISO 9001: 2015 - ISO 37001: 2016



Eufrosina M. Quito Molina
Técnico de atención al Usuario-UT-Ancash
Programa Nacional de Asistencia Solidaria - Pensión 65

☎ 043-222220

✉ equito@pension65.gob.pe

📍 Av. Confraternidad Internacional Oeste N°879-Hz

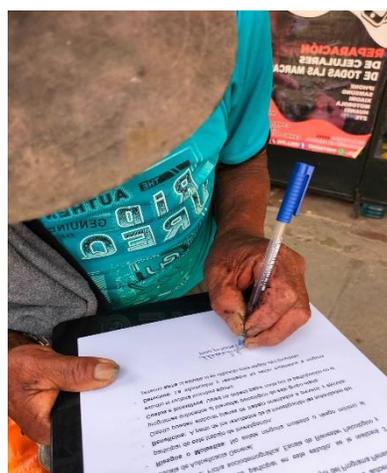
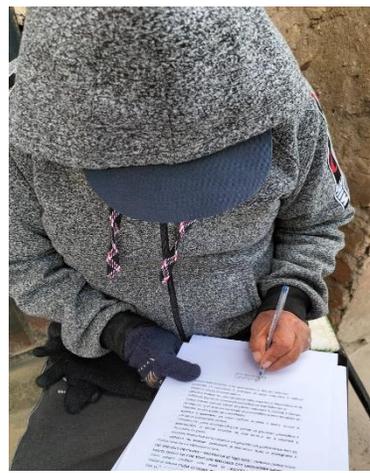
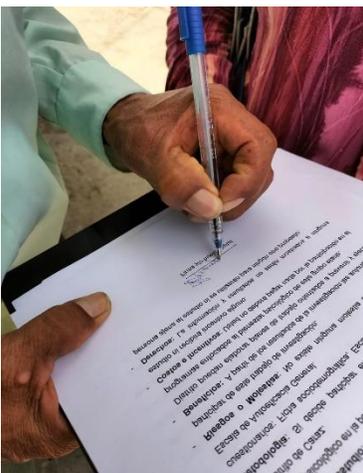
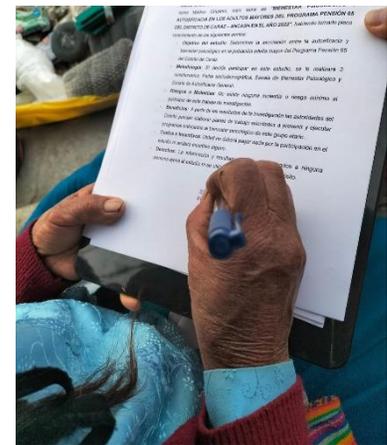
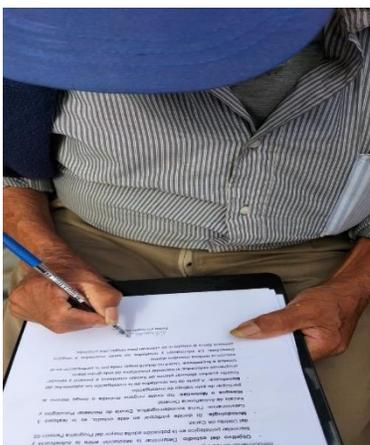


← Responder

← Responder a todos

→ Reenviar

ANEXO 12: FOTOS DEL TRABAJO DE CAMPO



ANEXO 13: BASES DE DATOS (EXCEL, SPSS), O EL LINK A SU BASE DE DATOS
SUBIDA EN EL INICIB-URP

<https://drive.google.com/drive/folders/14h-RkfySQLzCnflO9gdXnDSmEzWbrJXA>