



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
PSICOLOGIA Y SALUD**

**FACTORES DE PROTECCIÓN ASOCIADOS AL BIENESTAR
PSICOLÓGICO EN ADULTOS MAYORES: UN MODELO PREDICTIVO**

T E S I S

**QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
DOCTOR EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A:

CÉSAR AUGUSTO DE LEÓN RICARDI

DIRECTOR DE TESIS:

**DRA. MIRNA GARCÍA MÉNDEZ
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA**

COMITÉ TUTOR:

**DRA. ISABEL REYES LAGUNES
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DRA. EMILIA LUCIO GÓMEZ – MAQUEO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DRA. SOFÍA RIVERA ARAGÓN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DR. JOSÉ MARCOS BUSTOS AGUAYO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA**

CIUDAD DE MÉXICO

SEPTIEMBRE 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

A la Universidad Nacional Autónoma de México, por darme la oportunidad de desarrollarme académicamente, en particular a la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza por brindarme un espacio en sus aulas para formarme como profesionista y docente.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, agradezco el apoyo económico otorgado para realizar mis estudios de posgrado.

A la Dra. Sofía Rivera Aragón, por compartir sus conocimientos, por su dedicación y compromiso docente en la formación de estudiantes de posgrado. Su guía fue indispensable en este proyecto.

A la Dra. Isabel Reyes Lagunes, al Dr. José Marcos Bustos Aguayo y a la Dra. Emilia Lucio Gómez-Maqueo por sus valiosas aportaciones teóricas, sus contribuciones fueron indispensables para la elaboración de este proyecto.

Al Dr. Gerardo Ortiz Moncada, quien siempre ha brindado su apoyo y amistad durante mi formación académica.

A los amigos que me han acompañado en este proceso, Ana, Manuel, Eli, Gabriel, Eben, Miguel, Marissa, Moronita, sus consejos siempre me llevaron en la mejor dirección durante mi formación académica y profesional. A mis amigos que ahora son parte de mi familia, a mis amigos con los que emprendo viajes inolvidables, a los amigos que ya no están, gracias.

A la Mtra. Ana Ruth Díaz Victoria, por compartir en todo momento su conocimiento, amistad y confianza. Anita, tu labor docente siempre es un ejemplo a seguir.

A Sandra, por el apoyo y cariño brindado durante mi formación académica en el posgrado. Tu compañía siempre me brinda la fortaleza para no claudicar.

A mi familia.

Agradecimiento especial

A la Dra. Mirna García Méndez, gracias por confiar en mí, su paciencia y apoyo fueron indispensables en la elaboración y conclusión de este proyecto. Su pasión y dedicación por la investigación siempre son una fuente de inspiración.

Índice

Resumen.....	1
Abstract.....	2
Introducción.....	3
Capítulo 1. Locus de control	
Conceptuación teórica.....	6
Locus de control externo.....	7
Locus de control interno.....	8
Locus de control en población mexicana.....	10
Investigaciones sobre locus de control.....	11
Locus de control y bienestar psicológico.....	15
Capítulo 2. Autoestima	
Conceptuación teórica.....	17
Autoestima en población mexicana.....	21
Investigaciones sobre autoestima.....	22
Autoestima y bienestar psicológico.....	26
Capítulo 3. Enfrentamiento	
Conceptuación teórica.....	28
Estilos de enfrentamiento en población mexicana.....	36
Investigaciones sobre estilos de enfrentamiento.....	37
Enfrentamiento y bienestar psicológico.....	43
Capítulo 4. Bienestar psicológico	
Conceptuación teórica.....	47
Teoría de la autodeterminación.....	50
Modelo PERMA.....	51
Expresividad emocional.....	51
Modelo de salud mental.....	52
Modelo de bienestar subjetivo.....	52
Modelo Multidimensional de Bienestar Psicológico.....	53
Investigación actual sobre bienestar psicológico.....	58
Variables sociodemográficas.....	59
Eventos vitales estresantes.....	61
Variables psicológicas.....	63
Religión y espiritualidad.....	67
Vínculos sociales.....	69
Cultura.....	71
Calidad de vida.....	73
Actividad física.....	74
Salud.....	76

Capítulo 5. Envejecimiento	
Adultos mayores.....	79
Teorías del envejecimiento.....	83
Teorías sociales del envejecimiento.....	84
Teorías biológicas del envejecimiento.....	90
Teorías psicológicas del envejecimiento.....	93
Capítulo 6. Comprobación del modelo	
Planteamiento del problema.....	97
Pregunta de investigación.....	98
Objetivo general.....	98
Fase 1. Conceptuación del bienestar psicológico.....	99
Fase 1a. Significado y dimensiones del bienestar psicológico.....	99
Pregunta de investigación.....	100
Objetivo general.....	100
Participantes.....	100
Instrumento.....	100
Procedimiento.....	101
Resultados.....	101
Discusión.....	104
Fase 1b. Elaboración de instrumento.....	106
Pregunta de investigación.....	107
Objetivo general.....	107
Participantes.....	107
Instrumento.....	108
Procedimiento.....	109
Resultados.....	109
Discusión.....	114
Fase 1c. Validación de la escala de autoestima de Rosenberg.....	117
Objetivo general.....	117
Participantes.....	118
Instrumento.....	118
Procedimiento.....	118
Resultados.....	119
Discusión.....	123
Fase 2. Correlatos del bienestar psicológico.....	126
Planteamiento del problema.....	126
Pregunta de investigación.....	126
Objetivo general.....	126
Objetivos específicos.....	126
Hipótesis conceptuales.....	127

Hipótesis estadísticas.....	128
Variables.....	128
Participantes.....	129
Instrumentos.....	130
Procedimiento.....	132
Resultados.....	132
Discusión.....	140
Fase 3. Comprobación del modelo teórico.....	143
Objetivo general.....	143
Objetivos específicos.....	143
Hipótesis conceptuales.....	144
Participantes.....	144
Instrumentos.....	145
Procedimiento.....	145
Resultados.....	145
Discusión.....	160
Conclusiones.....	166
Referencias.....	169
Anexos.....	188

Índice de tablas

Tabla 1	Estilos y estrategias de enfrentamiento.....	35
Tabla 2	Definiciones teóricas de las dimensiones del bienestar psicológico..	55
Tabla 3	Características y propiedades psicométricas de los instrumentos utilizados al medir bienestar psicológico.....	57
Tabla 4	Adultos mayores en México.....	82
Tabla 5	Descripciones, categorías, definición e indicadores del bienestar psicológico.....	103
Tabla 6	Análisis factorial, media y desviación estándar de la escala de bienestar psicológico para adultos mayores.....	111
Tabla 7	Descripción de los factores de la escala de bienestar psicológico para adultos mayores.....	113
Tabla 8	Correlaciones entre los factores de la escala de bienestar psicológico.....	113
Tabla 9	Estructura factorial de la escala de autoestima de Rosenberg para adultos mayores de la ciudad de México.....	121
Tabla 10	Índices de ajuste del análisis factorial confirmatorio.....	
Tabla 11	Correlaciones entre las dimensiones de la escala de bienestar psicológico y locus de control en adultos mayores.....	134
Tabla 12	Correlación entre las dimensiones de la escala de bienestar psicológico y autoestima.....	134
Tabla 13	Correlaciones entre las dimensiones de la escala de bienestar psicológico y estilos de enfrenamiento (rasgo).....	135
Tabla 14	Correlaciones entre las dimensiones de la escala de bienestar psicológico y estilos de enfrenamiento (estado).....	136
Tabla 15	Correlaciones entre las dimensiones de locus de control, autoestima y estilos de enfrentamiento.....	136
Tabla 16	Media y desviación estándar de los factores de la escala de bienestar psicológico, locus de control, autoestima y estilos de enfrentamiento.....	137
Tabla 17	Diferencias en baja autoestima, seguridad personal y relaciones sociales entre hombres y mujeres.....	138
Tabla 18	Análisis de varianza de una vía, grado escolar y locus de control, autoestima, estilos de enfrentamiento y bienestar psicológico.....	139
Tabla 19	Análisis de varianza de una vía, estado civil y autonomía.....	140
Tabla 20	Análisis de regresión paso por paso de las variables que predicen el control personal.....	147
Tabla 21	Análisis de regresión paso por paso de las variables que predicen la seguridad personal.....	148
Tabla 22	Análisis de regresión paso por paso de las variables que predicen la autonomía.....	149

Tabla 23	Análisis de regresión paso por paso de las variables que predicen relaciones sociales.....	150
Tabla 24	Análisis de regresión paso por paso de las variables que predicen el control personal en hombres	153
Tabla 26	Análisis de regresión paso por paso de las variables que predicen seguridad personal en hombres.....	154
Tabla 26	Análisis de regresión paso por paso de las variables que predicen la seguridad personal en mujeres.....	155
Tabla 27	Análisis de regresión paso por paso de las variables que predicen la autonomía en hombres.....	156
Tabla 28	Análisis de regresión paso por paso de las variables que predicen autonomía en mujeres.....	157
Tabla 29	Análisis de regresión paso por paso de las variables que predicen las relaciones sociales en hombres.....	158
Tabla 30	Análisis de regresión paso por paso de las variables que predicen relaciones sociales en mujeres.....	159

Indice de figuras

Figura 1	Propuesta del modelo de bienestar psicológico en adultos mayores.....	99
Figura 2	Análisis factorial confirmatorio de la escala de bienestar psicológico para adultos mayores.....	115
Figura 3	Análisis factorial confirmatorio de la escala de autoestima de Rosenberg en adultos mayores.....	123
Figura 4	Modelo de las variables psicológicas que predicen las dimensiones de bienestar psicológico.....	151
Figura 5	Modelo de las variables que predicen las dimensiones de bienestar psicológico en hombres adultos mayores.....	160
Figura 6	Modelo de las variables que predicen las dimensiones de bienestar psicológico en mujeres adultas mayores.....	160

RESUMEN

El bienestar psicológico es uno de los principales indicadores de salud mental en la vejez, es un sentimiento de plenitud personal que se construye por evaluaciones afectivas y cognitivas del funcionamiento psicológico, social y físico. Los estados positivos a nivel psicológico como el bienestar, no sólo forman parte integral de la salud, influyen además en la disminución de enfermedades y problemas físicos y mentales. Diferentes variables han demostrado tener un efecto positivo en el bienestar psicológico, de la cuales tres destacan por su poder predictivo: locus de control, autoestima y enfrentamiento. El objetivo del presente trabajo fue elaborar un modelo predictivo para conocer la influencia del locus de control, la autoestima y los estilos de enfrentamiento en el bienestar psicológico de adultos mayores. La investigación se realizó en tres fases, la primera consistió en la conceptualización del bienestar psicológico, se realizaron entrevistas, se obtuvo el significado y dimensiones del bienestar psicológico, se elaboró y se obtuvieron las propiedades psicométricas de la escala de bienestar psicológico con un formato de respuesta tipo Likert pictórico; se validó la escala de autoestima de Rosenberg en adultos mayores y se realizaron ecuaciones estructurales para confirmar las propiedades psicométricas de ambos instrumentos. En la fase dos, correlatos del bienestar psicológico, se analizó la relación existente entre las variables de estudio propuestas en el modelo teórico. En la fase tres, se comprobó el modelo predictivo del bienestar psicológico en adultos mayores. Los resultados revelaron que el modelo empírico obtenido, se constituye por las variables alta autoestima, locus de control externo, locus de control social afectivo, locus de control interno, enfrentamiento (estado) emocional evasivo y el enfrentamiento (estado) directo. Estos hallazgos aportan conocimiento relevante para el diseño de intervenciones que contribuyan en la disminución del índice de enfermedades mentales y favorezcan la prevalencia de adultos mayores con bienestar psicológico.

Palabras clave: bienestar, envejecimiento, salud mental, psicogerontología

ABSTRACT

Psychological well-being is one of the main indicators of mental health in life, it is a feeling of personal fulfillment that is built for affective and cognitive evaluations of psychological, social and physical functioning. Psychological positive states such as well-being are not only an integral part of health, they also influence the reduction of illnesses and physical and mental problems. Different variables have been shown to have a positive effect on psychological well-being, of which three times for their predictive power: locus of control, self-esteem and coping. The objective of the present work was to elaborate a predictive model to know the influence of the locus of control, the self-esteem and the styles of coping in the psychological well-being of older adults. The research was conducted in three phases, the first consisted in the conception of psychological well-being, interviews were conducted, the meaning and dimensions of psychological well-being were obtained, the psychometric properties of the psychological well-being scale were elaborated and obtained whit a pictorial Likert type response format; the Rosenberg self-esteem scale was validated in older adults and structural equations were performed to confirm the psychometric properties of both instruments. In phase two, the correlates of psychological well-being, the existing relationship between the study variables proposed in the theoretical model was analyzed. In phase three, the predictive model of psychological well-being in older adults was tested. The results revealed that the empirical model obtained is determined by the variables high self-esteem, locus of external control, locus of affective social control, locus of internal control, confrontation (state) emotional evasive and direct confrontation (state). These findings provide relevant knowledge for the design of interventions that contribute to the reduction of the rate of mental illnesses and favor the prevalence of older adults with psychological well-being.

Key words: well-being, aging, mental health, psychogerontology

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, el número de personas que rebasa la edad de 60 años se ha incrementado de forma significativa en todos los países. La población mundial de 60 años o más es de aproximadamente 650 millones, y se calcula que en 2050 alcanzará los 2000 millones (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2009). Este fenómeno demográfico se ha denominado envejecimiento poblacional, comenzó en el siglo XIX en Europa y América del Norte con la revolución industrial y, en el resto del mundo, a partir del siglo XX debido al reciente desarrollo científico (Niño, 2012). Este fenómeno se ha asociado principalmente al incremento en la esperanza de vida y a la disminución de la tasa de natalidad, en México estas condiciones han generado que la pirámide poblacional comience a invertirse, generando un aumento de la población adulta mayor.

A la par del aumento de la población adulta mayor, desde hace algunas décadas existe un interés público en comprender y promover las condiciones apropiadas para envejecer de forma exitosa, considerando a este proceso como la condición en la cual la salud física y mental continúa sin detrimento hasta la vejez (Fernández-Ballesteros, 2001). Si bien son diversos los factores que determinan un envejecimiento exitoso y se reconoce como un fenómeno multidimensional, la investigación desde hace varias décadas ha optado por reducirlo a estudios de carácter social o médico.

Por esta condición, es importante señalar que de los diferentes factores que determinan distintos patrones de envejecimiento, como los culturales, biológicos, económicos, sociales, etc., las dimensiones de carácter psicológico, como el funcionamiento intelectual, la percepción de eficacia, las habilidades de enfrentamiento, autoestima y locus de control (Fernández-Ballesteros, 2001), han demostrado tener una fuerte relación con la calidad de vida, satisfacción con la vida, optimismo y bienestar psicológico durante el envejecimiento.

En la vejez, uno de los principales factores de protección contra enfermedades mentales es el bienestar psicológico, el cual está relacionado con la felicidad, el optimismo (Ferguson & Goodwin, 2010), la presencia de un estado positivo de salud mental y físico (Oramas, Santana, & Vergara 2006) y con la calidad de vida (Novoa, Vargas, Obispo, Pertuz, & Rivera, 2010). Los sustratos psicológicos del bienestar psicológico contribuyen al funcionamiento efectivo de diversos sistemas biológicos, lo

que ayuda a mantener al organismo a no debilitarse ante la presencia de enfermedades psicológicas o físicas, promoviendo la rápida recuperación ante las mismas (Ryff, Singer, & Love, 2004). En México se desconoce qué factores psicológicos están relacionados con el bienestar psicológico, por esta condición el objetivo principal de este estudio fue elaborar un modelo predictivo para conocer la influencia del locus de control, autoestima y los estilos de enfrentamiento en el bienestar psicológico de adultos mayores, para lograr este objetivo, se elaboró una escala de bienestar psicológico y se validó una escala de autoestima para adultos mayores, debido a que actualmente no existen instrumentos válidos, confiables y culturalmente relevantes para medir estos constructos en población adulta mayor.

El presente trabajo se dividió en seis capítulos, de los cuales cuatro se elaboraron a partir de una conceptualización teórica de las variables de estudio, el quinto capítulo se constituye de una descripción sociodemográfica y teórica del fenómeno del envejecimiento, finalmente el sexto capítulo, dividido en tres fases aborda los aspectos metodológicos y estadísticos del presente trabajo.

En el primer capítulo se describe el origen del constructo locus de control, su abordaje teórico y la descripción de sus dos principales dimensiones, a saber, el locus de control interno y externo. Se describe cómo la organización de las creencias de control influye en la emisión y planificación de las conductas. Por otra parte, se mencionan los estudios realizados para conocer las dimensiones que integran el locus de control en población mexicana y se presenta una revisión de las investigaciones actuales relacionadas con el locus de control y diferentes indicadores de la salud mental como autoestima, calidad de vida, depresión, envejecimiento exitoso, entre otras.

En el segundo capítulo se relata el desarrollo histórico del constructo de autoestima y sus principales definiciones. En este capítulo se señalan los requisitos indispensables en las etapas tempranas del desarrollo que fomentan la consolidación de una autoestima positiva, como el respeto y aceptación de los cuidadores primarios. Además se relatan los estudios que se han realizado en población mexicana en niños y jóvenes. Por último se describen las investigaciones actuales relacionadas con la autoestima y la salud mental en población de adultos mayores.

El tercer capítulo describe las formas con las cuales las personas enfrentan los diferentes cambios y eventos que generan estrés durante el desarrollo, denominadas enfrentamiento. Asimismo, se enuncia la principal clasificación de los estilos y estrategias de enfrentamiento y sus efectos positivos y negativos en la salud mental en población mexicana.

En el capítulo siguiente, se aborda el bienestar psicológico desde una perspectiva filosófica e empírica, diferentes modelos del bienestar psicológico se describen en este capítulo, como la teoría de la autodeterminación, el modelo de expresividad emocional, el modelo de bienestar subjetivo, entre otros, esto con la intención de conceptualizar teóricamente el bienestar psicológico, por otra parte se describen los instrumentos que se han utilizado para medir bienestar psicológico y finalmente se muestra un análisis de la relación que tiene este constructo con variables de personalidad, sociodemográficas, variables psicológicas y con indicadores de salud mental.

El quinto capítulo corresponde al tema del envejecimiento, sus causas y sus características sociodemográficas en la población mexicana. En este apartado se describe el aumento poblacional de adultos mayores, las estimaciones de la cantidad total de adultos mayores en México y las principales teorías sobre envejecimiento.

En el último capítulo, se detalla el proceso metodológico con el que se realizó el estudio, el cual se dividió en tres fases, una primera fase exploratoria para la construcción de una escala de bienestar psicológico y la validación de un instrumento de autoestima para adultos mayores, una segunda fase en la que se indagaron las correlaciones entre las variables de estudio y una tercera fase final, en la que se comprobó el modelo propuesto para predecir el bienestar psicológico en adultos mayores.

CAPÍTULO 1. LOCUS DE CONTROL

Conceptuación teórica

El locus de control es un constructo que fue integrado al campo de la psicología por Rotter en 1966, se refiere al grado en que los individuos perciben control sobre su vida y el medio ambiente, se desprende de la teoría del aprendizaje social, cuya premisa es que las acciones de un individuo son predichas sobre la base de las expectativas del individuo para reforzar, el valor percibido del refuerzo y la situación en la que el individuo se encuentra (Kormanik & Rocco, 2009).

La teoría destaca que, entre la situación y los reforzadores ambientales influyen factores cognitivos acontecimientos en los que los valores y las expectativas personales son los que finalmente determinan el comportamiento (Rotter, 1966). El locus de control resulta de la combinación que hace Rotter de la teoría de la atribución con el concepto de reforzamiento, generando así la teoría del foco o "locus" de control, que explica la percepción del origen del reforzador. Según este mecanismo, si una persona interpreta la aparición del reforzador como dependiente de su conducta, el control es interno; si se percibe como independiente de su acción, el control es externo. Rotter (1966) destacó la importancia de los valores y de las expectativas de refuerzo sobre comportamientos específicos y sugirió que la gente desarrolla expectativas que se mantiene a través de diversas situaciones (Laborín, Vera, Durazo, & Parra, 2008).

En la teoría del aprendizaje social, un refuerzo actúa para reforzar la esperanza de que una conducta particular o evento sea seguido por un refuerzo en el futuro. De ello se deduce como una hipótesis general que cuando el refuerzo se considera como no dependiente de la propia conducta del individuo, su ocurrencia no aumentará a futuro, sólo lo hará si el refuerzo se considera consecuencia de una conducta propia. Por lo general los individuos en situaciones de aprendizaje difieren en las direcciones de control, esta diferencia se da a través de la manera en que se evalúa una misma situación (Rotter, 1966). Tales expectativas generalizadas pueden ser medidas y son predictores del comportamiento en una variedad de circunstancias

En lo relacionado a las creencias de control, se hace referencia a la representación subjetiva de las propias habilidades para controlar o modificar hechos importantes en la vida (Lazarus & Folkman, 1986). Estas creencias son el paso previo

a la planificación y ejecución de una conducta y al mismo tiempo determinan las reacciones afectivas, causando sentimientos de orgullo o vergüenza. El locus de control en investigación principalmente se asume como una característica de personalidad, con cierta estabilidad y capacidad de generalización (Acuña, 2002).

La percepción de la relación causal (comportamiento-resultado) no tiene que ser todo o nada, es una condición que varía en diferentes grados. En los principios de la teoría del aprendizaje social las creencias de las personas de que sus comportamientos se relacionan a condiciones internas y externas fueron conceptualizadas como creencias estables concernientes con expectativas de recibir reforzamiento (Rotter, 1966).

Locus de control externo

El locus de control externo hace referencia a cuando un refuerzo es percibido por el individuo como consecuente de alguna acción propia, pero no completamente determinada por su acción, generalmente se percibe como el resultado de la suerte, el azar, el destino, bajo el poder de otros superiores o como impredecible, debido a la gran complejidad de las fuerzas que lo rodean.

Entre menor sea la creencia en sí mismos, mayor será el sentimiento de que los demás, la suerte u otros poderes fuera de su control son los responsables de sus resultados, lo cual recibe el nombre de orientación externa (Navarro, 2006). De tal manera que las personas suponen que sus éxitos y fracasos están vinculados a Dios, a la suerte, al destino y otros eventos, que se agrupan en la orientación de locus de control externo (Vera et al., 2009). Los individuos con control externo (Rodríguez-Naranjo, Godoy, Jimenez, & Esteve, 1992):

- a) Realizan desempeños más pobres en cualquier tarea.
 - b) Manifiestan menor interés en el medio.
 - c) Están mucho menos orientados a realizar nuevas tareas.
 - d) Son menos eficientes cuando llegan a realizar nuevas tareas.
 - e) Expresan menor interés por el éxito.
 - f) Tienen más tendencia al fracaso.
-

- g) Se sienten menos responsables de sus propias acciones.

Los individuos que generalmente experimentan obstáculos y fallas, el locus de control podría resultar en depresión, autonegación y una renuncia a la ambición (Lefcourt, 1980, en Navarro, 2006). Estas personas son renuentes a cambiar la conducta, ya que no la ven como una fuente primaria para la alteración de los refuerzos (Marks, 1998), consideran que sus propias acciones dependen de factores ajenos a su control personal. Levenson (1973) consideró que las expectativas de suerte, destino y otros poderosos, no podrían ser catalogadas bajo el mismo rubro de locus de control externo como la propuesta original de Rotter (1966), debido a que Rotter consideraba el locus de control como un constructo unidimensional. Distingue dos tipos de orientación externa: 1) creencia en la naturaleza desordenada y azarosa del mundo y 2) creencia en un mundo ordenado y predecible, asociado con la expectativa de que las personas que tienen el poder, tienen el control.

A partir de estos supuestos, Levenson (1973) desarrolló tres subescalas para medir la dirección del locus de control, control interno: mide la creencia que la persona tiene de que puede controlar su propia vida; otros poderosos: trata de otros que tienen poder y control sobre la persona y azar: mide el grado en que el control está relacionado con percepción azarosa.

Esta propuesta se originó en su trabajo con pacientes psiquiátricos, ya que consideraba que estaban orientados externamente y podían comportarse de forma muy diferente al esperar ser controlados por la fuerza del azar u otros poderosos.

Locus de control interno

Según el locus de control, entre mayor sea el grado de las expectativas de los individuos de que sus comportamientos tendrán los resultados deseados, mayor será la confianza de que los propios estados internos pueden permitir la ejecución de las metas deseadas, lo que recibe el nombre de orientación interna. Cuando las personas consideran que sus éxitos y fracasos se deben al esfuerzo propio, a la manera en que trabajan, estudian o se desarrollan en el contexto cotidiano, de acuerdo a la teoría de

Rotter (1966), tienen un locus de control interno. Las personas que tienen una fuerte creencia de que pueden controlar sus propios destinos es probable que:

- 1) Estén más alertas a los aspectos del medio ambiente que proporcionan información útil para su comportamiento futuro.
- 2) Tomen medidas para mejorar su situación ambiental.
- 3) Den mayor valor a las habilidades con las que lograron los refuerzos y estén más preocupadas por su capacidad, sobre todo de sus fracasos.

Las personas con un locus de control interno creen que los resultados de sus acciones se deben a sus propios esfuerzos, habilidades o características permanentes. Consideran que el trabajo duro y las habilidades personales conducen a resultados positivos. Interpretan los refuerzos que reciben de su entorno como dependientes de sus propias acciones, por ejemplo los líderes exitosos son descritos como personas que tienen un alto locus de control interno, mientras que los menos exitosos suelen tener un bajo locus de control interno (April, Dharani, & Peters, 2012). Para los individuos que se ven favorecidos con experiencias exitosas, las expectativas de control interno pueden resultar como un premio, con efectos positivos asociados a comportamientos asertivos. Acuña (2002) menciona que existen dos tradiciones en la investigación del locus de control, la primera puede ser denominada “basada en el evento”, en el que se evalúan las percepciones de cuánto creen los individuos que ellos hicieron que un evento ocurriera o no, tradición que se ha extendido rápidamente en el campo de la salud. Por otra parte la segunda tradición se conoce como de auto-eficacia, esta tradición se enfoca en la capacidad que las personas perciben para realizar una tarea determinada y el grado de confianza atribuido a culminarla exitosamente.

Locus de control en población mexicana

Respecto a las dimensiones que integran el locus de control en población mexicana, La Rosa en 1986 identificó cinco dimensiones:

1.- Fatalismo-suerte: se refiere a un mundo en el que los reforzadores llegan de factores azarosos.

2.- Poderosos del macrocosmos: se refiere al control que ejercen otras personas sobre nuestras conductas.

3.- Afectividad: situaciones en las cuales por medio de las relaciones afectivas con la gente que lo rodea, el individuo consigue sus objetivos

4.- Internalidad instrumental: situaciones en las que el individuo tiene que esforzarse, trabajar, etc., para lograr controlar su vida y

5.- Poderosos del micro cosmos: se refiere al control que ejercen las personas cercanas al individuo sobre su vida.

Trabajos más recientes como el de García y Reyes-Lagunes (2000) señalan que el locus de control para la población mexicana tiene una estructura constituida por cinco factores: 1) factor externo: situaciones a las que el individuo atribuye las causas a factores externos, 2) factor logro interno: situaciones de logro en la que las causas de dicho logro provienen de acciones directas o atribuciones del individuo. 3) factor social afectivo: obtención de metas, gracias a las relaciones afectivas que el individuo posee. 4) factor afiliación con locus interno: situaciones en las que el individuo se atribuye a sí mismo las razones por las cuales tiene buenas relaciones interpersonales y 5) el factor status quo familiar: situaciones de integración familiar causada por el individuo.

Investigaciones sobre locus de control

Estudios sobre el locus de control y la salud, indican que el locus de control interno amortigua el efecto de síntomas físicos y emocionales en diversas enfermedades, mientras que el locus de control externo puede tomarse como predictor de enfermedades. Para conocer la relación que existe entre la dirección de locus de control y la presencia de enfermedades como la depresión, el estudio realizado por Zampieri, De Souza y Abib (2011) evaluó la orientación de locus de control y su relación con la depresión y la calidad de vida en 30 pacientes con enfermedad de Parkinson. Sus resultados demostraron que existe una correlación positiva entre la orientación externa de locus con la depresión y la calidad de vida y una correlación negativa entre la orientación interna y la depresión.

El locus de control interno se asocia a un afecto positivo durante enfermedades crónicas, en el caso de personas con cáncer el locus de control externo está asociado a un afecto negativo y a la pérdida de actividades de la vida diaria (Knappe & Pinguart, 2009). Así mismo, existe en la literatura investigación que coincide en una relación entre los diferentes niveles del locus de control y la autoestima que influyen en la salud general.

El locus de control interno y altos niveles de autoestima se asocian a un menor grado de discapacidad física y mental en la población de adultos mayores (Boyle & Sielski, 1981). La autoestima y el locus de control interno son fuertes predictores en el mantenimiento de la salud mental, debido a que son factores de protección contra trastornos de personalidad (Watson, 1998). El conocimiento y comprensión del cómo interactúan estas dos variables puede aumentar la comprensión de los factores psicosociales que intervienen en las dificultades que se tienen en el manejo de enfermedades crónicas como la diabetes mellitus (Silva, Sartore, & Alves, 2011).

Wallace, Barry, Zeigler-Hill y Green (2012), señalan que el locus de control interno se relaciona con resultados positivos como el éxito escolar, bienestar y alta autoestima. Diaz-Loving y Andrade-Palos (1984, en Varela & Mata, 2004) refieren que el locus de control es un importante predictor de diferentes conductas sociales como el logro en el aprendizaje, conformismo e influencia social.

Dada la relación documentada entre el locus de control interno y numerosos resultados positivos, es razonable esperar un vínculo entre la presencia de un locus de control externo y resultados negativos o desadaptativos. La investigación ha encontrado correlaciones entre un locus de control externo y diferentes comportamientos que son perjudiciales para el desarrollo exitoso, como la agresividad (Butler-Swenney, 2007).

La dirección de locus de control durante el desarrollo ha sido un tema de investigación para conocer los cambios de éste durante el ciclo vital. Respecto a las etapas tempranas del desarrollo, Varela y Mata (2004) al estudiar niños de edades comprendidas entre los siete y 11 años encontraron que el predominio general en el locus de control es la dirección interna, sus resultados concuerdan con la literatura actual, que propone un cambio sustantivo durante el desarrollo, la dirección interna de locus de control aumenta en hombres y mujeres conforme aumentan de edad.

Knoop (1981) realizó un estudio con 1960 profesores que fueron divididos en dos grupos de edad de 20 a 35 años y de 36 a 65 años. Sus resultados demostraron que las personas con mayor estatus laboral y mayor ingreso económico tenían una mayor dirección del locus de control interno. Además señala que el aumento de la dirección interna se asoció a los años de jubilación en el grupo con personas de mayor edad, lo que sugiere que esta condición se debe al efecto de lograr destinar mayor tiempo para actividades lúdicas durante la jubilación.

En el estudio de Boyle y Sielski (1981) el locus de control interno en grupos de adultos mayores se asoció con altos niveles de salud, autoconcepto, ajuste psicológico y mayor éxito en la rehabilitación de enfermedades físicas. Además encontraron correlaciones altas del locus de control interno y logro académico. Su estudio evaluó además el efecto del locus de control en la permanencia de los adultos mayores en casas de asistencia social, reportaron que la dirección externa prevalece en las personas que tienen una mayor estancia en dichas instituciones.

Baile en 1961 encontró que el locus de control tiende a ser más interno con la edad y regula el logro de resultados positivos concretos, como el rendimiento escolar, además de asociarse con las clases socioeconómicas más altas (Butler-Swenney, 2007). En las clases socioeconómicas más desfavorecidas Palomar y Valdes (2004)

reportan que en condiciones de pobreza prevalece una orientación externa de locus de control.

En lo concerniente al adulto mayor, en los años recientes se ha observado un cambio en la dirección del locus de control en la población de adultos mayores estadounidenses. Se observa una modificación de una dirección interna a una dirección externa, debido probablemente al aumento de enfermedades crónicas, discapacidades físicas y a la disminución del bienestar en la población senil (Wolinsky et al., 2009). De tal modo que el locus de control tiende a la externalidad a medida que aumenta la edad, por lo que debería suponerse que los adultos mayores tendrían un locus de control externo cada vez más acentuado (Vera, Batista, Laborín, Souza, & Coronado, 2003).

Henninger, Whitson, Cohen y Ariely en 2012 estudiaron una muestra de adultos mayores de 68 años con diferentes enfermedades crónicas, para conocer el efecto de variable sociodemográficas y psicológicas en los niveles de morbilidad. Encontraron que ésta población mostró mayor dirección externa en el locus de control, principalmente por que perciben poco control personal sobre su condición médica, lo que limita en gran medida el ajuste o apego al tratamiento de sus enfermedades y aumenta los niveles de morbilidad.

Resultados similares fueron reportados por Wiest, Schuz y Wurm (2012), en su investigación participaron 1415 adultos mayores con una edad promedio de 73 años. Su calidad de vida y las creencias de control interno disminuyeron conforme aumentó la edad. Además encontraron que las personas que reportaron menor satisfacción con la vida y menores niveles de control mostraron mayor riesgo de mortalidad. Sus resultados sugieren que en general, las creencias de control interno y la satisfacción con la vida son indicadores de un envejecimiento exitoso.

En el trabajo de Lachman (1986) en el que se indagó la dirección de locus de control entre jóvenes y adultos mayores, se reportó que los jóvenes mostraron mayor puntuación en la orientación de locus de control interno que los adultos mayores, mientras que en este grupo las mujeres puntuaron menos que los hombres en la dirección interna de locus de control. Respecto a las altas puntuaciones de locus de control externo en adultos mayores, Lachman (1986) señala que debido a que las personas mayores enfrentan mayores probabilidades de presentar enfermedades, así

como pérdida de redes sociales, es probable que su percepción de dependencia funcional oriente la dirección de locus de control hacia la externalidad.

En adultos mayores mexicanos se ha documentado la relación existente entre un alto nivel de locus de control interno que favorece menores niveles de desajuste psicológico, como la presencia de depresión o ansiedad; ante las cuales, el apoyo social favorece la presencia de menores niveles de soledad y ansiedad ante el envejecimiento y aumenta los niveles de locus de control interno (Montero & Rivera, 2009).

El envejecimiento es una etapa del ciclo vital que se caracteriza por la presencia de cambios psicológicos, físicos y la presencia de eventos estresantes. Un ejemplo de estas nuevas demandas o eventos estresantes es la jubilación que reduce entre otras cosas el ingreso económico en los adultos mayores. Para conocer cómo afecta el estrés financiero Krause (1987) en un estudio longitudinal examinó la capacidad del locus de control como un mediador entre los efectos del estrés financiero sobre el bienestar psicológico en una población de adultos mayores de 65 años. Sus resultados señalan que los adultos mayores con un locus de control interno tienen menor probabilidad de experimentar estrés psicológico en relación con el estrés financiero, a diferencia de los adultos mayores con un locus de control externo. Los primeros son capaces de usar sus redes sociales más efectivamente que aquellos adultos mayores con creencias de locus de control externo, Vera, Laborín, Domínguez, Parra y Padilla (2009) sugieren que el locus de control media tanto la integración de redes de apoyo social, las relaciones emocionales que entabla el adulto mayor con otras personas y el mantenimiento del bienestar psicológico ante los eventos estresantes.

Los resultados del trabajo de Krause (1987) sugieren que ante la llegada de la jubilación o la pérdida de ingreso económico los adultos mayores experimentan estrés, pero con el paso del tiempo aquellos con una dirección más interna son capaces de recuperarse de este estrés inicial, debido a que las personas que sienten control sobre los eventos estresantes los enfrentan de forma más efectiva a diferencia de las personas que sienten que sus vidas están gobernadas por la fe, la suerte o el azar.

Por otra parte, Siu, Cooper, Spector y Donald (2001) señalan que los adultos mayores que por diversas razones permanecen activos en un trabajo remunerado

umentan su dirección de locus de control interno y mantienen un estilo de enfrentamiento centrado en el problema.

Respecto a las diferencias de género los resultados son contradictorios, existe un debate sobre las diferencias en la dirección de locus de control entre hombres y mujeres. Por ejemplo, en el estudio realizado por Nunn (1994) las mujeres presentaban mayor dirección externa que los hombres, mostrando mayor ansiedad, mayor orientación a metas y logros que los hombres. Estos hallazgos son similares a los reportados por Haider y Naeem (2013), quienes al examinar la dirección de locus de control en 200 adolescentes pakistanís encontraron que las mujeres tienen un mayor locus de control externo en comparación de los hombres. Por otra parte Archer y Waterman (1988) señalan que no existe evidencia suficiente para hablar de diferencias de género. Evidencia que está relacionada con los resultados de Chubb, Fertman y Ross quienes en 1997 al estudiar una población de 230 adolescentes no encontraron diferencias de género en la dirección de locus de control.

Casi sin excepción, se encuentra que la gente con control interno que maneja mejor el estrés y reporta mayor salud mental y bienestar positivo. Según lo expuesto en los párrafos anteriores, en lo relacionado con la salud mental se asume que tener una percepción de control de tipo interno es más favorable y adecuado que una de tipo externo. En relación con la orientación del locus de control y el envejecimiento se puede concluir que las personas que tienen una dirección de locus de control y mayor creencia de control sobre sus logros, tienen mayores ajustes a la transición física y psicológica durante el envejecimiento que aquellos que creen que la suerte y el poder de otros determinan sus logros y cambios físicos.

Locus de control y bienestar psicológico

El locus de control es una variable de personalidad que se asocia con distintos indicadores de salud mental como el bienestar psicológico. Distintas investigaciones como el de Malhotra (2017), han señalado que el locus de control en su dirección interna se relaciona positivamente con todas las dimensiones de la escala de bienestar psicológico de Ryff (1986b), particularmente con las dimensiones de propósito en la vida, crecimiento personal y autoaceptación, por el contrario, la dimensión de

crecimiento personal presenta una menor correlación con el locus de control interno y la dirección externa de locus de control se relaciona de forma negativa con todas las dimensiones del bienestar psicológico (Shojaee & French, 2014) lo que sugiere que percibir el mundo en términos de circunstancias fortuitas influye negativamente en el bienestar psicológico (Gore, Griffin, & McNierney, 2016).

Mobarakeh et al. (2015) identificó una relación negativa entre el locus de control externo y el bienestar psicológico, a mayor dirección de locus de control externo menor presencia de bienestar en adolescentes. Las personas con dirección externa no perciben una contingencia confiable entre sus comportamientos y sus resultados, estas personas en general creen que las recompensas y los castigos en los que incurren varían con fuerzas caprichosas e inestables como la suerte o el comportamiento de otros poderosos (Jain & Singh, 2015), en esta condición existe una mayor creencia en el hecho de que los eventos de vida se deben a circunstancias que no pueden controlar, teniendo como resultado la presencia de un patrón de ajuste emocional inadecuado..

La literatura sobre locus de control tiende a diferenciar entre una dirección de control interna, en el que las personas sienten control sobre los resultados en sus entornos, y un locus de control externo, en el que las personas sienten que sus resultados descansan en los demás o son el resultado de la suerte. Se ha demostrado consistentemente que las personas con un locus de control más interno tienden a presentar niveles más altos de bienestar, tanto psicológico como físico, que individuos con un locus de control más externo (Christopher, Saliba, & Deadmarsh, 2009)

CAPÍTULO 2. AUTOESTIMA

Conceptuación teórica

La autoestima se relaciona con un adecuado ajuste emocional, cognitivo y social durante diferentes etapas del desarrollo humano (Ortiz & Castro, 2009). Como otros constructos en psicología, permite conocer y comprender psicológicamente a las personas. La autoestima crea un conjunto de expectativas acerca de lo que es posible y apropiado para nosotros y ha sido propuesta como un área de intervención para mejorar la calidad de vida en la población mayor (García et al., 2012).

Para conocer el origen de la autoestima, es necesario definir el concepto de sí mismo o *self*, dado que la autoestima se constituye en gran medida de la valoración de este concepto. La primera descripción del *self* en psicología apareció en 1890, en el libro de *Principios de Psicología* de William James, quien lo describió como un fenómeno consciente de la suma de lo que una persona puede llamar como propio, incluyendo el cuerpo, la familia, vocaciones, posesiones, estados de conciencia y reconocimiento social,

En la psicología moderna Hall y Lindzey (1957, en Frey & Carlock, 1991) distinguen dos formas diferentes de significado del *self*. En la primera, el *self* son las actitudes de las personas, sentimientos y evaluaciones de sí mismos; en la segunda, es *self* es un proceso de pensamiento, recuerdo y percepción.

El *self* está constituido por rasgos físicos y psicológicos, valores personales, responsabilidades, posibilidades, limitaciones, capacidades, debilidades y por aquellos pensamientos sobre lo que la persona (Cruz, 2006). Su valoración psicológica es fundamental en las habilidades de competencia en el mundo social, permite afrontar cambios en el ciclo vital, debido a que organiza y dirige fenómenos psicológicos y sociales y, por medio de ellos, se logra entender parte de la conducta. El *self* es el filtro por el cual las personas ven el mundo, este filtro da forma a los pensamientos, sentimientos y a las diferentes formas de comportamiento.

Huelsz (2009) propone una diferencia entre la autoestima y el autoconcepto que tradicionalmente se han utilizado como sinónimos, define la autoestima como la vivencia de amor que una persona experimenta por sí misma sin condiciones, a

diferencia del autoconcepto que es un juicio que una persona tiene de sí misma según sus logros.

Rosenberg en 1965 definió la autoestima como un sentimiento hacia uno mismo, que puede ser positivo o negativo, el cual se construye por medio de una evaluación de las propias características (Rojas-Barahona, Zegers, & Förste, 2009). Además desarrolló un instrumento unidimensional elaborado a partir de una concepción fenomenológica de la autoestima que capta la percepción global de los individuos de su propio valor por medio de una escala de 10 reactivos, cinco redactados en forma positiva y cinco redactados en forma negativa. Su escala ha sido traducida y adaptada a diferentes idiomas como el español (Martín-Albo, Núñez, Navarro, & Grijalvo, 2007), portugués (Hutz & Zanon, 2011), japonés (Mimura & Griffiths, 2007) e italiano (Prezza, Trombaccia, & Armento, 1997).

Por otra parte Yagosesky (1998) la define como el resultado del proceso de valoración profunda, íntima y personal que cada quien hace de sí mismo en todo momento, esté o no consciente de ello. Se relaciona con nuestros sentidos de valía, capacidad y merecimiento, y es a la vez causa de todos nuestros comportamientos. El resultado de la valoración de sí mismo puede encontrarse en una dirección positiva o alta autoestima, que es la capacidad desarrollable de experimentar la existencia, conscientes de nuestro potencial y nuestras necesidades reales, la capacidad de amarnos incondicionalmente y confiar en nosotros para lograr objetivos a pesar de los factores limitantes o de las circunstancias externas surgidas en los distintos contextos en los que nos corresponde interactuar.

Es una tendencia al equilibrio y al bienestar general, que resulta de conocernos, aceptarnos y valorarnos. El resultado con dirección negativa o baja autoestima es un estado de desequilibrio y consecuencia reducida, generalmente originado durante el nacimiento y la crianza, que promueve y sostiene pensamientos, sentimientos, emociones y comportamientos autolimitantes, que afectan el funcionamiento del individuo, consigo mismo y con su entorno.

Para Fernández-Ballesteros (2009) la autoestima es la agrupación de las valoraciones o juicios afectivos sobre uno mismo, que involucra un componente afectivo de la identidad, mientras que la Real Academia de La lengua Española (RALE, 2001) la define como valoración generalmente positiva de sí mismo.

Branden (2003) afirma que la autoestima es la disposición a considerarse competente para hacer frente a los desafíos básicos de la vida y sentirse merecedor de la felicidad, y está integrada por dos factores interrelacionados, un sentimiento de eficacia personal y otro de valor propio. Reconoce que para que esta se consume en una valoración positiva se requiere, aceptarse a sí mismo, la responsabilidad de uno mismo, autoafirmación, tener una vida con propósito y mantener una integridad personal.

La autoestima plenamente consumada, es la experiencia fundamental de que podemos llevar una vida significativa y cumplir sus exigencias. Considera además a la autoestima como el juicio de valor más importante para las personas, es el factor más decisivo en su desarrollo psicológico y en su motivación. Dicho juicio de valor tiene profundos efectos sobre el proceso de pensamiento de las personas, sus mociónes, sus deseos, valores y objetivos (Branden, 1969).

Brown (2007) la define como un sentimiento de afecto por uno mismo que se desarrolla en gran parte a través de procesos viscerales o irracionales, considerando esta definición como parte de una aproximación afectiva hacia el estudio de la autoestima. Considera que existe otra corriente más cognitiva que define a la autoestima en términos de un juicio que la gente hace respecto a sí mismos, cuya evaluación recae en las propias habilidades y atributos. Propone tres significados generales de autoestima:

- Autoestima global o rasgo de autoestima: Variable de personalidad que captura la forma en que la gente generalmente siente acerca de sí mismos que perdura tanto en tiempo como contexto
 - Autoevaluación: Evaluación de los diferentes atributos o habilidades, por ejemplo, autoestima social, académica, deportiva, etc.
 - Sentimientos de autoestima: estados emocionales momentáneos que surgen de un resultado positivo o negativo.
-

Cruz (2006) señala que la autoestima posee dos componentes, el primero es la sensación de confianza frente a los desafíos de la vida, que se denominaría autoeficacia personal; y otro descrito como la sensación de ser merecedor de la felicidad y respeto. La autoeficacia personal implica tener confianza en el funcionamiento psicológico, ser capaz de aprender, saber tomar decisiones, es tener confianza en uno mismo para entender los hechos de la realidad que entran en el ámbito de los propios intereses y necesidades.

En el estudio de la autoestima, Coopersmith (1976) describió las condiciones necesarias para la presencia de alta o baja autoestima y su formación durante la infancia, estas son:

- 1.- El respeto, aceptación y consideración que recibimos de las personas significativas en nuestra vida
- 2.- Nuestra historia de éxitos y la posición que mantenemos en el mundo
- 3.- Obtener autoestima únicamente en las áreas que personalmente son significativas
- 4.- Control y defensa, que son capacidades individuales para definir consecuencias e implicaciones negativas

Además sugiere la existencia de tres condiciones generales que los padres deben poner en práctica en el hogar para el fortalecimiento de la autoestima. Primero, comunicar claramente su aceptación hacia el niño. Segundo, comunicar de una forma bien definida límites y altas expectativas de desempeño del niño. Y tercero, respetar la individualidad del niño, permitiendo a ellos la oportunidad de ser diferentes y únicos dentro de límites generales establecidos (Bednar, Wells, & Peterson, 1989).

De la misma forma Branden (1969) sugiere que una de las mejores formas de disfrutar de una autoestima sana es tener unos padres que ejemplifiquen una sana autoestima, de esta forma los niños que tienen mayores posibilidades de tener los cimientos necesarios para una sana autoestima son aquellos cuyos padres:

1. Los educan con amor y respeto
2. Les permiten experimentar una aceptación coherente y benevolente
3. Les ofrecen la estructura de respaldo que suponen unas reglas razonables y unas expectativas adecuadas
4. No les bombardean con contradicciones
5. No recurren al ridículo, la humillación o el maltrato físico para controlarles
6. Demuestran que creen en la competencia y bondad del niño

Autoestima en población mexicana

En relación con el estudio de la autoestima en población mexicana, diversos trabajos se han elaborado con la intención de construir instrumentos que midan autoestima, particularmente en niños y jóvenes. Por ejemplo, Verduzco (2005) elaboró un instrumento de autoestima infantil constituido de 32 afirmaciones distribuidas en seis factores: devaluación social, cumplir con expectativas sociales, inseguridad, familia, autoestima y escuela; por otra parte Caso (1999) desarrollo un instrumento que mide la evaluación positiva o negativa que los niños y adolescentes de sus habilidades, emociones y relaciones, es un instrumento de 21 afirmaciones distribuidos en el caso de los niños en tres factores, en jóvenes distribuidos en cuatro factores.

Los trabajos en población adulta se han realizado mediante validaciones de las escalas de Rosenberg (González & Ramos, 2000) y la escala de Coopersmith (Lara, Verduzco, Aceved & Cortés, 1993).

Investigaciones sobre autoestima

Respecto a la relación entre la autoestima y la salud, Rosenberg en 1985 describió las relaciones entre la baja autoestima y otras variables psicológicas, refiere que la baja autoestima se correlaciona con una baja satisfacción con la vida, la soledad, la ansiedad, el resentimiento, irritabilidad y depresión (Chubb et al., 1997). Resultados similares fueron hallados en el estudio de Khatib (2012), quien señala que de la población estudiada, las mujeres que reportaron menor nivel de autoestima y autoeficacia presentaban mayores niveles de soledad, sugiriendo que la autoestima tiene un papel fundamental en el mantenimiento de las redes sociales que fomentan el bienestar y la salud mental.

En la vejez, la autoestima es un factor clave en el envejecimiento exitoso, ya que en esta etapa de vida se presentan cambios paulatinos en las habilidades físicas y cognoscitivas y existe mayor prevalencia de enfermedades físicas que generan valoraciones positivas o negativas en el nivel de autoestima de los adultos mayores. La función de la autoestima es amortiguar los efectos psicológicos negativos que suponen estos cambios, siendo determinante para mantener el bienestar psicológico en el proceso de envejecimiento (Ortiz, & Castro, 2009).

Evidencia empírica del efecto positivo de la autoestima en la vejez ha sido descrita por Zavala, Vidal, Castro, Quiroga y Klassen (2006) quienes encontraron en un estudio con adultos mayores chilenos que las personas que presentaron altos niveles de autoestima mostraron un mejor ajuste en su funcionamiento social y familiar, relación con efecto positivo en la calidad de vida y en la salud mental y física

Estudios similares como el realizado por Sook-Young y Sohyune (2013) en población de mujeres mayores en Corea, encontraron que el autoestima explicó el 29.6% de la satisfacción con la vida. En su estudio concluyen que la autoestima tiene un gran efecto en la calidad de vida y en la salud mental. Lo que sugiere que la mejora de la calidad de vida de las mujeres se puede incrementar por la aplicación de programas de intervención en programas de autoestima.

Durante el desarrollo humano todavía no se comprende cómo y porque existen trayectorias de cambio en los niveles de autoestima, particularmente durante el

envejecimiento. Algunos estudios han demostrado que los niveles promedio de autoestima se mantienen relativamente estables durante el paso de los años.

Para dar respuesta a esta incógnita, Wagner, Lang y Neyer (2013) investigaron el cambio de la autoestima a través del desarrollo adulto en una muestra de personas con edades comprendidas entre los 17 y los 100 años. En el estudio se observaron pocas diferencias de edad en los niveles de la autoestima a través de la adultez. Sus resultados señalan que existe una relación negativa entre la autoestima y la presencia de depresión en la tercera edad, además encontraron que el estar casado o en una relación y mantener una salud positiva fueron asociados a altos niveles de autoestima.

Estudios similares como el de Orth, Trzesniewski y Robins, (2010) quienes al analizar las evaluaciones de 3617 participantes que fueron evaluados en un periodo de cuatro años, encontraron que durante el desarrollo la autoestima muestra una trayectoria cuadrática, es decir, durante el desarrollo el nivel de la autoestima cambia en tres direcciones distintas, en la edad adulta joven muestra un aumento, hasta los 60 años un ligero crecimiento y un declive conforme aumenta la edad a partir de los 60 años.

En cuanto a las diferencias de género observaron que las mujeres durante la edad adulta muestran un nivel menor de autoestima que los hombres, condición que se iguala durante el envejecimiento. Sus resultados señalan que durante el envejecimiento existe un declive de la autoestima. Sugieren que este cambio es probablemente afectado por el nivel de educación, el nivel socioeconómico o estado de salud. Confirman que la educación es una variable que influye en la presencia de la alta autoestima sólo en la vejez y no en etapas más tempranas del desarrollo.

Resultados similares fueron observados por Robins, Trzesniewski, Tracy, Potter y Gosling (2002), quienes evaluaron a un total de 32664 participantes con edades de entre nueve y 90 años, con un promedio de edad de 24 años para conocer las posibles diferencias en el nivel de autoestima entre diferentes variables sociodemográficas. Encontraron que durante la infancia hay un mayor nivel de autoestima, con un declive hacia la adolescencia aproximadamente hasta los 22 años. Entre los 23 y 29 años la autoestima se incrementa y entre los 30 y 40 años no muestra cambios. Observaron un incremento del nivel de la autoestima entre los 40 y 50 años. Con un aumento significativo entre los 50 y 60 años. Finalmente reportaron un declive significativo entre

los 60 y 80 años de edad ocurriendo generalmente a los 70 años. Sugieren que los cambios físicos y emocionales durante el envejecimiento pueden tener un impacto negativo en la autoestima y sobre otros aspectos del ajuste psicológico durante la edad tardía.

Concluyen que el cambio de la autoestima puede ser un cambio en la autopercepción que contribuye a un balance en la evaluación de sí mismo.

Wagner, Gerstorf, Hoppmann y Luszcz (2013) observaron que la disminución de la autoestima en la edad avanzada pueden verse afectada por variables como la educación, nivel socioeconómico o la salud. Wagner et al. (2013) realizaron un estudio donde participaron 1215 adultos mayores con un rango de edades de 65 a 103 años, donde sus resultados revelaron que la autoestima era en promedio bastante estable, con una pequeña disminución que sólo surge en edades avanzadas y en el final de la vida. El estudio reveló que las capacidades cognitivas disminuidas se asociaron con menor nivel de autoestima y mayor percepción de mortalidad.

Resultados similares fueron reportados por Shaw, Liang y Krause (2010), al realizar un estudio entre los años 1986 y 2002 con adultos mayores, encontraron que el promedio de la trayectoria de la autoestima mostró un incremento en la adultez temprana y un decremento durante la adultez tardía. Observaron además que el origen étnico tiene un efecto significativo en el decremento de la autoestima durante el envejecimiento, sugieren que este efecto puede ser debido a las variables de nivel educativo y estatus social.

En comparación con edades más tempranas existe un mayor efecto de la autoestima en la satisfacción con la vida durante el envejecimiento (Zhang & Leung, 2002) y se ha observado que los niveles de la autoestima cambian conforme aumenta la edad en los adultos mayores dependiendo de las limitaciones y riesgos que se presentan conforme avanza la edad (Wagner, Lang, & Neyer, 2013).

En adolescentes la autoestima tiene un rol protector contra la depresión y se relaciona positivamente con los estilos de enfrentamiento centrado en el problema y la búsqueda de apoyo, e inversamente con la evitación de enfrentamiento. Esto sugiere que los adolescentes con un nivel de autoestima bajo son más propensos a utilizar los estilos de enfrentamiento de evitación ante eventos vitales estresantes durante el desarrollo, ya que carecen de la confianza necesaria para enfrentar tales eventos y,

en consecuencia, prefieren la evasión como una estrategia de enfrentamiento. Mientras que los adolescentes con alta autoestima son más propensos a sentirse capaces de manejar los eventos estresantes, por lo que utilizan estrategias adaptativas (Eisenarth, 2012).

Orth, Robins, Maes, Trzesniewski y Schmitt (2009) señalan que es posible que la baja autoestima sea un factor de riesgo para depresión sólo en ciertos periodos del curso de vida pero no en otros, para comprobarlo realizaron un estudio con la finalidad de conocer las relaciones entre el autoestima y síntomas depresivos en la edad adulta, en el cual colaboraron 1685 participantes con una edad promedio de 48.7 años de edad. Sus resultados señalan la existencia de una correlación negativa entre la depresión y la autoestima. El bajo nivel de autoestima funciona como un factor de riesgo para síntomas depresivos en todas las fases de la edad adulta. Consideran que dicha relación trascienden la edad y la presencia de diferentes agentes estresores.

Griffore, Kallen, Popovich y Powell (1990) estudiaron las relaciones entre el nivel de autoestima y diferentes variables sociodemográficas en 111 estudiantes. Encontraron que tanto para hombres y mujeres, la autoestima se asoció con un mayor ingreso familiar, locus de control interno, y una valoración positiva de sí mismo. Para los hombres, la autoestima se correlacionó positivamente con el atractivo físico, mientras que para las mujeres la autoestima se correlacionó con el promedio académico.

En relación con la salud física el estudio realizado por García et al. (2012) señala que existe una importante relación entre los adultos mayores que consideran tener una alta autoestima y mayor actividad física. Señalan que autoperibirse con baja autoestima y bajo bienestar conlleva una mayor dependencia funcional por parte de los adultos mayores, lo que aumenta a su vez su vulnerabilidad a sufrir enfermedades físicas.

Wallace et al. (2012) señalan en su estudio que existe una combinación con consecuencias negativas entre el locus de control externo y bajos niveles de autoestima, como la manifestación de conductas agresivas, depresión y aislamiento social. Mientras que las personas con alta autoestima no manifiestan la necesidad de usar la agresión para obtener objetivos sociales, lo que mejora sus vínculos afectivos.

Respecto a las características personales según el nivel de autoestima Berdnar et al. (1993) menciona que las personas con alta autoestima confían en sus juicios y decisiones, de ese modo se permiten seguir direcciones personales que difieren de su grupo social. Por otra parte las personas con baja autoestima, son autocríticos, y por lo tanto esperan el mismo juicio crítico de los otros, aceptan como verdaderas opiniones negativas acerca de ellos, considerando que estas opiniones son congruentes con sus propias observaciones de sí mismos.

Mientras que para Brow (2007) las personas con alta autoestima se caracterizan por manifestar cariño o amor a uno mismo, mientras que las personas con baja autoestima se caracterizan por sentimientos ambivalentes hacia sí mismos. Considera que en los casos extremos la gente con baja autoestima se odia a sí misma, pero este tipo de condición sólo ocurre en condiciones clínicas.

A pesar de que en la literatura se reporta la falta de un consenso respecto al nivel de la autoestima durante el envejecimiento, en general las investigaciones expuestas en los párrafos anteriores describen un decremento significativo del nivel de la autoestima durante el envejecimiento, a diferencia de etapas del desarrollo como la adolescencia y adultez (Wagner, Lüdtke, Jonkmann, & Trautwein, 2013). Respecto a este fenómeno Shaw et al. (2010) sugieren debe ser interpretado como un patrón normal del envejecimiento, condicionado por la autoaceptación de las propias limitaciones físicas características de esta etapa.

Autoestima y Bienestar psicológico

En párrafos anteriores se describió la estrecha relación que guarda la autoestima con diferentes indicadores de la salud mental, esta condición ha generado que la autoestima se considere una de las principales características de personalidad que mejor representa los aspectos positivos del funcionamiento mental, entre ellos el bienestar psicológico. Es tal su relevancia que se ha postulado una nueva aproximación respecto a la relación con el bienestar, se considera que las dimensiones hedónicas y eudaimónicas del bienestar están determinadas por la autoestima (Huppert & So, 2013). Esta propuesta teórica sugiere que niveles altos en autoestima se asocian con mayor bienestar psicológico, esta relación es más evidente en las dimensiones de autonomía, dominio ambiental y propósito en la vida (Paradise &

Kernis, 2002). Por otra parte la falta de estabilidad en los niveles de autoestima refleja fragilidad y sentimientos de vulnerabilidad, las personas con autoestima inestable son más reactivos a los eventos cotidianos, experimentan mayor incremento en síntomas depresivos, presentan menor motivación y reaccionan con mayor agresividad, por otra parte las personas con alta autoestima reportan mayor autonomía, dominio ambiental, propósito en la vida, autoaceptación, relaciones positivas y crecimiento personal (Paradise & Kernis, 2002).

González-Villalobos y Marrero (2017) realizaron un estudio en una muestra de 976 adultos mexicanos con edades de entre 17 y 84 años, el objetivo fue conocer la relación del bienestar psicológico con distintas variables psicológicas. Sus resultados sugieren que la autoestima se relaciona con cinco de las seis dimensiones de bienestar psicológico, en el caso de la autonomía, esta fue predicha por la autoestima y el neuroticismo, el crecimiento personal dependía del nivel de estudios, pero la autoestima y la apertura a la experiencia fueron los principales predictores. La autoaceptación fue explicada principalmente por la autoestima y el neuroticismo. Las variables personales como el autoestima y variables sociodemográficas explican entre un 33 y un 64% de la varianza de bienestar psicológico en población mexicana (González-Villalobos & Marrero, 2017). Su estudio concluye que en población mexicana la autoestima es la variable de personalidad que tiene mayor efecto predictor en el bienestar psicológico.

Respecto a las características personales según el nivel de autoestima Berdnar et al. (1993) menciona que las personas con alta autoestima confían en sus juicios y decisiones, de ese modo se permiten seguir direcciones personales que difieren de su grupo social.

CAPÍTULO 3. ESTILOS DE ENFRENTAMIENTO

Conceptuación teórica

El estudio del enfrentamiento está relacionado con aspectos esenciales de la vida, pues es un medio de adaptación al mundo, permite lidiar de forma efectiva o negativa con los eventos estresantes. (Góngora, 2002). En la actualidad y de manera muy consistente es un factor que media la relación entre el estrés y la adaptación o el desorden físico o mental.

En psicología, las primeras descripciones de las formas con las cuales las personas enfrentan los diferentes eventos estresantes se encuentran en el modelo psicodinámico de Freud, en éste, el enfrentamiento es un mecanismo de defensa que permite hacer frente a los conflictos inconscientes sexuales y agresivos.

Los mecanismos de defensa son muy similares a las estrategias de enfrentamiento, pero se diferencian en que los primeros tienen una connotación negativa, se enfocan en resolver problemas del pasado, distorsionan la realidad y son inconscientes, mientras que las estrategias de enfrentamiento suponen recursos más flexibles, conscientes, que atienden a la realidad y se centran en el futuro.

Por otra parte Hofboll (1989) propuso un modelo denominado conservación de recursos, el cual tiene como principio básico que las personas se esfuerzan por conservar, proteger y construir recursos. El estrés en este modelo es el resultado de la amenaza real o potencial de estos recursos. Para Hofboll el sustento teórico del modelo se encuentra en las teorías de Freud y Maslow, pues según sus propuestas en el hombre existe una necesidad innata de búsqueda de placer, de recursos físicos, de recursos sociales y psicológicos que le son inherentes a su naturaleza como ser humano. Para lograr estos objetivos las personas aumentan la probabilidad de situaciones que refuercen la posibilidad de obtener recursos y buscan crear y mantener características personales y circunstancias sociales que incrementen la probabilidad de recibir reforzadores y disminuyan la pérdida de dichas características.

En esta teoría el concepto de recursos toma gran importancia, pues su pérdida o amenaza es una fuente de estrés, el recurso es considerado como la unidad básica

para comprender el estrés. Hofboll (1989) define a los recursos como aquellos objetos, características personales, condiciones o energía que son valorados por las personas o que sirven como un medio para obtener dichos objetos, características personales, condiciones o energías. El modelo identifica cuatro tipos de recursos que se ganan o pierden dependiendo del estrés o eutres respectivamente, recursos que se describen a continuación.

- a) Recursos de objeto: se valoran a causa de la naturaleza física de los objetos o por su valor. Por ejemplo, una casa tiene valor porque provee seguridad, mientras que una mansión incrementa su valor por que también indica estatus.
- b) Condiciones: son recursos en la medida que son buscados y valorados, matrimonio, pertenencia, antigüedad laboral, etc. El modelo de conservación de recursos sugiere que medir el grado en las que se valoran dichas condiciones por los individuos o grupos puede dar una idea del estrés potencial que puede generar su pérdida.
- c) Características de personalidad. Son recursos en la medida que generalmente ayudan a resistir el estrés. Por ejemplo, la edad, la autoestima, el locus de control y características físicas.
- d) Recursos de energía: incluye recursos como el tiempo, dinero y conocimiento

Cinco años antes, en 1984 Lazarus y Folkman movieron la atención del enfrentamiento de la perspectiva psicodinámica así como la reactividad innata bioquímica hacia un proceso de evaluación y conceptualizaron el enfrentamiento como un proceso cognitivo entre el individuo y el ambiente dentro de un contexto específico (Snyder & Dinoff 1999).

Lazarus y Folkman (1991) definen el enfrentamiento como el conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales, permanentemente cambiantes, desarrollados para hacer frente a las demandas específicas externas y o internas, evaluadas como abrumadoras o desbordantes de los propios recurso. Esta definición se orienta al

planteamiento de un proceso y no de rasgo, por cuanto se refiere a lo que el individuo realmente piensa o hace en un contexto determinado y a los cambios que se operan cuando el contexto cambia. Agregan que para que éste sea efectivo, debe haber concordancia entre las opciones de enfrentamiento y variables como valores, objetivos, creencias y compromisos que condicionan la posición del individuo (Celis & Araujo, 2010).

El enfrentamiento sirve para dos funciones primordiales: manipular o alertar el problema con el entorno causante de perturbación (enfrentamiento dirigido al problema) y regular la respuesta emocional que aparece como consecuencia (enfrentamiento dirigido a la emoción). El enfrentamiento dirigido al problema y el dirigido a la emoción se influyen el uno al otro y ambos pueden potenciarse o interferirse.

El enfrentamiento centrado en el problema incluye esfuerzos que están directamente dirigidos a controlar o cambiar las fuentes de estrés. Mientras que el enfrentamiento centrado en la emoción son intentos con una respuesta emocional al estrés. Si el enfrentamiento está definido como los intentos a disminuir la carga psicológica, física y emocional de un evento, los dos estilos de enfrentamiento forman parte de una respuesta en común. El uso de las estrategias de enfrentamiento no son consideradas ser mutuamente excluyentes, de hecho, la mayoría son mutuamente facilitadoras. Las ganancias del uso de un estilo en particular dependerán de la situación y de sus demandas (Snyder & Dinoff, 1999).

Folkman y Lazarus (1991) han sostenido que la evaluación cognitiva de una situación impacta directamente en la elección, así como la eficacia, del estilo de enfrentamiento que se emplea. La evaluación consiste en dos procesos de pensamiento.

El proceso primario consiste en la evaluación de lo que está en juego en una circunstancia difícil en particular. En este proceso se distinguen tres clases de evaluación: irrelevante, benigna y estresante. Cuando la situación estresante no conlleva implicaciones para el individuo pertenece a la categoría de evaluación irrelevante; en la evaluación benigna las consecuencias del encuentro se valoran como positivas, es decir si preservan o logran el bienestar o si parecen ayudar a conseguirlo; mientras que la evaluación estresante se incluyen aquellas que significan daño,

perdida, amenaza o desafío para las personas. El proceso secundario participa en la misma evaluación, la evaluación secundaria es un complejo proceso evaluativo de aquellas opciones de enfrentamiento por el que se obtiene la seguridad de que una opción determinada cumplirá con lo que se espera, así como la seguridad de que se puede aplicar una estrategia en particular o grupo de ellas de forma efectiva.

Tanto las evaluaciones primarias que evalúan los riesgos y secundarias que evalúan las estrategias de enfrentamiento interactúan entre sí determinando el grado de estrés, la intensidad y calidad de la respuesta emocional (Lazarus & Folkman, 1991). Además, existen dos características individuales que determinan la evaluación: los compromisos y las creencias. Los compromisos expresan aquello que es importante para el individuo y determina sus decisiones. Los compromisos afectan la evaluación dirigiendo o apartando a los individuos de situaciones que representan amenaza, daño o beneficio, mediante la adaptación de su sensibilidad a las señales emitidas por el entorno.

Pearlin, Menaghan, Lieberman y Mullan (1981) distinguen el enfrentamiento de acuerdo a tres características principales, primero la modificación de las situaciones que originan los problemas estresantes; segundo, la modificación del significado de los problemas para reducir su impacto y; tercero, no consideran enfrentamiento como un conjunto de habilidades disponibles que son usados de forma independiente de la naturaleza del problema, consideran que son, conductas específicas que varían con el origen de los problemas y con los roles sociales en los cuales los problemas emergen.

Taylor y Staton (2007) definen el enfrentamiento como aquellos esfuerzos activos o intrapsíquicos orientados a manejar las demandas generadas por eventos estresantes, Skinner, Edge, Altman y Sherwood (2003) refieren que es un concepto organizativo que se aplica a un amplio repertorio de acciones individuales que son usadas para hacer frente a experiencias estresantes. El enfrentamiento involucra una forma real de hacer frente a las situaciones problemáticas, por lo general requiere un proceso de introspección, honestidad personal y apertura al reconocimiento de imperfecciones del self (Bednar et al., 1989).

Una definición que comprende varios puntos de vista es que el enfrentamiento es una respuesta dirigida a disminuir la carga física, emocional y psicológica que está

vinculada a los eventos vitales estresante y los estresores cotidianos (Snyder & Dinoff, 1999).

En relación a la presencia de eventos estresantes que se manifiestan durante el desarrollo y las formas en las que las personas las enfrentan, es importante considerar que para Pearlin et al. (1981) existe una diferencia importante entre eventos vitales estresantes y los eventos estresantes crónicos. En general los dos están separados por una dimensión temporal, en la que los eventos vitales estresantes son experiencias discretas limitadas por el tiempo, mientras que los eventos vitales crónicos son continuos y permanentes y ejercen un mayor impacto en el bienestar psicológico a diferencia de los primeros. Así la efectividad de la estrategia de enfrentamiento reside sobre la habilidad de reducir inmediatamente el estrés y contribuir a resultados más positivos a largo plazo como el bienestar.

Solis y Vidal (2006) mencionan que las investigaciones realizadas han conceptualizado dos dimensiones del enfrentamiento que se han denominado estilos y estrategias. Los estilos de enfrentamiento son aquellas predisposiciones personales para hacer frente a diversa situaciones y son lo que determinan el uso de ciertas estrategias de enfrentamiento, así como su estabilidad temporal y situacional. Las estrategias de enfrentamiento por otra parte son los procesos concretos y específicos que se utilizan en cada contexto y pueden ser cambiantes dependiendo de las condiciones desencadenantes.

De acuerdo con la mayoría de los teóricos del enfrentamiento, si bien existen diferentes formas de enfrentamiento, por lo menos se identifican tres estilos según esté dirigido (González, Montoya, Casullo, & Bernabéu, 2002).

- A. La *valoración-enfrentamiento cognitivo*: intento de encontrar significado al suceso y valorarlo de manera que resulte menos desagradable.
 - B. El *problema-enfrentamiento conductual*: conducta dirigida a confrontar la realidad, manejando sus consecuencias.
 - C. La *emoción-enfrentamiento afectivo*: regulación de los aspectos emocionales e intento de mantener el equilibrio afectivo.
-

Skinner et al. (2003) refiere que comúnmente otras categorías son usadas en el campo del enfrentamiento, por ejemplo el control primario y el control secundario, también llamados asimilación y acomodación respectivamente. El control primario se entiende como el enfrentamiento orientado a influir en los eventos o condiciones, el secundario es aquel en el que el individuo busca ajustarse a las condiciones existentes.

Thumala (2011) menciona que un segundo tipo de categorización es el que se basa en estrategias activas o pasivas, cognitivas o conductuales, siendo la orientación de aproximación versus orientación de evitación la más común de este tipo. Existe acuerdo en que las formas activas de enfrentamiento se refieren a esfuerzos para manejarse directamente con el suceso conflictivo y son usualmente descriptas como exitosas, ya que tienen efectos positivos sobre la adaptación.

En cambio, las formas pasivas o evitativas consisten en la ausencia de enfrentamiento o conductas de evasión y negación, consideradas como menos exitosas (Krzemien, Monchiatti, & Urquijo, 2006). Para Skinner et al. (2003) éstas categorías no son claras y tampoco son exhaustivas para ser organizadoras de formas más específicas de enfrentamiento.

Generalmente la solución de problemas y la búsqueda de apoyo han sido consideradas formas típicas de estrategias de aproximación, mientras que la descarga emocional y el escape se han considerado estrategias de evitación. La búsqueda de apoyo se considera una estrategia de evitación pues alejan al individuo de la situación estresante y la acercan a otras personas. La descarga emocional se reconoce como una estrategia de aproximación, en tanto se orienta hacia el estresor aun cuando no se intente influir sobre éste.

Carver, Scheier y Weintraub (1989) describen diferentes estrategias de enfrentamiento dependiendo del estilo general (ver Tabla 1) agregan además la existencia de dos tipos de enfrentamiento evitativo, la evitación conductual supone reducir los esfuerzos para enfrentar directamente el suceso conflictivo, esto implica el desarrollo de actividades para distraer a la persona de la situación crítica; mientras que la evitación cognitiva incluye actividades alternativas que desligan el pensamiento del problema en cuestión, como una autodistracción como ver la televisión, leer, pasear, etc. Mientras que uso de sustancias se considera un tipo de evitación conductual que

intenta deshacerse de la situación problemática mediante el uso de alcohol o drogas (Krzemien et al., 2006).

El enfrentamiento es un proceso que tiene tres aspectos principales: primero, el que hace referencia a las observaciones y valoraciones relacionadas con lo que el individuo realmente piensa o hace, en contraposición con lo que este generalmente hace o haría en determinadas condiciones (rasgo).

Segundo, lo que el individuo realmente piensa o hace es analizado dentro de un contexto específico. Los pensamientos y acciones de enfrentamiento se hallan siempre dirigidos hacia condiciones particulares. Para entender el enfrentamiento y evaluarlo necesitamos conocer aquello que el individuo enfrenta. Cuanto más exacta sea la definición del contexto, más fácil resultará asociar un determinado pensamiento o acto de enfrentamiento con la demanda del entorno.

Tercero, hablar de un proceso de enfrentamiento significa hablar de un cambio en los pensamientos y actos a medida que la interacción va desarrollándose. Por lo tanto, el enfrentamiento es un proceso cambiante en el que el individuo, en determinados momentos debe contar principalmente con estrategias, digamos defensivas y en otros con aquellas que sirvan para resolver el problema, todo ello a medida que va cambiando su relación con el entorno (Lazarus & Folkman, 1991).

Tabla 1

Estilos y estrategias de enfrentamiento

	Estilo	Estrategia	Descripción
o		Enfrentamiento activo	Conductas dirigidas a resolver la situación y confrontar las dificultades. Supone una serie de acciones encaminadas a eliminar el problema o bien a reducir sus efectos negativos.
Centrado en el problema	Planificación		Intento de organización determinando los pasos de acción suponiendo que las consecuencias de la situación pueden ser previsibles.
	Apoyo instrumental		Intento de contar con una ayuda tangible, material, guías de actuación y consejos de pares o de profesionales
	Reinterpretación positiva		Reevaluación del suceso crítico mediante la reinterpretación positiva o atribución de un nuevo significado. Supone un aprendizaje a partir de la experiencia a la vez que un crecimiento personal
Centrado en la emoción	Religión		Incluye la búsqueda de apoyo espiritual mediante el depósito de la esperanza en creencias religiosas
	Apoyo emocional		Búsqueda de apoyo afectivo, contención emocional y comprensión de otras personas
	Negación		Forma de evitación cognitiva, oponiéndose a creer la realidad de la Situación
	Aceptación		Reconocimiento de la naturaleza crítica de la situación, de la ambivalencia de la vida y de la responsabilidad propia en la situación

Góngora y Reyes-Lagunes (1999) señalan que el enfrentamiento posee dos componentes característicos de la personalidad, un componente de rasgo que se presenta en diferentes situaciones de vida y un componente de estado, que se presenta en situaciones específicas, ambos se mantiene en general la misma tendencia de enfrentar los problemas. Su propuesta es similar a la de Watson, David y Suls (1999) quienes asumen que la conducta de enfrentamiento dispone al menos de dos características básicas de un rasgo de personalidad, el enfrentamiento es sustancialmente estable sobre el tiempo y ampliamente consistete a través de diferentes situaciones y contextos.

Bajo este argumento se expone la relación existente entre la personalidad y el enfrentamiento, por ejemplo, las personas extrovertidas tienen una alta motivación para interactuar con otras personas y pasan más tiempo socializando que las personas introvertidas, por lo tanto, se espera que los extrovertidos tengan mayor probabilidad de buscar apoyo social en eventos estresantes que los introvertidos (Watson et al., 1999). El enfrentamiento activo y el apoyo emocional se asocian positivamente con extraversión, comunicatividad y negativamente con retraimiento e introversión. El enfrentamiento centrado en el problema se asocia positivamente con intuición, firmeza y control, y negativamente con sensación, vacilación y sometimiento. Mientras que el enfrentamiento de evasión correlaciona positivamente con preservación y negativamente con apertura (Krzemie, 2007).

Estilos de enfrentamiento en población mexicana

Respecto a los estilos de enfrentamiento característicos de la población mexicana, Góngora (2000) refiere que existen cinco formas diferentes, que describe como:

- Directo-Revalorativo: hacer algo para resolver el problema, tratando de aprender o ver lo positivo de la situación.
 - Emocional-Negativo: expresar un sentimiento o una emoción que no lleva directamente a la solución del problema.
-

- Evasivo: evitar, escapar o minimizar el problema y su solución.
- Emocional-Evasivo: expresar un sentimiento o una emoción que no resuelve directamente el problema y se tiende a evitar o escapar del mismo.
- Directo: hacer algo para resolver el problema.

Mientras que Zavala, Rivas, Andrade y Reidl (2008) al validar en población mexicana el instrumento de estilos de enfrentamiento de Lazarus y Folkman (1988) en una muestra de 240 participantes con una edad promedio de 37 años, encontraron que los ocho factores originales de la escala se agruparon en cinco estilos, de los cuales tres coinciden con la propuesta original de los autores, enfrentamiento evasivo, enfrentamiento de distanciamiento y enfrentamiento reevaluación positiva, y dos nuevos factores nuevos enfrentamiento análisis cognitivo-reflexivo y enfrentamiento de negación. Sus resultados son similares a los propuestos por Góngora (2000). Concluyen que en general el enfrentamiento es diferente de una sociedad a otra, el cual depende del contexto sociocultural en el que están inmersas las personas.

Investigaciones sobre estilos de enfrentamiento

El estilo de enfrentamiento de un individuo está determinado por los recursos que dispone como la salud y la energía física, las creencias existenciales como la fe en dios, las creencias generales sobre el control, los recursos para la resolución de problemas, características de personalidad, las habilidades sociales, el apoyo social y los recursos materiales. Por ejemplo, Lowis, Edwards y Burton (2009) encontraron que locus de control interno y una buena percepción de la salud son buenos predictores del estilo de enfrentamiento centrado en el problema. Las personas que perciben un alto grado de satisfacción con la vida utilizan un estilo de enfrentamiento activo y tienen un locus de control interno, mientras que aquellos que perciben una vida muy intensa y una frecuencia alta en emociones, no tienen preferencias claras en sus estilos de enfrentamiento pues presentan tantos estilos activos y pasivos (Laborin & Vera, 1999).

Respecto a las diferencias culturales, Noriega et al. (2007) analizaron los estilos de enfrentamiento ante los problemas en dos contextos latinoamericanos diferentes en el que participaron 800 personas, 400 de la ciudad de Sonora, México y 400 de la ciudad de Paraiba, Brasil. Sus hallazgos reportan que en México los hombres tienden a responder en forma más directa y emocional con respecto a las mujeres. Respecto a la edad, los puntajes de estilos directos de enfrentamiento son mayores en los grupos de edad más avanzada en ambas poblaciones. Concluyen que los estilos de enfrentamiento en estas poblaciones difieren al ser culturas caracterizadas por ser individualistas en el caso de Sonora y colectivista en el caso de Paraiba lo que determina pautas, normas y leyes que rigen las formas de enfrentamiento.

Respecto al nivel de escolaridad y su efecto en el uso de estrategias de enfrentamiento Rodríguez (1995 en Vera et al., 2007) encontró que a medida que aumenta el nivel escolar, existe un incremento en la estrategia directa revalorativa para enfrentar los problemas.

En cuanto las diferencias de género se ha observado que los hombres difieren de las mujeres en el uso de estrategias de enfrentamiento. Los resultados hallados en el estudio realizado por Martín, Lucas y Pulido (2011) muestran que las mujeres adolescentes utilizan en mayor medida estrategias relacionadas con un estilo de enfrentamiento a través del grupo, como la búsqueda de apoyo social o la búsqueda de pertenencia. Mientras que los hombres utilizan en mayor medida un estilo de enfrentamiento centrado en la distracción, centrados en ignorar el problema o evitarlo.

Mientras que las estrategias de enfrentamiento más comunes en mujeres mayores son autodistracción, aceptación, reformulación positiva, religión, enfrentamiento activo. Siendo las menos frecuentes el humor, renuncia, negación y uso de sustancias (Krzemie, 2007).

En el estudio realizado por Pruchno, Burant y Peters (1997) con 140 familias constituidas por tres generaciones, se reporta que las mujeres que hacen un mayor uso de enfrentamiento centrado en la emoción tienen mayores síntomas depresivos, mientras que en los hombres, la presencia de depresión fue predicha por un menor uso de estrategias centradas en la emoción y mayor uso de estrategias instrumentales.

En la población de adolescentes las estrategias de enfrentamiento pueden incidir en su desarrollo psicológico. En el trabajo realizado por González et al. (2002)

se estudió la relación entre el enfrentamiento y el bienestar psicológico, además de la incidencia de la edad y el género sobre estas variables. Sus resultados señalan una escasa relación de la edad con el enfrentamiento y el bienestar psicológico. En cuanto a las diferencias de género las mujeres poseen mayor repertorio de estrategias de enfrentamiento y menos habilidad para enfrentar los problemas que los hombres. Observaron que el estilo y estrategias dirigidos a la resolución del problema se relacionan con un alto bienestar, mientras que el estilo improductivo se relaciona con un bajo bienestar tanto en hombres como en mujeres.

Estos hallazgos concuerdan con los resultados reportados en la investigación realizada por Blanchard-Fields e Irion (1988), que al examinar la relación entre el locus de control y el enfrentamiento en cuatro grupos de diferentes edades, encontraron que la orientación interna de locus de control se relacionó positivamente a las estrategias de enfrentamiento centradas en la emoción para el grupo de jóvenes, siendo esta relación en el grupo de adultos mayores negativa, los adultos mayores con una dirección interna de locus de control mostraron menor uso de estrategias de enfrentamiento centradas en la emoción.

Respecto a la orientación externa, otros poderosos fue la única orientación que se relacionó con estrategias de enfrentamiento centradas en el problema, los adultos mayores que tenían la creencia otros poderosos en el control de las circunstancias de su vida mostraron mayor uso de estrategias centradas en el problema y autocontrol que los grupos de jóvenes.

El conocimiento actual sobre los cambios del estilo de enfrentamiento durante el envejecimiento es relativamente nuevo. La investigación sugiere que las fuentes de estrés cambian a medida que el individuo envejece y, como consecuencia de ello, el enfrentamiento también ha de variar para poder atender las nuevas demandas (Tomás et al., 2012).

En el estudio realizado por Brennan, Holland, Schutte y Moos (2012) en adultos mayores, se observó una reducción en el uso de estrategias de enfrentamiento debido a la presencia de síntomas depresivos o falta de recursos financieros. Concluyen que en general existe una disminución de las formas de enfrentamiento durante el envejecimiento, pero esta condición es modificable al reevaluar los factores estresantes y aumentando los recursos personales y sociales.

Thumala (2011) identificó seis formas diferentes de enfrentamiento ante las pérdidas durante el envejecimiento que a continuación se describirán. Para el caso de la pérdida de la salud o capacidad física predomina los procesos adaptativos a través de la acomodación y la coordinación de las acciones con las contingencias ambientales por medio de la solución de problemas. Ante situaciones en las que no se logra ejercer ningún control como la muerte de familiares, predomina la aceptación de la pérdida y la búsqueda de apoyo de otras personas y ayuda espiritual. En el caso de la pérdida de calidad en las relaciones sociales, predomina la búsqueda de apoyo y la autonomía. Respecto a la pérdida de integración social predomina la negociación y la acomodación. Ante la pérdida de bienes materiales predomina la acomodación, seguida de apoyo social. Finalmente, en el caso de la pérdida cognoscitiva predominan las estrategias de acomodación y la solución de problemas.

En el estudio realizado por Schoenmakers, Van Tilburg y Fokkem (2012) reveló que el enfrentamiento activo se asocia a los adultos mayores de mayor edad, en malas condiciones de salud física y en aquellos que son solitarios, mientras que el enfrentamiento emocional es utilizado por los adultos mayores con menor nivel académico y con un bajo control personal.

Stefani y Feldberg (2006) refieren que las estrategias predominantes de los adultos mayores que viven en sus hogares, en comparación con aquellos que viven en centros de asistencia social, se caracterizaron por una mayor reevaluación para modificar el significado y relevancia del problema, además de más formas de resolver dificultades de la vida diaria, mientras que los residentes de casas de asistencia social se caracterizaron por presentar mayor resignación y enfrentamiento religioso. Agregan que estas diferencias predominan porque los adultos mayores tienen mayor percepción de control sobre los eventos de su vida cuando viven en sus hogares, mientras que aquellos que viven en centros de asistencia social adoptan un comportamiento predominantemente pasivo como consecuencia de una menor percepción del control personal.

Por otra parte, Gonzáles-Celis y Padilla (2006) al estudiar 194 adultos mayores con una edad promedio de 71 años encontraron que la estrategia usada con mayor frecuencia fue aquella orientada al problema o conducta (56% de la muestra); seguida de la estrategia orientada a la valoración con un 36,6%, y por último, en un

7,4%, la orientada a las emociones. Concluyen que para solucionar problemas relacionados con la salud, las estrategias que los adultos mayores utilizan con mayor frecuencia son las orientadas al problema, en las situaciones familiares predomina las estrategias orientadas a la valoración, mientras que las estrategias dirigidas a la emoción, se enfocan a regular la respuesta emocional que se origina a partir del problema.

Resultados diferentes en el uso de estrategias de enfrentamiento durante el envejecimiento se hallaron en el trabajo realizado por Meléndez, Mayordomo, Sancho y Tomás (2012) en tres grupos de edad, jóvenes, adultos y adultos mayores españoles. Con la intención de conocer las diferencias en las estrategias de enfrentamiento por géneros y edad, se encontró que en el grupo de los adultos mayores hace mayor uso de las estrategias de culpa y religión que los adultos y los jóvenes. Señalan que los adultos muestran diferencias significativas en el uso de estrategias centradas en el problema a diferencia de los adultos mayores, mientras que los jóvenes utilizan con mayor frecuencia la expresividad emocional, evitación y búsqueda de apoyo social.

En lo relacionado a las estrategias de enfrentamiento y su relación con el género, las mujeres mostraron mayores puntuaciones en culpa, expresión emocional, búsqueda de apoyo y religión, reportan una interacción entre el tiempo y el género pues conforme las mujeres crecen el uso de la evitación declina, mientras que incrementa el uso de la religión y la culpa. Sugieren que la disminución de las estrategias centradas en el problema durante el envejecimiento puede ser debido a que los adultos mayores experimentan un menor número de eventos importantes de la vida debido a las actividades que llevan a cabo, pues esta etapa se caracteriza por ser más rutinaria que en etapas anteriores. Además, ante la presencia de eventos como el deterioro de la salud, pérdida de trabajo, familiares o amigos es difícil aplicar medidas de resolución de problemas para modificar dichos eventos. Lo que incrementa las estrategias centradas en la emoción conforme aumenta la edad.

Existe evidencia que sugiere que las estrategias de enfrentamiento centrado en el problema en general mantienen más resultados eficaces a diferencia de las personas que solo usan el estilo centrado en la emoción. Aunque algunas investigaciones han encontrado que el uso de estrategias centradas en la emoción es

en un inicio útiles cuando el nivel de control de una persona se limita, como la pérdida de un ser querido o una enfermedad personal (Lane, Jones, & Stevens, 2002).

En la literatura sobre el enfrentamiento prevalece la dicotomía de los estilos dirigidos hacia el problema y los centrados en la emoción. En la actualidad una alternativa a esta perspectiva dicotómica, es la tendencia a analizar la flexibilidad de enfrentamiento que consiste en el efecto conjunto de distintas estrategias que generan mejores patrones de adaptación ante la adversidad.

El concepto de flexibilidad de enfrentamiento supone que tener un amplio repertorio de estrategias permite a un individuo adaptarse más efectivamente a los problemas de la vida cotidiana. La mayoría de los estudios han demostrado que ciertos perfiles de afrontamiento, particularmente aquellos que combinan estrategias de acercamiento, son más resistentes al estrés (Freire, Ferrad, Nuñez, & Valle, 2018).

En la investigación psicológica, las formas con las cuales las personas enfrentan diferentes cambios y eventos que generan estrés durante el desarrollo tiene diferentes denominaciones: *coping*, enfrentamiento o afrontamiento.

Para fines de esta investigación se utilizó la propuesta realizada por Góngora (2000) quien a partir del análisis connotativo de esta palabra definió el concepto como enfrentamiento, ya que a diferencia del *coping* o afrontamiento es el concepto que mejor describe teóricamente el constructo.

Enfrentamiento y bienestar psicológico

El estudio de la relación entre el enfrentamiento y el bienestar psicológico en la vejez es de particular interés para las ciencias de la salud, ya que conforme se envejece, disminuyen las capacidades físicas y cognitivas lo que genera dependencia del adulto mayor, esta condición aumenta significativamente ante la presencia del estrés (Iraj, Mahbubeh, Alireza, Zahra, & Azizolha, 2017) y la falta de estrategias de enfrentamiento adaptativas.

Mayordomo, Viguer, Sales, Satorres y Meléndez (2016) señalan que el bienestar es una de las claves para un desarrollo exitoso y óptimo a lo largo de la vida, ya que el desarrollo involucra cambios en la capacidad de adaptación de las personas para satisfacer sus necesidades a lo largo del tiempo, particularmente, los cambios que ocurren en la segunda mitad de la vida requieren un esfuerzo para adaptarse a la nueva realidad. En este sentido, el enfrentamiento tiene un papel importante en la presencia del bienestar ya que promueve el ajuste psicológico en distintas etapas de cambio en la vida adulta.

Respecto al estudio de la relación del enfrentamiento y el bienestar, es importante destacar que el efecto positivo o negativo de las estrategias de enfrentamiento no implica que exista una estrategia mejor que otra. Sin embargo, el uso adecuado de estrategias de enfrentamiento positivas, es decir, aquellas que la literatura reconoce como funcionales, permiten hacer frente a la situación de manera satisfactoria y suelen relacionarse de forma positiva con el bienestar de quienes las adoptan.

Las estrategias dirigidas a la resolución del problema a través de las acciones realizadas por el individuo, o buscando el apoyo de los demás, se relacionan con alto bienestar, mientras que las estrategias perteneciente al estilo improductivo como la evitación, se relacionan con bajos niveles de bienestar (Uribe-Urzola, Ramos-Vidal, Villamil-Benítez, & Palacio-Sañudo, 2018). Las personas con un alto nivel de bienestar psicológico presentan perfiles de enfrentamiento más adaptables (combinación de planificación, replanteamiento y estrategias activas de afrontamiento) (Frire et al., 2018).

En este sentido, el uso combinado de estrategias de planificación, replantamiento y enfrentamiento activo, tiene un efecto positivo en el grado de auto aceptación, percepción de dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal, mientras que menores niveles de flexibilidad en las estrategias de enfrentamiento se asocian con bajos niveles de bienestar psicológico en jóvenes estudiantes (Freire et al., 2018).

En relación al uso de estrategias dirigidas a la resolución de problemas, existe en la actualidad una propuesta que distingue dos tipos de enfrentamiento directo: el primero se ha denominado enfrentamiento primario, el cual incluye esfuerzos dirigidos a cambiar un estresor (resolución de problemas) e incluye tanto las estrategias orientadas a la acción (enfrentamiento activo) como las de toma de decisiones (planificación); y el segundo, denominado control secundario, que describe esfuerzos para adaptarse a un factor estresante, el cual no implica cambiar la situación, sino cambiar uno mismo, es decir, que la persona modifique la percepción que tiene de la situación, realizando una reestructuración cognitiva positiva de la misma (reestructuración cognitiva, distracción, aceptación, pensamiento positivo) (Bryden et al., 2015). En este sentido, la investigación ha encontrado que aquellas estrategias centradas en el control primario y secundario se asocian sistemáticamente con mayor bienestar emocional (Sanjuán & Ávila, 2016).

Bryden et al. (2015) señala que el uso del enfrentamiento de control primario y secundario tiene una relación positiva con todas las dimensiones del bienestar psicológico, particularmente con la dimensión de relaciones positivas con otros, mientras que con la dimensión de autonomía presenta correlaciones bajas. Ambos tipos de enfrentamiento explican el 23% de autonomía, el 39% de dominio del entorno, 40% de crecimiento personal, 42% de relaciones positivas con otros, 26% de propósito en la vida y el 47% de la dimensión de aceptación en mujeres jóvenes.

El enfrentamiento centrado en el problema predice de forma significativa el bienestar psicológico en todas sus dimensiones, mientras que las estrategias de enfrentamiento centradas en la emoción predicen de forma negativa el bienestar, aunque el enfrentamiento activo no es sinónimo de enfrentamiento exitoso, el uso de esta estrategia aumenta la probabilidad de experimentar menores niveles de estrés (Mayordomo-Rodríguez, Meléndez-Moral, Viguier-Segui, & Sales-Galán, 2015).

La respuesta de afrontamiento de un individuo no es solo su reacción al evento en sí; es además, parte de estructura de personalidad, por lo tanto es esperable que la relación entre el bienestar y el enfrentamiento sea negativa cuando se utilizan estrategias de a enfrentamiento disfuncionales.

Por otra parte, el estudio de las estrategias de enfrentamiento y el bienestar no solo se ha centrado en las estrategias directas como la solución de problemas, también se ha reportado el efecto de estrategias relacionadas con el apoyo social, por ejemplo, Iraj et al. (2017), realizaron un estudio con la intención de conocer el rol de apoyo social como una estrategia de enfrentamiento en la predicción del bienestar psicológico en pacientes diabéticos tipo 2 de en población Iraní. En el estudio participaron 225 pacientes con diabetes mellitus tipo 2, sus resultados sugieren que existe una correlación positiva entre el apoyo social y el bienestar psicológico, mediante una regresión lineal, demostraron que la percepción de apoyo de amistades, el enfrentamiento por evitación, el enfrentamiento emocional y la percepción de apoyo familiar predicen el 24.5 % del bienestar psicológico.

Además, el efecto combinado de las estrategias de enfrentamiento con diversas variables psicológicas también ha demostrado un efecto positivo en el bienestar, Sanjuán y Ávila (2016) realizaron un estudio con 200 adultos con edades de 20 56 años en el que se indagó el efecto del enfrentamiento y la motivación sobre el bienestar. Sus resultados señalan que de forma conjunta, el enfrentamiento y la motivación correlacionan con todas las medidas de bienestar, indicando que existe mayor nivel de bienestar cuando además de encontrar indicadores de motivación se hace uso el enfrentamiento de solución de problemas, de reestructuración cognitiva positiva y de apoyo social. En general, sus resultados indican que la motivación y el enfrentamiento tienen un peso importante en el bienestar, explicando concretamente entre el 17 y el 36% de la varianza de todas las dimensiones del bienestar.

Los estilos de enfrentamiento relacionados con la práctica religiosa han demostrado que esta estrategia está asociada con indicadores de bienestar psicológico y subjetivo, como lo indica el estudio realizado por Krok (2015), en el que al indagar la relación entre el enfrentamiento religioso y el bienestar en una muestra de jóvenes y adultos encontró que la religiosidad como estrategia de enfrentamiento se relaciona de forma significativa con la presencia de un sentido de propósito y

significado en la vida, mientras las estrategias negativas se relacionan negativamente con todas las dimensiones del bienestar.

Cappeliez y Robitaille (2010) realizaron un estudio en el que participó un total de 909 adultos mayores con un rango de edad de 59 a 93 años, con la intención de demostrar la relación entre la reminiscencia (funciones auto-positivas y negativas) y la presencia de síntomas depresivos, nivel de ansiedad y satisfacción con la vida están mediados por un enfrentamiento asimilativo y acomodativo. Sus resultados demostraron que las reminiscencias auto-positivas se relacionan con un bienestar psicológico positivo a través de un afrontamiento asimilativo y acomodativo, mientras que las reminiscencias auto-negativas están asociadas a un menor bienestar psicológico a través de sus relaciones negativas con ambos modos de afrontamiento.

Finalmente es importante destacar que la relevancia del estudio de la relación entre el enfrentamiento y el bienestar es clave para identificar estrategias que puedan servir como recursos para una adaptación exitosa en distintas etapas del desarrollo humano.

CAPÍTULO 4. BIENESTAR PSICOLÓGICO

Conceptuación teórica

Desde hace un par de décadas, en el ámbito de la psicología se ha puesto mayor énfasis en los estados psicológicos positivos y su relación como factores de protección en el desarrollo de enfermedades físicas y mentales (Vazquez, Hervas, Rahona, & Gómez, 2009).

Seligman desde el año 2000 ha dado inicio a un nuevo campo de la psicología, denominado "Psicología Positiva", en esta nueva área se comienzan a integrar todos los conceptos relativos al bienestar, la felicidad y los enfoques más positivos y optimistas de la salud mental dejando de lado la visión tradicionalista en la enfermedad o los estados negativos de salud mental (Romero, García-Mas, & Brustad, 2009). En la actualidad se reconocen dos orientaciones en este campo, una centrada en la psicología humanista y otra que refleja una orientación más empírica.

Por una parte, la psicología positiva humanista se fundamenta en el pensamiento existencial y humanista, mientras que la psicología positiva más reciente está firmemente arraigada en el positivismo lógico de la psicología científica tradicional, Mruk (2008) denomina a la primera como psicología positiva humanista y a la segunda como psicología positiva positivista. Las dos orientaciones se centran en la investigación, comprensión y fomento del bienestar. Unos de los propósitos de la psicología positiva es aportar conocimiento y orientación de los servicios de salud para promocionar el bienestar.

Los estados positivos a nivel psicológico no sólo forman parte integral de la salud, sino que pueden tener influencia en la disminución de enfermedades y problemas físicos y mentales. Las personas sanas se caracterizan por manifestar una valoración positiva de sí mismo, un sentimiento de control personal y una visión optimista del futuro, condiciones que juegan un papel importante como reserva de recursos que permiten a las persona enfrentar las dificultades diarias, e incluso aquellas situaciones que pueden ser intensamente estresantes o amenazantes para la propia existencia (Vázquez et al., 2009), es aquí, donde el bienestar como factor

protector de la salud, manifiesta su relevancia e importancia en el ámbito de prevención en la psicología.

El término de bienestar psicológico comenzó en 1980, pero su origen se encuentra en las primeras teorías del desarrollo psicológico y teorías de psicología clínica, que destacaron el potencial personal para una vida con significado y autorrealización frente a los desafíos que se presentan durante el curso de la vida (Keyes, Shmotkin, & Ryff, 2002). La relevancia del bienestar se centra en que su definición influye en las prácticas del gobierno, la enseñanza, la terapia, la paternidad y la religión, ya que estas tienen como objetivo realizar acciones encaminadas a crear las mejores condiciones para que las personas se desarrollen con plenitud, evidenciando la importancia del conocer qué es el bienestar y cómo se logra.

Ryan y Deci (2001) organizaron el estudio del bienestar en dos grandes tradiciones, una que trata con la felicidad, mejor conocido como bienestar subjetivo (tradición hedónica) y otra que se encarga del desarrollo del potencial humano, bienestar psicológico (tradición eudaimónica). La tradición eudaimónica se encarga del estudio del bienestar psicológico, se fundamenta en el concepto de Aristóteles de eudaimonia. Para Aristóteles la búsqueda de la perfección a través de la realización del verdadero potencial del ser humano es el fin último de cada persona, relegando la búsqueda de la felicidad a un segundo término, pues esta se traduce en la satisfacción de los deseos personales, volviendo a los humanos esclavos o seguidores de sus deseos (Ryan & Deci, 2001).

De acuerdo a este punto de vista, cada individuo llega a la vida con talentos únicos, conocidos como daimon. La prueba central de la vida es reconocer y realizar esos talentos. Waterman (1993) señaló que, mientras que la felicidad se define hedónicamente, la concepción eudaimónica de bienestar exhorta a la gente a vivir de acuerdo con su daimon o verdadero yo. Variantes de tales ideas se infiltraron en las siguientes formulaciones de la condición humana tales como la filosofía existencial, que subraya la responsabilidad de los individuos a encontrar significado en su existencia (Ryff, Singer, & Love, 2004).

En la tradición eudaimónica, el bienestar psicológico se centra en el significado y la autorrealización y lo define en términos del grado en que una persona se encuentra en un funcionamiento pleno psicológicamente (Ryan, & Deci, 2001).

Tanto el bienestar psicológico como subjetivo son importantes y se relacionan con los aspectos positivos del funcionamiento psicológico. Para Erich Fromm (1981) el óptimo bienestar requiere distinguir entre aquellas necesidades (deseos) que sólo se sienten subjetivamente y cuya satisfacción conduce al placer momentáneo, de las necesidades que tienen sus raíces en la naturaleza humana y cuya realización conduce al crecimiento humano y produce una sensación de bienestar. Investigadores a menudo debaten sobre si existe una diferencia significativa entre el bienestar psicológico y el bienestar subjetivo. Un punto de vista argumenta que ambas formas de bienestar son distintas dimensiones, mientras que otros suponen que son perspectivas del mismo constructo general, siendo más similares que diferentes.

Para esclarecer este tema, el propósito de la investigación de Chen et al. (2013) fue examinar esos dos puntos de vista usando una aproximación estadística para conocer si eran constructos similares. Utilizaron un modelo bifactorial para analizar la varianza común compartida por los dos tipos de bienestar y la varianza única específica para cada uno. Sus resultados sugieren que el bienestar psicológico y bienestar subjetivo están fuertemente relacionados a nivel de un constructo general, pero sus componentes individuales son distintos, lo que sugiere que ambas perspectivas tienen características independientes, conclusión que contribuye a esclarecer el debate sobre las diferencias entre el bienestar psicológico y subjetivo.

El bienestar psicológico se conceptualiza como la efectividad en el funcionamiento psicosocial del individuo e incluye estados emocionales positivos en una dimensión alta (felicidad) y baja (tristeza) (Amutio et al., 2008). Para Chen, Jing, Hayes y Lee (2013) el bienestar psicológico implica percibir de forma prospera los retos actuales de la vida, tales como la búsqueda de metas significativas, crecer y desarrollarse como persona y ser capaz de establecer vínculos de calidad con los demás.

Para Deci y Ryan (2000) el bienestar no es simplemente una experiencia subjetiva de afecto positivo, el bienestar psicológico es una función orgánsmica en la que la persona detecta la presencia o ausencia de vitalidad, flexibilidad psicológica y un profundo sentido interior de bienestar.

Fernández-Ballesteros considera que el bienestar psicológico está conformado por una dimensión más cognoscitiva y de rasgo (satisfacción) y por otra dimensión

más afectiva y de estado (el tono hedónico, sentirse bien o mal en estos momentos). La presencia de estado afectivo u positivo y la ausencia de malestar afectivo junto con la satisfacción con la vida conformarían la definición más aceptada de bienestar psicológico. Pueden producirse adaptaciones genéricas a la vida características por personas que obtengan valores altos en satisfacción y altos también en tono hedónico (categorizado como éxito o logro personal) otras personas pueden referir encontrarse bien pero insatisfechas (moral alta), otras sentirse mal pero satisfechas (resignación-aceptación) y finalmente individuos insatisfechos y que se sientan mal (frustración-fracaso personal).

Como se mencionó en los párrafos anteriores, el concepto de bienestar tiene un origen filosófico, y está íntimamente ligado al crecimiento personal, para ampliar el conocimiento de éste constructo, a continuación se describirán las teorías y modelos que se han propuesto para explicar el bienestar.

Teoría de la autodeterminación

La teoría de autodeterminación propuesta por Ryan y Deci en el año 2000, postula que el bienestar psicológico se logra mediante la satisfacción de tres necesidades psicológicas básicas, 1) la necesidad de *autonomía*: se refiere a experimentar la sensación de opción o voluntad a la hora de iniciar, mantener o terminar una conducta; 2) la necesidad de *competencia*: se refiere al sentimiento de eficacia al interactuar con el mundo social o físico y 3) la necesidad de *compromiso*: en las relaciones hace referencia al afecto recibido en la interacción con los demás, resultando un sentimiento general de compromiso y pertenencia (Decy & Ryan, 2008).

Mediante la presencia de un sistema de metas congruentes y coherentes con los propios intereses y valores. Se satisfacen a través de las relaciones dentro de las prácticas de la educación, el trabajo, el deporte, la religión y la psicoterapia (Ryan & Deci, 2000). Las necesidades son universales y conducen al bienestar y a diferentes objetivos relacionados con la salud mental, promueven el crecimiento personal, y la integridad.

Modelo PERMA

Para Seligman (2011) la investigación y tradición filosófica del bienestar se pueden resumir en tres dimensiones que conllevan al bienestar, la vida placentera, implicaría vivir las emociones positivas del pasado, presente y futuro; la vida comprometida, considerada como la búsqueda de un mayor número de experiencias óptimas a través de la práctica de las fuerzas personales y finalmente la vida significativa que incluye un sentido vital y desarrollo de objetivos Según Seligman (2011) el bienestar se constituye mediante la presencia de cinco elementos: emoción positiva (positive emotion), compromiso (engagement), relaciones positivas (positive relationships) significado (meaning) y logro (achievement). Juntos constituyen el acrónimo de su modelo *PERMA*. Propone además que la forma en que elegimos nuestro curso de vida debería potenciar estos cinco pilares del bienestar.

Expresividad emocional

Waterman (1993) vincula la concepción eudaimónica del bienestar a lo que él denominó como sentimientos de “expresividad personal”. Este tipo de estados los relacionó a experiencias de gran compromiso con las actividades que la persona realiza, con una sensación plena de sentirse vivo y realizado, de ver sus actividades como una fuente de realización personal. Estas experiencias ocurren según Waterman (1993) cuando: existe una intensa participación en una actividad; una sensación de un ajuste con una actividad que no es característica de la mayoría de las tareas diarias; un sentimiento intenso de estar vivo; una sensación de estar completo o de estar comprometido en una actividad; la impresión de que una persona es lo que estaba destinada a hacer y la sensación de que esto es quien realmente es. Estas premisas refuerzan la afirmación de que la auto-realización constituye un aspecto del funcionamiento psicológico óptimo.

Modelo de salud mental

Warr en 1987 desarrolló un modelo de salud mental compuesto por las dimensiones de bienestar psicológico, competencia, autonomía, aspiración y funcionamiento integrado. En el cual considera que el bienestar Psicológico se

encuentra constituido por tres ejes de medida: satisfacción con el trabajo, Ansioso – Contento y Deprimido – Entusiasmado (Warr, 1990). Su modelo es ampliamente usado en la evaluación de la salud mental y bienestar psicológico en el ambiente laboral.

Modelo de bienestar subjetivo

Como se mencionó en párrafos anteriores, el estudio del bienestar tiene dos aproximaciones, el bienestar psicológico (eudaimónico) y el bienestar subjetivo (hedónico). Para Diener (1984) el concepto aristotélico de eudimonia no conduce a la felicidad, es decir la virtud por sí misma no genera felicidad. En la tradición hedonista del bienestar el bienestar subjetivo es usado como sinónimo felicidad (Chen et al., 2013). Específicamente Diener (1984) consideró el bienestar subjetivo como la experiencia de altos niveles de afectos y emociones placenteras, bajos niveles de emociones y afectos negativos y alto nivel de satisfacción con la vida. Señala que existen tres huellas características en el área del bienestar subjetivo. Primero, es subjetivo, es decir radica dentro de las experiencias personales de cada persona. Segundo, el bienestar subjetivo incluye medidas positivas, no es sólo la ausencia de factores negativos. Tercero, las medidas de bienestar subjetivo incluyen típicamente una evaluación global e todos los aspectos de la vida de una persona.

Modelo Multidimensional de Bienestar Psicológico

Los psicólogos de la corriente humanista interesados en el crecimiento y el desarrollo pleno del individuo han generado construcciones como la auto-actualización (Maslow, 1968), el funcionamiento pleno (Rogers, 1961), la madurez (Allport, 1961), y la individuación (Jung, 1933). Estas concepciones previas de funcionamiento positivo tuvieron poco impacto en los estudios empíricos sobre el bienestar, en gran parte debido a la ausencia de procedimientos de evaluación válidos y confiables (Keyes et al., 2002).

Carol Ryff, en 1989, expuso uno de los elementos más importantes de la psicología positiva al desarrollar su modelo de bienestar psicológico al cual denominó "Modelo Integrado de Desarrollo Personal" (Romero et al., 2009). Este modelo de bienestar eudaimónico descansa en el supuesto de que los individuos se esfuerzan por funcionar plenamente y hacer realidad sus talentos únicos. Para desarrollarlo utilizó tres teorías psicológicas clínicas de crecimiento personal (Dierendonck, Díaz, Rodríguez, Blanco, & Moreno, 2008):

- Madurez Psicológica de Gordon Allport: que se caracteriza por relaciones cálidas orientadas a la dependencia de los demás (confianza, empatía, sinceridad, tolerancia), Seguridad emocional y aceptación propia, hábitos encaminados hacia una percepción realista, centralidad en los problemas y desarrollo de habilidades para la solución de problemas, desarrollar la introspección; reírse de uno mismo.
 - Funcionamiento Pleno de Carl Rogers. incluye cinco aspectos para el funcionamiento pleno: Apertura a la experiencia (Aumento de conciencia, aceptación y percepción a las experiencias, sentimientos y sensaciones propias), vida existencial (Vivir en el aquí y en el ahora), confianza orgánica (Confiar en nosotros mismos, hacer lo que se siente bien, lo que surge de forma natural), libertad experiencial (reconocer la sensación de libertad, y asumir la
-

responsabilidad de las decisiones) y creatividad (Actuar en consecuencia y participar en el mundo, ser funcional).

- Autorrealización de Abraham Maslow: representa el nivel más alto de una jerarquía de necesidades humanas y que están sujetas a dos conjuntos diferentes de fuerzas motivacionales.

Su modelo está compuesto por seis dimensiones con direcciones negativas o positivas (Ryff, 2014): autoaceptación, vínculos sociales, autonomía, control de situaciones, proyecto de vida y crecimiento personal (ver Tabla 2). Este modelo de bienestar psicológico se enmarca dentro del desarrollo del potencial humano, bienestar eudaimónico, diferenciado del bienestar hedónico o subjetivo (Amutio, Ayestaran, & Smith, 2008).

Cada dimensión del bienestar psicológico implica retos que las personas enfrentan en su lucha por funcionar positivamente (Ryff, 1989a). Es decir, la gente trata de sentirse bien acerca de sí mismos, incluso aunque es consciente de sus propias limitaciones (auto-aceptación). También tratan de desarrollar y mantener relaciones interpersonales cálidas y de confianza (relaciones positivas con los demás) y para dar forma a su entorno con el fin de satisfacer las necesidades y deseos (control ambiental) personales.

En el mantenimiento de la individualidad dentro de un contexto social más amplio, las personas también buscan una autodeterminación sentido y la autoridad personal (autonomía). Una tarea fundamental es encontrar significado en los esfuerzos y desafíos (de propósito en la vida) de uno. Por último, aprovechar al máximo los talentos y capacidades (crecimiento personal) es fundamental para el desarrollo positivo del bienestar psicológico.

Tabla 2

Definiciones teóricas de las dimensiones del bienestar psicológico

Dimensión	Dirección	Características
Autonomía	Positiva	Independiente, capaz de resistir las presiones sociales a pensar y actuar de cierta manera; regula su propio comportamiento
	Negativa	Manifiesta preocupación por las expectativas y las evaluaciones de los demás; se basa en juicios de otras personas para tomar decisiones importantes; se ajusta a las presiones sociales para pensar y actuar de cierta manera
Control ambiental	Positiva	Sentido de dominio y competencia, controla una amplia gama de actividades externas; hace un uso eficaz de las oportunidades de los alrededores capaz de elegir o crear contextos
	Negativa	Tiene dificultad para manejar los problemas cotidianos, incapaz de cambiar o mejorar el contexto circundante; no es consciente de las oportunidades que rodean
Crecimiento personal	Positiva	Sensación de desarrollo continuo; abierto a nuevas experiencias; crecimiento personal, manifiesta autoconocimiento y autoeficacia.
	Negativa	Sensación de estancamiento personal; carece de sentido de la mejora, aburrido y desinteresado con la vida; incapaz de desarrollar nuevas actitudes o comportamientos
Relaciones sociales	Positiva	Mantiene relaciones de confianza con los demás; cálidas y cercanas, preocupación por el bienestar de los demás; empatía, comprensión de las relaciones humanas
	Negativa	Pocas relaciones estrechas o de confianza, aislamiento, frustración en las relaciones interpersonales

Tabla 2

Definiciones teóricas de las dimensiones del bienestar psicológico (continuación)

Dimensión	Dirección	Características
Propósito en la vida	Positiva	Tiene metas en la vida y un sentido de direccionalidad; vida con propósito, metas y objetivos reales para la vida
	Negativa	Carece de un sentido de significado en la vida; tiene pocas metas u objetivos, no tiene perspectivas y creencias que dan vida significado a la vida
Autoaceptación	Positiva	Posee una actitud positiva hacia uno mismo; reconoce y acepta múltiples aspectos de uno mismo, incluyendo las cualidades buenas y malas
	Negativa	Se siente insatisfecho con sí mismo, decepción con lo que ha ocurrido en la vida pasada; está preocupado por ciertas cualidades personales; deseo de ser diferente

Respecto a la medición del bienestar psicológico, es importante señalar que se han desarrollado diversos instrumentos (ver Tabla 3). De los cuales la escala de Ryff (1989b) ha sido ampliamente utilizada en un gran número de investigaciones dentro del campo de las ciencias sociales. Su escala se ha traducido y adaptado a diferentes idiomas como el español (Díaz, 2006), italiano (Ruini, Ottolini, Rafanelli, Ryff, & Fava, 2003), japonés (Kishida, et al. 2004) portugués (Fernandez, Vasconcelos-Raposo, & Teixeira, 2010) entre otros.

Actualmente existe una discusión en el número total de dimensiones y reactivos que integran el modelo de bienestar psicológico propuesto por Carol Ryff (Van Dierendonck, 2005; Tomas, Meléndez, Oliver, Navarro, & Zaragoza, 2010; Díaz et al., 2006) debido a las altas correlaciones que presentan algunas dimensiones, como dominio del entorno y crecimiento personal.

Además, no todas las dimensiones del modelo de bienestar psicológico propuesto por Ryff muestran un buen ajuste teórico (reactivo-dimensión) en adultos

mayores (Vera-Villarroel, Urzúa, Silva, Pavez, & Celis-Atenas, 2013), ya que posiblemente factores externos como la comprensión, el formato de respuesta o el uso de reactivos inversos, pueden estar mediando las respuestas y generando que las variables se agrupen de una manera distinta en este grupo específico.

Tabla 3
Características y propiedades psicométricas de los instrumentos utilizados al medir bienestar psicológico

Nombre	Autor	Medida	α	Característica
General Health Questionnaire	Goldberg (1979)	Frecuencia con la que recientemente los participantes han vivido una serie de síntomas en distintos síndromes de trastorno mental	.79	Define el bienestar en términos de ausencia de enfermedad
Escala de Bienestar Psicológico	Sánchez-Cánovas (2013)	Evaluación del bienestar psicológico subjetivo	.94	Compuesto por las subescalas de bienestar material, laboral y de pareja
WHO Well-Being Scale	Organización Mundial de la Salud (1999).	Bienestar psicológico y subjetivo general		Evaluación de la salud mental en términos de ausencia de enfermedad
Escala de satisfacción con la vida	Diener (1985)	Bienestar subjetivo	.87	Diferentes investigaciones utilizan esta escala como medida de bienestar psicológico

Tabla 3

Características y propiedades psicométricas de los instrumentos utilizados al medir bienestar psicológico (continuación)

Nombre	Autor	Medida	α	Característica
Bienestar psicológico (validación española)	Díaz et al. (2006)	Bienestar psicológico	.84	Adaptación española de la escala de bienestar psicológico de Ryff

Investigación actual sobre Bienestar psicológico

Desde que Carol Ryff (1989b) propuso el modelo multidimensional de bienestar psicológico, se ha reportado en diferentes investigaciones gran cantidad de variables que tiene una relación predictiva o explicativa en la presencia del bienestar psicológico. Entre ellas destacan las relacionadas a las características sociodemográficas, la actividad física, la personalidad, los procesos cognitivos, el apoyo social y familiar, el capital psicológico, variables psicológicas como la resiliencia, autoestima y temperamento; la inteligencia emocional, la espiritualidad, la religión, la motivación, la salud física, el estrés, entre otras. A continuación, se describirán algunas de las investigaciones que han abordado el estudio del bienestar psicológico con las variables antes mencionadas.

Variables sociodemográficas

El logro académico, estatus laboral y niveles económicos son variables sociodemográficas que se encuentran positivamente correlacionadas con el bienestar psicológico (Ryff et al., 2004), mientras que Winefield, Gill y Tailor (2012) señalan que el estado marital, la condición laboral, los ingresos y tener propiedades materiales como una casa se relacionan positivamente con el bienestar. Momtaz, Ibrahim, Hamid y Yahaya (2011) con el objetivo de identificar los factores sociodemográficos predictivos del bienestar psicológico entre adultos mayores de Malasia, realizaron un estudio con 1415 adultos mayores malasios mayores de 60 años con una edad

promedio de 69.9 años. Su modelo teórico propuesto integrado por las variables sociodemográficas de edad, sexo, estado marital e ingreso del hogar explicó el 9% de la varianza del bienestar psicológico en adultos mayores malasios. Mientras que el nivel de educación, estado laboral y lugar de residencia no mostraron un efecto predictor sobre el bienestar. Concluyen que las personas de mayor edad, de sexo femenino, solteras y con bajos recursos económicos corren mayor riesgo de experimentar bajos niveles de bienestar psicológico.

Oliver, Navarro, Meléndez, Molina y Tomás (2009) con el objetivo de generar un modelo estructural multifactorial que explique la dependencia funcional y el bienestar en adultos mayores a partir de diferentes condiciones sociodemográficas como edad, sexo, escolaridad, actividad y nivel de ingresos estudiaron 1397 adultos mayores dominicanos con una edad promedio de 73.8 años. El modelo teórico propuesto mostró un bajo poder de predicción. En sus resultados el sexo presentó una relación significativa solamente con las relaciones sociales, siendo las mujeres quienes presentaron un nivel mayor en esta dimensión del bienestar psicológico.

Por otra parte el nivel de estudios mostró relaciones positivas con dominio del ambiente, crecimiento personal y propósito en la vida. Mientras que las personas con mayor nivel de estudios mostraron una mayor satisfacción con la vida, además de influir en dominio del ambiente, crecimiento personal y propósito en la vida. La edad afecta las dimensiones de autonomía y dominio del ambiente. Considerando que la edad marca el cambio y transformación de la conducta, Meléndez, Tomás y Navarro (2008) encontraron en 169 participantes mayores de 65 años con una edad promedio de 75.4 años una correlación negativa en las diferentes dimensiones del bienestar y la edad, además de un descenso en la satisfacción vital en adultos mayores. En su estudio las dimensiones que mostraron mayor descenso conforme aumento la edad fueron crecimiento personal y propósito en la vida. Sugieren que el efecto se debe a la disminución de oportunidades de crecimiento.

Respecto al efecto de la edad en el bienestar psicológico Gerstorf et al. (2010) en su estudio que indagó los cambios y el declive del bienestar psicológico en la edad adulta en tres países, Alemania Inglaterra y Estados Unidos, reportan que existe un declive del bienestar que se estima comienza entre los 3 y 5 años antes de la muerte, pues los mecanismos relacionados a la mortandad conducen a cambios en el

bienestar. Sugieren que la muerte inminente se considera como un evento vital que genera cambios en el bienestar. Algunas de las dimensiones del modelo de bienestar psicológico de Ryff (1989b) cambian conforme avanza la edad, por ejemplo, la autoaceptación muestra poca variación desde la adolescencia hasta el envejecimiento, mientras que el dominio del entorno muestra un incremento con la edad. El propósito en la vida y crecimiento personal por otra parte, muestran un decremento conforme avanza la edad.

Por otra parte, los estudios longitudinales han demostrado que el bienestar psicológico no es una constante durante el desarrollo, sino que es un constructo dinámico que muestra cambios según las personas enfrentan diferentes transiciones en la vida. En un estudio realizado mediante la autoevaluación de personas de diferentes edades, jóvenes, adultos y adultos mayores sobre las seis dimensiones del modelo de bienestar psicológico de Ryff (1989b) se encontró que ciertos aspectos del bienestar como dominio del entorno y autonomía incrementan con la edad, particularmente entre los jóvenes y los adultos. El crecimiento personal y propósito en la vida decrecen de la adultez al envejecimiento. Las dos dimensiones restantes, relaciones positivas y autoaceptación no muestran diferencias significativas entre los diferentes periodos de desarrollo (Ryff, 1995).

En lo relacionado con las diferencias de género, a través de múltiples estudios utilizando el modelo de Ryff (1989a), se ha encontrado que mujeres de todas las edades de forma consistente muestran mayores niveles en relaciones positivas con otros que los hombres, así como en crecimiento personal. En las cuatro restantes dimensiones no se han observado diferencias significativas entre hombres y mujeres (Riff, 1995). Además, se ha reportado que debido al cambio de actividades durante el desarrollo en mujeres la autoaceptación y propósito en la vida disminuyen con la edad (Abdelrahman, Abushaikha, & Al-Motlaq, 2014).

Eventos vitales estresantes

En la literatura sobre el bienestar, se menciona que en el envejecimiento se deben conocer y considerar los eventos vitales estresantes característicos del

desarrollo que pueden tener un efecto negativo en la salud mental, en el caso de la menopausia considerada como un evento vital estresante en las mujeres, en el análisis comparativo del estudio realizado por Abdelrahman et al. (2014) no se identificaron diferencias entre los diferentes estados menopáusicos, lo que sugiere que esta etapa de vida no afecta directamente el bienestar psicológico de las mujeres.

Además, en el envejecimiento los eventos vitales estresantes influyen en el desarrollo humano por que promueven condiciones incontrolables e inesperadas, condiciones que desafían la capacidad de adaptación y resiliencia de las personas, suponiendo además que forman parte de los factores de riesgo para el desarrollo de problemas emocionales en la vejez. Por ejemplo, la muerte de un familiar es un fuerte predictor para la presencia de depresión, mientras que ser víctima de la delincuencia lo es para ansiedad y depresión. En el estudio realizado por De Paula, Koller y Novo (2011) los eventos estresantes no relacionados con las personas fueron más estresantes y evaluados con mayor intensidad lo que genera una pérdida en el nivel de bienestar psicológico.

El cambio en la respuesta sexual durante el envejecimiento es considerado otro evento vital estresante que puede tener un impacto negativo en el bienestar psicológico de los adultos mayores, los cuales presentan preocupaciones acerca de funcionamiento sexual, debido a que su desempeño está estrechamente relacionado con el estado de salud que va declinando con la edad. Los resultados de la investigación de Hirayama y Walker (2011) señalan que tanto hombres como mujeres son propensos a experimentar estados psicológicos negativos cuando su pareja muestra dificultades sexuales. En esta condición, al menos las mujeres se benefician del apoyo percibido de sus parejas. Lo que disminuye la presencia de síntomas depresivos. Agregan que las relaciones con los familiares y amigos pueden ayudar a manejar las dificultades sexuales de la pareja gracias al apoyo social percibido, condición que en relación con el género muestra diferencias significativas. Sus resultados sugieren que las relaciones sociales de apoyo protegen el bienestar de las mujeres, pero no el de los hombres, en las situaciones donde se genera estrés por las disfunciones sexuales de la pareja.

De los eventos vitales estresantes la jubilación se considera como una fuente de estrés y ansiedad y disminuye el sentido del control personal y en diferentes

culturas. Krause, Jay y Liang (1991) encontraron en dos culturas diferentes, la japonesa y la norteamericana que conforme se incrementan los problemas financieros en adultos mayores se experimenta una disminución de sentido de autoestima y disminuyen los sentimientos de autocontrol, además aumenta la presencia de síntomas somáticos y mayores síntomas cognitivos de depresión. Sus hallazgos sugieren que el estrés financiero genera estrés psicológico en culturas occidentales y orientales, debido a que estos problemas tienen a disminuir los recursos de enfrentamiento como la autoestima y el control personal.

En etapas del desarrollo como la adultez media y tardía se ha observado un creciente número de trabajadores que se sienten inseguros acerca de su futuro laboral, esto ha promovido investigaciones acerca de las consecuencias negativas de la inseguridad laboral y su efecto en el bienestar. Fenómeno relacionado a los recientes cambios en el mercado laboral, como el creciente empleo temporal, globalización y nuevas tecnologías.

La inseguridad laboral es generalmente interpretada como un estresor laboral con consecuencias desfavorables para los trabajadores, implicando falta de control y sentimientos de impotencia, condiciones relacionadas a un pobre bienestar psicológico. El estudio realizado por Silla, De Cuyper, Gracia, Peiro y De Witte (2009) investigó la relación entre la inseguridad laboral y el bienestar, medido a través del estrés psicológico y la satisfacción con la vida. El estudio encontró que la inseguridad laboral se relacionó positivamente al estrés psicológico y negativamente a la satisfacción con la vida. Además hallaron una correlación negativa de la edad y la satisfacción con la vida en hombres y en empleados altamente educados en comparación con las mujeres y los trabajadores poco educados,

Al considerar los eventos vitales estresantes como una fuente de estrés es importante reconocer que todas las dimensiones del modelo de bienestar psicológico correlacionan negativamente con el estrés psicológico (Winefield et al., 2012).

Variables psicológicas

Diferentes variables psicológicas han sido propuestas como variables predictoras del bienestar, por ejemplo, el concepto de capital psicológico integrado por

autoeficacia, esperanza, resiliencia y optimismo. En el estudio realizado por Roche, Haar y Luthas (2014) se exploró la influencia de la conciencia plena y el capital psicológico en el bienestar en empresarios con diferentes cargos empresariales. Encontraron que la conciencia plena en los cuatro grupos se correlacionó negativamente con todas las variables del bienestar disfuncional (ansiedad, depresión, burnout) mientras que el capital psicológico se correlacionó positivamente con la conciencia plena. El capital psicológico y la conciencia plena acumularon del 17 al 24 % de la varianza explicada de bienestar para gerentes jóvenes y de 27 al 37 % para gerentes con mayor experiencia.

Versey, Stewart y Duncan (2013) realizaron un estudio para conocer la relación entre dos características de personalidad, generatividad y preocupaciones acerca del envejecimiento con el envejecimiento exitoso. Encontraron que las preocupaciones acerca del envejecimiento a la edad de los 61 años se asocia negativamente con el envejecimiento exitoso, mientras que los sentimientos de generatividad en la misma edad se asocian positivamente al envejecimiento exitoso sin importar la raza o clase social.

Respecto a la contribución del temperamento al bienestar, los rasgos temperamentales de neuroticismo-ansiedad, agresión-hostilidad, actividad y sociabilidad predicen correctamente puntajes altos y bajos de resiliencia con el 67,4% de precisión en jóvenes de sudafricanos. Siendo la resiliencia un indicador de bienestar psicológico (Hutchinson, Stuart, & Pretorius, 2010).

El estudio realizado por Butkovic, Brkovic y Bratko (2012) se realizó para conocer si los rasgos de personalidad como extraversión, amabilidad, responsabilidad, estabilidad emocional y autonomía son más importantes como variables predictivas del bienestar en edades tempranas y si durante el envejecimiento las variables como el estado civil y el nivel educativo tienen un mayor efecto para explicar el bienestar. En el estudio participaron 223 estudiantes de entre 16 a 19 años y 134 adultos mayores de entre 54 a 90 años residentes de casas de retiro y hogares particulares. Sus hallazgos muestran que los rasgos de personalidad explicaron del 38 a 58% del bienestar en adolescentes y de 28 a 49% en adultos mayores. En adultos mayores sólo el nivel educativo predijo la autoestima y el bienestar psicológico. La personalidad explica más varianza en el bienestar de los adolescentes que en los adultos mayores,

lo que implica que durante el envejecimiento existe un cambio en la influencia de los rasgos de personalidad y su efecto predictor del bienestar psicológico, sugiriendo que el estudio del bienestar en esta etapa de vida debe centrarse en la exploración de diversas variables características del envejecimiento.

En diferentes estudios, la autoestima es reconocida como un factor de protección de la salud mental y el bienestar psicológico, Hyun, Ju y Sohyune (2012) señalan que la autoestima es el mayor y principal predictor del envejecimiento exitoso en los adultos mayores coreanos seguida de autocontrol, relaciones interpersonales y autoeficacia.

El estudio del efecto de la autoeficacia también se ha documentado como una variable con efectos positivos tanto para el envejecimiento como para el bienestar. Seligowski (2012) en un estudio con veteranos de guerra encontró que Incluso en presencia de factores de estrés, los recursos personales como la autoeficacia parecen servir como factores protectores en la explicación de los niveles de satisfacción con la vida y bienestar. Por otra parte, en un estudio realizado por Benjamin Schuz, Wurm, Warner y Ziegelmann (2012) se encontró que el Fortalecimiento de la autoeficacia individual puede mejorar el control y manejo de enfermedades físicas y mentales durante el envejecimiento.

En cuanto a la motivación intrínseca existe evidencia de su aportación positiva en el bienestar psicológico (Ryan & Deci, 2000). Martín-Albo et al. (2009) probaron un modelo explicativo del bienestar psicológico en estudiantes universitarios, a partir de las variables autoconcepto familiar, autoconcepto social y motivación intrínseca, en el cual utilizaron la autoestima y ansiedad estado como indicadores de bienestar. Sus resultados señalan que la motivación intrínseca, el autoconcepto familiar y el autoconcepto social fueron positivamente asociados con el bienestar psicológico, pues en conjunto explican el 31% de la varianza del bienestar psicológico. Resultados similares respecto fueron encontrados en el estudio longitudinal de Boyle, Barnes, Buchman y Bennett (2009), donde el tener un propósito en la vida en adultos mayores se asoció con una menor mortalidad, pues de su muestra total de 1238 adultos mayores, el 12.2% fallecido tras un periodo de cinco años, siendo estos los que presentaron en la primera evaluación niveles bajos de propósito en la vida. Concluyen que tener un propósito en la vida se asocia a un menor riesgo de mortalidad entre

adultos mayores, pues ésta variable puede contribuir al funcionamiento efectivo de múltiples sistemas biológicos.

Powell y Moss (2002) examinaron las asociaciones de los proyectos personales con la salud y el bienestar en 600 participantes con una edad de 77 años, encontraron que el afecto positivo se asoció con mayor cantidad de proyectos personales, mientras que éstos contribuyen de forma independiente a los tres indicadores del bienestar psicológico, calidad de vida, afecto positivo y salud mental.

Respecto al enfrentamiento y la resiliencia como variables predictoras del bienestar psicológico, Tomas, Sancho, Meléndez y Mayordomo (2012) en una muestra de 225 adultos mayores con una edad promedio de 72.3 años, con edades de entre 60 a 95 años de edad encontraron que el modelo teórico propuesto que en su estudio que mostro mejor predicción del bienestar fue en el que las estrategias de enfrentamiento tienen un efecto directo en resiliencia y ésta sobre el bienestar, esta relación acumuló en su investigación el 55.1% de la varianza del bienestar.

Augusto-Landa, Pulido Martos y López-Zafra (2011) indagaron la relación entre la inteligencia emocional, la disposición optimista y el bienestar psicológico. Ya que teóricamente la inteligencia emocional está relacionada al bienestar psicológico debido a que las personas con altos niveles de inteligencia emocional son capaces de mantener estados prolongados de salud mental. En su investigación participaron 217 estudiantes, con edades de entre 18 a 28 años, en sus resultados la atención emocional, dimensión de la inteligencia emocional se correlacionó positivamente con optimismo, mientras que la claridad emocional y regulación emocional fueron relacionadas positivamente a todas las dimensiones de bienestar. Además el optimismo se correlaciono positivamente a todas las dimensiones de bienestar. Propusieron un modelo teórico integrado por inteligencia emocional, la disposición optimista que en general acumulan el 60% de la varianza de bienestar psicológico. El efecto de la inteligencia emocional se debe a que los individuos que son capaces de comprender el origen de sus emociones en eventos estresante pueden gastar menos tiempo atendiendo sus reacciones emocionales, lo que les permite utilizar más estrategias de enfrentamiento adaptativas en el mantenimiento el bienestar psicológico

Para conocer las relaciones entre el optimismo y el bienestar psicológico, así como el efecto mediador del apoyo social y la percepción de control en adultos

mayores Ferguson y Goodwin (2010) estudiaron una muestra de 225 adultos mayores de edades de 65 a 94 años, residentes de diferentes centros de retiro y organizaciones comunitarias en Sidney. Sus resultados mostraron que el optimismo predijo el bienestar psicológico y subjetivo. El control percibido medió el optimismo y el bienestar psicológico, mientras que apoyo social medió el efecto del optimismo en el bienestar subjetivo, concluyen que el optimismo funciona a partir del incremento de la percepción de apoyo social y en parte del sentido de control del entorno en adultos mayores para beneficiar sus niveles óptimos de bienestar psicológico.

Durante del proceso de envejecimiento es común encontrar en los adultos mayores una pérdida benigna de procesos cognitivos como la memoria, condición que no impacta en la calidad de vida ni en la funcionalidad de los adultos mayores. Si bien no existe un efecto directo del declive cognitivo en el bienestar, sí lo puede tener sobre las dimensiones de éste que son más sensibles al deterioro cognitivo. Wilson et al. (2013), en una muestra de 1049 adultos mayores de 60 años con una edad promedio de 80.3 años, encontraron que a mayor velocidad del declive cognitivo existen menores niveles de propósito en la vida, pues esta dimensión del bienestar psicológico depende de la regulación conductual, proceso que depende en gran medida de la participación de diferentes procesos cognitivos íntegros.

Los estereotipos negativos del envejecimiento representan ideas generales sobre el proceso de envejecimiento, incluyendo la idea de que el envejecimiento es sinónimo de enfermedad, discapacidad, deterioro de la salud e incapacidad para aprender nueva información. Los estereotipos del envejecimiento también se asocian con el rendimiento cognitivo en los adultos mayores. En un estudio realizado por Levy et al., en 2000 los adultos mayores con estereotipos negativos sobre el envejecimiento mostraron un menor desempeño en prueba de memoria que los adultos mayores con estereotipos positivos sobre el envejecimiento. El impacto de los estereotipos puede influir también en el funcionamiento fisiológico.

Los adultos mayores expuestos a estereotipos negativos del envejecimiento tienen mayores respuestas autónomas como mayor presión arterial sistólica y diastólica y muestran una recuperación fisiológica menos eficiente en comparación con los adultos mayores expuestos a estereotipos positivos (Sindi, Juster, Wan, Nair, Kin, & Lupien, 2012).

Respecto a la forma en que las personas enfrentan su proceso de envejecimiento, ya sea con una actitud positiva o negativa hacia el aumento de la edad Mock y Eibach (2011) reportan que las personas que perciben una mayor edad de lo que son cronológicamente, manifiestan menores niveles de bienestar y generan mayores actitudes desfavorables hacia el envejecimiento

La relación entre la edad subjetiva y el bienestar parece depender de las actitudes de una persona hacia el envejecimiento. Cuando las actitudes hacia el envejecimiento son menos favorables la edad mayor subjetiva predice menor satisfacción e incremento del afecto negativo. Cuando las actitudes son más favorables la edad mayor subjetiva no se asocia con las medidas de bienestar psicológico.

Religión y espiritualidad

Existe un gran número de estudios relacionados al efecto de la espiritualidad y la religión en el bienestar, por lo general esta relación es positiva en varios contextos. Para explicar esta relación primero es importante reconocer la diferencia entre religión y espiritualidad, si bien hay quienes consideran que son constructos idénticos hay quienes suponen que son diferentes. La religión se refiere a la experiencia compartida de transcendencia que se expresa a través de una comunidad u organización social, mientras que la espiritualidad es la relación personal entre realidades trascendentes como Dios o el Universo. Los resultados obtenidos en un estudio con población iraní con 290 estudiantes realizado por Joshanloo (2011) muestran que tanto espiritualidad y religión están estrechamente correlacionados con los aspectos del bienestar subjetivo y psicológico, siendo mayor la relación entre espiritualidad y bienestar que entre religión y bienestar. Los resultados del estudio demuestran que de forma conjunta tanto espiritualidad como religión predicen cerca del 27 al 34% de la varianza del bienestar psicológico.

Debido a que el estudio de la religiosidad y el su efecto en el bienestar se realiza en su mayoría con poblaciones occidentales, Ismail y Desmukh (2012), exploraron el vínculo entre la religiosidad y el bienestar psicológico en 150 Pakistanis musulmanes. Reportaron que en ésta población las medidas de soledad y ansiedad se

correlacionaron e forma negativa con religión, a excepción de la satisfacción con la vida que mostró una fuerte relación positiva con el bienestar. Sugieren que la relación fuerte y positiva entre la religiosidad y la satisfacción con la vida puede existir debido a que las personas pueden sentirse más en paz con los sucesos cotidianos cuando se los atribuyen a la voluntad de Dios.

Tanto la religión como la espiritualidad proveen a las personas de un propósito, significado en la vida y de un sentido de participación social. En el estudio realizado por Wink y Dillon (2003) se encontró en diferentes etapas del desarrollo (adolescencia, adultez media y adultez tardía) que la religión, pero no la espiritualidad se asocia con bienestar en relaciones sociales, mientras que espiritualidad se relaciona con crecimiento personal, sabiduría y creatividad. En sus resultados señalan que las mujeres muestran mayor bienestar en relaciones sociales, creatividad y mayor cantidad de actividades cotidianas, por otra parte la clase social se relaciona de forma positiva con sabiduría.

La relación positiva entre la adultez tardía y las relaciones positivas con los otros involucra una tarea de servicio, lo que satisface la necesidad de generatividad como fuente de salud mental.

Vínculos sociales

En el estudio del envejecimiento es importante destacar la dimensión social y su impacto en el bienestar psicológico de los adultos mayores. Charles y Carstensen (2009) refieren que personas que perciben a sus amigos y familiares como un apoyo durante momentos difíciles, tienen una mayor sensación de significado en sus vidas, es decir ellos viven sus vidas con un mayor propósito. De la misma forma las personas con redes sociales más amplias manifiestan mayor bienestar emocional y logran responder de forma más eficaz a los retos de la vida cotidiana.

De esta manera encontramos que tanto el número de patrones sociales como el apoyo recibido, contribuyen al bienestar emocional durante el envejecimiento. Las experiencias emocionales positivas han sido relacionadas a indicadores físicos relacionados al estado de salud positivo, como presión sanguínea y respuesta inmune, así como mortalidad y morbilidad física. Por el contrario cambios sociales negativos

están relacionados a una pobre salud y a una presencia más frecuente de síntomas depresivos (Carstensen, 2009).

La importancia de las redes sociales en el envejecimiento radica en que los adultos mayores participan en sus redes sociales estableciendo mayor aproximación emocional, creando relaciones sociales con mayor intimidad, lo que beneficia su salud emocional. Además se ha demostrado que la participación en actividades colectivas influye en el mantenimiento cognitivo, en comparación con las actividades solitarias que se asocian a un mayor decline cognitivo en los adultos mayores (Charles & Carstensen, 2009).

Las redes de apoyo son una fuente de bienestar psicológico, ya que satisfacen necesidades psicológicas básicas como afecto y relaciones sociales, necesidades determinantes para la presencia de bienestar psicológico. En ausencia de estas es común encontrar bajos niveles de bienestar, como lo reportan Luo y Waite (2011) quienes al examinar la relación entre los recursos psicosociales, el maltrato y el bienestar psicológico en 2744 adultos mayores de edades de entre 57 y 85 años encontró que niveles bajos de apoyo social, niveles altos de crítica hacia las relaciones cercanas y sentimientos de aislamiento social, están positivamente relacionadas con la experiencia de maltrato. Mientras que aquellos que reportaron experiencias de maltrato reportan menores niveles de felicidad y altos niveles de estrés psicológico. Señalan que mientras más altos sean los niveles de apoyo social, participación social y sentimientos de conexión social menores serán los niveles de estrés psicológico. Concluyen que los adultos mayores con menores recursos psicosociales o más déficits sociales parecen ser más vulnerables al maltrato, y éste parece particularmente disminuir el bienestar psicológico.

En comparación con los adultos mayores, Barra (2012) encontró que el apoyo social percibido se relaciona positivamente con todas las dimensiones del modelo de bienestar psicológico de Ryff (1989b) con excepción de las dimensiones de autonomía y de crecimiento personal en jóvenes.

En el trabajo de Chen et al. (2013) las relaciones positivas con los otros se relacionaron con medidas de bienestar positivo como optimismo, apoyo social y alta autoestima. Coincidiendo con la literatura de que estas características positivas de la personalidad son benéficas para el bienestar

La familia es el primer grupo social donde se establecen las formas básicas de relación social. Para conocer el efecto del vínculo afectivo con la familia en el bienestar psicológico y el locus de control interno en una población mexicana, García-Cadena et al. (2013) en una muestra de 400 participantes de la ciudad de Guadalupe Nuevo León, con una edad promedio de 33.38 años con un rango de 10 a 85 años, encontraron que el 67% de la varianza del bienestar psicológico y 59% de la varianza de locus de control interno eran predichas por la variable de compromiso-confianza familiar, siendo el 70% del bienestar psicológico de los adolescentes, el 67% del bienestar psicológico de los adultos jóvenes y el 74% del bienestar de los adultos maduros.

Particularmente durante el envejecimiento existe una disminución de los roles sociales, por lo que se espera una disminución del bienestar psicológico en esta población. Con la intención de examinar la influencia de actividades prosociales como el altruismo, el voluntariado y el apoyo informal sobre el bienestar positivo o negativo entre adultos mayores, Kahana, Bhatta, Lovegreen, Kahana y Midlarsky (2013) encontraron que dichas conductas prosociales contribuyen al mantenimiento de la satisfacción con la vida y al afecto positivo. Sus resultados demuestran que los adultos mayores que brindan ayuda a personas más jóvenes de su familia aumentan su bienestar.

Cultura

Respecto a las diferencias entre diversas culturas, se han realizado contrastes entre países que valoran la individualidad y la independencia y entre aquellas que valoran el colectivismo y la interdependencia. Los aspectos orientados al bienestar personal como la autoaceptación y autonomía, pueden tener mayor relevancia en contextos occidentales, donde se pondera la individualidad, mientras que otros contextos orientados a las dimensiones de bienestar colectivo, como las relaciones positivas con los demás, podrían ser de mayor importancia en culturas interdependientes de países orientales. Ryff (1995) al comparar dos grupos de personas de diferentes culturas, coreanos y estadounidenses, encontró que, en general, los segundos eran mucho más propensos a atribuir cualidades positivas para sí mismos en comparación a los primeros, mientras que estos mostraron mayores

niveles en las relaciones positivas con los demás y menores niveles para autoaceptación y crecimiento personal.

Resultados similares fueron encontrados en el estudio de Karasawa et al. (2011), quienes compararon los niveles de bienestar psicológico en dos culturas diferentes, adultos mayores y jóvenes de Japón y Estados Unidos. En la población de Japón existe un mayor nivel de bienestar psicológico en comparación con la población estadounidense, efecto de la red de apoyo social y cultural de la que disponen los japoneses (ideas y creencias positivas hacia el envejecimiento). Mientras que en las subescalas de autoaceptación y dominio del entorno se observaron altas puntuaciones dependiendo de la edad en ambas culturas, los adultos mayores obtuvieron mayores puntuaciones en comparación con las poblaciones más jóvenes.

Por otra parte, en la subescala de propósito en la vida se observaron resultados significativamente más bajos con el aumento de la edad en ambas culturas, sugieren que estos resultados se deben a la pérdida de oportunidades de crecimiento en el envejecimiento y a la pérdida de contextos que permitan el continuo desarrollo personal y profesional de esta población. Observaron además que las mujeres en ambos contextos culturales puntuaron significativamente más alto que los hombres en las relaciones positivas con los demás. Los hombres de ambos contextos culturales también puntuaron significativamente más alto que las mujeres en la autoaceptación y la autonomía. En sus resultados en ambos contextos culturales, la subescala de propósito en la vida muestra decrementos con el aumento de la edad, lo que sugiere que existe una pérdida de atención general en los gobiernos por atender las necesidades de desarrollo de su población adulta mayor. También se ha encontrado que el estado de las minorías étnicas es un predictor positivo de bienestar, por ejemplo, las minorías americanas en promedio son más probables a mostrar mayor bienestar psicológico que las comunidades más grandes (Ryff et al., 2004).

Respecto a los hábitos alimenticios característicos de cada cultura el consumo de verduras y frutas se ha asociado al bienestar psicológico, Blanchflower, Oswald y Stewart-Brown (2013) encontraron una fuerte correlación entre el número de frutas y verduras consumidas y el nivel de satisfacción con la vida, indicador de bienestar psicológico. Señalan que las personas que consumen ocho porciones al día de frutas y verduras tienen mayor nivel de satisfacción con la vida que aquellos que no lo

consumen, mientras que las personas que consumen de seis a siete porciones de frutas y verduras en una semana tienen mejor salud mental. En lo relacionado con indicadores de bienestar como felicidad encontraron que el consumo de siete a ocho porciones se relaciona con mayor felicidad, mientras que consumir de cuatro a cinco porciones se relaciona con ansiedad y consumir de siete a ocho porciones disminuye los problemas del corazón, lo que reduce el riesgo de padecer una enfermedad cardíaca.

Calidad de vida

Algunas de las variables relacionadas con el bienestar psicológico son la satisfacción con la vida o calidad de vida y estabilidad emocional. El concepto de calidad de vida, implica en su definición dimensiones objetivas y subjetivas como la alimentación, la vivienda, la posibilidad de estudio, la salud y sus percepciones. Diversos autores han confluído en definirla en función del juicio sobre el grado en el que las personas informan haber alcanzado la felicidad y la satisfacción, siendo percibida y referida como un sentimiento de bienestar personal estrechamente relacionado con determinados indicadores biológicos, económicos, psicológicos y sociales (Novoa et al., 2010).

Desde un punto de vista más global, se considera al bienestar psicológico como el resultado de la percepción personal de que la vida se está viviendo bien y adecuadamente, siendo consciente del correcto desarrollo de sus potencialidades, el bienestar psicológico sería un resultado dinámico y cambiante, establecido en la evaluación de las relaciones funcionales del individuo, sus condiciones de vida y su ambiente y, comprendería una evaluación positiva de la vida, tanto en el presente como históricamente (Novoa et al., 2010). Estas valoraciones abarcan las reacciones emocionales de las personas ante los eventos, los estados de ánimo y los juicios que forman frente a la satisfacción que tienen con sus vidas.

Las dimensiones relevantes en la evaluación de la calidad de vida y del bienestar psicológico han sido agrupadas en tres factores:

1.-Dimensión física concebida como, la percepción del estado físico o la salud, entendida como la ausencia de enfermedad.

2.-Dimensión psicológica entendida como, el estado cognoscitivo y afectivo del individuo que incluye las creencias personales, espirituales y religiosas, como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento.

3.-Dimensión social, que señala, el comportamiento del individuo frente a las relaciones interpersonales, los roles sociales en la vida, como la necesidad de apoyo familiar, apoyo social y desempeño laboral.

La satisfacción con la vida se refiere a proceso cognitivo crítico, en el cual la calidad de vida de una persona es evaluada de acuerdo a sus propios criterios. Por lo tanto la satisfacción con la vida surge como un indicador potencial de la adaptación psicológica y envejecimiento exitoso. Gutiérrez, Tomás, Galiana, Sancho y Cebria (2013) consideraron la satisfacción con la vida como un indicador del bienestar. Realizaron un estudio con la finalidad de conocer el poder predictivo de algunas variables del proceso de envejecimiento como generatividad, dependencia, calidad de vida, aceptación social, apoyo emocional, percepción adecuada de relaciones sociales y percepción de salud en una muestra de 1003 adultos mayores con una edad promedio de 73.1 años residentes de Luanda, capital de Angola. Sus resultados señalan que en términos de satisfacción con la vida el principal predictor fue la adecuada percepción de relaciones sociales, seguida del apoyo emocional, las variables restantes a excepción de generatividad y aceptación social que no mostraron relaciones estadísticamente significativas mostraron efectos estadísticamente moderados. En general la varianza explicada de su modelo teórico propuesto para satisfacción con la vida en adultos mayores de Angola fue de 56 %. Concluyen que el compromiso activo con los demás es un factor clave asociado a la satisfacción con la vida durante el envejecimiento.

Actividad física

Una variable importante a considerar dentro del estudio del envejecimiento saludable es la actividad física. Kahana, Kelley-Moorea y Kahana (2012) exponen que incluso los adultos mayores con limitaciones físicas y propensos a sufrir enfermedades crónicas, la práctica de ejercicio en la vejez tiene beneficios a largo plazo para el mantenimiento del bienestar psicológico y funcionamiento social. Sugieren que un aspecto importante de mantenerse activo en el envejecimiento, es la planificación, porque la anticipación de las necesidades futuras permite a los adultos mayores tomar

medidas más eficaces en términos financieros, ambientales y de estilo de vida, lo que puede mejorar la calidad de vida durante el envejecimiento.

González, Landero y Ruiz (2008) valoraron la capacidad predictora del estrés, el apoyo social y la autoestima respecto a la salud mental y física, pues reconocen que desde hace algunos años, los factores psicológicos, conductuales y ambientales influyen en las distintas esferas de la salud del individuo, siendo el estrés un importante factor de riesgo de alteración de la salud física y mental. Trabajaron con una muestra de 283 mujeres con una edad promedio de 37.8 años. Sus resultados señalan una correlación positiva entre la autoestima y la salud mental. Además, proponen un modelo teórico integrado por autoestima, apoyo social, estrés y la edad que explican el 72.1% de la varianza de salud mental y un 27.4% sobre salud física.

En general existe evidencia que apoya la creencia popular de que la actividad física está asociada con la salud psicológica, aunque sus componentes no se encuentran todavía claramente determinados. Netz, Wu, Becker y Tenenbaum (2005) en un metaanálisis de 36 estudios vinculados a la actividad física y el bienestar en adultos mayores sin trastornos clínicos reportaron que de la intensidad de ejercicio se recomienda al menos ser del 60% del máximo poder aeróbico y al menos con una duración de 20 minutos en adultos mayores. Concluyen que el entrenamiento aeróbico la intensidad del nivel de actividad la moderada fue la más benéfica en el bienestar de adultos mayores. Mientras que el ejercicio a largo plazo es el menos benéfico para el bienestar psicológico. Señalan que entre los 60 a 75 años es la edad donde se observa menor cantidad de síntomas depresivos al realizar ejercicio.

Después de dar seguimiento de 20 años a una población de adultos mayores Westermeyer (2013) encontró que pese al aumento de problemas de salud con la edad con una tasa de mortalidad del 15 %, la salud física no se asoció con la salud mental entre los hombres que sobreviven. Lo que sugiere que el mantenimiento de la salud mental no está determinado por factores de deterioro físico durante el envejecimiento, muy probablemente se encuentre asociada a otros factores de carácter social y psicológico.

Salud

Como se ha indicado en párrafos anteriores, la definición de bienestar psicológico no depende de la ausencia o presencia del malestar psicológico, aunque es común que se utilicen como dos dimensiones de la salud mental, son dos constructos con diferentes indicadores.

Para esclarecer esta condición. Ryff et al. (2006) estudió de forma simultánea en adultos mayores si el bienestar y malestar psicológico son dos extremos de un continuo o son dos dimensiones separadas de la salud mental. Realizó medidas sobre diferentes marcadores de factores neuroendocrinos como la cantidad de cortisol salival diaria, epinefrina, norepinefrina y riesgo vascular, niveles de colesterol. Encontró que siete biomarcadores, tres neuroendocrinos y cuatro cardiovasculares mostraron correlaciones significativas con el bienestar y no para el malestar psicológico, es decir el bienestar psicológico mostró una mayor presencia de signos biológicos que el malestar, Por lo menos para las dimensiones de relaciones con los otros, propósito en la vida y crecimiento personal. Lo que sugiere que el malestar y bienestar psicológico son dos dimensiones biológicamente distintas de la salud mental.

En cuanto a la relación del bienestar con la salud física y mental Ryff et al. (2004) han presentado pruebas de que el bienestar psicológico influye en los sistemas fisiológicos específicos relacionados con el funcionamiento inmunológico y promoción de la salud. Señala que la hipótesis central de la salud positiva es que el bienestar puede acompañar un alto funcionamiento de múltiples sistemas fisiológicos, esta relación forma parte de los procesos que retrasan la morbilidad, ayudan al organismo a mantener las capacidades funcionales y aumenta los periodos de la calidad de vida. Ryff et al. (2004) realizó un estudio con 135 mujeres con edades de entre 61 y 91 años de edad, compararon los niveles de bienestar psicológico con biomarcadores neuroendocrinos y cardiovasculares, además de medidas de sueño. Encontraron que las personas con mayores periodos de sueño y mayor sueño con movimientos oculares rápidos (indicadores de calidad de sueño) mostraron mayores puntajes en la dimensión de dominio del entorno que aquellos con bajos niveles de sueño. De la misma forma, encontraron que las personas con mayores relaciones positivas mostraron mayor calidad de sueño y menor duración de los movimientos corporales durante de sueño, indicadores de salud física y mental.

Respecto a la presencia de la hormona cortisol como un indicador de estrés en las personas, Lindfors y Lundberg (2002) indagaron si la presencia de bajos niveles de cortisol se asocia al bienestar psicológico en una muestra de 23 personas. Encontraron que las personas con altos niveles de bienestar psicológico mostraron menores cantidades de niveles de cortisol que las personas con bajo nivel de bienestar, así como menor cantidad de síntomas físicos. Sus resultados sugieren un vínculo entre el funcionamiento psicológico positivo y bajos niveles de la hormona cortisol.

En cuanto al efecto de la presencia de altos niveles de bienestar psicológico en la salud, Kim, Sun, Park y Peterson (2013) reportaron el propósito en la vida como una dimensión del bienestar psicológico se asocia con una probabilidad reducida de problemas cardiovasculares.

El bienestar psicológico puede influir en la salud física, ya que es un factor de protección ante los efectos nocivos del estrés. Boehm, Peterson, Kivimaki y Kubzansky (2011) estudiaron la relación entre el bienestar y la enfermedad coronaria en una muestra de 7942 participantes, con edades de entre 39 y 63 años. Reportaron en sus resultados que bajos niveles de bienestar se encontraron en personas que no estaban casadas, en fumadores, en quienes realizaban menos ejercicio y consumían menos verduras y frutas. Mientras que las personas que tenían niveles moderados y altos de vitalidad emocional y optimismo tenían entre un 20% y 30% de reducción de incidentes de enfermedad coronaria. Siendo la vitalidad emocional un factor de protección contra la enfermedad coronaria, mientras que altos niveles de bienestar fueron asociados consistentemente con la reducción del riesgo de enfermedad coronaria.

Respecto al consumo drogas que disminuyen la salud física Abdelrahman et al. (2014) encontraron una asociación negativa entre el bienestar psicológico y el consumo de cigarro, particularmente en autoaceptación. En cuanto a la relación del sexo y la salud, la OMS (2000) señala que las mujeres mayores presentan un riesgo elevado de depresión, relacionado en parte con menores oportunidades de educación, empleo y desarrollo personal a lo largo de sus vidas.

Por otra parte, la presencia de obesidad es considerada un factor negativo en el mantenimiento del bienestar psicológico, además de asociarse con una gran incidencia con enfermedades crónicas como la diabetes tipo 2, hipertensión, cáncer y accidentes cerebrovasculares y un incremento del riesgo de mortandad. La población

femenina es la que presenta mayores índices de obesidad que los hombres. Los estudios realizados por Bookwala y Boyar (2008) demostraron que las personas con sobrepeso manifiestan menor nivel de bienestar psicológico, con mayor prevalencia en las mujeres, sugieren que en la relación del bienestar físico y la salud mental el género modera la relación entre el peso corporal y el bienestar psicológico.

Huppert (2009) expone que existe una relación estrecha entre las emociones positivas y el patrón de activación cerebral con el mantenimiento del bienestar psicológico, las personas que presentan mayores emociones positivas muestran mayor activación de la corteza prefrontal izquierda, mientras que aquellos que manifiestan emociones negativas muestran una activación prefrontal derecha. Lo que sugiere que el sustrato anatómico del bienestar psicológico se encuentra en las estructuras que controlan las emociones, entre las cuales destaca la corteza prefrontal.

CAPÍTULO 5. ENVEJECIMIENTO

Adultos mayores

En la actualidad existen diversos intentos por explicar el proceso de envejecimiento poblacional, algunas de las explicaciones más plausibles según lo expuesto por Uhlenberg (2013) acerca del aumento de la edad en la población son:

- a) la composición de la edad de una población está determinada por la tasa de fertilidad y la tasa de mortalidad.

El declive de la fertilidad es el principal factor de envejecimiento de una población, cuando la tasa de nacimientos en un país disminuye, la proporción de niños se reduce y la proporción de adultos aumenta, por ejemplo, en Europa Occidental donde existen bajos niveles de fertilidad desde el siglo XX, se espera que el 20 % de la población sea mayor de 65 años en 2015, mientras que el Oriente de África donde los niveles de fertilidad permanecen altos, sólo el 3 % de la población será parte del grupo de adultos mayores. El decremento de los niveles de mortalidad en la edad adulta incrementa la proporción de adultos mayores en una población. Históricamente el decline de la mortalidad entre los jóvenes ha causado un aumento en la expectativa de vida. La disminución de las tasas de mortalidad en la edad adulta se convierte en la principal razón para el aumento de los niveles de esperanza de vida, lo que contribuye a un mayor envejecimiento en una población.

- b) La migración internacional de cada país contribuye al aumento de la población adulta mayor.

México es considerado un país de cruce o paso para los migrantes latinoamericanos por lo que la influencia de la inmigración en la composición de la edad para la población mexicana no tiene un impacto importante como otros países, por esta condición para efectos de este trabajo sólo se abordara la tasa de fertilidad y de mortalidad.

El envejecimiento global también está influido por otros factores como el sexo, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000) expone que la población que compone a la gran mayoría de los adultos mayores son mujeres, esta población tiene una expectativa de vida de 18 años después de los 65 años. Existe una sobrerrepresentación femenina entre la población mayor de 80 años, que requiere también mayores necesidades de asistencia y ayuda. Es importante saber que los conceptos de la edad en las sociedades modernas actuales han cambiado en las últimas décadas, lo que impacta en las perspectivas de envejecimiento (Stephens, 2010).

México es uno de los países que no escapa a este fenómeno. La historia del crecimiento demográfico y el aumento en la población de adultos mayores se remonta a principios del siglo XX, donde el país tenía una población de 13.6 millones de habitantes y cuya tasa de natalidad era de 46.5 por mil habitantes, con una esperanza de vida de tan solo entre 25.4 y 30 años. Para el periodo de 1910 a 1919 la estructura por edad de la población mexicana mostraba 42.1 % menores de 15 años, 54.5 % entre 15-59 años y sólo el 3.4 % había alcanzado los 60 años o más de edad (Montes de Oca, 2001). Veinte años después, en 1930 había 41.1 % de la población con menos de 15 años, 54.4 % tenía entre 15 y 19 años, mientras que las personas de 60 años y más representaba el 4.1 % de la población. El aumento de la población en México siguió un curso lento, en 1970 el país contaba con una población de menores de 15 años del 48 %, 47.2 % de personas de entre 15 y 59 años y 5.2 % de personas con 60 años y más (Montes de Oca, 2001). La brusca caída de la fecundidad y el descenso continuo de la mortalidad infantil mostraron un impacto importante en la estructura demográfica del país en los años siguientes, condición que generó el paulatino envejecimiento a nivel nacional.

Particularmente entre el año 1990 y 2009 la población de adultos mayores se incrementó, de 6.1% a 9.9%. Se reportó en el 2009 que en 27.8 % de los hogares del país hay al menos una persona de 60 años o más, de esta población la tasa de participación económica fue de 33.4 %, porcentaje que tiende a disminuir en los últimos años (INEGI, 2012).

El censo de población y vivienda realizado en 2010 por el INEGI indicó que en ese año existían 8,819,761 personas mayores de 60 años, y se prevé que el número

aumente en las décadas siguientes. Se espera que en el 2015 sea de 18.08 millones y para el 2050 alcance 35.96 millones, donde 1 de cada 4 habitantes será considerado un adulto mayor según lo indica la Secretaría de Salud (SS, 2011).

El Instituto Nacional de Geriátría (ING, 2013) refiere que actualmente de acuerdo con las proyecciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO) al 1 de junio de 2012 la población de 60 años o más se calculaba en 10 889 476; para el 1 de junio de 2013 se calcula que sea 11 264 358. Esto supone un incremento de 374 882 adultos mayores entre esas dos fechas, por lo que si dividimos entre 360, se obtiene el incremento diario de población de 60 años o más, que es de 1 041.3 personas.

Para conocer la relevancia social, política y económica del envejecimiento y la importancia de atender a esta población desde la psicología de la salud en la Tabla 4 se exponen algunos de los datos más relevantes acerca de la población de adultos mayores en nuestro país, según el instituto de Geriátría en México (Cárdenas, González & Lara, 2012):

El aumento constante de los grupos de edad más avanzada en la población, tanto en cifras absolutas como relativas con respecto a la población en edad activa, tendrá consecuencias directas en las relaciones dentro de la familia, la igualdad entre las generaciones, los estilos de vida y la estructura de la familia.

Según el ING (2013) envejecer condiciona importantes impactos en la economía de las familias, estudios al respecto indican que una familia con una persona mayor, consume 50 por ciento más de los recursos en salud, debido a la presencia de patologías crónicas que presentan las personas de este grupo de edad. La diabetes mellitus, las enfermedades isquémicas del corazón, los tumores malignos, las enfermedades cerebrovasculares y las enfermedades crónicas de las vías respiratorias son las principales causas de muerte entre la población adulta mayor (INEGI, 2012). Se anexan a este periodo de vida discapacidades sensoriales y motoras como lo son: las de carácter visual, auditivo y limitaciones físicas.

Tabla 4

Adultos mayores en México

Indicador	Descripción
Tasa de crecimiento	Entre 2000 y 2010 la población de adultos mayores creció a una tasa anual de 3.8%
Relación mujeres-hombres	En la población mexicana de 60 años y más, existe una relación de 87 hombres por cada 100 mujeres
Dependencia por vejez	Para el año 2010 existían aproximadamente 9.7 personas dependientes por vejez por cada 100 personas en edad productiva
Lugar de residencia	El 74% de la población mayor de 60 años reside en localidades urbanas y 26 % vive en localidades rurales
Esperanza de vida a los 60 años	A partir de los 60 años las personas adultas mayores tienen una esperanza de vida de 20.9 años para los hombres y de 22.9 años para las mujeres.
Escolaridad	74.4 % saben leer y escribir, 958,259 son hablantes de lengua indígena, de los cuales 573475 son analfabetos
Estado civil	El 6.3% de la población es soltera, 60% está casada o unida y 33.7 % alguna vez estuvo casada o es viuda.
Actividad laboral	El 34.4 % de la población mayor de 60 años participa en alguna actividad económica.
Estado de salud	El 14.2 % de la población considera su estado de salud como malo o muy malo
Factores de riesgo	El 28.9 % de los adultos mayores alguna vez han fumado y el 40.6 % alguna vez han tomado alcohol.

Cuando un adulto mayor puede optimizar todos sus recursos biológicos conductuales y sociales compensando sus déficits en la vejez se le conoce como un envejecimiento exitoso. De esta manera encontramos dos condiciones importantes durante el proceso de envejecimiento, la primera se caracteriza por la presencia de detrimento físico, cognitivo y social, y la segunda se caracteriza por el mantenimiento de la salud mental y física

Por otra parte el envejecimiento activo emerge como un concepto que según la Organización Mundial de la Salud, refleja la importancia de los factores psicológicos, psicosociales y sociales en la elaboración de intervención para fomentar la adaptación al envejecimiento (Mendes, 2013). La OMS considera que la palabra activa en el sentido de la participación continua en las cuestiones sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas, y no sólo la capacidad de una persona para estar físicamente activo o seguir trabajando.

Teorías del Envejecimiento

En la literatura actual existen diversas teorías que tratan de explicar el fenómeno del envejecimiento, las teorías de carácter biológico y sociológico son las que mayor impacto han tenido. Las teorías biológicas intentan explicar por qué envejecemos, atribuyendo el declive al deterioro de las funciones celulares a la acción de determinados factores o sustancias sobre estas, mientras que las teorías sociológicas pretenden dar sentido a como envejecemos dentro de un marco social y se han centrado en explicar cómo los adultos mayores se adaptan durante la última etapa de subida a las condiciones que les ofrece la sociedad, la forma en que buscan respuestas a los problemas que se les presenta y como asumen las pérdidas y frustraciones que estos les generan.

Las aproximaciones teóricas sobre el envejecimiento se agrupan en tres grandes dimensiones:

- 1) La biológica: Incluye una definición de la vejez desde dos dimensiones principalmente: la función del patrón de referencia cronológica y, a partir de los cambios morfofuncionales de cuya declinación depende el grado de envejecimiento.
 - 2) La psicológica: Incluye también, por lo menos, dos dimensiones más sobresalientes de estudio: primera, la de los cambios en los procesos psicológicos básicos, y la que se refiere al estudio de la personalidad y sus cambios.
-

3) La social: Esta dimensión parte del estudio de 3 dimensiones: la sociodemográfica, que implica el crecimiento poblacional y sus efectos endógenos y exógenos; la sociopolítica, que implica el nivel de participación y de integración social de las personas mayores, y; la económica política, que incluye el estudio de los recursos y condiciones socioeconómicas de las personas en la vejez.

Teorías sociales del envejecimiento

En el estudio del envejecimiento es importante destacar la dimensión social y su impacto en el bienestar psicológico de los adultos mayores Charles y Carstensen (2009) refieren que personas que perciben a sus amigos y familiares como un apoyo durante momentos difíciles, tienen una mayor sensación de significado en sus vidas, es decir, viven sus vidas con un mayor propósito. De la misma forma las personas con redes sociales más amplias manifiestan mayor bienestar emocional y logran responder de forma más eficaz a los retos de la vida cotidiana.

De esta manera encontramos que tanto el número de patrones sociales como el apoyo recibido, contribuyen al bienestar emocional durante el envejecimiento. Las experiencias emocionales positivas han sido relacionadas a indicadores físicos relacionados al estado de salud positivo, como presión sanguínea y respuesta inmune, así como mortalidad y morbilidad física. Por el contrario cambios sociales negativos están relacionados a una pobre salud y a una presencia más frecuente de síntomas depresivos (Charles & Carstensen, 2009).

La importancia de las redes sociales en el envejecimiento radica en que Los adultos mayores participan en sus redes sociales estableciendo mayor aproximación emocional, creando redes sociales con mayor intimidad lo que beneficia su salud emocional. Además se ha demostrado que la participación en actividades colectivas influye en el mantenimiento cognitivo, en comparación con las actividades solitarias que se asocian a un mayor decline cognitivo en los adultos mayores (Charles & Carstensen, 2009).

Los seres humanos son sociales por naturaleza, y tener un grupo de personas que pueden proporcionar de forma constante apoyo emocional, es una parte esencial de la calidad de vida. Aunque el deseo de relaciones significativas no parece cambiar con la edad, si lo hace la disponibilidad y la flexibilidad de la red disponible. Los cambios en el apoyo social, tamaño de la red y la organización son uno de los mejores efectos documentados en la literatura envejecimiento. Sin embargo, aunque las personas más jóvenes son más propensas a tener grandes redes de apoyo social que los adultos mayores, es importante recordar que entre las personas mayores, la calidad es más importante que la cantidad (Molton & Jensen, 2010).

Una vez expuesta la importancia de las interacciones sociales durante el envejecimiento se expondrá en los siguientes párrafos las principales teorías sociales del envejecimiento

a) La teoría de la desvinculación.

Propuesta por Cumming y Henry en 1969, es una teoría que surgió aproximadamente hace un siglo, sostiene que para que una sociedad se mantenga estable es necesario que las personas que en un futuro inmediato van a ser incapaces de realizar satisfactoriamente sus tareas, sean reemplazadas por otras más jóvenes, de manera que las actividades que realizan se lleven a cabo con las mínimas interrupciones posibles (Satorres, 2013). Sugiere que los adultos mayores desarrollan una mayor preocupación por sí mismos, reducen sus vínculos emocionales con los demás y muestran menor interés en las cuestiones sociales.

El proceso de desvinculación comienza con una reducción de actividades relacionadas con la competitividad y con la productividad. Este proceso es aceptado progresivamente por la sociedad que va acomodando sus demandas, expectativas y encargos al progresivo deterioro que produce el envejecimiento.

Según esta teoría el adulto mayor se va apartando cada vez más de las redes sociales, reduce sus roles más activos y se centra en su vida interior, la sociedad va cerrando al adulto mayor posibilidades de participación, le libra de sus obligaciones y roles sociales, lo que hace que la persona se sienta feliz y satisfecha (Belando, 2006).

Havighurts en 1964 expuso que con los años lo que se desea no es una disminución cuantitativa de las actividades sociales, sino una reestructuración cualitativa, buscando la disminución de ciertas actividades para poder potenciar otras. Este proceso selectivo depende a su vez de una serie de factores individuales, ya que según sea la estructura de cada persona, su temperamento, su biografía, su tipo de actividad y éxito en la misma, preferirá desvincularse o continuar con una tarea determinada (Aragó, 2000). La teoría de la desvinculación sostiene que una importante premisa para la vejez plena y satisfactoria consiste en que la sociedad se muestre dispuesta a liberar a los adultos mayores de sus roles sociales y de sus obligaciones, y que al mismo tiempo estos deseen retirarse de la actividad social (Lerh, 1988).

Esta teoría rechaza la propuesta de la actividad debido a que la persistencia de la actividad en la senectud no es compatible. Una postura vital orientada a la expansión restringiría justamente la actitud respecto del término de la vida y evitaría que la muerte se incluyera como algo lógico y natural.

Actualmente la teoría de la desvinculación es una propuesta que a la luz de la investigación actual ha dejado de tener impacto en la explicación del proceso de envejecimiento, aunque su exposición es una clara muestra del devenir de la investigación psicosocial en el envejecimiento.

b) Teoría de la Actividad

Esta teoría parte de la hipótesis de que sólo se es feliz y se logra el bienestar cuando el adulto mayor se mantiene activo y es útil a otras personas. Debido a la aparición de la llamada nivelación de generaciones, a la vejez no se le reconoce un importante capital de experiencia tan altamente apreciado en épocas anteriores y gracias al cual el sujeto de mayor edad se podía orientar y conducir con mayor seguridad manteniéndose activo (Lehr, 1988).

Actualmente en el nuevo mundo industrial con los años existe una pérdida de rol laboral y familiar por la jubilación y la disolución de la familia. La pérdida de rol supone una disminución de la función, lo cual supone a su vez una limitación del número de comportamientos y una creciente inactividad que cubre de achaques a la vejez.

Esta teoría es definida como una perspectiva sobre el envejecimiento que se opone a la teoría de la desvinculación, es un modelo que sostiene que un alto nivel de actividad mejora la satisfacción personal y por ende el bienestar. Dado que la identidad se construye, en gran medida, con base en las actividades y roles que se desempeñan, el proceso de envejecimiento requiere del mantenimiento de actividades productivas o recreativas para su buen curso de desarrollo (Belando, 2006). Esta teoría sugiere que los adultos mayores no buscan un alejamiento social, si no cambios en las formas de participación social según sus capacidades tanto físicas como psicológicas. La teoría de la actividad especifica la naturaleza y los mecanismos que sustentan la relación entre actividad y bienestar subjetivo, donde los componentes de la actividad que determinan la influencia en el bienestar subjetivo son la frecuencia de participación en actividades y los diferentes tipos de estas, uno de los supuestos claves de esta teoría propuestos por Lemon, Begston y Peterson es la clasificación de la actividad en tres dominios (Acosta, 2010):

- 1) Actividades sociales informales: frecuencia de contacto con niños, con familiares, amigos, vecinos, salir de viaje, etc.
- 2) actividades sociales formales: frecuencia de participación en grupos de adultos mayores, cuidar enfermos, recibir clases de manualidades, actividades en la iglesia, etc.
- 3) actividades solitarias: frecuencia de lectura de libros, periódicos, ver la televisión, escuchar radio, etc.

La teoría invita a los adultos mayores a realizar un gran número de actividades y a resistirse a las restricciones que les impone la edad, porque contribuye a que vivan el proceso de envejecimiento en forma satisfactoria y se adapten de la mejor al este proceso (Acosta, 2010).

c) Teoría de la continuidad

Propuesta por Atchley (1971 en Satorres, 2013) se centra en todo el ciclo vital y en los procesos de continuidad y cambio. La adaptación y el estilo de vida están fuertemente influenciados por las actitudes, preferencias y hábitos adquiridos a lo largo del ciclo vital. Durante el envejecimiento se experimenta cierta discontinuidad y continuos cambios como la jubilación, la adaptación social a la vejez y otros acontecimientos que están determinados esencialmente por el pasado, por la biografía. El curso del envejecimiento dependerá según este modelo de las influencias intrapersonales y de las capacidades de adaptación de cada individuo.

d) Teoría del medio social

Sostiene que el comportamiento en la vejez depende de factores biológicos y sociales, el medio en el que se desenvuelve un adulto mayor incluye el contexto social, sus normas culturales, los obstáculos de tipo material y el acceso a recursos salud. A partir de esta teoría se defiende que en el nivel de actividad de un adulto mayor hay tres factores que inciden fundamentalmente: la salud, el dinero y los apoyos sociales, todos actuando como limitadores, de manera que los factores procedentes del medio social, susceptibles de influir en el grado de actividad, resultan desfavorables en la vejez.

e) Teoría de la selección socioemocional.

La teoría de la selectividad socioemocional explica que la percepción del tiempo juega un papel fundamental en la selección y búsqueda de objetivos sociales. Según esta teoría las motivaciones sociales se pueden dividir en dos grandes grupos, aquellas relacionadas a la adquisición de conocimiento y las relacionadas a la regulación emocional. Cuando el tiempo es percibido ilimitado, los objetivos relacionados al conocimiento son los más relevantes, mientras que cuando el tiempo se percibe como limitado, adquiere mayor importancia los objetivos emocionales. La categoría de objetivos relacionados con los conocimientos se refiere a la conducta adquisitiva orientada a aprender sobre el mundo social y físico, mientras que la categoría de motivos emocionales refiere en su más amplio sentido a la regulación de estados emocionales mediante el contacto con otras personas,

comprende además el deseo de encontrar significado en la vida, ganar intimidad emocional y establecer sentimientos de integración social (Carstensen, Isaacowitz, & Charles, 1999).

Según esta teoría los adultos mayores se muestran más selectivos con respecto a las redes sociales de las que dispone. Debido a la importancia que otorgan a la satisfacción emocional, los ancianos dedican más tiempo a los individuos conocidos con los que han mantenido relaciones provechosas, la teoría fue desarrollada por Laura Carstensen en 1998 afirma que los viejos de manera consciente restringen el contacto social con los individuos que han aparecido de forma tangencial en sus vidas, al tiempo que mantienen o aumentan el contacto con los amigos cercanos y con los miembros de su familia, individuos con los que han disfrutado de relaciones positivas. Esta reducción selectiva de la interacción social maximiza las experiencias emocionales positivas y minimiza los riesgos emocionales durante el proceso de envejecimiento (Carstensen, Isaacowitz, & Charles, 1999).

f) Teoría de la competencia y el fracaso social:

Se refiere al proceso mediante el cual los individuos psicológicamente vulnerables, reciben mensajes negativos de su ambiente social, los cuales a su vez son incorporados en la imagen propia. Estos mensajes son generados por el imaginario colectivo social de la vejez que influye de manera desfavorable a la autoestima y autoconcepto de los adultos mayores, percepción que se construye en parte con los contenidos de los prejuicios sociales y las experiencias particulares, es decir las creencias que el sujeto construyó en el transcurso de su vida (Cefalu, 2011).

g) Teoría política de la vejez

Sostiene que para transformar las condiciones de vida de los adultos mayores y las percepciones sociales, antes hay que lograr determinados cambios en la política económica. Por otro lado estudia como las estructuras influyen en la adaptación de los individuos a la vejez. Para comprender los patrones del envejecimiento, esta teoría

estudia los intereses de cada grupo, porque sostiene que los mismos son la base de los problemas de la vejez (Cefalu, 2011).

Teorías biológicas del envejecimiento

El envejecimiento es un proceso que se presenta en diferentes niveles del organismo, nivel molecular, nivel celular y nivel orgánico. En la actualidad las teorías y clasificaciones propuestas para explicar el envejecimiento se diferencian en dos teorías que se expondrán a continuación:

Las teorías estocásticas son aquellas que sugieren que el envejecimiento es el resultado de la exposición a diversos factores exógenos que aparecen de forma casual. Asumen que el envejecimiento es causado por la acumulación de daños azarosos del ambiente. Estos daños van aumentando progresivamente hasta que son incompatibles con la vida.

Mientras que las teorías deterministas son aquellas que agrupan los fenómenos que se describen a partir de un número limitado de variables conocidas. Proponen que el envejecimiento es la continuación del proceso de desarrollo y diferenciación, y correspondería a la última etapa dentro de una secuencia de eventos codificados en el genoma humano

Pardo (2003) enuncia algunas de las principales teorías estocásticas:

- a) Teoría de la regulación genética: considera que cada especie posee un conjunto determinado de genes que aceleran el desarrollo y la reproducción. La fase de reproducción depende de la capacidad de defensa del organismo ante determinados factores adversos.
 - b) Teoría de la diferenciación terminal: el envejecimiento celular se debe a diversas modificaciones de la expresión genética. Tiene un efecto importante el metabolismo sobre la regulación genética.
-

- c) Teoría de la inestabilidad del genoma: sugiere la inestabilidad del genoma como causa del envejecimiento logrando producir modificaciones a nivel del DNA y afectando la expresión de los genes sobre el RNA y las proteínas
- d) Teoría de los radicales libres: propuesta por Dehham Harman en 1956, sugiere que el envejecimiento es el resultado de los efectos nocivos azarosos causados a tejidos por reacciones de los radicales libres, reacciones que pueden estar implicadas en la producción de los cambios del envejecimiento asociados con el medio ambiente. Los radicales libres reactivos formados dentro de las células pueden oxidar biomoléculas y conducir a muerte celular y daño tisular.
- e) Teoría del Error–Catástrofe: propuesta por Orgel en 1963 y modificada por él mismo en 1970. Sugiere que con el avance de la edad surgen errores en los mecanismos de síntesis de proteínas que causan la producción de proteínas anormales. Si alguna de estas proteínas llega a formar parte de la maquinaria que sintetiza proteínas, causarían incluso más errores en la próxima generación de proteínas, y así sucesivamente, hasta llegar a una pérdida "catastrófica" de la homeostasis celular que conduce a la muerte celular. Según esta teoría, el envejecimiento estaría acompañado por la síntesis de proteínas defectuosas
- f) Teoría inmunológica: propone que el genoma nuclear, actuando como un "reloj molecular" o "reloj celular", es el responsable de programar los cambios que se irán presentando en el desarrollo de un organismo a lo largo de su vida, desde la concepción hasta el envejecimiento.

Por otra parte, las Teorías deterministas o no estocásticas sugieren que una serie de procesos del envejecimiento están programados innatamente dentro del genoma de cada organismo.

- a) Teoría de la capacidad replicativa finita de las células: En 1961 Hayflick y Moorhead dieron a conocer en 1961 que los fibroblastos humanos normales
-

tenían una limitación del número de veces que podían dividirse: las poblaciones de fibroblastos procedentes de un embrión pueden duplicarse 50 veces. Este "límite de Hayflick" describe el fenómeno de la esperanza de vida proliferativa finita que muestran las células humanas in vitro.

- b) Teorías evolutivas: el envejecimiento es perjudicial para el individuo en todos los aspectos y constituye una característica normal de los animales superiores. Según estas teorías el envejecimiento es una adaptación necesaria, programada como desarrollo, debido a que sin la senescencia el cambio y renovación de la población se encontraría perjudicado.

- c) Teorías del reloj biológico: estas teorías se concentran en la programación genética, sostienen que el envejecimiento se rige por las acciones programadas de ciertos genes. Se estima que cerca de 200 genes humanos determinan la esperanza media de vida en el hombre. La idea de estas teorías es que hay un cronometro o reloj integrado que están dispuestos para activarse según un programa. Por ejemplo, en el nivel celular se ha descubierto que algunas de células pueden estar programadas para dividirse sólo determinado número de veces (Craig & Don Baucum, 2009). Esta teoría propone que hay una especie de cronometro biológico ubicado en el hipotálamo y en la hipófisis. Poco después de la pubertad la hipófisis segrega una hormona que comienza el proceso de deterioro por el resto de la vida a un ritmo programado. Los relojes biológicos del ser humano parecen controlar el ciclo menstrual el cual inicia hacia los 12 años y termina más o menos a los 50. También parecen regular el sistema inmunológico, que se fortalece con el avance de la edad hasta los 20 años y después comienza a debilitarse gradualmente (Craig & Don Baucum, 2009).

El envejecimiento es un fenómeno que impacta en todos los tejidos y sistemas del cuerpo humano, el sistema nervioso central sufre algunos cambios estructurales y funcionales como son un decremento en el tamaño del hipocampo y los lóbulos frontales y temporales. Además existe un decremento en el número de receptores de

todos los tipos en el cerebro. Existen algunos cambios funcionales normales en el envejecimiento como lo son una disminución en la memoria a corto plazo para eventos recientes, así como un decremento en las habilidades visoconstructivas y de análisis lógico. Disminución de la velocidad de procesamiento y decremento en los tiempos de reacción (Cefalu, 2011).

Teorías psicológicas en el envejecimiento

Según la teoría de desarrollo de la personalidad planteado por Erikson (1985, en Izquierdo, 2005) el desarrollo humano se caracteriza por una continua búsqueda de la identidad personal desde la infancia hasta la llegada del envejecimiento, y esta se presenta a través de ocho etapas. La resolución positiva de cada etapa es de suma importancia para poder acceder a las etapas siguientes y lograr mantener la salud mental. En la última etapa de la vida se presenta la octava crisis de *integridad del yo frente a desesperación* (Izquierdo, 2005), la contradicción se expresa entre el deseo de envejecer satisfactoriamente y la ansiedad que producen los pensamientos de pérdida de autonomía y muerte.

Durante este período se analizan los estadios anteriores, metas, objetivos fijados, alcanzados y no logrados. El individuo entra así en un proceso filosófico orientado hacia la espiritualidad, las redes sociales y la búsqueda del envejecimiento satisfactorio. En esta etapa los adultos mayores se preguntan si su vida ha correspondido a las expectativas que tenían en su plan de vida.

Realizan una reflexión sobre su vida pasada y de haber hecho lo mejor posible según sus expectativas adquieren un profundo sentido de integridad personal, mientras que los que ven una larga cadena de errores como pérdida de oportunidades y constantes fracasos adquieren un sentido de desesperanza. En teoría la resolución del conflicto incluye un predominio de la integridad mediada con una desesperación realista lo cual contribuye a la sabiduría. En parte la vejez comprende la necesidad psicológica de recordar hechos pasados y reflexionar sobre ellos (Craig & Don Baucum, 2009).

La teoría de Erickson continúa siendo la que mejor describe el curso del desarrollo psicológico durante el desarrollo humano, se han elaborado algunas aportaciones y adecuaciones a su modelo, como la realizada por Peck (1955) quien amplió la etapa del desarrollo psicológico durante el envejecimiento, mostrando tres actividades principales:

1) *Transcendencia corporal frente a preocupación por el cuerpo.* Teniendo en cuenta el probable riesgo de enfermar a esta edad y la disminución del rendimiento físico, el adulto mayor es obligado a "transcender" los problemas físico-corporales, es decir, centrar las metas vitales en el rendimiento mental, espiritual y en las redes sociales.

2) Diferenciación del ego frente a preocupación por el trabajo. Al llegar la jubilación y abandono de la actividad laboral, el adulto mayor debe valorarse a sí mismo, a través de actividades independientes de su anterior vida laboral y de las características positivas adquiridas en su personalidad, como centrarse en actividades recreativas de su gusto personal.

3) *Transcendencia del ego frente a preocupación por el ego.* El temor a la propia muerte debe disminuir por las aportaciones personales a cualquier nivel: aportaciones por medio de los hijos, la herencia material o cultural para las futuras generaciones.

Los intereses particulares sobre el estudio del fenómeno del envejecimiento global se pueden agrupar en las aproximaciones de carácter social, político y económico. Desde esta perspectiva es evidente la poca preocupación de los gobiernos por realizar investigaciones que estén dirigidas al mantenimiento de la salud mental y del bienestar psicológico de los adultos mayores, lo que bien puede impactar en la reducción del gasto público en materia de salud en la atención de esta población.

En la literatura actual sobre estudios sobre envejecimiento existe una tendencia a estudiarlo desde una perspectiva funcional y de calidad de salud física, siendo las

aproximaciones biopsicosociales las que menos participación han realizado sobre el tema.

Si bien son diversos los factores que determinan un envejecimiento exitoso y se reconoce a este como un fenómeno multidimensional, la investigación desde hace unas década ha optado por reducirlos a la investigación en los estilos y calidad de vida, donde las principales condiciones que se destacan en las investigaciones son las de carácter biomédico.

En contraparte a las líneas de investigación expuestas, desde hace algunos años se ha comenzado a realizar investigaciones de carácter psicológico. En 2010 Fernández-Ballesteros et al., encontraron en un estudio con 458 participantes con una edad promedio de 66.47 años una gran diferencia en la proporción de personas que envejecen con éxito, así como un amplio número de predictores multidimensionales, entre los cuales se encuentran variables psicológicas intelectuales, de la personalidad y motivacionales. Su estudio pone de manifiesto que las variables de carácter psicológico tienen un rol importante en la calidad de vida de los adultos mayores.

Por lo tanto, es importante destacar que entre las condiciones que determinan distintos patrones de envejecimiento como las culturales, biológicas, económicas, etc., están las dimensiones de carácter psicológico, como el funcionamiento intelectual, los estilos de vida, la percepción de eficacia, las habilidades de enfrentamiento, entre otros factores psicosociales que modulan el envejecimiento (Fernández-Ballesteros, 2001). Por esta razón los modelos de intervención social sobre el envejecimiento han de tener en cuenta estos factores psicológicos para lograr mayor eficacia.

Continuando con la explicación de la importancia de las variables psicológicas en el envejecimiento encontramos que Díaz, Facal y Yanguas (2010) refieren que:

- 1) existe un amplio rango de predictores del estado afectivo a lo largo del proceso de envejecimiento, incluyendo factores objetivos de rendimiento, factores y eventos vitales estresantes,

- 2) existe una relación entre el nivel de actividad y el grado de bienestar en el envejecimiento

3) durante el envejecimiento existe una relación entre esperanza de vida y aspectos psicológicos, como el grado de felicidad percibida, la estabilidad emocional o la satisfacción con la vida.

4) las variables predictoras y mediadoras del proceso de envejecimiento que permiten comprender los cambios que suceden a través del tiempo son muy diversas y entre ellas destacan las de carácter cognitivo, las relacionadas con la salud mental, el estado afectivo, personalidad, satisfacción con la vida, estado socioeconómico, participación social, participación en actividades productivas, salud física, hábitos de salud y esperanza de vida.

Díaz, Facal y Yanguas (2010) refieren que los factores predictores de cambio afectivo en el envejecimiento en las investigaciones recientes muestran dos tendencias, primero, un mejor ajuste emocional referido por los propios adultos mayores, segundo, una mayor incidencia de trastornos psicoafectivos en las personas mayores. Como se ha indicado en apartados anteriores, diferentes estudios muestran una asociación entre afecto positivo, bienestar y salud, que estaría relacionada con una mayor longevidad de los individuos con mayor afecto positivo. Gerstorf, Ramn, Lindenberger y Smith (2008) mencionan que el cambio psicológico al final de la vida refleja una combinación de cambios asociados a la edad, a la mortalidad y los procesos patológicos causantes de la misma.

Lin, Louisa y Liu en 2013 realizaron un estudio donde examinaron los factores relacionados con el voluntariado y exploraron la relación de éste con el envejecimiento positivo a en adultos mayores. Encontraron que la participación en el trabajo voluntario se asoció con tres resultados positivos del envejecimiento: la buena salud, el compromiso con el cuidado de otras personas significativas y la participación productiva en la comunidad. Los adultos mayores participaron más en actividades de voluntariado debido a un mayor compromiso social y a una alta autoestima. Lo que concuerda con otras investigaciones que sugieren que a mayor cantidad de actividades de voluntariado mayor bienestar físico mental.

En los párrafos anteriores se observa una gran cantidad de teorías que han realizado aproximaciones explicativas acerca del fenómeno del envejecimiento, es importante mencionar que dicho fenómeno es tan complejo que no puede ser

explicado por un sólo mecanismo único o teoría ya sea biológica o social, aleatorio o determinado, por lo que es importante considerar que las teorías multicausales tienen una mayor aproximación al explicar el fenómeno del envejecimiento. Por lo tanto es importante considerar las aportaciones de otras disciplinas como la psicología, la sociología, la historia y filosofía entre otras en el estudio del envejecimiento.

CAPÍTULO 6. COMPROBACIÓN DEL MODELO

Planteamiento del problema

Diferentes características de personalidad han demostrado tener un efecto positivo en el bienestar psicológico, de las cuales tres destacan por su poder predictivo, locus de control, autoestima y enfrentamiento (García, Marín, & Bohórquez, 2012; Hyun, Ju, & Sohyune, 2012; Clemente, Tartaglino, & Stefani, 2009). Boyle y Sielski (1981) refieren que el locus de control interno se asocia con altos niveles de salud, autoconcepto, ajuste psicológico y mayor éxito en la rehabilitación de enfermedades físicas, Wallace, Barry, Zeigler-Hill y Green (2012), señalan que el locus de control interno se relaciona con resultados positivos como el éxito escolar, bienestar.

Durante el envejecimiento existe un mayor efecto de la autoestima en la satisfacción con la vida (Zhang & Leung, 2002), asimismo es considerada como una variable psicológica que mantiene el bienestar psicológico en el proceso de envejecimiento (Ortiz & Castro, 2009). Por otra parte, en lo relacionado con los estilos de enfrentamiento en la vejez, estos recursos permiten lidiar con las fuentes de estrés (Tomas et al., 2012), lo que llevaría a la presencia de un bienestar psicológico. Desde esta perspectiva, dada la relación del bienestar psicológico con estados psicológicos positivos, resulta relevante crear y comprobar un modelo explicativo que integre el efecto combinado de las características de personalidad para predecir el bienestar psicológico en adultos mayores en la población mexicana.

En México el 25% de las personas mayores de 65 años de edad padecen algún tipo de trastorno mental (Secretaría de Salud [SS], 2001), razón por la que en materia de prevención, el modelo propuesto pretende aportar conocimiento relevante para el diseño de intervenciones que contribuyan en la disminución del índice de enfermedades mentales y favorezcan la prevalencia de adultos mayores con bienestar psicológico.

Pregunta de investigación

¿Cómo influyen el locus de control, la autoestima y los estilos de enfrentamiento en el bienestar psicológico de los adultos mayores?

Objetivo General

Elaborar un modelo predictivo para conocer la influencia del locus de control, la autoestima y los estilos de enfrentamiento en el bienestar psicológico de los adultos mayores.

Para dar respuesta a esta pregunta se propuso el siguiente modelo (ver Figura 1), en el cual se observa la dirección e influencia teórica planteada a partir de la revisión teórica y empírica de las variables de estudio sobre el bienestar psicológico.

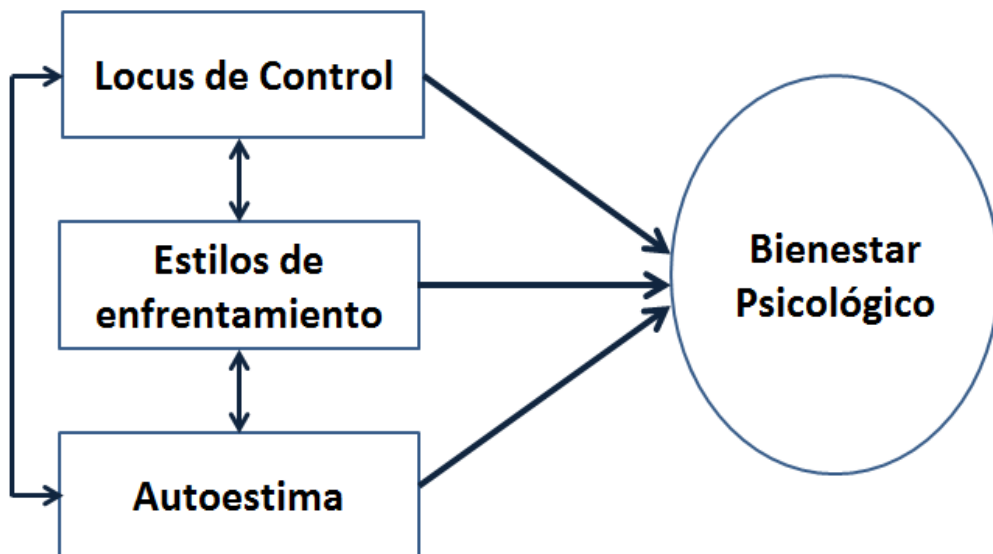


Figura 1. Propuesta del modelo de bienestar psicológico en adultos mayores

Para comprobar el modelo propuesto, la investigación se realizó en tres fases: 1) conceptualización del bienestar psicológico que consistió en elaborar un instrumento para medir el bienestar psicológico en adultos mayores y validar una escala de autoestima, 2) correlatos del bienestar psicológico con el propósito de identificar las correlaciones del locus de control, estilos de enfrentamiento y la autoestima con el bienestar psicológico; 3) comprobación del modelo teórico.

FASE 1: CONCEPTUACIÓN DEL BIENESTAR PSICOLÓGICO

Esta fase se llevó a cabo en tres momentos. Fase 1a: significado y dimensiones del bienestar psicológico, tuvo como propósito Identificar los componentes que constituyen el constructo de bienestar a partir de indicadores y categorías. Fase 1b: elaboración de instrumento, con el propósito de elaborar una escala de bienestar psicológico válida y confiable. Fase 1c. Validación de la escala de autoestima de Rosenberg, con el objetivo de conocer las propiedades psicométricas de la escala de autoestima.

Fase 1a. Significado y dimensiones del bienestar psicológico

El bienestar psicológico deviene de una larga tradición filosófica y psicológica, particularmente de las corrientes humanista y clínica. A pesar de esta condición en la actualidad no existe un consenso claro respecto a su conceptualización ni del número de dimensiones que lo integran. El bienestar psicológico por lo general se ha descrito en términos de ausencia de enfermedad, de malestar físico o estar libre de malestar psicológico. En la vejez la definición del bienestar psicológico es el principal indicador de salud mental, la importancia de conocer su significado radica en que permite la identificación de los recursos y prácticas necesarias para crear mejores condiciones para que los adultos mayores se desarrollen con plenitud.

Pregunta de investigación

¿Cuál es el significado del bienestar psicológico en adultos mayores?

Objetivo general

- Identificar los componentes que constituyen el constructo de bienestar psicológico a partir de indicadores y categorías.

Objetivos específicos

- Identificar los indicadores que constituyen el bienestar psicológico.
- Identificar las categorías que integran el bienestar psicológico

MÉTODO

Participantes

Colaboraron 10 adultos mayores residentes de la ciudad de México con edades de 60 a 75 años. Cinco hombres y cinco mujeres. Respecto a su estado civil, seis de ellos eran casados, mientras que los otros cuatro eran solteros. Todos con educación media.

Instrumento

Se realizaron entrevistas abiertas con las cuales se identificó el universo de conductas y elementos significativos del constructo de bienestar psicológico. Las preguntas se elaboraron a partir de las dimensiones del modelo propuesto de bienestar psicológico de Ryff (1989b). Las entrevistas se llevaron a cabo de forma individual, se enfatizó en el carácter anónimo y confidencial de la información recopilada.

Procedimiento

Se contactó a los participantes en centros de trabajo, hogares, parques y plazas públicas. Se omitieron los nombres de los participantes con la finalidad de mantener el principio de confidencialidad. La aplicación se realizó de forma individual, en una sola sesión con un tiempo aproximado de una hora y media por entrevista.

RESULTADOS

Para el análisis de la información recabada se resumieron e integraron las descripciones que se obtuvieron en las entrevistas. Se consideraron los siguientes criterios:

Unidad de análisis: palabra/frase.

Unidad de contexto: pregunta.

Catalogación de unidades: presencia.

Cada respuesta se transcribió textualmente, se analizó la frecuencia y pertinencia de las palabras dentro de las seis dimensiones del modelo de bienestar psicológico propuesto por Ryff (1989b) (Tabla 5).

Tabla 5

Descripciones, categorías, definición e indicadores del bienestar psicológico

Categoría	Definición	Indicadores
Autoaceptación	Sentirse bien acerca de sí mismo considerando las propias limitaciones	Aceptarse, aceptación, aceptar los cambios, aceptar defectos, quererse ahora, quererse uno, alegre, amar lo que uno es, amarse como uno es, tener más confianza en lo que hago, confianza en mí, aceptación, autoestima elevada, respetarse, amarse como uno es, mantenerse equilibrado en la vida, confiar en nuestras capacidades, confío más en mí, crecí como persona, conocerse y amarse, más seguro de mí mismo, mantener mis amistades, tener actividades, aceptar las etapas que nos tocan vivir, hacer actividades respetarme como persona.
Vínculos sociales	Desarrollo y mantenimiento de relaciones interpersonales cálidas y de confianza	Tener amigos, amistad, ahora tengo más amigos, ser amigable, mantengo más contacto con nuevas personas, capacidad de escucha, yo tengo más amigos, tener muchos amigos, poder contar mi vida y preocupaciones, hacer amigos, ayuda moral de amigos, poder hacer amistades, nuevas amistades, viejas amistades, tener más amistades, hacer buenas amistades, más cercanía, estar bien con la familia.
Control ambiental	Satisfacción de necesidades y deseos personales.	Hacer cosas nuevas, hacer, tratar de controlarse, reflexionar antes de actuar, controlar emociones, tener experiencia, mayor control, solución con mayor madurez, con experiencia, tomar decisiones, libertad, ser pacientes, estar seguro de lo que dice, esta calmado, controlar, seguridad, firmeza.

Tabla 5

Descripciones, categorías, definición e indicadores del bienestar psicológico (continuación)

Categoría	Definición	Indicadores
Control ambiental	Satisfacción de necesidades y deseos personales.	Hacer cosas nuevas, hacer, tratar de controlarse, reflexionar antes de actuar, controlar emociones, tener experiencia, mayor control, solución con mayor madurez, con experiencia, tomar decisiones, libertad, ser pacientes, estar seguro de lo que dice, estar calmado, controlar, seguridad, firmeza.
Proyecto de vida	Búsqueda de significado en los esfuerzos y desafíos personales	Mantener salud, seguir trabajando, estar sano, hacer ejercicio, mantenerse sano, seguir teniendo metas, cumplir los planes, tener metas y objetivos, pensar en planes ser feliz, estar bien.
Crecimiento personal	Disfrutar al máximo los talentos y capacidades	Estar haciendo más cosas, lograr un objetivo, realizar metas, tranquilidad laboral, tener un trabajo, metas a corto plazo, beneficios de las metas, crecer como persona, tener un trabajo seguro, cumplir mis metas, estudiar, poder trabajar, mantenerme ocupado/a.
Autonomía	Autodeterminación y autoridad personal	Autonomía, sentirse bien, independiente, ser autónomo, poder desplazarse, poder caminar, no depender de otros, independiente, no requerir ayuda, tener libertad para hacer lo que me gusta, equilibrio emocional, ser independiente en todo, independiente económicamente, autosuficiente en la casa, ser responsable, control de mis emociones, compromiso con uno mismo, no depender de mis hijos.

Tabla 5

Descripciones, categorías, definición e indicadores del bienestar psicológico (continuación)...

Categoría	Definición	Indicadores
Bienestar psicológico	Percepción de armonía, tranquilidad, salud mental	Tranquilidad, paz, armonía, alegría, aceptación, estar bien, físico, económico, tener amigos, mantener una familia, trabajar, ser útil, no depender de otros, querer vivir. Falta de angustia, tranquilidad, sentirme bien, tranquilidad, paz, espiritualidad, amor, autoestima, más autoestima, quererse más, controlar la vida, tener armonía. Estar contento, tranquilidad, más saludable, sentirse a gusto, espacio para uno, sentirse bien por dentro y por fuera, convivir con los amigos.

DISCUSIÓN

El objetivo de esta fase 1a obtener el significado del bienestar psicológico mediante la identificación de los indicadores y categorías. Los resultados obtenidos sugieren que los indicadores de bienestar psicológico se caracterizan por evaluaciones positivas sobre los cambios físicos, relaciones interpersonales, relación con el entorno y desarrollo personal. Las palabras que predominaron en la descripción de autoaceptación hacen referencia al respeto hacia los cambios físicos, al cuidado del cuerpo, al amor propio y confianza en sí mismos. En comparación con edades más tempranas existe un mayor efecto de la autoestima en distintos indicadores de bienestar (Zhang & Leung, 2002).

En vínculos sociales predominaron las descripciones relacionadas a la búsqueda de contacto con amigos, necesidad de comunicación, apoyo emocional y aumento de la cantidad y calidad de las relaciones de amistad. La importancia del contacto social en la vejez radica en que el número redes sociales y el contacto frecuente es indispensable en el mantenimiento del bienestar, mientras que los cambios sociales negativos están relacionados a una pobre salud y a una presencia más frecuente de síntomas depresivos (Carstensen, 2009).

Control ambiental se caracterizó por palabras relacionadas a la oportunidad de realizar nuevas actividades, actuar con responsabilidad y presentar mayor control de las emociones. En proyecto de vida, se presentaron descripciones relacionadas con el mantenimiento de la salud, como la práctica deportiva, el cuidado personal y la creación de planes y metas. En crecimiento personal, las descripciones se relacionaron con actividades que promueven el crecimiento personal, como lograr objetivos, la actividad laboral y la realización de actividades que demandan esfuerzo. Finalmente autonomía se asoció con la independencia física en la realización de actividades como caminar y labores del hogar, con independencia económica y control de las emociones. Estas dimensiones implican una interacción del adulto mayor con su contexto inmediato, la participación en actividades lúdicas o laborales proporciona sentimientos de valía, desarrollo personal e independencia económica,

En este sentido los adultos mayores no buscan un alejamiento social, si no cambios en las formas de participación social (trabajo, desarrollo, esparcimiento) según sus capacidades tanto físicas como psicológicas como lo sugiere la teoría de la actividad (Lehr, 1988). Es importante señalar que los resultados de este estudio sugieren que el bienestar psicológico es uno de los principales indicadores de salud mental en la vejez, ya que en las descripciones de todas las dimensiones prevalecen evaluaciones positivas y optimistas sobre el estado de salud general.

Fase 1b. Elaboración de instrumento

En la actualidad diversos instrumentos son utilizados para medir bienestar psicológico, la mayoría de ellos fueron diseñados para hacer mediciones de diferentes tipos de bienestar, como el bienestar subjetivo (Diener, 1984), bienestar personal (Fierro & Rando, 2007), bienestar psicológico subjetivo (Sánchez-Cánovas, 2013) o bienestar eudaimónico y hedónico (Castro, 2011) o como medida de ausencia de enfermedad como el cuestionario general de salud (Golberg, 1979). Por otra parte, en México, los estudios sobre medición del bienestar psicológico se han realizado a través de diferentes validaciones y adaptaciones de la escala de Ryff (1989), particularmente con adolescentes y jóvenes. Loera-Malvaez, Balcázar-Nava, Trejo-González, Gurrola-Peña y Bonilla-Muñoz (2008) realizaron una validación en 208 adolescentes con edades de 14 a 18 años, sus resultados mostraron que las seis dimensiones originales de la escala se agruparon en cuatro dimensiones con adecuadas propiedades psicométricas.

Por otra parte, se realizó un estudio de las propiedades psicométricas de la escala con 245 participantes con un promedio de edad de 19 años, los resultados revelaron que en población mexicana el modelo teórico de bienestar psicológico de Ryff (1989) no presenta un ajuste adecuado (Medina-Calvillo, Gutiérrez-Hernández, & Padrós-Blázquez, 2013).

Los instrumentos descritos tienen adecuadas propiedades psicométricas, pero fueron diseñados en otras culturas, demandan capacidad de discriminación, conocimiento numérico y adecuada comprensión del formato de respuesta. En México, estas condiciones representan una limitante para medir bienestar psicológico, dado que el nivel educativo que predomina en este país dificulta la abstracción e identificación de constructos (Reyes-Lagunes, 1993). Con la intención de contribuir al desarrollo de escalas que evalúen constructos psicológicos en la vejez, el objetivo del presente estudio es desarrollar y validar una escala de bienestar psicológico para adultos mayores de la ciudad de México

Pregunta de investigación

¿Cuáles son los indicadores de una escala de bienestar psicológico para adultos mayores?

Objetivo general

Elaborar una escala de bienestar psicológico válida, confiable y culturalmente relevante para adultos mayores.

Objetivos específicos

Elaborar reactivos derivados de la fase 1a y de la teoría sobre bienestar psicológico

Obtener la validez y confiabilidad de la escala.

MÉTODO

Participantes

Colaboraron de manera voluntaria 200 adultos mayores residentes de la ciudad de México, 51.5% hombres y el 48.5% mujeres, con edades de 60 a 90 años ($M_{edad}=67.9$, $DE=7.2$). Su nivel de escolaridad fue 68% con educación básica, 10.5% con educación media y 21.5% con educación superior. En relación con el estado civil, el 14% eran solteros, el 53% casados, el 5% divorciados y el 28% viudos. Los participantes se seleccionaron por un muestreo no probabilístico intencional.

Diseño

Una muestra

Estudio

Exploratorio, transversal de campo.

Instrumento

Escala de bienestar psicológico. Con los resultados obtenidos de la fase 1a se creó una base de 39 reactivos, todos con un formato de respuesta tipo Likert pictórico (Reyes-Lagunes, 1993), en el que se utilizaron figuras geométricas de diferentes tamaños como opciones de respuesta, ordenadas de mayor a menor y de izquierda a derecha. La calificación asignada a la escala fue de 1 a 4 puntos, se asignó 1 al cuadro más pequeño que implica menor cantidad del atributo (totalmente en desacuerdo) y 4 al cuadro más grande que implica mayor cantidad del atributo (totalmente de acuerdo) los reactivos se colocaron en orden aleatorio.

Ejemplo:

		Totalmente de acuerdo		Muy en desacuerdo	
1.	Soy una persona amigable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Figura 2. Formato de respuesta tipo Likert pictórica

Procedimiento

Se contactó a los participantes en centros de trabajo, hogares, parques y plazas públicas. El evaluador estuvo presente durante la aplicación del instrumento para resolver las dudas que pudieron surgir en el proceso. En todos los casos se señaló que los datos obtenidos serían tratados con fines estadísticos, se omitieron los nombres de los participantes con la finalidad de mantener el principio de confidencialidad. La aplicación del instrumento se realizó de forma individual.

Los datos obtenidos se analizaron mediante el programa SPSS versión 19, en el cual se aplicó el proceso de validación estadística propuesto por Reyes-Lagunes y García (2008):

- 1) Análisis de frecuencias. Incluye la distribución de los reactivos en las diferentes opciones de respuesta, y el sesgo que permite identificar el nivel de variación de cada uno de los reactivos.
- 2) Correlación ítem total. Para obtener la relación de cada reactivo con la escala total.
- 3) *t* de Student para grupos extremos para identificar los reactivos que discriminan de los que no discriminan.
- 4) Análisis factorial. Se realizó para obtener la estructura factorial de los reactivos y las dimensiones que conformarán el bienestar psicológico. Solo se escogerán los reactivos con peso factorial igual o mayor a .40.
- 5) Alpha de Conbrach. Se realizó para obtener los índices de confiabilidad de la escala.

RESULTADOS

Se indagó que a cantidad de opciones de respuesta fuera adecuada, comprobando que las frecuencias de las opciones no presentaran valores de cero. Todos los reactivos presentaron esta distribución. Con la prueba *t* de Student se verificó que cada reactivo mostrara capacidad de discriminación, todos tuvieron una significancia $\leq .05$, razón por la que no se excluyó ningún reactivo. Se calculó la correlación reactivo-escala total, las correlaciones fueron de .29 a .53. Debido a las puntuaciones obtenidas no se eliminó ningún reactivo.

Se realizó un análisis factorial de componentes principales con rotación ortogonal con los 39 reactivos. Se eliminaron los reactivos con pesos factoriales menores a 0.40 y que compartieran peso factorial con otros reactivos. Con los criterios descritos, se eliminaron 23 reactivos, la escala quedó conformada por 16 reactivos distribuidos en cuatro factores.

Previo al análisis factorial, se realizó la prueba de la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin ($KMO = .759$) y la prueba de esfericidad de Bartlett $X^2 = 762,547$, $gl = 120$, $p < .000$, con lo que se asume que los datos tienen una distribución normal. Finalmente se calculó la confiabilidad para la conformación final de la escala que arrojó un alfa de Cronbach de 0.71. La confiabilidad más alta fue para el factor

denominado seguridad personal que tuvo 0.73 y la más baja para el factor denominado autonomía 0.60 (ver Tabla 6). La varianza explicada fue de 54.80%.

Tabla 6
Análisis factorial, media y desviación estándar de la escala de bienestar psicológico para adultos mayores

Reactivos	Factores			
	1	2	3	4
15. Considero que con los años he crecido como persona	0,753	0,076	0,011	0,091
11. Puedo controlar los problemas que se me presentan	0,747	0,266	-0,048	0,064
9. Siempre cumplo mis objetivos personales	0,641	0,246	0,077	-0,074
14. Me siento bien con mi cuerpo	0,629	0,192	0,184	0,348
24. Actualmente puedo trabajar	0,451	0,000	0,172	0,399
12. Siempre estoy seguro(a) de mis acciones	0,309	,782	0,077	0,047
2. Tengo confianza para expresar lo que pienso	-0,011	0,723	0,159	0,207
22. A pesar de los cambios me gustan mis atributos físicos	0,253	0,633	0,072	0,318
7. Soy una persona segura de sí misma	0,296	0,605	0,093	-0,118

Nota: 1= control personal, 2= seguridad personal, 3= relaciones sociales 4= autonomía

Tabla 6

Análisis factorial, media y desviación estándar de la escala de bienestar psicológico para adultos mayores (continuación)

Reactivos	Factores			
	1	2	3	4
4. En comparación con otras personas tengo muchos amigos	0,150	-0,091	0,769	0,087
5. Mis amistades son confiables	-0,032	0,195	0,733	0,039
26. Me gusta conocer gente nueva	0,080	0,045	0,725	0,051
3. Mis amistades son duraderas	0,016	0,219	0,690	-0,134
17. Soy una persona autosuficiente	-0,022	0,287	0,016	0,717
21. Soy libre para tomar mis propias decisiones	0,009	0,077	-0,057	0,699
18. Soy independiente económicamente	0,220	-0,046	0,031	0,552
Varianza explicada	15.38 %	14.13%	14.07%	11.21%
Varianza acumulada	15.38 %	29.51	43.59%	54.80%
Alfa de Cronbach	0.71	0.73	0.71	0.60
Media	3.01	3.15	2.91	3.02
Desviación Estándar	0.59	0.65	0.74	0.69

Nota: 1= control personal, 2= seguridad personal, 3= relaciones sociales 4= autonomía

En la Tabla 7 se presentan las definiciones de los factores de la escala de bienestar psicológico y los reactivos que la integran.

Tabla 7

Descripción de los factores de la escala de bienestar psicológico para adultos mayores

Factores	Definición	Indicadores	Reactivos
Control personal	Grado de control ambiental y competencia personal.	Objetivos Crecimiento Control Trabajo	15, 11, 14, 9, 24
Seguridad personal	Grado de seguridad personal en la toma de decisiones capaz de tomar decisiones de forma independiente.	Decisiones Atributos físicos Confianza en sí mismo	12, 2, 22, 7
Relaciones sociales	Grado en el que una persona mantiene relaciones sociales confiables y duraderas con sus pares.	Confianza Amistad	3, 4, 26, 5
Autonomía	Grado de independencia personal y económica.	Autosuficiente Independencia economía	17, 21, 18

Se realizó un análisis de correlación de Pearson entre los factores que componen la escala de bienestar psicológico. Los análisis mostraron correlaciones positivas. La correlación más alta se encontró entre los factores control personal y seguridad personal (ver Tabla 8).

Tabla 8

Correlaciones entre los factores de la escala de bienestar psicológico

	Relaciones Sociales	Control personal	Autonomía	Seguridad personal
Relaciones sociales	1	-	-	-
Control personal	.205**	1	-	-
Autonomía	.220**	.309*	1	-
Seguridad personal	.261**	.496*	.278*	1

*p<.05, ** p<.01

Análisis factorial Confirmatorio

Posterior al análisis factorial exploratorio, se realizó un análisis factorial confirmatorio mediante el método de máxima verisimilitud para confirmar la estructura factorial de la escala. Se realizó mediante el programa de ecuaciones estructurales AMOS (versión 19). Los índices utilizados para evaluar la bondad de ajuste fueron los sugeridos por Hu y Bentler (1999) y Kline (2011): el índice de ajuste comparativo (CFI) y el índice de ajuste incremental (IFI), de los cuales se sugiere que los rangos de bondad de ajuste deben estar entre las puntuaciones 1 y 0, considerando un punto de corte aceptable si los valores son mayores a 0.90 (Manzano & Zamora, 2009).

También se obtuvo el residual cuadrático estandarizado (SRMR), su valor se estima como adecuado cuando es menor a 0.08 (Hu & Bentler, 1999); el índice de aproximación de la raíz de cuadrados medios del error (RMSEA), su valor esperado debe ser menor a .05 para un ajuste adecuado, mientras que valores menores a .08 indican un ajuste razonable (Kenny, Kaniskan, & McCoach, 2014) y los valores entre .08 y .10 se consideran como indicadores de un ajuste mediocre (MacCallum, Browne, & Sugawara, 1996). Además se utilizó la relación entre chi-cuadrada y los grados de libertad (χ^2/df) con la intención reducir la sensibilidad del modelo de chi-cuadrada al tamaño de la muestra (Kline, 2011).

Después de realizar los ajustes pertinentes utilizando el método de máxima verisimilitud se obtuvo el modelo que se muestra en la Figura 2. El modelo mantiene las cuatro dimensiones propuestas en el análisis factorial exploratorio. Para lograr un buen ajuste fueron eliminados 3 reactivos: 2.- Me siento bien con mi cuerpo, 24.- Actualmente puedo trabajar y 9.- Tengo confianza en mí mismo. El modelo mantiene adecuados índices de bondad de ajuste: Chi cuadrada no significativa ($\chi^2=70.263$, $p<.130$) con $gl= 58$, $NFI=.873$, $IFI=.975$, $CFI=.974$ y $RMSEA=.033$.

Por último, con la intención de identificar si la escala puede detectar diferencias entre grupos, se realizó una prueba *t* de Student para grupos independientes entre hombre y mujeres. Los resultados señalan que existen diferencias estadísticamente significativas en seguridad personal, $t(198)= 3.207$, $p< 0.05$, son las mujeres ($M=3.30$, $DE=.63$) quienes muestran mayor grado de seguridad física y mental que los hombres ($M=3.01$, $DE=.64$); y en relaciones sociales $t(198)= -2.230$, $p<.05$, son los hombres

(M=3.12, DE= .67) quienes tienen mayores vínculos sociales confiables y duraderos que las mujeres (M=2.90, DE=.69).

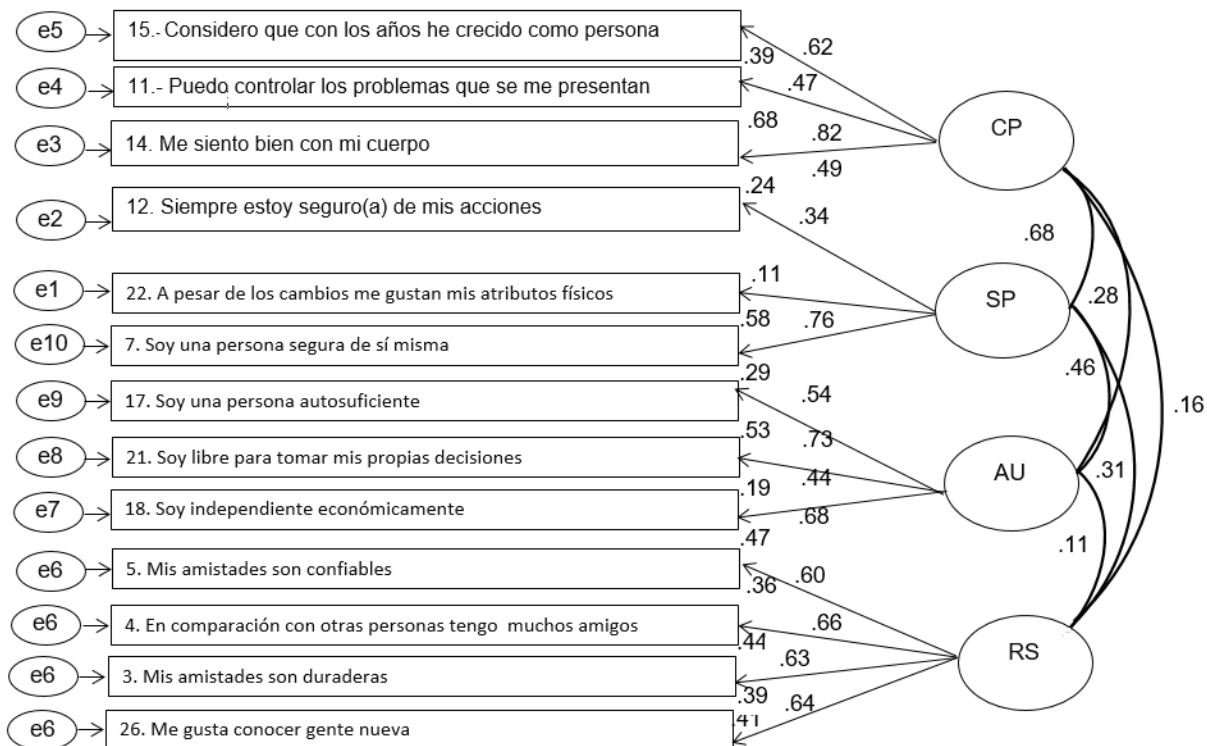


Figura 2. Análisis factorial confirmatorio de la escala de bienestar psicológico para adultos mayores

DISCUSIÓN

El objetivo de esta etapa exploratoria 1b fue elaborar una escala de bienestar psicológico válida, confiable y culturalmente relevante para adultos mayores. La escala obtenida está constituida por cuatro factores y posee una confiabilidad total y por factor estadísticamente adecuada.

El factor control personal agrupó reactivos asociados a la capacidad de desarrollo personal, control de situaciones y percepción positiva de las capacidades físicas. Estos reactivos se agrupan en lo que Waterman en 1993 denominó como

sentimientos de expresividad emocional; sentimientos que se relacionan con experiencias de compromiso con las actividades que las personas realizan, condiciones que crean una sensación plena de sentirse vivo y realizado. Esta premisa refuerza la afirmación de que el desarrollo continuo, el crecimiento personal y estar abierto a nuevas experiencias, constituyen aspectos importantes del funcionamiento psicológico óptimo.

El factor seguridad personal agrupó reactivos relacionados con la seguridad en las acciones, pensamientos y atributos físicos, condiciones que en conjunto, permiten una valoración positiva o negativa de cada individuo. En la vejez, estudios como el de Zavala, Vidal, Castro, Quiroga y Klassen (2006) han demostrado que las personas que poseen una valoración positiva de sí mismos muestran un mejor ajuste en su funcionamiento social y familiar.

En el factor relaciones sociales se agruparon reactivos asociados a los lazos de amistad, afecto y confianza. En los adultos mayores, las relaciones sociales son importantes para proporcionar funciones de socialización, satisfacción de necesidades psicológicas básicas como el apego y sensación de una vida con significado (Charles & Carstensen, 2009). Luo y Waite (2011) señalan que mientras más altos sean los niveles de apoyo, participación y sentimientos de conexión social, menores serán los niveles de estrés psicológico, mientras que Charles y Cartensen (2009) señalan que en ausencia de relaciones sociales, es común encontrar frecuentes síntomas depresivos.

En el factor autonomía se agruparon reactivos asociados a la valoración de independencia física, solvencia económica y la capacidad de tomar decisiones de forma autónoma. Lehr (1989) sugiere en su teoría de la vinculación que sólo se es feliz y se logra el bienestar cuando el adulto mayor se mantiene activo, es decir, es capaz de realizar actividades de forma autónoma. Por otra parte, en culturas occidentales como la mexicana, se valora en mayor medida durante la vejez la individualidad e independencia (autonomía) que la colectividad y la dependencia, lo que hipotéticamente puede explicar la presencia de este factor dentro del constructo del bienestar psicológico en adultos mayores.

De las diferentes aproximaciones que consideran el bienestar psicológico como un constructo multidimensional, es importante mencionar que los resultados obtenidos

en este trabajo sugieren que en adultos mayores mexicanos, el bienestar psicológico está constituido por cuatro dimensiones. Los reactivos asociados al control ambiental se agruparon en el factor denominado control personal, mientras que el factor proyecto de vida no forma parte de la escala. Este hallazgo sugiere que el bienestar psicológico no es estático, sino que es un constructo dinámico que muestra cambios según las personas enfrentan diferentes transiciones en la vida.

Una posible hipótesis de este fenómeno yace en el modelo de desarrollo psicosocial de Erickson (1994), que sugiere que en la vejez, la salud mental de los adultos mayores deriva de la evaluación positiva o negativa sobre las propias experiencias personales durante su historia de vida, si la evaluación es positiva, puede generar un sentido de integridad (bienestar), si es negativa, puede generar un sentido de desesperanza, en este modelo el proyecto de vida y el control ambiental pierden relevancia en la presencia del bienestar psicológico en la vejez.

En relación a las diferencias entre hombres y mujeres en seguridad personal y relaciones sociales, los resultados aquí encontrados coinciden con lo reportado por Rosa-Rodríguez, Negrón, Maldonado, Quiñones y Toledo (2015), quienes en un estudio realizado con 768 estudiantes universitarios de 17 a 74 años de edad, encontraron que las mujeres mostraron niveles más altos de autoaceptación (seguridad personal) que los hombres, mientras que los hombres mostraron niveles más altos en relaciones positivas.

Se recomienda realizar un análisis factorial confirmatorio en una muestra mayor con participantes de otras entidades de la república mexicana, con la intención de generalizar los resultados obtenidos. Respecto al formato de respuesta tipo Likert pictórico utilizado en esta escala, su empleo redujo la demanda de discriminación numérica y permitió una adecuada comprensión de los reactivos y opciones de respuesta, por lo que se recomienda su uso en la medición de constructos psicológicos en adultos mayores en México. Se concluye que la escala posee adecuados criterios psicométricos para medir bienestar psicológico en adultos mayores.

Fase 1c. Validación de la escala de autoestima de Rosenberg

En la investigación de la autoestima destaca el uso de la escala desarrollada por Rosenberg en 1965. Es un instrumento elaborado a partir de una concepción fenomenológica de la autoestima que evalúa la abstracción que el individuo hace de sí mismo en relación con sus atributos, sus capacidades, sus actividades y sus objetos. Es una escala constituida por diez afirmaciones, cinco con dirección positiva y cinco con dirección negativa con un formato de respuesta tipo Likert de cuatro opciones (4= muy de acuerdo, 3= de acuerdo, 2= en desacuerdo, 1= totalmente en desacuerdo).

La escala de autoestima de Rosenberg (EAR) se ha traducido y adaptado a 53 países en 23 distintos idiomas (Schmit & Allik, 2005), entre ellos el español (Martín-Albo, Núñez, Navarro, & Grijalvo, 2007; Vázquez, Jiménez, & Vázquez, 2004), el portugués (Hutz & Zanon, 2011; Burges, Ruschel, & Dalbosc, 2010; Moreira, Rodrigues, & Masako, 2004), el japonés (Mimura & Griffiths, 2007), el italiano (Prezza, Trombaccia, & Armento, 1997), el griego (Galanou, Galanakis, Alexopoulos, & Darviri, 2014) y el francés (Vallieres & Vallerand, 1990). Estas validaciones se caracterizan por reportar apropiadas características psicométricas, con alfas de Cronbach que oscilan de 0.61 a 0.90., con varianzas explicadas de 29.8% a 54.4%. Por otra parte, la escala también ha demostrado ser válida y confiable en poblaciones clínicas (Vázquez et al., 2004), en pacientes con diagnóstico de psicosis (Vázquez, Vázquez-Morejón, & Bellido, 2013) y en pacientes con depresión (Góngora & Casullo, 2009). Por su facilidad de aplicación y propiedades psicométricas, la EAR continúa siendo una de las escalas más utilizadas en el estudio de la autoestima en diferentes culturas, grupos clínicos y etapas de desarrollo. Es importante destacar que la mayoría de estos trabajos se han realizado con población joven y adulta o población clínica, siendo escasos los estudios que se han interesado por realizar validaciones de este instrumento en población de adultos mayores.

Objetivo general

Establecer las propiedades psicométricas de la escala de autoestima de Rosenberg (EAR) con formato de respuesta tipo Likert pictórico en población de adultos mayores de la ciudad de México.

Objetivos específicos

Obtener la distribución e índices de discriminación de los reactivos.

Obtener la estructura factorial de la escala, su validez y confiabilidad.

MÉTODO

Participantes

La muestra estuvo conformada por 220 adultos mayores residentes de la ciudad de México, seleccionados por un muestreo no probabilístico intencional, con un rango de edad de entre 60 y 88 años, con una edad promedio de 68.8 años (DS= 6.8), de los cuales el 55% eran hombres y el 45% mujeres. Respecto al nivel de escolaridad, el 32.7% contó con educación primaria, el 22.3% con educación secundaria, el 10.9% con educación media, el 28.2% con estudios de licenciatura, el 2.3% estudios de posgrado y el 3.6% sin escolaridad básica. En relación con el estado civil, el 13.2% eran solteros, el 55.9% casados, siendo este el estado civil predominante, el 3.6% divorciados y el 27.3% viudos.

Instrumento

Para cumplir el objetivo de este estudio se utilizó la validación de la escala de autoestima de Rosenberg realizada por Rojas-Barahona, Zegers y Förste (2009), constituida de diez reactivos con cuatro opciones de respuesta tipo Likert, de los cuales cinco tienen una dirección positiva y cinco una dirección negativa, con un alfa de Cronbach de .75. El instrumento explica el 51,78% de la varianza total. En el proceso de validación se realizó una adecuación lingüística en los reactivos con la finalidad de que estuviera acorde al contexto de la cultura mexicana, además de un ajuste que consistió en cambiar el formato de respuesta original a opciones de respuesta tipo Likert pictórico (Reyes, 1993) con el objetivo de facilitar la comprensión y ejecución de los adultos mayores al momento de responder la escala.

Procedimiento

Se contactó a los participantes en centros de trabajo, hogares, parques y plazas públicas. El evaluador estuvo presente durante la aplicación del instrumento para

resolver las de los encuestados. En todos los casos se señaló que los datos obtenidos serían tratados con fines estadísticos, se omitieron los nombres de los participantes con la finalidad de mantener el principio de confidencialidad. La aplicación del instrumento se realizó de forma individual y conforme a los lineamientos éticos en la investigación psicológica.

RESULTADOS

A partir de una distribución de frecuencias, se analizó que la cantidad de opciones de respuesta fuese adecuada por cada ítem de la escala comprobando que las frecuencias de las opciones no presentaran valores de cero. Con la finalidad de verificar la discriminación de cada ítem entre puntajes altos y bajos, se realizó una prueba t de Student para grupos extremos, teniendo como punto de corte el percentil 75 para el primer grupo de puntajes altos y el percentil 25 para el segundo grupo de puntajes bajos; todos los ítems tuvieron una significancia menor a 0.01, por lo que ningún ítem fue eliminado. Se calculó la correlación ítem escala total mediante el coeficiente alfa de Cronbach. Las correlaciones fueron de .26 a .46. Se obtuvo el sesgo para cada ítem que osciló entre -.07 y -3.6. Debido a las puntuaciones obtenidas con las pruebas citadas, no se eliminó ningún ítem y se procedió a realizar un análisis factorial exploratorio de componentes principales con rotación ortogonal, para obtener la validez de constructo de la escala.

Los resultados obtenidos señalan que la medida de la adecuación del tamaño de muestra Kaiser–Meyer–Olkin fue adecuada ($KMO = .759$), mientras que la prueba de esfericidad de Bartlett's fue significativa ($X^2=514,886$, $gl = 45$, $p < .000$) por lo que la escala es factorizable. Los diez ítems se agrupan en dos factores con pesos factoriales igual o superiores a 0.40, uno conformado por cinco ítems negativos (ítems, 2, 5, 6, 8 y 9,) y otro por cinco ítems positivos (ítems, 1, 3, 4, 7 y 10) que explican el 50.29% de la varianza total de autoestima en adultos mayores. Posteriormente se realizaron análisis de confiabilidad mediante el coeficiente alfa de Cronbach, para obtener la consistencia interna global de la escala y la consistencia por factor. Se obtuvo una puntuación global de $\alpha = 0.73$. Las alfas por factor se presentan en la Tabla 9.

Tabla 9

Estructura factorial de la escala de autoestima de Rosenberg para adultos mayores de la ciudad de México

Ítems	Factores	
	Autoestima Negativa	Autoestima Positiva
10. A veces pienso que no soy bueno(a) en nada	0,823	-0,008
8. A veces me siento realmente inútil	0,771	-0,108
6. En general, me inclino a sentir que soy un fracasado(a)	0,723	-0,262
9. Siento que no tengo mucho de que estar orgulloso	0,654	-0,031
7. Desearía tener más respeto por mí mismo(a)	0,574	0,045
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente	-0,214	0,769
5. En general, estoy satisfecho(a) conmigo mismo(a)	0,036	0,755
4. Siento que tengo algunas buenas cualidades	-0,058	0,607
2. Siento que soy una persona de valor, al menos igual que la mayoría de la gente	-0,230	0,588
1. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo(a)	0,115	0,583
Varianza explicada	26.18	24.11
Alpha de Cronbach	0.76	0.71
Media	2.03	3.06
Desviación estándar	.84	.49

Las puntuaciones totales obtenidas oscilaron entre los 17 y 40 puntos y la media general de la escala ($M= 35.2$) es similar a la reportada en el estudio realizado por Schmitt y Allik (2005) con jóvenes y adultos en 53 países.

A partir de los resultados obtenidos en el análisis factorial exploratorio se realizó un análisis factorial confirmatorio en el que se utilizó el método de máxima verisimilitud. Se llevó a cabo mediante el programa de ecuaciones estructurales AMOS (versión 19). Los índices utilizados para evaluar la bondad de ajuste del modelo propuesto fueron los sugeridos por Hu y Bentler (1999) y Kline (2005): el índice de ajuste comparativo (CFI) y el índice de ajuste incremental (IFI), para los que se sugiere que los rangos de

bondad de ajuste deben estar entre las puntuaciones 1 y 0, considerando un punto de corte aceptable si los valores son mayores a 0.90 (Manzano & Zamora, 2004); el residual cuadrático estandarizado (SRMR), su valor se estima como adecuado cuando es menor a .08 (Hu & Bentler, 1999); el índice de aproximación de la raíz de cuadrados medios del error (RMSEA), su valor esperado debe ser menor a .05 para un ajuste adecuado, mientras que valores menores a .08 indican un ajuste razonable (Kenny, Kaniskan, & McCoach, 2014) y los valores entre .08 y .10 se consideran como indicadores de un ajuste mediocre (MacCallum, Browne, & Sugawara, 1996). Además se utilizó la relación entre chi-cuadrada y los grados de libertad (χ^2/df) con la intención de reducir la sensibilidad del modelo de chi-cuadrada al tamaño de la muestra (Kline, 2005).

En este análisis se comparó la estructura obtenida con una estructura alternativa con el objetivo de examinar empíricamente si la estructura factorial resultado de este estudio es la más adecuada para representar la autoestima en adultos mayores de la ciudad de México. El primer modelo integrado por un solo factor en el que se agrupan todos los reactivos de la EAR y un segundo modelo integrado a partir de los resultados obtenidos del análisis factorial exploratorio con dos factores (ver figura 4), uno con cinco reactivos positivos (autoestima positiva) y uno con cinco reactivos negativos (autoestima negativa). Los índices de bondad de ajuste obtenidos para los modelos comparados empíricamente se muestran a continuación en la Tabla 10.

Tabla 10

Índices de ajuste del análisis factorial confirmatorio

Modelo	X^2/gl	IFI	CFI	RMSEA	SRMR
2 factores	2.33	.908	.906	.07	.06

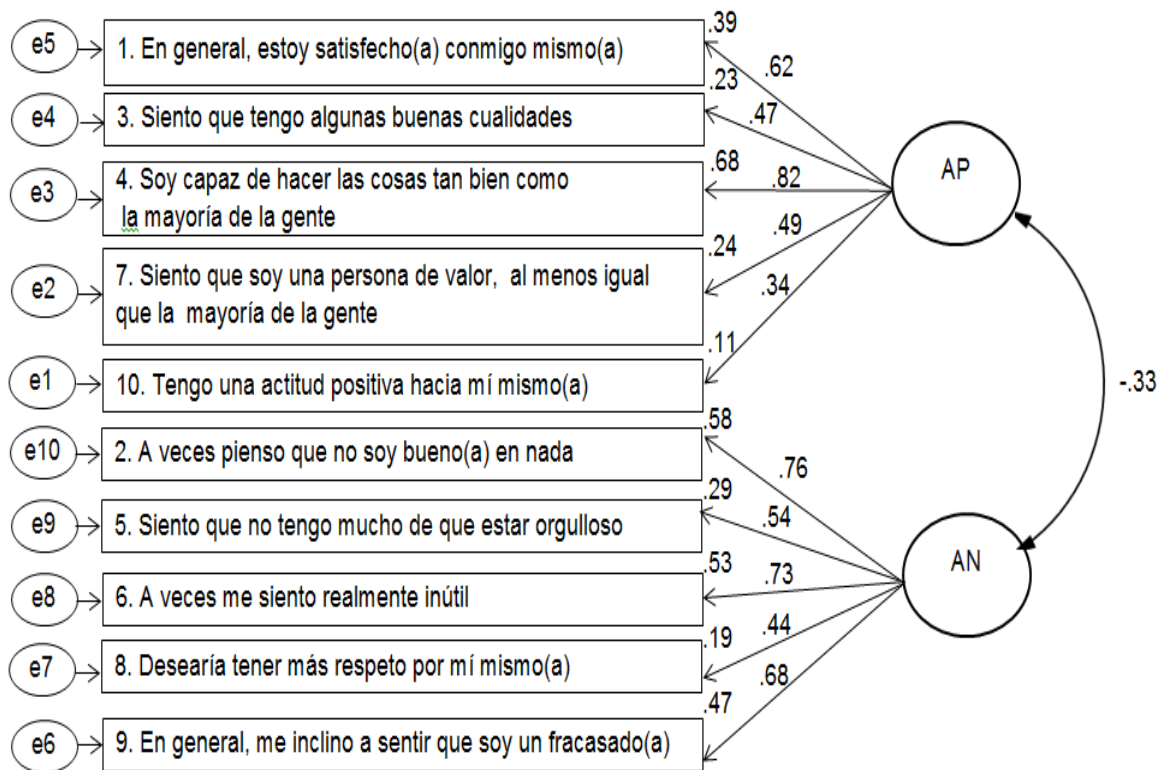


Figura 3. Análisis factorial confirmatorio de la escala de autoestima de Rosenberg en adultos mayores. AP= autoestima positiva, AN= autoestima negativa

Como último paso, con el objetivo de identificar si la EAR con respuesta tipo Likert pictórico puede detectar diferencias entre grupos, se realizó un análisis de varianza simple (ANOVA) para comparar el nivel de autoestima entre los diferentes niveles de escolaridad reportados por los participantes, para este análisis se excluyeron 13 participantes, cinco con nivel de estudios de posgrado y ocho sin estudios.

Los resultados señalan que existen diferencias estadísticamente significativas entre la escolaridad y el nivel de autoestima con una $F(5,214)=7.704$, $p<.05$. Mediante la prueba post Hoc de Tukey, el grupo con estudios de educación superior (licenciatura) mostró mayor autoestima ($M = 35,2$), en comparación con el grupo de educación media (preparatoria) ($M = 34.3$) y básica (secundaria) ($M = 33$) y primaria ($M = 30$).

DISCUSIÓN

El objetivo fue la validación psicométrica y descripción de la estructura factorial de la EAR con un formato de respuesta tipo Likert pictórico mediante un análisis factorial exploratorio y confirmatorio en una muestra de adultos mayores de la ciudad de México. La escala está constituida por diez reactivos con un alpha de Cronbach de .073 que explica el 50.29% de la varianza total.

Los resultados obtenidos sugieren que la EAR se encuentra constituida por una dimensión que evalúa autoestima positiva y otra que evalúa autoestima negativa, en la primera se agrupan los ítems positivos 1,3,4,7 y 10, mientras que en la segunda se agrupan los ítems negativos 2,5,6,8,9. Las dos dimensiones de la escala mantienen una correlación negativa de -0.33 como era de esperarse.

Los resultados observados apoyan la idea de una estructura bifactorial de la EAR en población de adultos mayores de la Ciudad de México, estos hallazgos concuerdan con los resultados de estudios similares realizados en diferentes culturas, como el realizado en Japón por Mimura y Griffiths (2007) con jóvenes y adultos, sus resultados señalan una solución bifactorial como la mejor solución posible de la EAR, condición similar reportada por Burges, Ruschel y Dalbosc (2010) quienes validaron la EAR en población de jóvenes brasileños en la cual se identificó una estructura bifactorial. Los hallazgos reportados en estos estudios y en los trabajos de Avanci, Assis, Santos y Oliveira (2007) y Hatcher y Hall (2009) agrupan los reactivos positivos en un primer factor y los negativos en un segundo factor, generando una estructura factorial de dos componentes, autoestima alta y autoestima baja, como la encontrada en este trabajo.

Por otra parte, diversas investigaciones han señalado la existencia de una solución unifactorial en la EAR, donde todos los reactivos se agrupan en un solo factor, como el trabajo de Albo, Núñez, Navarro y Grijalvo (2007) realizado en población de jóvenes españoles, la investigación de Hamala (2008) con estudiantes polacos y el estudio realizado por Hutz y Zanon (2011) en jóvenes brasileños que concuerdan con la primera descripción unidimensional propuesta por Ronserberg en 1965.

Una posible hipótesis que explica la variación de la estructura factorial de la EAR observada en diferentes estudios considera, que estos factores se agrupan de tal forma por un efecto de método asociado a los reactivos negativos de la EAR (Corwyn, 2000; Dunbar, Ford, Hunt, & Der, 2000). El efecto de método en la EAR parece ser más pronunciado en los ítems negativos y puede estar relacionado a la pertenencia de determinados grupos culturales o étnicos (Supple, Su, Plunkett, Peterson, & Bush, 2012).

La diversidad de estudios que discuten la estructura factorial más adecuada de la EAR, ya sea unifactorial o bifactorial supone diferentes retos para investigaciones futuras en diferentes culturas y poblaciones, una posible solución a este conflicto es la propuesta de Slocum-Gori y Zumbo (2011) respecto a la unidimensionalidad de las escalas psicológicas, de las cuales considera que éstas no son rigurosamente unidimensionales, pues no miden una sola variable latente, en el caso de la EAR, se presentaría esta condición, donde existe una dimensión dominante (autoestima general) y dos dimensiones secundarias (autoestima positiva y autoestima negativa) que daría origen a la estructura unifactorial o bifactorial dependiente del efecto de método de los ítems negativos presente en diferentes culturas.

En este estudio la escala de EAR con respuesta Likert pictórica para adultos mayores cumple con las propiedades psicométricas adecuadas (validez y confiabilidad) en población de adultos mayores. En general, el nivel de autoestima de la población estudiada de adultos mayores es alto, una hipótesis al respecto es que en la muestra la mayoría de los participantes son casados o tienen una alta escolaridad, condiciones que se asocian a altos niveles de autoestima durante la vejez. En comparación con edades más tempranas, existe un mayor efecto de la autoestima en la satisfacción con la vida durante el envejecimiento (Zhang & Leung, 2002) y se ha observado que los niveles de la autoestima cambian conforme aumenta la edad en los adultos mayores dependiendo de las limitaciones y riesgos que se presentan conforme avanza la edad (Wagner, Lang, & Neyer, 2013)

Respecto al efecto de la escolaridad en el nivel de autoestima, los resultados aquí encontrados coinciden con lo reportado en la literatura, donde niveles bajos de escolaridad se asocian a bajos niveles de autoestima (Wagner et al., 2013). Es importante señalar que en el aumento o disminución del nivel de autoestima no existe

un acuerdo en la categorización de los niveles bajo, media y alta autoestima, por lo que se recomienda realizar estudios que permitan definir estas clasificaciones en adultos mayores.

Finalmente, se debe considerar que la estructura obtenida y las propiedades psicométricas de la EAR obtenidas en este estudio son las adecuadas para la población de adultos mayores de la ciudad de México, por lo que se deberán hacer nuevas investigaciones si es que se desea explorar sus propiedades psicométricas en participantes de distintas edades y patrones culturales.

FASE 2: CORRELATOS DEL BIENESTAR PSICOLÓGICO

Planteamiento del problema

Diversas variables son determinantes para que los adultos mayores presenten un bienestar psicológico positivo (sociodemográficas, culturales, etc.) en cuanto al locus de control, autoestima y estilos de enfrentamiento, juegan un papel importante en el bienestar psicológico como factores de protección.

En la presente fase se analizará la relación existente entre las variables propuestas en el modelo, de las cuales existe evidencia empírica de su relación individual con el bienestar psicológico en adultos mayores (Boyle & Sielsky, 1981; Sook-Young & Sohyune, 2013; Tomas, Sancho, Meléndez, & Mayordomo, 2012) aunque pocas investigaciones han estudiado la relación conjunta de estas variables en adultos mayores.

En la población de adultos mayores mexicanos no existe un acuerdo en general del predominio de la dirección del locus de control, nivel de autoestima y estilo de enfrentamiento, por lo que en esta fase se conocerá e identificará las características que prevalecen en esta población, necesarias para conocer su efecto predictivo en su bienestar psicológico.

Pregunta de investigación

¿Cuál es la correlación del locus de control y los estilos de enfrentamiento con el bienestar psicológico?

Objetivo general

Establecer la correlación del bienestar psicológico con locus de control, autoestima y enfrentamiento

Objetivos específicos

- Describir la relación de locus de control interno con autonomía, control personal, relaciones sociales y seguridad personal.
-

- Describir la relación de locus de control externo con autonomía, control personal, relaciones sociales y seguridad personal.
- Describir la relación de locus de control social-afectivo con autonomía, control personal, relaciones sociales y seguridad personal.
- Describir la relación de autoestima con autonomía, control personal, relaciones sociales y seguridad personal
- Describir la relación del estilo de enfrentamiento directo-revalorativo con autonomía, control personal, relaciones sociales y seguridad personal.
- Describir la relación del estilo de enfrentamiento emocional-negativo con autonomía, control personal, relaciones sociales y seguridad personal.
- Describir la relación del estilo de enfrentamiento evasivo con autonomía, control personal, relaciones sociales y seguridad personal.
- Describir la relación del estilo de enfrentamiento emocional-evasivo con autonomía, control personal, relaciones sociales y seguridad personal.
- Describir la relación del estilo de enfrentamiento directo con autonomía, control personal, relaciones sociales y seguridad personal.
- Describir la relación del estilo de enfrentamiento revalorativo con autonomía, control personal, relaciones sociales y seguridad personal.

Hipótesis conceptuales

El locus de control tiene una relación positiva con el bienestar psicológico (Vera et al. 2009).

El locus de control interno a diferencia del locus de control externo se asocia positivamente con el bienestar psicológico (Boyle & Sielski, 1981).

La autoestima altamente favorable está relacionada con el bienestar psicológico (Ortiz & Castro, 2009; Sook-Young & Sohyune, 2013).

EL enfrentamiento es considerado como un factor importante en los procesos de adaptación ante diferentes eventos estresantes (Tomas, Sancho, Meléndez, & Mayordomo, 2012).

Los estilos de enfrentamiento centrados en el problema se asocian con resultados más eficaces en el bienestar que las estrategias centradas en la emoción (Lane et al., 2002).

Hipótesis estadísticas

H₁: Existe una relación estadísticamente significativa entre el locus de control interno y el bienestar psicológico en adultos mayores.

H₀: No Existe una relación estadísticamente significativa entre el locus de control y el bienestar psicológico en adultos mayores.

H₁: Existe una relación estadísticamente significativa entre el autoestima y el bienestar psicológico en adultos mayores.

H₀: No Existe una relación estadísticamente significativa entre el autoestima y el bienestar psicológico en adultos mayores.

H₁: Existe una relación estadísticamente significativa entre los estilos de enfrentamiento y el bienestar psicológico en adultos mayores.

H₀: No Existe una relación estadísticamente significativa entre los estilos de enfrentamiento y el bienestar psicológico en adultos mayores.

Definición de Variables

Bienestar psicológico

Conceptual: Sentimiento de plenitud personal que se construye por evaluaciones afectivas y cognitivas del funcionamiento psicológico, social y físico.

Operacional: Puntuación obtenida en la escala de bienestar psicológico para adultos mayores desarrollada en la fase 1b de este estudio.

Locus de control

Conceptual: Conocimiento de a quién o qué, se le tribuyen las causas de nuestras acciones, pudiendo ser, diferentes estas causas según las situaciones (García, 1999).

Operacional: Puntuación obtenida en la escala de locus de control de García y Reyes-Lagunes (2000).

Autoestima

Conceptual: Sentimiento hacia uno mismo, que puede ser positivo o negativo, el cual se construye por medio de una evaluación de las propias características (Rosenberg, 1965; en Rojas-Barahona, Zegers, & Förste, 2009).

Operacional: Puntuación obtenida en la validación de la escala de autoestima de Rosenberg para adultos Mayores realizada en la fase1 de este estudio.

Estilos de enfrentamiento

Conceptual: Los esfuerzos cognoscitivos, emocionales y conductuales que desarrolla el individuo para manejar las demandas externas y/o internas que son evaluadas por él como excedentes o desbordantes de sus recursos (Góngora & Reyes-Lagunes, 1999).

Operacional: Puntuación obtenida en la subescala de problemas ante la vida y subescala de situación de salud de la Escala de enfrentamiento de Góngora y Reyes-Lagunes (1999).

Tipo estudio y diseño

Correlacional, transversal, con un solo grupo

Participantes

En esta segunda fase del proyecto de investigación participaron 200 adultos mayores residentes de la ciudad de México y área metropolitana, 103 hombres y 97

mujeres, con un rango de edad de 60 a 90 años ($M= 68$, $DE=7.2$). El 14 % eran solteros, el 28% viudos, el 53 % casados, siendo este estado civil predominante y el 5% divorciados. Respecto al nivel de escolaridad, el 40.5% contó con educación primaria, el 25% con educación secundaria, el 10.5% con educación media, el 18.5% con estudios de licenciatura, el 3% con estudios de posgrado y el 2.5% refirió no tener educación formal pero sabían leer y escribir. En relación con la actividad laboral que realizaban los adultos mayores el 44% no realizaban una actividad remunerada o refirieron pasar el tiempo dentro de su hogar, el 37.5% tenía un trabajo formal remunerado y el 18.5% eran jubilados. El Muestreo fue no probabilístico intencional.

Instrumentos

Escala de locus de control (García & Reyes-Lagunes, 2000)

Escala tipo pictórica conformada por 23 reactivos que se agrupan en tres factores: locus de control interno, locus de control externo y el factor social afectivo, con alfas de Cronbach de 0.90, 0.86 y 0.89 para cada factor respectivamente. Los intervalos de respuesta van de 1= Muy en desacuerdo a 7= completamente de acuerdo. Los factores son:

- Factor externo: situaciones a las que el individuo atribuye las causas a factores externos
- Factor logro interno: situaciones de logro en la que las causas de dicho logro provienen de acciones directas o atribuciones del individuo
- Factor social afectivo: obtención de metas, gracias a las relaciones afectivas que el individuo posee.

Escala de estilos de enfrentamiento (Góngora & Reyes-Lagunes, 1999).

Subescala problemas ante la vida (rasgo). Compuesta de 16 reactivos que se agrupan en tres factores, Directo Revalorativo (22.2 % de varianza), emocional negativo (16.6 % de varianza), evasivo (9.5 % de varianza), con un alfa de Cronbach

total de .74. Y Subescala de situación de salud (estado). Compuesta de 15 reactivos en tres factores, Emocional evasivo (20.3 % de varianza), Directo (14.9 % de varianza), Revalorativo (9.9 % de varianza) con un alfa de Cronbach total de .75. Ambas son un inventario de auto reporte de respuesta tipo Likert Pictórico de siete puntos de 1= nunca a 7= siempre. La definición de los factores es:

- Directo-Revalorativo: hacer algo para resolver el problema, tratando de aprender o ver lo positivo de la situación.
- Emocional-Negativo: expresar un sentimiento o una emoción que no lleva directamente a la solución del problema.
- Evasivo: evitar, escapar o minimizar el problema y su solución.
- Emocional-Evasivo: expresar un sentimiento o una emoción que no resuelve directamente el problema y se tiende a evitar o escapar del mismo.
- Directo: hacer algo para resolver el problema.
- Revalorativo: cuando se le da un significado positivo al problema, mejora la percepción del mismo

Escala de bienestar psicológico para adultos mayores

Escala tipo Likert construida en la fase 1b, conformada por 16 reactivos que se agrupan en cuatro factores, con un alfa de Cronbach total de 0.71. El instrumento explica el 54.79% de la varianza total.

Escala de Autoestima de Rosenberg para adultos mayores (De Leòn & Garcia, 2016).

Validación realizada en la fase 1, constituida de 10 reactivos con cuatro opciones de respuesta tipo Likert pictórico, con un alfa total de 0.68., compuesta de dos componentes con alfas de 0.72 y 0.78. El instrumento explica el 52% de la varianza total.

Procedimiento

A los participantes se les contactó en su hogar, centros de reunión, plazas comerciales o parques. La aplicación de los instrumentos se realizó de forma individual, se explicó en que consiste el instrumento y se proporcionó instrucciones para realizarlo. Se enfatizó en el carácter anónimo de la información. Durante la evaluación el evaluador permaneció cerca por si requerían ayuda o surgían dudas.

RESULTADOS

Con base en los resultados obtenidos, se realizaron análisis de correlación bivarida producto-momento de Pearson entre las dimensiones del bienestar psicológico y las variables propuestas en el modelo para identificar la relación existente entre ellas.

Bienestar psicológico y locus de control

En la Tabla 11 se observan las cuatro correlaciones significativas entre las dimensiones del locus de control y bienestar psicológico. La dimensión de autonomía muestra una correlación positiva con locus de control interno y una correlación negativa con locus de control social-afectivo. Por otra parte, la dimensión de seguridad personal mostró una correlación negativa con locus de control interno. La dimensión de control personal muestra una correlación negativa con locus de control externo.

Por otra parte, la dimensión de relaciones sociales no mostró relación con ninguna de las dimensiones de locus de control.

Tabla 11

Correlaciones entre las dimensiones de la escala de bienestar psicológico y locus de control en adultos mayores

Factores locus de control	Autonomía	Seguridad personal	Control personal	Relaciones sociales
Locus de control interno	.237**	-.152*	.103	.079
Locus de control social-afectivo	-.162*	0.134	-.121	.056
Locus de control externo	-.127	0.116	-.150*	-.035

*p<.05, **p<.01

Bienestar psicológico y autoestima

En la Tabla 121 se observa que la característica de personalidad de alta autoestima mostró una correlación positiva con seguridad personal, control personal y relaciones sociales y una correlación negativa con autonomía y control personal.

Tabla 12

Correlación entre las dimensiones de la escala de bienestar psicológico y autoestima

Factores de Autoestima	Autonomía	Seguridad personal	Control personal	Relaciones sociales
Alta autoestima	.077	.408**	.159*	.188**
Baja autoestima	-.139*	.125	-.165*	-.074

*p<.05, **p<.01

Bienestar psicológico y estilos de enfrentamiento (rasgo)

Respecto a las correlaciones entre el bienestar psicológico y los estilos de enfrentamiento como parte de un rasgo de la personalidad, la dimensión de seguridad personal mostró una correlación positiva con el estilo de enfrentamiento directo revalorativo. Control personal mostró una correlación negativa con el estilo de enfrentamiento evasivo. Mientras que relaciones sociales mostró una correlación

positiva con el estilo de enfrentamiento directo revalorativo. Por otra parte, la dimensión de autonomía no mostró correlaciones significativas con ninguna de las dimensiones de estilos de enfrentamiento (rasgo) (ver Tabla 12).

Tabla 13

Correlaciones entre las dimensiones de la escala de bienestar psicológico y estilos de enfrentamiento (rasgo)

Factores de estilos de enfrentamiento (rasgo)	Autonomía	Seguridad personal	Control personal	Relaciones sociales
Estilo directo revalorativo	.129	.255**	.112	.243**
Estilo emocional negativo	-.02	.053	-.079	-.065
Estilo Evasivo	-.47	.058	-.151*	-.019

*p<.05, **p<.01

Bienestar psicológico y estilos de enfrentamiento (estado)

En el caso de los estilos de enfrentamiento que se presentan en diferentes situaciones (estado), se encontró una correlación positiva entre autonomía y el estilo de enfrentamiento directo. Seguridad personal mostró una correlación positiva con el estilo de enfrentamiento revalorativo y directo. Control personal mostró una correlación negativa con el estilo de enfrentamiento emocional evasivo. Finalmente, la dimensión relaciones sociales mostró una correlación negativa con el estilo de enfrentamiento revalorativo y directo. En la siguiente Tabla 13 se observan las correlaciones citadas.

Tabla 14

Correlaciones entre las dimensiones de la escala de bienestar psicológico y estilos de enfrentamiento (estado)

Factores de estilos de enfrentamiento (estado)	Autonomía	Seguridad personal	Control personal	Relaciones sociales
Estilo emocional evasivo	-.055	.073	-.146*	-.108
Estilo revalorativo	.026	.257**	.053	.176*
Estilo directo	.142*	.310**	.047	.304**

*p<.05, **p<.01

Tabla 15

Correlaciones entre las dimensiones de locus de control, autoestima y estilos de enfrentamiento

Variables	AA	BA	LI	LS	LE	ERDR	EREN	ERE	EED	EEEE
AA	1									
AB	-,17*	1								
LI	,11	-,30**	1							
LS	,17*	,15*	,12	1						
LE	,02	,46**	-,11	,55**	1					
ERDR	,38**	-,07	,19**	,19**	,12	1				
EREN	-,07	,44**	-,15*	,11	,39**	-,06	1			
ERE	-,01	,43**	-,09	,20**	,43**	,09	,57**	1		
EED	,29**	,08	,09	,16*	,09	,43**	,18*	,26**	1	
EEEE	-,06	,48**	-,15*	,31**	,50**	,00	,58**	,49**	,12	1
EER	,29**	,12	-,04	,25**	,31**	,47**	,10	,29**	,35**	,31**

*p<.05, **p<.01

Nota: AA= Autoestima Alta; AB= Autoestima Baja; LI= Locus de Control Interno; LS= Locus de control Social Afectivo; LE= Locus de control Externo; ERDR= Enfrentamiento Rasgo Directo Revalorativo; EREN= Enfrentamiento Rasgo Emocional Negativo; ERE= Enfrentamiento Rasgo Evitativo; EED= Enfrentamiento Estado Directo; EEEE= Enfrentamiento Estado Emocional; Evitativo; EER= Enfrentamiento Estado Revalorativo

Como segundo paso, se realizaron estadísticos descriptivos, se obtuvo la media y desviación estándar para cada una de las dimensiones de las variables propuestas en el modelo (ver Tabla 15). La dimensión más alta del bienestar psicológico es seguridad

personal, seguida por la de relaciones sociales y control personal, mientras que autonomía tiene puntajes por debajo de los tres anteriores. Respecto a la dirección de locus de control, la media más alta es el factor de locus de control interno, seguido de locus de control social y externo. La autoestima en su valoración positiva (alta autoestima) presenta mayores valores que la valoración negativa (baja autoestima).

Tabla 16

Media y desviación estándar de los factores de la escala de bienestar psicológico, locus de control, autoestima y estilos de enfrentamiento

Variables	Media	DE
Autonomía	2.9	.74
Seguridad personal	3.1	.65
Relacione sociales	3.0	.69
Control personal	3.0	.59
Locus de control interno	5.6	1.2
Locus de control social	4.9	1.3
Locus de control externo	3.9	1.4
Baja autoestima	2,2	0,8
Alta autoestima	3,5	0,5
Estilo (rasgo) directo revalorativo	5,7	0,9
Estilo (rasgo) emocional negativo	4,5	1,5
Estilo (rasgo) Evasivo	4,5	1,5
Estilo (estado) emocional evasivo	4,1	1,3
Estilo (estado) revalorativo	5,2	1,5
Estilo (estado) directo	5,4	1,1

En los estilos de enfrentamiento como rasgo, la media más alta fue el estilo de enfrenamiento directo revalorativo, seguido del estilo evasivo y emocional negativo. Finalmente, en los estilos de enfrentamiento en situación de vida, la media más alta fue el estilo de enfrenamiento directo, seguido del estilo revalorativo y emocional evasivo.

Como siguiente paso se realizó una prueba *t* de Student para grupos independientes entre hombre y mujeres en cada una de las dimensiones de las variables de locus de control, autoestima, estilos de enfrentamiento y bienestar psicológico. Respecto al sexo, sólo tres variables mostraron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres, autoestima baja, seguridad personal y relaciones sociales. Las mujeres muestran mayor baja autoestima que los hombres, en seguridad personal son las mujeres quienes muestran mayor grado de seguridad física y mental que los hombres y en relaciones sociales, son los hombres quienes tienen mayores vínculos sociales confiables y duraderos que las mujeres. En la Tabla 16 se observan los estadísticos correspondientes.

Tabla 17

Diferencias en baja autoestima, seguridad personal y relaciones sociales entre hombres y mujeres

Variables	Hombres		Mujeres		<i>T</i>	gl	Sig.
	Media	D.E.	Media	DE			
Baja autoestima	2.05	.82	2.34	.83	-2.47	198	0.014*
Seguridad personal	3.01	.64	3.30	.63	3.207	198	0.021*
Relaciones Sociales	3.12	.67	2.90	.69	-2.230	18	0.035*

* $p < .05$

Por último, se realizó un ANOVA para identificar diferencias entre el grado escolar, estado civil y ocupación en cada una de las dimensiones de las variables de locus de control, autoestima, estilos de enfrentamiento y bienestar psicológico en el bienestar. En el caso de la escolaridad se excluyeron a los participantes con escolaridad posgrado y sin educación pues solo se presentaron cinco y tres casos respectivamente. En la Tabla 17 se observan las características de personalidad que mostraron diferencias estadísticamente significativas según el grado escolar.

Tabla 18

Análisis de varianza de una vía, grado escolar y locus de control, autoestima, estilos de enfrentamiento y bienestar psicológico.

Variables	Primaria		secundaria		preparatoria		licenciatura		gl	F	Sig.
	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE			
Locus de control externo	4,4	(1,45)	4,1	(1,29)	3,3	(1,41)	3,0	(1,19)	4	7,52	,000***
Baja Autoestima	2,4	(0,78)	2,3	(0,76)	1,9	(1,01)	1,7	(0,73)	4	6,34	,000***
Estado Directo	5,4	(1,16)	5,6	(0,94)	5,6	(0,98)	5,5	(0,95)	4	3,90	,005**
Rasgo evasivo	4,7	(1,51)	4,8	(1,58)	4,5	(1,04)	4,0	(1,50)	4	2,74	,030*
Rasgo emocional negativo	4,6	(1,61)	4,7	(1,30)	4,6	(1,26)	4,1	(1,62)	4	2,68	,033*

*p<.05, **p<.01, ***p<001

Posterior al análisis de varianza se realizó una prueba post hoc de Tukey para cada una de las variables. Respecto a la variable locus de control se observaron diferencias significativas entre los grupos de adultos mayores con escolaridad licenciatura y los adultos mayores con escolaridad primaria; siendo los adultos mayores con menor educación los que tienen mayor dirección de locus de control externo que el grupo de educación licenciatura. Mientras que el grupo con educación secundaria y preparatoria no difiere de los de educación primaria y licenciatura.

Respecto a la variable baja autoestima, se encontraron diferencias significativas entre los adultos mayores con educación licenciatura y adultos mayores con educación primaria y con adultos mayores con educación secundaria siendo los adultos mayores con educación de licenciatura los que tienen menor nivel de baja autoestima que los de secundaria, mientras que estos muestran menor nivel que los de primaria.

En la variable de estilos de enfrentamiento (rasgo) emocional negativo sólo se observaron diferencias significativas entre los adultos mayores con nivel de escolaridad licenciatura y aquellos con educación primaria siendo los adultos mayores con nivel de educación primaria quienes utilizan con mayor medida este estilo de enfrentamiento. En la variable de estilos de enfrentamiento (rasgo) evasivo se

encontraron diferencias entre los grados académicos de primaria y licenciatura y secundaria y licenciatura.

Los adultos mayores con educación primaria y educación secundaria evaden más las situaciones que aquellos con educación licenciatura. Por último, la variable de estilo de enfrentamiento (estado) directo sólo mostró diferencias significativas entre el nivel de educación licenciatura y educación primaria, siendo los adultos mayores con menor educación quienes hacen mayor uso de esta estrategia que aquellos con alta educación.

En el caso del estado civil, sólo una variable de personalidad mostró diferencias estadísticamente significativas, la dimensión de autonomía (ver Tabla 18). Posterior al análisis de varianza se realizó una prueba post hoc de Tukey, en la cual se observó que los divorciados muestran mayor autonomía que los solteros y que los viudos; mientras que no existen diferencias en autonomía entre los viudos y los solteros.

Tabla 19

Análisis de varianza de una vía, estado civil y autonomía

Estado Civil	Media	D.E.	gl	F	Sig.
Soltero	2.9	0,80			
Casado	2.1	0,83	3	3.72	.012*
Divorciado	3.3	0,78			
Viudo	2.6	0,88			

*p<.05, **p<.01

DISCUSIÓN

Las correlaciones halladas en esta fase sugieren que de forma independiente al menos un factor de cada uno de los instrumentos empleados muestra una relación positiva baja con los factores de la escala de bienestar psicológico. Lo que concuerda con la propuesta de Fernández-Ballesteros (2001) quien sugiere que existe una relación directa de las características de personalidad con el proceso de envejecimiento exitoso, la calidad de vida y el bienestar psicológico.

La dirección de locus de control y locus social afectivo mostraron una relación positiva baja con los factores de autonomía y seguridad personal. Lo que sugiere que los adultos mayores que evalúan las situaciones de logro como efectos de acciones directas de su conducta como y gracias a las relaciones afectivas presentan mayores niveles de autonomía y seguridad personal, es decir son capaces de tomar decisiones económicas y personales de forma independiente, además de mantener confianza en sus características físicas. Estos hallazgos concuerdan con los trabajos de Boye y Sielski (1981) donde el locus de control interno en grupos de adultos mayores se asoció con altos niveles de salud, autoconcepto, ajuste psicológico y mayor éxito en la rehabilitación de enfermedades físicas

Respecto a la prevalencia de la dirección del locus de control en esta muestra, los hallazgos contradicen algunas investigaciones, por ejemplo los trabajos realizados por Wolinsky et al. (2009) en los que señala que en los años recientes se ha observado un cambio en la dirección del locus de control en la población de adultos mayores estadounidenses, cambiando de una dirección interna a una dirección externa, debido probablemente al aumento de enfermedades crónicas, discapacidades físicas y a la disminución del bienestar en la población senil. El locus de control tiende a la externalidad a medida que aumenta la edad, por lo que debería suponerse que los adultos mayores tendrían un locus de control externo cada vez más acentuado (Vera, Batista, Laborín, Souza, & Coronado, 2003), condición que no se presenta en esta muestra.

Respecto a las diferencias por sexo en la dirección de locus de control interno contradicen los trabajos realizados Nunn (1994) donde las mujeres presentaban mayor dirección externa que los hombres, mostrando mayor ansiedad, más orientadas a las

metas y logros que los hombres y los estudios de Haider y Naeem (2013), quienes al examinar la dirección de locus de control en 200 adolescentes pakistanís encontraron que las mujeres tienen un mayor locus de control externo en comparación de los hombres

Existe evidencia que sugiere que las estrategias de enfrentamiento centrado en el problema en general mantienen resultados más eficaces a diferencia de las personas que solo usan el estilo centrado en la emoción, por el contrario, algunas investigaciones han encontrado que el uso de estrategias centradas en la emoción, son en un inicio útiles cuando el nivel de control de una persona se limita, como la pérdida de un ser querido o una enfermedad personal (Lane et al., 2002).

Estos hallazgos concuerdan con el trabajo realizado por Meléndez, Mayordomo, Sancho y Tomás (2012) en tres grupos de edad, jóvenes, adultos y adultos mayores españoles. En el cual encontraron que en el grupo de los adultos mayores hace mayor uso de las estrategias de culpa y religión que los adultos y los jóvenes, es decir estrategias centradas en la emoción y evitación del problema. La hipótesis planteada para dar respuesta a este fenómeno es que la disminución de las estrategias centradas en el problema durante el envejecimiento puede ser debido a que los adultos mayores experimentan un menor número de eventos importantes de la vida debido a las actividades que llevan a cabo, pues esta etapa se caracteriza por ser más rutinaria que en etapas anteriores.

Respecto a la correlación entre el locus de control social afectivo con autonomía y seguridad personal Charles y Carstensen (2009) refieren que personas que perciben a sus amigos y familiares como un apoyo durante momentos difíciles, tienen una mayor sensación de significado en sus vidas, es decir ellos viven sus vidas con un mayor propósito. De la misma forma las personas con redes sociales más amplias manifiestan mayor bienestar emocional y logran responder de forma más eficaz a los retos de la vida cotidiana, condición que puede impactar en la forma en que los adultos mayores tienen una red de apoyo en la toma de decisiones personales y en el manejo de finanzas, a diferencia de los que no poseen estas redes sociales.

La dirección de locus de control social afectiva está determinada por el número de patrones sociales como apoyo recibido y estos patrones pueden tener influencia sobre el bienestar emocional durante el envejecimiento. Si se considera la autonomía

y la seguridad personal como unas experiencias emocionales positivas, están han sido relacionadas a indicadores físicos vinculados al estado de salud positivo, como presión sanguínea, respuesta inmune, mortalidad y morbilidad física (Carstensen, 2009).

En la literatura sobre salud mental, se reconoce a la autoestima como un indicador confiable del bienestar psicológico. En general, los altos niveles de autoestima se asocian a bajos indicadores de ansiedad o depresión, lo que ha generado que esta variable sea considerada un factor de protección de la salud mental y del bienestar (Sook-Young & Sohyune, 2013) en este estudio las correlaciones encontradas son congruentes con algunas investigaciones que reportan que los niveles positivos de autoestima se asocian a la salud mental. En trabajos similares donde se han comparado diferentes variables de personalidad con el nivel de bienestar, se ha reportado que la autoestima es el mayor y principal predictor del envejecimiento exitoso en los adultos mayores seguida de autocontrol, relaciones interpersonales y autoeficacia (Hyun, Ju, & Sohyune, 2012).

Para Brow (2007) las personas con alta autoestima se caracterizan por manifestar cariño o amor a uno mismo, lo que incidiría en la evaluación positiva del grado de confianza en sus atributos físicos y toma de decisiones. Por otra parte Berdnar et al. (1993) menciona que las personas con alta autoestima confían en sus juicios y decisiones, de ese modo se permiten seguir direcciones autónomas e independientes. Los hallazgos de este estudio concuerdan con lo reportado por Zavala, Vidal, Castro, Quiroga y Klassen (2006) quienes encontraron en un estudio con adultos mayores chilenos que las personas que presentaron altos niveles de autoestima mostraron un mejor ajuste en su funcionamiento social y familiar, relación con efecto positivo en la calidad de vida y en la salud mental.

FASE 3. COMPROBACIÓN DEL MODELO TEÓRICO

Con la finalidad de conocer cuál es la mejor relación entre las variables de estudio que predicen y explican el bienestar psicológico en adultos mayores, a partir de las fases anteriores, se propone en esta etapa comprobar el modelo propuesto, ya que sí bien se han desarrollado modelos sobre el bienestar psicológico en población general (Martín-Albo, Núñez, Gregorio, & Grijalvo, 2009; Satorres, 2013; Oliver, Navarro, Meléndez, Molina, & Tomás, 2009), no se han desarrollado con las variables propuestas en este estudio en adultos mayores.

La confirmación del modelo permitirá la creación de programas preventivos dirigidos a la población de adultos mayores para disminuir la prevalencia de enfermedades mentales y al aumento del bienestar psicológico y físico.

Objetivo general

Comprobar el modelo propuesto de bienestar psicológico en adultos mayores.

Objetivos específicos

- Establecer si el locus de control interno predice autonomía, relaciones sociales, seguridad personal y control personal.
 - Establecer si el locus de control externo predice autonomía, relaciones sociales, seguridad personal y control personal.
 - Establecer si el locus de control social afectivo predice la autonomía, relaciones sociales, seguridad personal y control personal.
 - Establecer si autoestima predice autonomía, relaciones sociales, seguridad personal y control personal.
 - Establecer si el enfrentamiento directo-revalorativo predice autonomía, relaciones sociales, seguridad personal y control personal.
 - Establecer si el enfrentamiento emocional-negativo predice autonomía, relaciones sociales, seguridad personal y control personal.
 - Establecer si el enfrentamiento evasivo predice autonomía, relaciones sociales, seguridad personal y control personal.
-

- Establecer si el enfrentamiento emocional-evasivo predice autonomía, relaciones sociales, seguridad personal y control personal.
- Establecer si el enfrentamiento directo predice autonomía, relaciones sociales, seguridad personal y control personal.
- Establecer si el enfrentamiento revalorativo predice autonomía, relaciones sociales, seguridad personal y control personal.

Hipótesis conceptuales

H1: Altos niveles de autoestima predicen favorablemente el bienestar psicológico, principalmente en las dimensiones de autonomía, dominio ambiental y propósito en la vida (Paradise & Kernis, 2002; González-Villalobos & Marre, 2013).

H2: Los estilos de enfrentamiento centrados en el problema predicen favorablemente el bienestar psicológico (Moulin, Keyes, Liu, & Caron, 2010).

H3: Las creencias de control personal, como la dirección de locus de control interno predicen positivamente el bienestar psicológico, mientras que la dirección externa de locus de control predice desfavorablemente el bienestar psicológico (Weintraub, Weisman de Mamani, & Tawfik, 2015).

Participantes

En esta tercera fase del proyecto de investigación se utilizaron los resultados de 200 adultos mayores residentes de la ciudad de México y área metropolitana, 103 hombres y 97 mujeres, con un rango de edad de 60 a 90 años ($M= 68$, $DE=7.2$) sus características sociodemográficas fueron descritas en la fase previa de correlatos.

Instrumentos

Escala de locus de control (García & Reyes-Lagunes, 2000).

Escala de estilos de enfrentamiento (Gongóra & Reyes-Lagunes, 1999).

Escala de bienestar psicológico para adultos mayores.

Escala de autoestima de Rosenberg (De León & Garcia, 2016).

Las escalas fueron descritas en la fase previa de correlatos.

Procedimiento

A los participantes se les contactó en su hogar, centros de reunión, plazas comerciales o parques. La aplicación de los instrumentos se realizó de forma individual, se explicó en que consiste el instrumento y se proporcionó instrucciones para realizarlo. Se enfatizó en el carácter anónimo de la información. Durante la evaluación el evaluador permaneció cerca por si requerían ayuda o surgían dudas descritas en la fase previa de correlatos.

RESULTADOS

Se realizaron cuatro análisis de regresión múltiple paso a paso, en los que las dimensiones del bienestar psicológico control personal, seguridad personal, relaciones sociales y autonomía fueron las variables dependientes. La autoestima alta, autoestima baja, el locus de control interno, el locus de control externo, el locus de control social-afectivo, el enfrentamiento (rasgo) directo revalorativo, el enfrentamiento (rasgo) emocional negativo, el enfrentamiento (rasgo) evasivo, el enfrentamiento (estado) emocional evasivo, el enfrentamiento (estado) revalorativo y el enfrentamiento (estado) directo fueron las variables independientes.

Regresión múltiple 1 (Control personal).

En el primer paso del análisis, la autoestima alta se agregó a la ecuación como predictor, explicó el 2% de la varianza [$F(1, 198) = 5.129, p = .025$]. En el segundo paso, se incluyó como predictor en la ecuación el locus de control externo, explicaron el 4% de la varianza, hubo un incremento en $R^2 = .024, F_{incrementada}(1, 197) = 4.954, p = .027$. Las variables autoestima baja, locus de control interno, locus de control social-afectivo, enfrentamiento (rasgo) directo revalorativo, enfrentamiento (rasgo) emocional negativo, enfrentamiento (rasgo) evasivo, enfrentamiento (estado) emocional evasivo, enfrentamiento (estado) revalorativo y enfrentamiento (estado) directo no se incluyeron como predictores en la ecuación de regresión. En la siguiente Tabla 19 se presentan los coeficientes de regresión no estandarizados (B), los estandarizados (β) y los coeficientes de determinación (R^2) para las variables que predicen el control personal.

Tabla 20

Análisis de regresión paso por paso de las variables que predicen el control personal (N=200)

Variables	B	EE	β
Paso 1			
Autoestima alta	,175	,077	,159*
Paso 2			
Locus de control externo	-,064	,029	-,155*

Nota: $R^2 = .02$ para el paso 1 ($p < .05$); $R^2 = .04$ para el paso 2 ($p < .01$)

* $p < .05$

Regresión múltiple 2 (Seguridad personal).

En el primer paso del análisis, la autoestima alta se agregó a la ecuación como predictor, explicó el 16% de la varianza [$F(1, 198) = 39.460, p = .000$]. En el segundo paso, se incluyó como predictor en la ecuación el enfrentamiento (estado) directo, explicaron el 20% de la varianza, hubo un incremento en $R^2 = .040, F_{incrementada}(1, 197) =$

9,957, $p = .002$. En el tercer paso, se incluyó como predictor en la ecuación el locus de control interno, explicaron el 24% de la varianza, hubo un incremento en $R^2 = .045$, $F_{incrementada}(1, 196) = 11,848$ $p = .001$. Las variables autoestima baja, locus de control externo, locus de control social-afectivo, enfrentamiento (rasgo) directo revalorativo, enfrentamiento (rasgo) emocional negativo, enfrentamiento (rasgo) evasivo, enfrentamiento (estado) emocional evasivo y enfrentamiento (estado) revalorativo no se incluyeron como predictores en la ecuación de regresión. En la Tabla 20 se presentan los coeficientes de regresión no estandarizados (B), los estandarizados (β) y los coeficientes de determinación (R^2) para las variables que predicen la seguridad personal.

Tabla 21

Análisis de regresión paso por paso de las variables que predicen la seguridad personal (N=200)

Variables	B	EE	β
Paso 1 Autoestima alta	,497	,079	,408**
Paso 2 Enfrentamiento (estado) directo	,125	,040	,209**
Paso 3 Locus de control Interno	-,120	,035	-,215**

Nota: Nota: $R^2 = .16$ para el paso 1 ($p < .01$); $R^2 = .20$ para el paso 2 ($p < .01$); $R^2 = .24$ para el tercer paso ($p < .01$)

** $p < .01$

Regresión múltiple 3 (Autonomía).

En el primer paso del análisis, el locus de control interno se agregó a la ecuación como predictor, explicó el 5% de la varianza [$F(1, 198) = 11.776$, $p = .001$]. En el segundo paso, se incluyó como predictor en la ecuación el locus de control social-afectivo, explicaron el 8% de la varianza, hubo un incremento en $R^2 = .037$, $F_{incrementada}(1, 197) = 8.115$ $p = .005$. En el tercer paso, se incluyó como predictor en la ecuación el enfrentamiento (estado) directo, explicaron el 10% de la varianza, hubo un incremento

en $R^2 = .023$, $F_{incrementada}(1, 196) = 5.134$, $p = .025$. Las variables autoestima alta, autoestima baja, locus de control externo, enfrentamiento (rasgo) directo revalorativo, enfrentamiento (rasgo) emocional negativo, enfrentamiento (rasgo) evasivo, enfrentamiento (estado) emocional evasivo, enfrentamiento (estado) revalorativo y enfrentamiento (estado) directo no se incluyeron como predictores en la ecuación de regresión. En la Tabla 21 se presentan los coeficientes de regresión no estandarizados (B), los estandarizados (β) y los coeficientes de determinación (R^2) para las variables que predicen la autonomía.

Tabla 22

Análisis de regresión paso por paso de las variables que predicen la autonomía (N=200)

Variabes	B	EE	β
Paso 1			
Locus de control Interno	,150	,044	,237**
Paso 2			
Locus de control social-afectivo	-,113	,040	-,195**
Paso 3			
Enfrentamiento (estado) directo	,105	,046	,155*

Nota: $R^2 = .05$ para el paso 1 ($p < .01$); $R^2 = .08$ para el paso 2 ($p < .01$); $R^2 = .10$ para el tercer paso ($p < .05$)

* $p < .05$ ** $p < .01$

Regresión múltiple 4 (Relaciones sociales).

En el primer paso del análisis, el enfrentamiento (estado) directo se agregó a la ecuación como predictor, explicó el 8% de la varianza [$F(1, 198) = 20.195$, $p = .000$]. En el segundo paso, se incluyó como predictor en la ecuación el enfrentamiento (estado) emocional evasivo, explicaron el 10% de la varianza, hubo un incremento en $R^2 = .022$, $F_{incrementada}(1, 197) = 4.801$, $p = .030$. Las variables autoestima alta, autoestima baja, locus de control interno, locus de control externo, locus de control social-afectivo, enfrentamiento (rasgo) directo revalorativo, enfrentamiento (rasgo) emocional negativo, enfrentamiento (rasgo) evasivo y enfrentamiento (estado) revalorativo no se incluyeron como predictores en la ecuación de regresión. En la Tabla 22 se presentan

los coeficientes de regresión no estandarizados (B), los estandarizados (β) y los coeficientes de determinación (R^2) para las variables que predicen las Relaciones sociales

Tabla 23
Análisis de regresión paso por paso de las variables que predicen relaciones sociales
 (N=200)

Variablen	B	EE	β
Paso 1			
Enfrentamiento (estado) directo	,195	,043	,304***
Paso 2			
Enfrentamiento (estado) emocional evasivo	-,077	,035	-,148*

Nota: $R^2 = .08$ para el paso 1 ($p < .01$); $R^2 = .10$ para el paso 2 ($p < .05$)

* $p < .05$ *** $p < .001$

En la Figura 4 se observa la integración de todas las variables que predicen las dimensiones del bienestar psicológico, descritas en los párrafos anteriores. Destaca que las variables de autoestima baja, enfrentamiento (rasgo) directo revalorativo, enfrentamiento (rasgo) emocional negativo, enfrentamiento (rasgo) evasivo, enfrentamiento (estado) emocional evasivo y enfrentamiento (estado) revalorativo no predicen ninguna de las variables de bienestar psicológico.

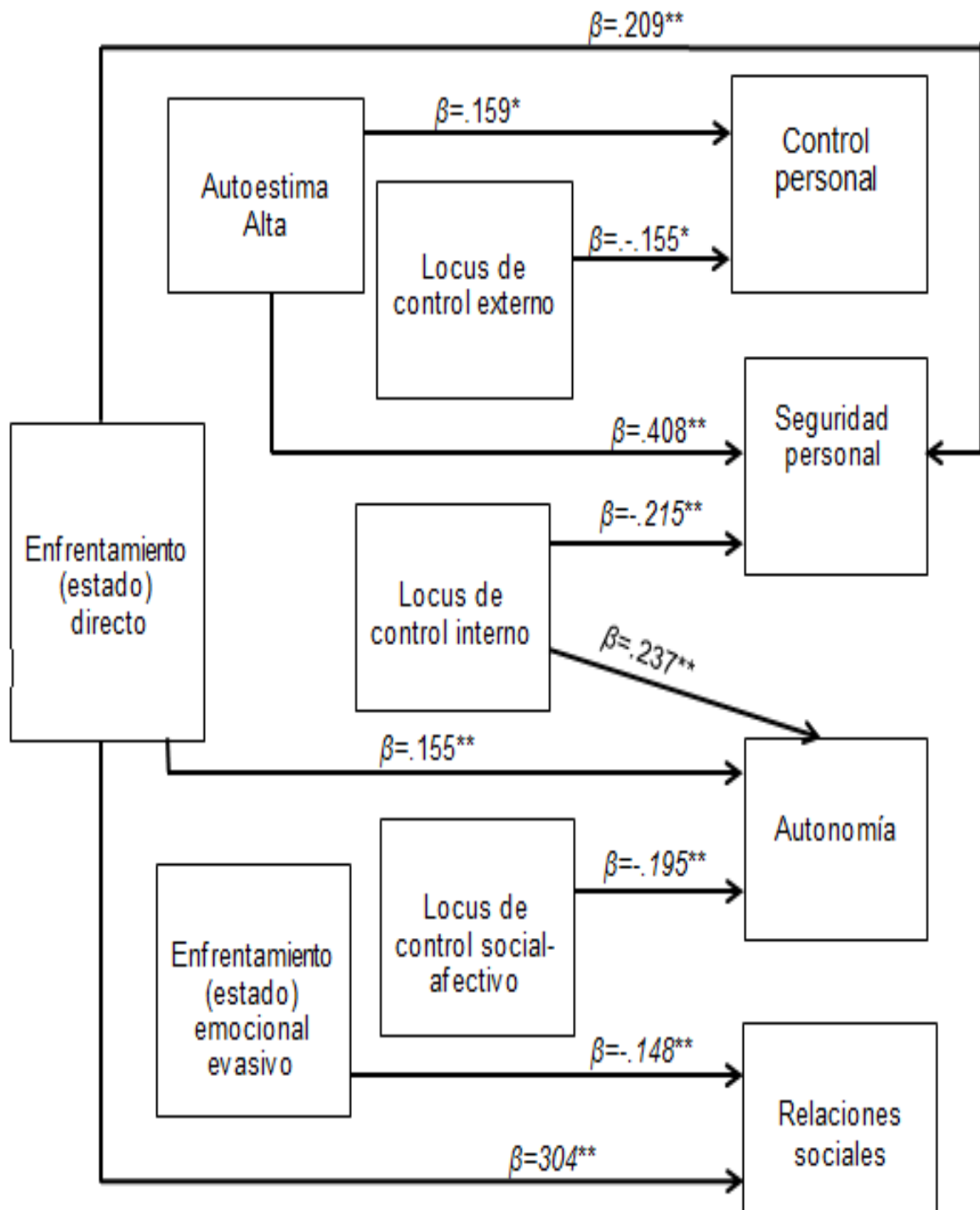


Figura 4. Modelo de las variables psicológicas que predicen las dimensiones de bienestar psicológico

Regresión múltiple por sexo

Debido a que el sexo influye en el bienestar psicológico durante la vejez se obtuvo la predicción de las dimensiones del bienestar psicológico en hombres y mujeres. Se realizaron análisis de regresiones múltiples paso a paso, cuatro para hombres y cuatro para mujeres en los que control personal, seguridad personal, autonomía y relaciones sociales fueron las variables dependientes mientras que autoestima alta, autoestima baja, locus de control interno, locus de control externo, locus de control social-afectivo, enfrentamiento (rasgo) directo revalorativo, enfrentamiento (rasgo) emocional negativo, enfrentamiento (rasgo) evasivo, enfrentamiento (estado) emocional evasivo, enfrentamiento (estado) revalorativo y enfrentamiento (estado) fueron las variables independientes.

Regresión múltiple. Control personal en hombres.

En el caso de los hombres, en el primer paso del análisis el locus de control externo se agregó a la ecuación como predictor, explicó el 7% de la varianza [$F(1, 101) = 8.936, p = .004$]. En el segundo paso, se incluyó como predictor en la ecuación la autoestima alta, explicaron el 12% de la varianza, hubo un incremento en $R^2 = .060$, $F_{incrementada}(1, 100) = 6.957, p = .010$. Las variables autoestima baja, locus de control interno, locus de control social-afectivo, enfrentamiento (rasgo) directo revalorativo, enfrentamiento (rasgo) emocional negativo, enfrentamiento (rasgo) evasivo, enfrentamiento (estado) emocional evasivo, enfrentamiento (estado) revalorativo y enfrentamiento (estado) directo no se incluyeron como predictores en la ecuación de regresión.

En la Tabla 23 se presentan los coeficientes de regresión no estandarizados (B), los estandarizados (β) y los coeficientes de determinación (R^2) para las variables que predicen el control personal en hombres.

Tabla 24

Análisis de regresión paso por paso de las variables que predicen el control personal en hombres (N=103)

Variabes	B	EE	β
Locus Externo	-,116	,039	-,285**
Autoestima Alta	,257	,098	,244*

Nota: $R^2 = .07$ para el paso 1 ($p < .01$); $R^2 = .12$ para el paso 2 ($p < .05$)

* $p < .05$ ** $p < .01$

Regresión múltiple. Control personal en mujeres.

En el caso de las mujeres (N= 97), de las variables que se incluyeron al análisis de regresión, ninguna predijo el control personal.

Regresión múltiple por sexo (seguridad personal).

Se realizaron dos análisis de regresión múltiple paso a paso, uno para hombres y otro para mujeres, en los cuales la seguridad personal fue la variable dependiente, mientras que autoestima alta, autoestima baja, locus de control interno, locus de control externo, locus de control social-afectivo, enfrentamiento (rasgo) directo revalorativo, enfrentamiento (rasgo) emocional negativo, enfrentamiento (rasgo) evasivo, enfrentamiento (estado) emocional evasivo, enfrentamiento (estado) revalorativo y enfrentamiento (estado) fueron las variables independientes.

Regresión múltiple. Seguridad personal en hombres.

En el caso de los hombres, en el primer paso del análisis la autoestima alta se agregó a la ecuación como predictor, explicó el 10% de la varianza [$F(1, 101) = 13.041$, $p = .000$]. En el segundo paso, se anexó como predictor en la ecuación la autoestima baja, explicaron el 15% de la varianza, hubo un incremento en $R^2 = .057$, $F_{incrementada}(1, 100) = 6.930$, $p = .010$. Las variables locus de control interno, locus de control social-afectivo, locus de control externo, enfrentamiento (rasgo) directo revalorativo, enfrentamiento (rasgo) emocional negativo, enfrentamiento (rasgo) evasivo, enfrentamiento (estado) emocional evasivo, enfrentamiento (estado) revalorativo y

enfrentamiento (estado) directo no se incluyeron como predictores en el la ecuación de regresión.

En la Tabla 24 se presentan los coeficientes de regresión no estandarizados (B), los estandarizados (β) y los coeficientes de determinación (R^2) para las variables que predicen la seguridad personal en hombres.

Tabla 25

Análisis de regresión paso por paso de las variables que predicen seguridad personal en hombres (N=103)

Variabes	B	EE	β
Autoestima Alta	,407	,113	,338***
Autoestima Baja	,-202	,077	-,258*

Nota: $R^2 = .10$ para el paso 1 ($p < .000$); $R^2 = .15$ para el paso 2 ($p < .05$)

* $p < .05$ *** $p < .001$

Regresión múltiple. Seguridad personal en mujeres.

En el caso de las mujeres, en el primer paso del análisis la autoestima alta se agregó a la ecuación como predictor, explicó el 23% de la varianza [$F(1, 95) = 30.953$, $p = .000$]. En el segundo paso, se anexó el enfrentamiento (estado) directo como predictor en la ecuación, explicaron el 27% de la varianza, hubo un incremento en $R^2 = .039$, $F_{incrementada}(1, 94) = 5.137$, $p = .026$. Las variables autoestima baja, locus de control interno, locus de control social-afectivo, locus de control externo, enfrentamiento (rasgo) directo revalorativo, enfrentamiento (rasgo) emocional negativo, enfrentamiento (rasgo) evasivo, enfrentamiento (estado) emocional evasivo y enfrentamiento (estado) revalorativo no se incluyeron como predictores en el la ecuación de regresión.

En la Tabla 25 se presentan los coeficientes de regresión no estandarizados (B), los estandarizados (β) y los coeficientes de determinación (R^2) para las variables que predicen la seguridad personal en mujeres.

Tabla 26

Análisis de regresión paso por paso de las variables que predicen la seguridad personal en mujeres (N=97)

Variables	B	EE	β
Paso1			
Autoestima Alta	,581	,104	,496***
Paso 2			
Enfrentamiento (estado) directo	,118	,052	,207*

Nota: $R^2 = .23$ para el paso 1 ($p < .000$); $R^2 = .27$ para el paso 2 ($p < .05$)

* $p < .05$ *** $p < .001$

Regresión múltiple por sexo (autonomía).

Se realizaron dos análisis de regresión múltiple paso a paso, uno para hombres y otro para mujeres, en los cuales la autonomía fue la variable dependiente, mientras que autoestima alta, autoestima baja, locus de control interno, locus de control externo, locus de control social-afectivo, enfrentamiento (rasgo) directo revalorativo, enfrentamiento (rasgo) emocional negativo, enfrentamiento (rasgo) evasivo, enfrentamiento (estado) emocional evasivo, enfrentamiento (estado) revalorativo y enfrentamiento (estado) fueron las variables independientes.

Regresión múltiple. Autonomía en hombres.

En el caso de los hombres, en el primer paso del análisis el locus de control social-afectivo se agregó a la ecuación como predictor, explicó el 3% de la varianza [$F(1, 101) = 4.641, p = .034$]. En el segundo paso, agregó como predictor en la ecuación el locus de control interno, explicaron el 7% de la varianza, hubo un incremento en $R^2 = .044$, $F_{incrementada}(1, 100) = 5.590, p = .020$. Las variables autoestima alta, autoestima baja, locus de control externo, enfrentamiento (rasgo) directo revalorativo, enfrentamiento (rasgo) emocional negativo, enfrentamiento (rasgo) evasivo, enfrentamiento (estado) emocional evasivo, enfrentamiento (estado) revalorativo y enfrentamiento (estado) directo no se incluyeron como predictores en la ecuación de regresión.

En la Tabla 26 se presentan los coeficientes de regresión no estandarizados (B), los estandarizados (β) y los coeficientes de determinación (R^2) para las variables que predicen la autonomía en hombres.

Tabla 27

Análisis de regresión paso por paso de las variables que predicen la autonomía en hombres (N=103)

Variables	B	EE	β
Locus Social	-,117	,054	-,210*
Locus Interno	,131	,056	,226*

Nota: $R^2 = .03$ para el paso 1 ($p < .05$); $R^2 = .07$ para el paso 2 ($p < .05$)

* $p < .05$

Regresión múltiple. Autonomía en mujeres.

En el caso de las mujeres, solo locus de control interno se agregó a la ecuación como predictor en un primer paso, explicó el 6% de la varianza [$F(1, 95) = 7.397$, $p = .008$]. Las variables autoestima alta, autoestima baja, locus de control social-afectivo, locus de control externo, enfrentamiento (rasgo) directo revalorativo, enfrentamiento (rasgo) emocional negativo, enfrentamiento (rasgo) evasivo, enfrentamiento (estado) emocional evasivo, enfrentamiento (estado) directo y enfrentamiento (estado) revalorativo no se incluyeron como predictores en la ecuación de regresión.

En la Tabla 27 se presentan los coeficientes de regresión no estandarizados (B), los estandarizados (β) y los coeficientes de determinación (R^2) para las variables que predicen autonomía en mujeres

Tabla 28

Análisis de regresión paso por paso de las variables que predicen autonomía en mujeres (N=97)

Variables	B	EE	β
Paso1			
Locus de control interno	,187	,069	,267**

Nota: $R^2 = .06$ para el paso 1 ($p < .01$)

** $p < .01$

Regresión múltiple por sexo (Relaciones sociales).

Se realizaron dos análisis de regresión múltiple paso a paso, uno para hombres y otro para mujeres, en los cuales relaciones sociales fue la variable dependiente, mientras que autoestima alta, autoestima baja, locus de control interno, locus de control externo, locus de control social-afectivo, enfrentamiento (rasgo) directo revalorativo, enfrentamiento (rasgo) emocional negativo, enfrentamiento (rasgo) evasivo, enfrentamiento (estado) emocional evasivo, enfrentamiento (estado) revalorativo y enfrentamiento (estado) directo fueron las variables independientes.

Regresión múltiple. Relaciones sociales en hombres.

En el caso de los hombres, en el primer paso del análisis el enfrentamiento (estado) directo se agregó a la ecuación como predictor, explicó el 7% de la varianza [$F(1, 101) = 8.888, p = .004$]. En el segundo paso, agregó como predictor en la ecuación autoestima baja, explicaron el 13% de la varianza, hubo un incremento en $R^2 = .066$ F incrementada (1, 100) = 7.763, $p = .006$. Las variables autoestima alta, locus de control interno, locus de control social-afectivo, locus de control externo, enfrentamiento (rasgo) directo revalorativo, enfrentamiento (rasgo) emocional negativo, enfrentamiento (rasgo) evasivo, enfrentamiento (estado) emocional evasivo, enfrentamiento (estado) revalorativo y no se incluyeron como predictores en la ecuación de regresión.

En la Tabla 28 se presentan los coeficientes de regresión no estandarizados (B), los estandarizados (β) y los coeficientes de determinación (R^2) para las variables que predicen relaciones sociales en hombres.

Tabla 29

Análisis de regresión paso por paso de las variables que predicen las relaciones sociales en hombres (N=103)

Variablen	<i>B</i>	<i>EE</i>	β
Paso 1			
Enfrentamiento (estado) directo	,185	,062	,284**
Paso 2			
Autoestima baja	-,217	,078	-,258**

Nota: $R^2 = .07$ para el paso 1 ($p < .01$); $R^2 = .13$ para el paso 2 ($p < .01$)

** $p < .01$

Regresión múltiple. Relaciones sociales en mujeres.

En el caso de las mujeres, solo el enfrentamiento (estado) directo se agregó a la ecuación como predictor en un primer paso, explicó el 13% de la varianza [$F(1, 95) = 15.477$, $p = .000$]. Las variables autoestima alta, autoestima baja, locus de control interno, locus de control social-afectivo, locus de control externo, enfrentamiento (rasgo) directo revalorativo, enfrentamiento (rasgo) emocional negativo, enfrentamiento (rasgo) evasivo, enfrentamiento (estado) emocional evasivo y enfrentamiento (estado) revalorativo no se incluyeron como predictores en el la ecuación de regresión.

En la Tabla 29 se presentan los coeficientes de regresión no estandarizados (*B*), los estandarizados (β) y los coeficientes de determinación (R^2) para las variables que predicen relaciones sociales en mujeres

Tabla 30

Análisis de regresión paso por paso de las variables que predicen relaciones sociales en mujeres (N=97)

Variables	<i>B</i>	<i>EE</i>	β
Paso 1			
Enfrentamiento (estado) directo	,233	,059	,374***

Nota: R² = .06 para el paso 1 (p < .01)

****p < .001*

En la siguiente Figura 6 se observa la integración de todas las variables psicológicas que predicen las dimensiones del bienestar psicológico en hombres. Se observa que las variables, enfrentamiento (rasgo) directo revalorativo, enfrentamiento (rasgo) emocional negativo, enfrentamiento (rasgo) evasivo, enfrentamiento (estado) emocional evasivo, enfrentamiento (estado) revalorativo y enfrentamiento (estado) emocional evasivo no predicen ninguna de las variables de bienestar psicológico.

En la Figura 7 se observa la integración de todas las variables psicológicas que predicen las dimensiones de seguridad personal, autonomía y relaciones sociales del bienestar psicológico en mujeres. Ninguna de las variables logró predecir la dimensión de control personal. De las variables que se incluyeron al análisis de regresión, se observa que las variables autoestima baja, locus de control externo, locus de control social-afectivo, enfrentamiento (rasgo) directo revalorativo, enfrentamiento (rasgo) emocional negativo, enfrentamiento (rasgo) evasivo, enfrentamiento (estado) emocional evasivo y enfrentamiento (estado) revalorativo no predicen ninguna de las dimensiones del bienestar psicológico.

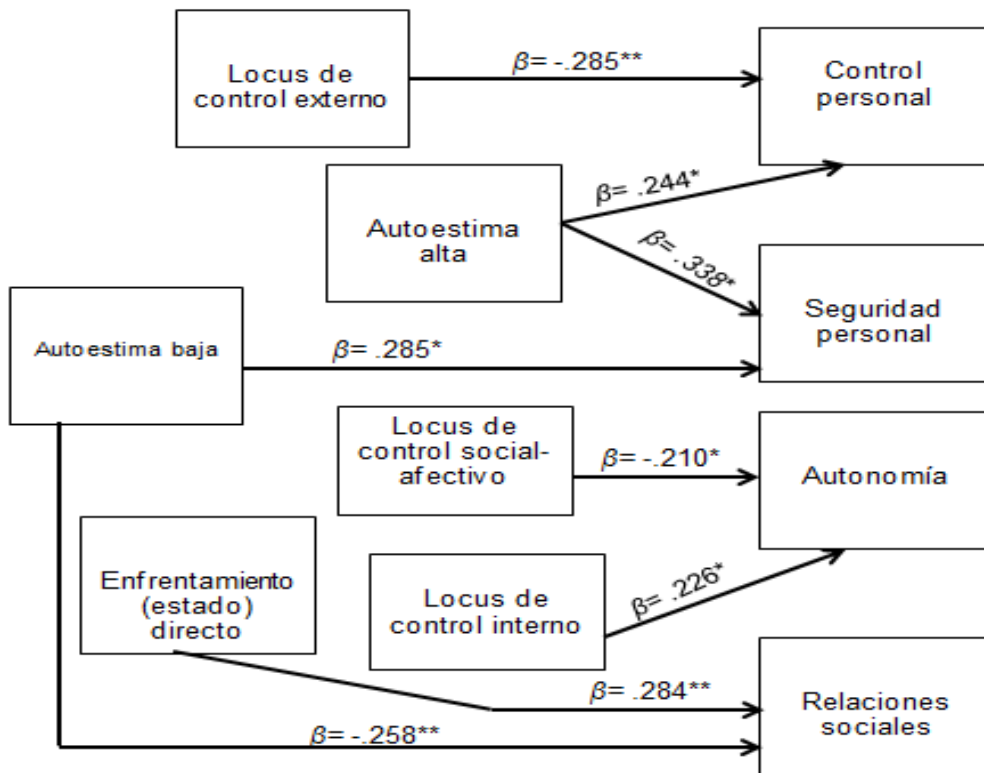


Figura 5. Modelo de las variables que predicen las dimensiones de bienestar psicológico en hombres adultos mayores.

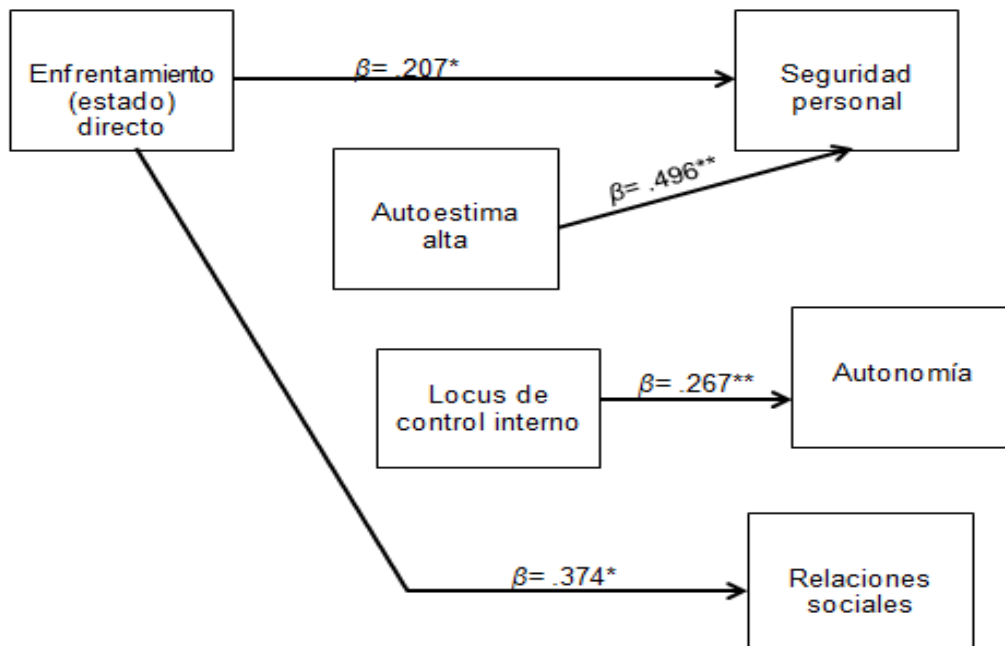


Figura 6. Modelo de las variables que predicen las dimensiones de bienestar psicológico en mujeres adultas mayores.

DISCUSIÓN

El objetivo del presente estudio consistió en elaborar un modelo predictivo para conocer la influencia del locus de control, la autoestima y los estilos de enfrentamiento en el bienestar psicológico de adultos mayores. Los resultados obtenidos para las cuatro dimensiones de bienestar psicológico: control personal, seguridad personal, autonomía y relaciones sociales, se describen a continuación.

En este estudio el control personal integra las dimensiones de crecimiento personal y control ambiental propuestos en el modelo de bienestar psicológico de Ryff (1989) y está asociado a la percepción de desarrollo y el control de situaciones. Los resultados obtenidos indican que el control personal es predicho por la alta autoestima con un efecto positivo y el locus de control externo con un efecto negativo. Las valoraciones positivas que realizan las personas respecto a sí mismas y la disminución de creencias de éxito y fracaso atribuidas a otros poderosos, la suerte y el azar predicen en los adultos mayores el control personal en un 4%.

Respecto al efecto negativo del locus de control externo, cabe señalar que las personas en las que predomina esta dirección creen que sus propias acciones dependen de factores que están fuera de su control personal (Mobarakeh et al., 2015) lo que repercute en el grado de dominio y competencia personal. Además, en el caso de los adultos mayores, la presencia de enfermedades crónicas genera una mayor dirección de locus de control externo, principalmente porque perciben poco control personal sobre su condición médica, lo que limita el ajuste o apego al tratamiento de sus enfermedades y aumenta los niveles de morbilidad (Henninger, Whitson, Cohen, & Ariely, 2012).

El efecto de la autoestima en el control personal reportado en este estudio coincide con los resultados de Zavala et al. (2006) quienes sugieren que altos niveles de autoestima se asocian a un mejor ajuste en el funcionamiento social, la calidad de vida y en la salud mental y física, condiciones que son indispensables en el grado de competencia personal y control ambiental. El enfrentamiento en sus diferentes dimensiones de rasgo y estado, la dirección interna y social afectiva del locus de control, no predicen el control personal en adultos mayores.

La dimensión de seguridad personal es predicha por el estilo de enfrentamiento (estado) directo con un efecto positivo, por una alta autoestima con un efecto positivo

y por la dirección interna de locus de control con un efecto negativo. Las valoraciones positivas que realizan las personas respecto así mismas, las creencias de éxito y fracaso atribuidas a otros poderes, la suerte y el azar y el estilo de enfrentamiento en el que se emiten conductas dirigidas a hacer algo para resolver el problema explican el 24 % de la seguridad personal. En la vejez, la presencia de cambios constantes promueve que los adultos mayores utilicen estrategias adaptativas, en este estudio la forma de enfrentamiento directa que supone realizar acciones dirigidas a resolver problemas influye de forma positiva en el bienestar psicológico.

Por otro lado, las creencias de control interno influyen negativamente, esta relación puede explicarse debido a que muchos de los cambios en la vejez escapan del control inmediato del adulto mayor y son atribuidos a causas externas, como la presencia de enfermedades o cambios en la dinámica laboral o social. Las características de personalidad de locus de control externo, locus de control social-afectivo y el enfrentamiento emocional evasivo no predicen esta dimensión del bienestar psicológico.

La autonomía es predicha por la dirección interna de locus de control con un efecto positivo, por la dirección de locus de control social afectivo con un efecto negativo y, por el estilo de enfrentamiento (estado) directo con un efecto positivo. La emisión de conductas dirigidas para resolver el problema, la disminución de la creencia de que las metas obtenidas son producto de las relaciones afectivas que el sujeto posee y el aumento de la creencia de que estas metas son debido a acciones directas o atribuciones del sujeto explican el 10 % de la autonomía. Estos resultados son similares a los reportados por Shojaee y French (2014), señalan que la autonomía es una de las dimensiones que presenta mayor correlación positiva con el locus de control interno. Las características de personalidad como locus de control externo, enfrentamiento emocional evasivo y la autoestima no predicen la autonomía en adultos mayores.

La dimensión relaciones sociales es predicha por el enfrentamiento (estado) directo con un efecto positivo y por el enfrentamiento (estado) emocional evasivo con un efecto negativo. La disminución de la expresión de un sentimiento o una emoción que no resuelve directamente el problema y la emisión de conductas dirigidas para resolver el problema explican el 10 % de las relaciones sociales. En la vejez las

respuestas emocionales que no resuelven de forma inmediata los problemas disminuye la cantidad de relaciones sociales, condición que limita una mayor aproximación emocional, creando redes sociales con menor intimidad lo que perjudica la salud emocional (Charles & Carstensen, 2009). Las características de personalidad de locus de control en sus tres dimensiones utilizadas en este trabajo ni el nivel de autoestima predicen la dimensión de relaciones sociales.

De los resultados reportados es importante destacar el papel del enfrentamiento directo (estado) como predictor del bienestar psicológico en las dimensiones de autonomía, relaciones sociales y seguridad personal. Estos resultados son similares a los reportados por Sanjuán y Ávila (2016) quienes señalan que el crecimiento personal, es predicho por las variables de enfrentamiento y motivación explicando conjuntamente el 27% de la varianza del bienestar psicológico. El enfrentamiento directo tiene un mayor efecto en el bienestar que las estrategias de evitación las cuales se han relacionado de forma consistente con el malestar emocional (Sanjuán & Ávila, 2016).

Además, en el trabajo de Noshi y Uzma (2014) en el que participaron 105 estudiantes pakistaníes con edades comprendidas entre los 19 a los 35 años, se encontró que existe una correlación positiva entre el uso de las estrategias centradas en el problema y el bienestar psicológico, reportan que el uso del afrontamiento centrado en el problema predice el 18% de la varianza de bienestar psicológico. Los hallazgos de este trabajo coinciden con lo reportado por Gonzáles-Celis y Padilla (2006) quienes reportaron que en adultos mayores la estrategia usada con mayor frecuencia es la relacionada con estrategias orientadas al problema o conducta.

Por otra parte, el enfrentamiento emocional evasivo que consiste en la expresión de sentimientos o emociones que no resuelve directamente el problema y se tiende a evitar o escapar del mismo predijo negativamente las relaciones sociales. Charles y Carstensen (2009) refieren que personas que perciben a sus amigos y familiares como un apoyo durante momentos difíciles, tienen una mayor sensación de significado en sus vidas. Los adultos mayores con redes sociales más amplias manifiestan mayor bienestar emocional y logran responder de forma más eficaz a los retos de la vida cotidiana. En comparación con las personas más jóvenes, los adultos mayores presentan menor cantidad de contacto social, se relacionan con mayor

confianza e intimidad (Molton & Jensen, 2010), es decir, en la vejez es más importante la calidad de las relaciones sociales.

La autoestima, predijo positivamente control y seguridad personal, dimensiones del bienestar psicológico que se caracterizan por la evaluación positiva de capacidades físicas y psicológicas y por la capacidad de influir positivamente en el medio ambiente. Poseer sentimientos seguros de validación provee las bases del funcionamiento efectivo en varios contextos, mientras que los sentimientos negativos pueden disminuir el funcionamiento psicológico, Paradise y Kernis, (2002) sugieren que relación es más evidente en las dimensiones de autonomía, dominio ambiental y propósito en la vida

En población mexicana la autoestima es la variable de personalidad que muestra mayor efecto predictor en el bienestar psicológico (González et al., 2017). A pesar de que en la literatura se reporta la falta de un consenso respecto al nivel de la autoestima durante el envejecimiento, existe una disminución significativa del nivel de la autoestima durante el envejecimiento, a diferencia de etapas del desarrollo como la adolescencia y adultez (Wagner et al., 2013), esta condición puede explicar por qué en este trabajo, a pesar de que la autoestima es uno de los mejores indicadores de salud mental, solo tiene un efecto en dos dimensiones del bienestar psicológico.

El locus de control externo predijo negativamente el control personal, la investigación del efecto de la dirección externa del locus de control y la salud mental sugiere la existencia de una relación negativa como se reporta en este estudio. Los resultados expuestos en este trabajo coincide con lo propuesto por Shojaee y French (2014) quienes señalan que la dirección externa de locus de control se relaciona de forma negativa con todas las dimensiones del bienestar psicológico; lo que sugiere que percibir el mundo en términos de circunstancias fortuitas influye negativamente en el bienestar psicológico (Gore, Griffin, & McNierney, 2016); coincide además con el trabajo de Mobarakeh et al. (2015) quienes identificaron una relación negativa entre el locus de control externo y el bienestar psicológico, a mayor dirección de locus de control externo menor presencia de bienestar.

Las personas con dirección externa no perciben una contingencia confiable entre sus comportamientos y sus resultados, en general creen que las recompensas y los castigos en los que incurren varían con fuerzas caprichosas e inestables como la suerte o el comportamiento de otros poderosos (Jain & Singh, 2015), en esta condición

existe una mayor creencia en el hecho de que los eventos de vida se deben a circunstancias que no pueden controlar, teniendo como resultado la presencia de un patrón de ajuste emocional inadecuado. Las personas con locus de control externo muestran menor seguridad y confianza en sí mismas y presentan menores habilidades la resolución de problemas.

El locus de control interno tiene un efecto en dos de las cuatro dimensiones de bienestar psicológico, seguridad personal y autonomía, mientras que la dirección social afectiva solo presentó efectos en la dimensión de autonomía. Respecto a la relación negativa de la dirección interna de locus de control y la seguridad personal, Shojaee y French (2014) señalan que a los miembros de las culturas colectivistas se les enseña a valorar la armonía y solidaridad con los demás, lo que genera que los miembros de estas sociedades, como es el caso de los adultos mayores mexicanos, acepten la subordinación de los intereses individuales a los grupales, generando un efecto negativo de la dirección de locus de control interno en la seguridad personal.

Por otra parte, los resultados obtenidos, coinciden con lo reportado en diversos estudios sobre la relación del locus de control con distintos indicadores de salud mental como el bienestar psicológico. Las personas con un locus de control interno creen que los resultados de sus acciones son el resultado de sus propios esfuerzos o habilidades personales, consideran que el trabajo duro y las habilidades personales conducen a resultados positivos y al bienestar psicológico; en este caso particular a la autonomía. Las personas con dirección interna de locus de control manipulan activamente su ambiente, tienen mayor control de los eventos adversos y logran generar cambios adaptativos ante las condiciones de adversidad (Malhotra, 2017), teniendo como resultado un mayor grado de independencia personal y económica.

Por otra parte, respecto a las diferencias entre las variables que predicen el bienestar entre hombres y mujeres adultos mayores. Los resultados señalan que en el caso de los hombres, las dimensiones de locus de control externo y la alta autoestima, explican el 12% del el control personal, mientras que en mujeres esta dimensión no fue predicha por ningunas de las variables abordadas en este estudio. La seguridad personal en hombres fue predicha por la autoestima en sus valoraciones positivas y negativas en un 15%. En el caso de las mujeres, solo la dirección positiva de la autoestima predijo el 27%. Respecto a la dimensión de autonomía, el locus de control

interno y social predijo el 7% de la varianza en el caso de los hombres, mientras que en mujeres el locus de control interno predijo el 6% de la varianza. Finalmente, la dimensión de relaciones sociales en hombres fue predicha por el estilo de enfrentamiento directo y la baja autoestima en un 13%, mientras que en mujeres el 6% fue predicho por el enfrentamiento directo.

La descripción de las variables de personalidad y su relación con el bienestar psicológico en hombre y mujeres según los resultados obtenidos en este trabajo señalan que existe un mayor uso de recursos psicológicos en el bienestar psicológico en hombres que en mujeres. Oliver et al. (2009) sugiere que las mujeres presentan mayor nivel de bienestar psicológico, particularmente en la dimensión de relaciones sociales. Además, través de múltiples estudios utilizando el modelo de Ryff (1989a), se ha reportado que mujeres de distintas edades presentan mayores niveles en relaciones positivas y crecimiento personal que los hombres. En las cuatro restantes dimensiones no se han observado diferencias significativas entre hombres y mujeres (Riff, 1995), en este sentido, el mayor uso de recursos psicológicos en hombres en la predicción del bienestar puede ser efecto de la disminución de relaciones sociales, ya que estas son indispensables en el mantenimiento del bienestar en la vejez.

Respecto a los resultados relacionados con la predicción del control personal en las mujeres, en los cuales ningunas de las variables de estudio mostraron un efecto. Abdelrahman et al. (2014) señalan que en el caso de las mujeres, el propósito en la vida disminuye con la edad, esto debido al cambio de actividades durante el desarrollo.

Conclusiones

El modelo empírico obtenido, constituido por las variables alta autoestima, locus de control externo, locus de control social afectivo, locus de control interno, enfrentamiento (estado) emocional evasivo y el enfrentamiento (estado) directo predicen el 4% de control personal, el 24% de seguridad personal, el 10% de relaciones sociales y el 10% de autonomía. El bienestar psicológico en el ciclo vital del desarrollo humano es un fenómeno multidimensional y dinámico, tanto sus dimensiones que lo integran como las variables que lo predicen pueden cambiar según la etapa del ciclo vital, por ejemplo, la dimensión proyecto de vida y control ambiental generalmente disminuyen, o no forman parte del bienestar psicológico en la vejez, como se reportó en la fase 1 de este estudio, mientras que en edades más tempranas como la juventud son dimensiones indispensables para comprender la salud mental.

El modelo propuesto está constituido principalmente por esquemas cognoscitivos formados por creencias de control, de evaluación de sí mismo y de enfrentamiento. Creencias organizadas jerárquicamente que son utilizadas dependiendo del contexto y etapa de vida que disminuyen o aumentan el malestar físico, emocional o psicológico de las personas, según se utilicen de forma adaptativa. Los esquemas mentales de enfrentamiento, control y valoración de sí mismo determinan que las personas emitían planes de acción en su medio social ante los retos que supone la vejez.

El locus de control, el enfrentamiento y la autoestima se han descrito en términos del efecto positivo o negativo en la salud física y mental, enfatizando que el uso o predominio de sus dimensiones son mejores que otras, esta suposición resta valor positivo a los cambios psicológicos naturales en la vejez, en el modelo obtenido, cada una de las dimensiones (positivas o negativas) contribuye a la predicción de al menos una dimensión del bienestar psicológico. La dirección y predominio de las dimensiones de estas variables deben ser consideradas recursos adaptativos, flexibles y continuamente cambiantes en el desarrollo social y personal. El efecto negativo o positivo no está determinado únicamente por el uso de un recurso cognoscitivo, sino por la historia de desarrollo de cada individuo.

La descripción de las variables que predicen el bienestar psicológico en este trabajo contribuye empíricamente a la comprensión de los cambios psicológicos en la vejez en población de adultos mayores de la ciudad de México.

En la primera parte del estudio se diseñó una escala de bienestar psicológico, constituida por 16 reactivos distribuidos en cuatro factores, control personal, seguridad personal, relaciones sociales y autonomía, asimismo se validó la escala de autoestima de Rosenberg en población de adultos mayores. Los dos instrumentos desarrollados en la primera fase cumplen con los criterios psicométricos adecuados para medir bienestar psicológico y autoestima en la vejez. Por otra parte, estos instrumentos difieren de otros en su elaboración ya que se consideraron las características de los adultos mayores, como la disminución de la capacidad de discriminación de conceptos y la escolaridad, un ejemplo es el uso del formato de respuesta tipo Likert pictórico, que facilitó la comprensión de los instrumentos, logrando así una medida válida y confiable de los constructos.

Los instrumentos utilizados en la segunda fase fueron seleccionados a partir de sus características psicométricas y de aplicación. La vejez supone una disminución benigna de las capacidades cognoscitivas, lo que influye en el desempeño de los adultos mayores al momento de responder escalas de evaluación psicológica. En este caso, todos los instrumentos tienen un formato de respuesta Likert pictórico lo que facilita la comprensión de las opciones de respuesta.

Para explicar los fenómenos psicológicos en la vejez, se deben evaluar no solo las características psicológicas si no la forma en que éstas influyen en el desarrollo de los adultos mayores en sus diferentes contextos.

En general, existe un efecto predictivo de las diferentes dimensiones El locus de control, el enfrentamiento y la autoestima en el bienestar psicológico de los adultos mayores, tanto para la muestra total y por sexo. La varianza total explicada de las distintas dimensiones del bienestar en este trabajo ronda entre el 4 y 24%. Una hipótesis respecto a este hallazgo es el efecto del nivel de confiabilidad de la escala de bienestar psicológico construida en la fase 1b, cuyo valor de confiabilidad medido por el alfa de Cronbach es de .71, mientras que las escalas de autoestima, enfrentamiento y locus de control se encuentran con valores de confiabilidad por arriba de .80. Por este motivo, en futuras investigaciones se recomienda usar una escala

con mayor confiabilidad u homologar con otras escalas el mismo nivel de confiabilidad, así como aumentar la cantidad de participantes, esto con la intención de aumentar el porcentaje de varianza explicada del bienestar psicológico en adultos mayores.

Una de las limitantes presentes en este estudio, fue el acceso a la población, actualmente los adultos mayores representan cerca del 11 % de la población en México, es decir, de 100 mexicanos solo 11 son adultos mayores, esta proporción de adultos mayores a diferencia de otras etapas del desarrollo es relativamente menor. Es importante destacar que si bien la muestra tiene limitaciones en la cantidad de participantes, la aportación del modelo predictivo que considera solo variables psicológicas es relevante en términos de la comprensión de la salud mental desde una perspectiva psicológica.

REFERENCIAS

- Abdelrahman, R., Abushaikha, L., & Al-Motlaq, M. (2014). Predictors of psychological well-being and stress among Jordanian menopausal women. *Quality of Life Research*, 23(1), 167–173.
- Acosta, Q. (2010). *Envejecimiento exitoso y actividades de la vida diaria: efectos de un curso taller*. Tesis de doctorado. México: Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Acuña, R. (2002). *Evaluación de las actitudes y la percepción ambiental y el locus de control en adolescentes urbanos*. Tesis de doctorado. México: Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Amutio, A., Ayestaran, S., & Smith, J. C. (2008). Evaluación del burnout y bienestar psicológico en los profesionales sanitarios del País Vasco. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 24(2), 235-252.
- Andréa, F., Varkala, F., Nunes, A., & Filho, W. (2010). *Physical activity and stress coping in the elderly*. *Einstein*, 8(4), 419-422. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-45082010ao1549>
- April, K., Dharani, B., & Peters, P. (2012). Impact of locus of control expectancy on level of well-being. *Review of European Studies*, 4(2), 67-89.
- Aragó, M. (2000). En M. Carretero, J. Palacios & A. Marchesi (Eds.), *Psicología evolutiva. Adolescencia, madurez y senectud* (pp. 289-326). España: Alianza.
- Arechabala, M., & Miranda, C. (2002). Validación de una escala de apoyo social percibido en un grupo de adultos mayores adscritos a un programa de hipertensión de la Región Metropolitana. *Ciencia y Enfermería*, 8, 49-55.
- Attix, D. K., & Welsh-Bohmer, K. (2006). *Geriatric neuropsychology. Assessment and intervention*. New York: The Guilford Press.
- Augusto-Landa, J. M., Pulido-Martos, M., & Lopez-Zafra, E. (2011). Does Perceived Emotional Intelligence and optimism/pessimism predict psychological well-being? *Journal of Happiness Studies*, 12(3), 463-474.
- Avanci, J. Q., Assis, S. G., dos Santos, N. C., & Oliveira, R. V. C. (2007). Adaptação transcultural da Escala de Autoestima de Rosenberg para adolescentes. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20(3), 397-405.
- Bandura, A. (1989). Regulation of cognitive processes through perceived self-efficacy. *Developmental Psychology*, 25(5), 729–778.
-

- Barra, E. (2012). Influencia de la autoestima y del apoyo social percibido sobre el bienestar psicológico de estudiantes universitarios chilenos. *Perspectivas en Psicología* 8(2), 29-38.
- Bednar, R. L., Wells M. G., & Peterson, S. R. (1989). *Self-esteem: paradoxes and innovations in clinical theory and practice*. Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Belando, M. (2006). Modelos sociológicos de la vejez y su repercusión en los medios. *Comunicación e Ciudadanía*, 4, 1-18.
- Blanchard-Fields, F., & Irion, J. C. (1988). The relation between locus of control and coping in two contexts: Age as a Moderator Variable. *Psychology and Aging*, 3(2), 197-203. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0882-7974.3.2.197>
- Blanchflower, D. G., Oswald, A. J., & Stewart-Brown, S. (2013). Is psychological well-being linked to the consumption of fruit and vegetables? *Social Indicators Research*, 114(3), 785–801. doi: <https://doi.org/10.1007/s11205-012-0173-y>
- Boehm, J. K., Peterson, Ch., Kivimaki, M., & Kubzansky, L. (2011). A prospective study of positive psychological well-being and coronary heart disease. *Health Psychology*, 30(3), 259-267. doi: 10.1037/a0023124
- Bookwala, J., & Boyar, J. (2008). Gender, excessive body weight, and psychological well-being in adulthood. *Psychology of Women Quarterly*, 32(2), 188-195. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.2008.00423.x>
- Boyle, E. S., & Sielski K. A. (1981). Correlates of health locus of control in an older, disabled group. *Journal of Psychology*, 109(1), 87-91. doi: <https://doi.org/10.1080/00223980.1981.9915290>
- Boyle, P., Barnes, L., Buchman, A., & Bennett, D. (2009). Purpose in Life Is Associated with Mortality Among Community- Dwelling Older Persons. *Psychosomatic Medicine*, 71(5), 574-579.
- Branden, N. (1969). *The psychology of self-esteem*. New York: Bantman Books.
- Branden, N. (2003). *Los seis pilares de la autoestima*. México: Paidós.
- Brennan, P., Holland, J., Schutte, K., & Moos, R. (2012). Coping trajectories in later life: A 20-year predictive study. *Aging & Mental Health*, 16(3), 305–316.
- Brown, J. D. (2007). *The self*. New York: Psychology Press.
- Bryden, C. I., Field, A. M., & Francis, A. J. P. (2015). Coping as a mediator between negative life events and eudaimonic well-being in female adolescents. *Journal of Child and Family Studies*, 24(12), 3723–3733.
- Burges, S., Ruschel, B., & Dalbosc, D. (2010). Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR): validade fatorial e consistência interna. *Psico-USF*, 15(3), 395-403.
-

- Butkovic, A., Brkovic, I., & Bratko, D. (2012). Predicting Well-Being from Personality in Adolescents and Older Adults. *Journal of Happiness Studies*, 13, 455–467.
- Butler-Swenney, J. (2007). *The relationship among locus of control, coping style, self-esteem, and cultural identification in female adolescents*. Doctoral thesis. United States: Seton Hall University.
- Cappeliez, F. & Robitaille, A. (2010). Coping mediates the relationships between reminiscence and psychological well-being among older adults. *Aging & Mental Health*, 14(7), 807–818
- Cardenas, V., Gonzalez, G., & Lara, D. (2012). *Numeralia de los adultos mayores en México*. México: Instituto de Geriatria.
- Carstensen, L. L., Isaacowitz, D. M., & Charles, S. T. (1999). Taking time seriously: A theory of socioemotional selectivity. *American Psychologist*, 54, 165–181.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J.K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 267-283.
- Cefalu, C. (2011). Theories and Mechanisms of Aging. *Clinics in Geriatric Medicine*, 27, 491–506.
- Celis, A., & Araujo, A. (2010). Estrategias de afrontamiento ante la muerte y calidad de vida en adultos mayores mexicanos. *Revista Kairós Gerontologia*, 13(1),167-90.
- Cha, N., Seo, N., & Sok, S. (2012). Factors influencing the successful aging of older Korean adults. *Contemporary Nurse*, 41(1), 78–87.
- Charles, S. T., & Carstensen L. L. (2009). Social and emotional aging. *Annual Review of Psychology*, 61, 383-409.
- Chen, F., Jing, Y., Hayes, A., & Lee, J. (2013). Two Concepts or Two Approaches? A Bifactor Analysis of Psychological and Subjective Well-Being. *Journal of Happiness Studies*, 14, 1033–1068.
- Christopher, A., Saliba, L. & Deadmarsh, E. (2009). Materialism and well-being: The mediating effect of locus of control. *Personality and Individual Differences*, 46, 682–686.
- Chubb, N., Fertman, C., & Ross, J. (1997). Adolescent self-esteem and locus of control: a longitudinal study of gender and age differences. *Adolescence*, 32(125), 113-29.
- Clemente, A., Tartaglini, M., & Stefani, D. (2009). Estrés Psicosocial y Estilos de Afrontamiento del Adulto Mayor en Distintos Contextos Habitacionales. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 8(1), 1851-7951.
- Corwyn, R., F. (2000). The factor structure of global self-esteem among adolescents and adults. *Journal of Research in Personality*, 34, 357–379.
- Craig, G. J., & Baucum, D. (2009). *Desarrollo Psicológico*. México: Pearson.
-

- Cruz, A. (2006). *Afrontamiento, asertividad y autoestima en parejas de bebedores problema. Una intervención cognitivo conductual*. Tesis de doctorado. México: Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- De León, C. & García, M. (2016). Escala de Rosenberg en población de adultos mayores. *Ciencias Psicológicas*, 10(2), 119-128.
- De Paula Coto, M. C., Koller, S., & Novo, R. (2011). Stressful life events and psychological well-being in a Brazilian sample of older persons: The role of resilience. *Ageing International*, 36(4), 492–505. doi: 10.1007/s12126-011-9123-2
- Deci, E., & Ryan, R. (2000). The “What” and “Why” of Goal Pursuits: Human Needs and the Self-Determination of Behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227–268.
- Deci, E., & Ryan, R. (2008). Hedonia, eudaimonia, and well-being: An Introduction. *Journal of happiness Studies*, 9(1), 1-11.
- Díaz, D., Rodríguez-Carbajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., & van Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18(3), 572-577.
- Díaz V., Facal D., & Yanguas L. (2010). Funcionamiento psicológico y envejecimiento. Aprendizajes a partir de estudios longitudinales. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 45(6), 350–357.
- Diener, E. (1984). Subjective Well-Being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542-575.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
- Dierendonck, D., Díaz, E., Rodríguez-Carvajal, Blanco, A., & Moreno-Jiménez. (2008). Ryff's Six-factor Model of Psychological Well-being, A Spanish Exploration. *Social Indicators Research*, 87, 473–479.
- Dunbar, M., Ford, G., Hunt, K., & Der, G. (2000). Question wording effects in the assessment of global self-esteem. *European Journal of Psychological Assessment*, 16, 13–19.
- Eisenarth, C. (2012). Does self-esteem moderate the relations among perceived stress, coping, and depression? *College Student Journal*, 46(1), 149-157.
- Ferguson, S., & Goodwin, A. (2010). Optimism and well-being in older adults: The mediating role of social support and perceived control. *Aging and human development*, 71(1), 43-68.
- Fernandez, H., Vasconcelos-Raposo, J., & Teixeira, C. (2010) Preliminary Analysis of the Psychometric Properties of Ryff's Scales of Psychological Well-Being in Portuguese Adolescents. *The Spanish Journal of Psychology*, 13(2), 1032-1043.
-

- Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón M. D., López, M. D., Molina, M. A., Díez, J., Montero, P., & Schettini del Moral, R. (2010). Envejecimiento con éxito: criterios y predictores. *Psicothema*, 22(4), 641-647.
- Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Gerontología social*. Madrid: Piramide.
- Fernández-Ballesteros, R. (2001). Psychology and ageing: international challenges for XXI century. *Intervención Psicosocial*, 10(3), 277-28.
- Fierro, A., & Rando, B. (2007). Escala Eudemon de bienestar personal: características psicométricas. *Anuario de Psicología*, 38(3), 401-412.
- Freire, C., Ferradás, M. M., Núñez, J. C. & Valle, A. (2018). Coping flexibility and eudaimonic well-being in university students. *Scandinavian Journal of Psychology* 59(4),433-442. <https://doi.org/10.1111/sjop.12458>
- Frey, D. & Carlock, J. (1991). Practical techniques for *enhancing self-esteem*. United States: Accelerated development.
- García, A., Marín, M., & Bohórquez, M. (2012). Autoestima como variable psicosocial predictora de la actividad física en personas mayores. *Revista de Psicología del Deporte*, 21(1), 195-200.
- García, C., & Reyes-Lagunes, I. (2000). Estructura del locus de control en México. La psicología social en México. *La psicología social en México*, 7, 158-164.
- García, T. (1999). *Bienestar subjetivo y locus de control en jóvenes mexicanos*. Tesis de licenciatura. México: Facultad de psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- García-Cadena, C., Moral de la Rubia, J., Díaz-Díaz, H., Martínez-Rodríguez, J., Sánchez-Reyes, L., & López-Rosales, F. (2013). Effect of family strength over the psychological well-being and internal locus of control. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 5(2), 33-46.
- Gerstorf, D., Mayraz, G., Lindenberger, U., Ram, N., Hidajat, M., Wagner, G., & Schupp, J. (2010). Late-Life Decline in Well-Being Across Adulthood in Germany, the United Kingdom, and the United States: Something Is Seriously Wrong at the End of Life. *Psychology and Aging*, 23(2), 477-485.
- Gerstorf, D., Ram, C., Lindenberger, U., & Smith J. (2008). Decline in life satisfaction in old age: Longitudinal evidence for links to distance to death. *Psychology and Aging*, 23,154–68.
- Góngora, C., & Reyes, L. (1999). La Estructura de los Estilos de Enfrentamiento: Rasgo y Estado en un Ecosistema Tradicional Mexicano. *Revista Sonorense de Psicología*, 13(2), 3-14.
-

- Góngora, C. (2002). Personalidad y cultura ¿cómo enfrentamos los problemas de la vida? *Revista de la Universidad Autónoma de Yucatán*, 221(21), 20-33.
- Góngora, E. (2000). *El enfrentamiento a los problemas y el papel del control: una visión etnopsicológica en un ecosistema con tradición*. Tesis de doctorado. México: Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Góngora, V., & Casullo, M. (2009). Factores protectores de la salud mental: un estudio comparativo sobre valores, autoestima e inteligencia emocional en Población clínica y población general. *Interdisciplinaria*, 26(2), 183-205.
- González, F. (2013). *Prácticas parentales, Bienestar psicológico y conductas de riesgo en adolescentes*. Tesis de Doctorado. México: Facultad de psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- González, R., Montoya, I., Casullo, M., & Bernabéu, J. (2002). Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes *Psicothema*, 14(2), 363-368.
- Gonzalez, R., Landero, H., & Ruiz, D. (2008). Modelo estructural predictor de la salud mental y física en mujeres. *Pan American Journal of Public Health* 23(2), 101-108.
- González-Celis, A., & Padilla, A. (2006). Calidad de vida y estrategias de Afrontamiento ante problemas y enfermedades en ancianos de la ciudad de México. *Universitas Psychologica*, 5(3), 501-509.
- González-Villalobos J., & Marrero, R. (2017). Determinantes sociodemográficos y personales del bienestar subjetivo y psicológico en población mexicana. *Suma Psicológica*, 24(1), 59-66.
- Gore, J., Griffin, D., & McNierney, D. (2016). Does Internal or External Locus of Control Have a Stronger Link to Mental and Physical Health? *Psychological Studies*, 61(3), 1-16.
- Griffore, R., Kallen, D. Popovich, S., & Powell, V. (1990). Gender differences in correlates of college students' self-esteem. *College Student Journal*, 24(3), 287-291.
- Gutierrez, M., Tomás, J., Galiana, L., Sancho, P., & Cebria, M. (2013). Predicting life satisfaction of the Angolan elderly: A structural model. *Aging & Mental Health*, 17(1), 94-101.
- Haider, Z., & Naeem, M. (2013). Locus of Control in Graduation Students. *Psychological Research International*, 6(1), 15 – 20.
- Halama, P. (2008). Confirmatory factor analysis of Rosenberg Self-Esteem scale in a sample of slovak high school and university students. *Psychological*, 50(3), 255-266.
- Hatcher, J., & Hall, L. (2009). Psychometric properties of the Rosenberg Self-Esteem Scale in African American single mothers. *Issues in Mental Health Nursing*, 30(2), 70-77.
-

- Henninger, D., Whitson, H., Cohen, H., & Ariely, D. (2012). Higher Medical Morbidity Burden Is Associated with External Locus of Control. *Journal of The American Geriatrics Society*, 60, 751–755.
- Heun, R., Burkart, M., Maier, W., & Bech, P. (1999). Internal and external validity of the WHO Well-Being Scale in the elderly general population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 99, 171-178.
- Hirayama, R., & Walker, A. J. (2011). When a partner has a sexual problem: gendered implications for psychological well-being in later life. *The Journals of Gerontology*, 66(6), 804–813.
- Hobfoll, S. (1989). Conservation of Resources. A New Attempt at Conceptualizing Stress. *American Psychologist*, 44(3), 513-524.
- Hu, L., & Bentler, P. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6(1), 1-55.
- Huelsz, L. (2009). *Investigación psicológica del mundo interno. Ser, deber ser, querer ser y autoestima*. Tesis de Maestría. México: Facultad de psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Huppert, A. (2004). Well-being: towards an integration of psychology, neurobiology and social science. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London*, 359, 1447–1451.
- Huppert, F., & So, T. (2013). Flourishing across Europe: application of a new Conceptual framework for defining well-being. *Social Indicators Research*, 110(3), 837–861. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s11205-012-0030-z>.
- Hutchinson, A.K., Stuart, A.D., & Pretorius, H.G. (2010). Biological contributions to wellbeing: The relationships amongst temperament, character strengths and resilience. *Journal of Industrial Psychology*, 36(2), 1-10.
- Hutz, C., & Cristian Zanon. (2011). Revisão Da Adaptação, Validação E Normatização Da Escala De Autoestima De Rosenberg. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. *Avaliação Psicológica*, 10(1) 41-49.
- Hyun, C., Ju, S., & Sohyunes, S. (2012). Factors influencing the successful aging of older Korean adults. *Contemporary Nurse*, 41(1), 78–87.
- Instituto Nacional de Geriatria (2013). *Foro: envejecimiento y salud: Investigación para un plan de acción*. Disponible en: <http://www.geriatria.salud.gob.mx/interior/noticia>
-

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2012). *"Estadísticas a propósito del Día internacional de las Personas de Edad"*, Datos Nacionales. XII Censo General de Población y Vivienda 2000. Disponible en www.inegi.gob.mx/inegi/
- Iraj, Z., Mahbubeh, F., Alireza, G., Zahra, H., & Azizolha, M. (2017). The role of social support and coping strategies in the prediction of psychological well-being in type 2 diabetic patients of zahedan. *Journal of Cancer Research & Therapeutics*, *13*, 439-449.
- Ismail, Z., & Desmukh, S. (2012). Religiosity and Psychological Well-Being. *International Journal of Business and Social Science*, *3*(11), 20-28.
- Izquierdo, M. (2005). Psicología del desarrollo de la edad adulta. Teorías y contextos. *Revista Complutense de Educación*, *16*(2), 601 – 619.
- Jain M. & Singh, S. (2015). Locus of control and its relationship with mental health and adjustment among adolescent females. *Journal of Mental Health Human Behavior*, *20*, 16-21.
- James, W. (1890). *Principles of psychology*. New York: Henry Holt.
- Joshanloo, M. (2011). Investigation of the Contribution of Spirituality and Religiousness to Hedonic and Eudaimonic Well-Being in Iranian Young Adults. *Journal of Happiness Studies*, *12*, 915–930.
- Kahana, E., Bhatta, T., Lovegreen, L., Kahana, B., & Midlarsky, E. (2013). Altruism, Helping, and Volunteering: Pathways to Well-Being in Late Life. *Journal of Aging and Health*, *25*(1), 159–187.
- Kahana, E., Kelley-Moorea, & Kahana, B. (2012). Proactive aging: A longitudinal study of stress, resources, agency, and well-being in late life. *Aging & Mental Health*, *16*(4), 438–451.
- Karasawa, M., Curhan, K., Markus, H., Kitayama, S., Love, G., Radler, B.,... Ryff, C. (2011). Cultural Perspectives on aging and Well-Being: A Comparison of Japan and the U.S. *The International Journal of Aging and Human Development*, *73*(1), 73–98.
- Kenny, D., Kaniskan, B., & McCoach, B. (2014). The Performance of RMSEA in Models with Small Degrees of Freedom. *Sociological Methods & Research*, *44*(3) 1-22.
- Keyes, C., Shmotkin, D., & Ryff, C. (2002). Optimizing Well-Being: The Empirical Encounter of Two Traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, *82*(6), 1007–1022.
- Khatib, S. (2012). Exploring the Relationship among Loneliness, Self-esteem, Self-efficacy and Gender in United Arab Emirates College Students. *Europe's Journal of Psychology*, *8*(1), 159-181.
-

- Kim, E., Sun, J., Park, N., & Peterson, C. (2013). Purpose in life and reduced incidence of stroke in older adults: "The Health and Retirement Study". *Journal of Psychosomatic Research*, 74(5),427-32.
- Kishida, Y., Kitamura, T., Gatayama, R., Matsuoka, T., Miura, S., & Yamabe. K. (2004). Ryff's psychological well-being inventory: Factorial structure and life history correlates among japanese university students. *Psychological Reports*, 94(1), 83-103.
- Kline, R. B. (2011). *Principles and practice of structural equation modeling* (3rd ed.). New York: Guilford Press.
- Knappe, S., & Pinguart, M. (2009). Tracing criteria of successful aging? Health locus of control and well-being in older patients with internal diseases. *Psychology, Health & Medicine*, 14(2), 201–212.
- Knoop, R. (1981). Age and correlates of locus of control. *The journal of psychology*, 108, 103-106.
- Kormanik, B., & Rocco, S. (2009). Internal Versus External Control of Reinforcement: A Review of the Locus of Control Construct. *Human Resource Development Review*, 8(4), 463-483.
- Krause, N (1987). Chronic Strain, Locus of Control, and Distress in Older Adults. *Psychology and aging*, 2(4), 375-382.
- Krause, N., Jay, G., & Liang, J (1991). Financial strain and psychological well-being among the American and Japanese elderly. *Psychology and Aging*, 6(2), 170-181.
- Krok, D. (2015). The role of meaning in life within the relations of religious coping and psychological well-being. *Journal of Religion and Health*, 54, 2292–2308.
- Krzemien, D. (2007). Estilos de Personalidad y Afrontamiento Situacional Frente al Envejecimiento en la Mujer. *Interamerican Journal of Psychology*, 41(2), 139-150.
- Krzemien, D., Monchiatti, A., & Urquijo, S. (2006). Afrontamiento activo y adaptación al envejecimiento en Mujeres de la ciudad de Mar de Plata: Una revisión de la estrategia de autodistraccion. *Interdisciplinaria*, 22(2), 183-210.
- La Rosa, J. (1986). *Escalas de locus de control y autoconcepto: construcción y validación*. Tesis de doctorado. México: Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Laborin, A., & Vera, N. (1999). Bienestar subjetivo y su relación con locus de control y enfrentamiento. *La Psicología Social en México*, 3, 192-199.
- Laborín, J. Vera, J. Durazo, F., & Parra, E. (2008). Composición del locus de control en dos ciudades latinoamericanas. *Psicología desde el Caribe*, 22, 63-83.
- Lachman, M. (1986). Locus of Control in Aging Research: A Case for Multidimensional and Domain-Specific Assessment. *Journal of Psychology and Aging*, 1(1), 34-40.
-

- Lane, A. M., Jones, L., & Stevens, M. J. (2002). Coping with failure: The effects of self-esteem and coping on changes in self efficacy. *Journal of Sport Behavior*, 25(4), 331-345.
- Lazarus, R., & Folkman S. (1991) *Estrés y procesos cognitivos*. México; Roca.
- Lehr., U. (1988). *Psicología de la senectud*. Barcelona: Herder.
- Levenson, H. (1973). Multidimensional Locus of control in psychiatric patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41(3), 397-404.
- Lin, C., Louisa, T., & Liu, R. (2013). Volunteerism and positive Aging in Hong Kong: A Cultural Perspective. *Journal of Aging and Human Development*, 77(3), 211-231.
- Lindfors, L., & Lundberg, U. (2002). Is low cortisol release an indicator of positive health? *Stress and Health* 18(4), 153–160.
- Lewis, M., Edwards, A., & Burton, M. (2009). Coping with Retirement: Well-Being, Health, and Religion. *The Journal of Psychology*, 143(4), 427–448.
- Luo, Y., & Waite, L. J. (2011). Mistreatment and psychological well-being among older adults: exploring the role of psychosocial resources and deficits. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 66(2), 217-29.
- MacCallum, R., Browne, M., & Sugawara, H. (1996). Power Analysis and Determination of Sample Size for Covariance Structure Modeling. *Psychological Methods*, 1(2), 130- 149.
- Malhotra, R. (2017). Locus of control and well-being among college students. *Indian Journal of Positive Psychology*, 8(2), 231-236.
- Manzano, P., & Zamora, M. (2009). *Sistema de ecuaciones estructurales: una herramienta de investigación*. México: Centro Nacional de Evaluación para la Educación Superior, A.C.
- Marks, L. I. (1998). Deconstructing locus of control: Implications for practitioners. *Journal of Counselling and Development*, 76(3), 251-259.
- Markus, H & Kitayama, S. (1991). Culture and the Self: Implications for Cognition, *Emotion, and Motivation Psychological Review*, 98(2), 224-253.
- Martín, S., Lucas, M., & Pulido, V. (2011). Diferencias de género en el afrontamiento en la adolescencia. *BROCAR*, 35, 157-166.
- Martín-Albo, J., Núñez, J., Navarro J., & Grijalvo, F. (2009). Un modelo motivacional explicativo del bienestar psicológico en la universidad. *Revista Mexicana de Psicología*, 26(1), 41-50.
- Martín-Albo, J., Núñez, J., Navarro, J., & Grijalvo, F. (2007). The Rosenberg self-esteem scale: Translation and validation in university students. *The Spanish Journal of Psychology*, 10(2), 458-467
- Mayordomo, T., Viguier, P., Sales, A., Satorres, E., & Meléndez, J. (2016). Resilience and Coping as Predictors of Well-Being in Adults, *The Journal of Psychology*, 150(7), 1–13.
-

- Mayordomo-Rodríguez, T., Meléndez-Moral, J., Viguer-Segui, P., & Sales-Galán, A. (2015). Coping Strategies as Predictors of Well-Being in Youth Adult. *Social Indicators Research*, 122(2), 479–489
- Medina-Calvillo, M., Gutiérrez-Hernández, C., & Padrós-Blázquez, F. (2013). Propiedades psicométricas de la escala de bienestar psicológico de Ryff en población mexicana. *Revista de Educación y Desarrollo*, 27, 25-30.
- Meléndez, J., Mayordomo, T., Sancho, P., & Tomás, J. (2012). Manual of coping strategies: gender differences and development throughout life span. *The Spanish Journal of Psychology*, 15(3), 1089-1098.
- Meléndez, M., J., Tomás, M., & Navarro, Pardo, D. (2008). Análisis del bienestar en la vejez según la edad. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 43(2), 90-5.
- Mendes, F. (2013). Active ageing: A right or a duty? *Health Sociology Review*, 22(2), 174–185.
- Miles, J., & Shelvin, M. (2011). *Applying Regression & correlation. A guide for Students and Researchers*. United States: SAGE.
- Mimura, C., & Griffiths, P. (2007). A Japanese version of the Rosenberg Self-Esteem Scale: translation and equivalence assessment. *Journal of Psychosomatic Research*, 62(5), 589-94.
- Miquelon, P., & Vallerand, R. (2008). Goal Motives, Well-Being, and Physical Health: An Integrative Model. *Canadian Psychological*, 49(43), 241–249.
- Mobarakeh, M., Juhari, R., Yacoob, S., & Redzuan, M. (2015). Locus of control and psychological well-being among Iranian adolescent migrants in Kuala-Lumpur, Malaysia. *American International Journal of Research in Humanities, Arts and Social Sciences*, 10(3), 310-313.
- Mock, S., E., & Eibach, R., P. (2011). Aging Attitudes Moderate the Effect of Subjective Age on Psychological Well-Being: Evidence From a 10-Year Longitudinal Study. *Psychology and Aging*, 26(4), 979-986.
- Momtaz, Y., Ibrahim, R, Hamid, R., & Yahaya, N. (2011). Sociodemographic predictors of elderly's psychological well-being in Malaysia. *Aging & Mental Health*, 15, 437–445.
- Montero, L., & Rivera, L. (2009). High adaptative value in psychological maladjustment in elders. *Journal of Behavior, Health and Social Issues*, 1(1), 59-67.
- Montes De Oca, Z. (2001). *El envejecimiento en México: Un análisis sociodemográfico de los apoyos sociales y el bienestar de los adultos mayores*. Tesis de Doctorado. México: Colegio de México.
-

- Moreira, G., Rodrigues, M., & Masako, L. (2004). Adaptacao Culturale validacao da versao brasileira da escala de autoestima de Rosenberg. *Revista da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plastica*, 19(1), 41-51.
- Mruk, C. (2008). The Psychology of Self-Esteem: A Potential Common Ground for Humanistic Positive Psychology and Positivistic Positive Psychology. *The Humanistic Psychologist*, 36, 143–158.
- Navarro, A., Meléndez, E., Molina, C., & Tomás, J. M., (2009). Modelo de ecuaciones estructurales para predecir bienestar y ABVD en adultos mayores de la Republica Dominicana. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 26, 189-196.
- Navarro, C. (2006). *Prácticas parentales de alimentación, locus de control y su relación con el índice de masa corporal de niños(as) preescolares y escolares*. Tesis de doctorado. México: Facultad de psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Netz, Y., Wu, M., Becker, B., & Tenenbaum, G. (2005). Physical activity and psychological well-being in advanced age: a meta-analysis of intervention studies. *Psychology and Aging*, 20(2), 272-284.
- Niño, Z. (2012). *Envejecimiento femenino desde la mirada de género*. Tesis de Maestría. México: Escuela Nacional de Trabajo Social, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Noriega, J. et al. (2007). Enfrentamiento: Una comparación transcultural entre dos contextos culturales latinoamericanos. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 2(1), 61-77.
- Noshi, Z. & Uzma, A. (2014). Predictive role of problem focused coping in the psychological well-being of university students. *Journal of Pakistan Psychiatric Society*. 11(2), 23-25.
- Novoa G., Vargas G., Obispo C., Pertuz V., & Rivera P. (2010). Evaluación de la calidad de vida y bienestar psicológico en pacientes postquirúrgicos con cáncer de tiroides. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10(2), 315-329.
- Nunn, G. (1994). Adult learner's locus of control, self-evaluation and learning performance as a function of age. *Journal of Instructional Psychology*, 22(3), 260-265.
- Nuñez, J., León, J., Gonzalez, V., & Martín-Albo, J. (2011). Propuesta de un modelo explicativo del bienestar psicológico en el contexto deportivo. *Revista de Psicología del Deporte*. 20(1), 123-142.
- Oliver, A., Navarro, E., Meléndez, J. C., Molina, C., & Tomás, J. M., (2009). Modelo de ecuaciones estructurales para predecir bienestar y ABVD en adultos mayores de la Republica Dominicana. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 26, 189-196.
- Oramas, V., Santana, L., & Vergara, B. (2006). El bienestar psicológico, un indicador positivo de la salud mental. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, 7(2), 34-49.
-

- Organización Mundial de la Salud. (2000). *Women's mental health: an evidence-based review*. Ginebra: OMS.
- Oros, L. (2005). Locus de control: Evolución de su concepto y operacionalización. *Revista de Psicología*, 14(1), 89-97.
- Orth, U., Robins, R., Maes, J., Trzesniewski, K., & Schmitt, M. (2009). Low Self-Esteem Is a Risk Factor for Depressive symptoms from young adulthood to old age. *Psychology*, 118(3), 472-478.
- Orth, U., Trzesniewski, K., & Robins, R. (2010). Self-esteem development from young adulthood to old age: a cohort-sequential longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 98(4), 645-658.
- Ortiz, J., & Castro S. (2009). The psychological well-being of the elderly and their relation with self-esteem and self- efficiency. *Ciencia y Enfermería*, 15(1), 25-31.
- Palomar J., & Valdés M. (2004). Pobreza y locus de control. *Interamerican Journal of Psychology*, 38(2), 225-240.
- Pardo, A. (2003). Consideraciones generales sobre algunas de las teorías del envejecimiento. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 22(1), 58-67
- Pearlin, L. I., Menaghan, E. G., Lieberman, M. A., & Mullan. J. T. (1981). The stress processes. *Journal of Health and Social Behavior*, 22(4), 337-356.
- Powell, L., M., & Moss, M., S. (2002). Motivation in Later Life: Personal Projects and Well-Being. *Psychology and Aging*, 17(4), 539, 547.
- Prezza, M., Trombaccia, F. R., & Armento, R. (1997). La scala dell'autostima di Rosenberg: traduzione e validazione italiana. *Bollettino di Psicologia Applicata*, 223, 35-44.
- Pruchno, R., Burant, C., & Peters. N. (1997). Coping Strategies of People Living in Multigenerational Households: Effects on Well-Being, *Psychology and Aging*, 12(1), 115-124.
- Quevedo, R. & Carballeira, M. (2014). Does locus of control influence subjective and psychological wellbeing? *Personality and Individual Differences*, 60, 48–78
- Quintan, O. (2008). *Análisis de eventos significativos como referentes del propio envejecimiento en dos comunidades de ancianos en México y España*. Tesis doctoral. México: Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México
- Reyes, L. (1993). Las redes semánticas Naturales, su conceptualización y su utilización en la construcción de instrumentos. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 9(1), 81-97.
- Reyes-Lagunes, I., & García, T., & Barragán, L. F. (2008). Procedimiento de Validación Psicométrica Culturalmente Relevante: Un ejemplo. En S. Rivera, R. Díaz-Loving, R.
-

- Sánchez, & I. Reyes-Lagunes (Eds.), *La Psicología Social en México, XII* (pp. 625- 636). México: AMEPSO.
- Robins, R., Trzesniewski, K., Tracy, J., Potter, J., & Gosling, S. (2002). Global Self-Esteem Across the Life Span. *Psychology and Aging, 17*(3), 423–434.
- Roche, M., Haar, J., & Luthas, F. (2014). The Role of Mindfulness and Psychological Capital on the Well-Being of Leaders. *Journal of Occupational Health Psychology, 19*(4), 476-489.
- Rodriguez-Naranjo, C., Godoy, A., Jimenez, J. & Esteve R. (1992). Revision del constructo Lugar de control a partir de sus instrumentos de evaluación sobre poblaciones infantiles. *Estudios de psicología, 47*, 91-113.
- Rojas-Barahona, C., Zegers, B., & Förster, C. (2009). Rosenberg self-esteem scale: Validation in a representative sample of Chilean adults. *Revista Médica de Chile, 137*, 791-800.
- Romero, C., García-Mas T., & Brustad R. (2009). Estado del arte, y perspectiva actual del concepto de bienestar psicológico en psicología del deporte. *Revista Latinoamericana de Psicología, 4*(2), 335-347.
- Rotter, J. (1965). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied, 80*(1), 1-28.
- Ruini, C., Ottolini, F., Rafanelli, C., Ryff, C., & Fava, G. (2003). Italian validation of Psychological Well-being Scales (PWB). *Rivista di psichiatria, 38*(3), 117–130.
- Ryan, R. & Deci, E. (2000). Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-Being. *American Psychologist, 55*(1), 68-78.
- Ryan, R., & Deci, E. (2001). On happiness and human potentials: A Review of Research on Hedonic and Eudaimonic Well-Being. *Annual Review of Psychology, 52*, 141–66.
- Ryff, C. (1989a). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 57*(6), 1069-1081.
- Ryff, C. (1989b). Beyond Ponce de Leon and Life Satisfaction: New Directions in Quest of Successful Ageing. *International Journal of Behavioral Development, 12*(35), 35-55.
- Ryff, C. (1995). Psychological Well-Being in Adult Life. *Current Directions in Psychological Science, 4*(4), 99-104.
- Ryff, C. (2014). Psychological Well-Being Revisited: Advances in the Science and Practice of Eudaimonia. *Psychotherapy and Psychosomatic, 83*, 10–28. <https://doi.org/10.1159/000353263>
- Ryff, C., Dienberg, L., Urry, H., Muller, D., Rosenkranz, M., Friedman, M., ... Singer, B. (2006). Psychological Well-Being and Ill-Being: Do They Have Distinct or Mirrored Biological Correlates? *Psychotherapy and Psychosomatic, 75*, 85–95.
-

- Ryff, C., Singer, B., & Love, D. (2004). Positive health: connecting well-being with biology. *Philosophical Transactions Royal Society London*, 359(1449), 1383-1394.
- Sánchez-Cánovas, J. (2013). *Escala de bienestar psicológico*. Madrid: Tea.
- Sanjuán, P. & Ávila, M. (2016). Afrontamiento y motivación como predictores del bienestar subjetivo y psicológico. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 21(1), 1-10.
- Satorres, P. (2013). *Bienestar psicológico en la vejez y su relación con la capacidad funcional y la satisfacción vital*. Tesis doctoral. Valencia: Universidad de Valencia.
- Schmitt, D., & Allik, J. (2005). Simultaneous Administration of the Rosenberg Self-Esteem Scale in 53 Nations: Exploring the Universal and Culture-Specific Features of Global Self-Esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 89(4), 623-642.
- Schoenmakers, E, Van Tilburg, T., & Fokkem, T. (2012). Coping with loneliness: What do older adults suggest? *Aging & Mental Health*, 16(3), 353–360.
- Schuz, B., Wurm, S., Warner, M., & Ziegelmann, P. (2012). Self-efficacy and multiple illness representations in older adults: A multilevel approach. *Psychology and Health*, 27(1), 13–29.
- Sebastián, J., Manos, D., Bueno, M., & Mateos, N. (2007). Imagen Corporal y Autoestima en mujeres con Cáncer de mama participantes en un Programa de Intervención Psicosocial. *Revista Ciencia y Salud*, 18(2), 137- 161.
- Secretaria de Salud. (2011). *Diagnóstico y tratamiento de la depresión en el adulto mayor en el primer nivel de atención*. México: CENETEC.
- Seligman, M. (2011). *Flourish: a visionary new understanding of happiness and well-being*. New York: Free Press.
- Shaw, B. & Liang, J., & Krause, N. (2010). Age and Race Differences in the Trajectories of Self-Esteem. *Psychology and Aging*, 25(1), 84-89.
- Shojaee, M. French, C. (2014). The Relationship between Mental Health Components and Locus of Control in Youth. *Psychology*, 5(8), 966-978.
- Silla, I., De Cuyper, N., Gracia, F., Peiro, J., & De Witte, H. (2009). Job Insecurity and Well-Being: Moderation by Employability. *Journal of Happiness Studies*, 10, 739–751.
- Silva, F., Sartore, B., & Alves, G. (2011). Locus of control in health and self-esteem in type-2 diabetic patients. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(4):853-369.
- Sindi, S., Juster, R., Wan, N., Nair, P., Kin, Y., & Lupien, S. (2012). Depressive symptoms, cortisol, and cognition during human aging: The role of negative aging perceptions. *Stress*, 15(2), 130–137.
- Siu, O. C., Spector, P., & Donald, I. (2001). Age Differences in Coping and Locus of Control: A Study of Managerial Stress in Hong Kong. *Psychology and Aging*. 16(4), 707-710.
-

- Skinner, E., Edge, K., Altman, J., & Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: A review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin*, 129, 216-269.
- Slocum-Gori, S. L., & Zumbo, B. D. (2011). Assessing the unidimensionality of psychological scales: Using multiple criteria from factor analysis. *Social Indicators Research*, 102, 443-461.
- Snyder, C., & Dinoff, B. (1999). Coping. Where have you been? In C. Snyder (Ed.), *Coping. The Psychology of What Works* (pp.15-30) New York: Oxford.
- Solis, M., & Vidal, M. (2006). Estilos y estrategias de afrontamiento en adolescentes. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. 7(1), 33-39.
- Sook-Young, K., & Sohyune, R. (2013). Factors influencing the life satisfaction in the older Korean women living alone. *Contemporary Nurse*, 44(1), 111–119.
- Stefani, D., & Feldberg, C. (2006). Estrés y estilos de afrontamiento en la vejez: Un estudio comparativo en senescentes argentinos institucionalizados y no institucionalizados. *Anales de Psicología*, 22(2), 267-272.
- Stephens, C. (2010). Health and Ageing Challenges for Health Psychology Research. *Journal of Health Psychology*, 15(5), 643–648.
- Supple, A., Su, J., Plunkett, S., Peterson, G., & Bush, K. (2012). Factor Structure of the Rosenberg Self-Esteem Scale. *Journal of Cross-Cultural Psychology* 44(5) 748-764.
- Taylor, S., & Stanton, A. (2007). Coping Resources, Coping Process, and Mental Health. *Annual Review of Clinical Psychology* 3, 377-401.
- Thumala, D. (2011). *Formas de afrontamiento a las pérdidas asociada al envejecer. Tesis de doctorado*. Chile: Facultad de ciencias sociales, Universidad de Chile.
- Tomas, J., Meléndez, J., Oliver, A., Navarro, E., & Zaragoza, G. (2010). Efectos de método en las escalas de Ryff: Un estudio en población de personas mayores. *Psicológica*, 31, 383-400.
- Tomas, J., Sancho, P., Melendez, J., & Mayordomo, T, (2012). Resilience and coping as predictors of general well-being in the elderly: A structural equation modeling approach. *Aging & Mental Health*, 16(3), 317–326.
- Triandis, H. (2001). Individualims-Collectivism and personality. *Journal of personality*, 69(6), 907-924
- Uhlenberg, P. (2013). Demography is not destiny the challenges and opportunities of global population aging. *Journal of the American Society on Aging*, 37(1), 12-18
-

- Uribe, A., Ramos, I., Villamil, I., & Palacio, J. E. (2018). La importancia de las estrategias de afrontamiento en el bienestar psicológico en una muestra escolarizada de adolescentes. *Psicogente*, 21(40), 186-221.
- Van Dierendonck, D. (2005). The construct validity of Ryff's Scales of Psychological Well-being and its extension with spiritual well-being. *Personality and Individual Differences*, 36, 629-643.
- Varela, M., & Mata, V. (2004). Diferencia de locus de control en niños y niñas de siete, nueve y once años. *Revista Electrónica de Psicología*, 7(2), 91-101.
- Vázquez, A., Jiménez, R., & Vázquez, R. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de Psicología*, 22(2), 247-255.
- Vazquez, C., Hervas G., Rahona J., & Gómez, D. (2009). Bienestar psicológico y salud: aportaciones desde la psicología positiva. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 5, 15-28.
- Véliz, A. (2012). Propiedades psicométricas de la Escala de Bienestar Psicológico y estructura factorial en universitarios chilenos. *Psicoperspectivas*, 11(2), 143-163.
- Vera, J., Laborín, J., Domínguez, M., Parra, E., & Padilla, M. (2009). Locus of control, self-concept, and orientation toward success in aged adults of the northern of Mexico. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 14(1), 119-135.
- Vera, J., Batista, F., Laborín, J., Souza, L., & Coronado, G. (2003). Locus de controle em uma populacao do noreste brasileiro. *Psicologia: Teoría e pesquisa*, 19(2), 211-220.
- Vera-Villaruel, P., Urzúa M., A., Silva, J. R., Pavez, P., & Celis-Atenas, K. (2013). Escala de Bienestar de Ryff: Análisis Comparativo de los Modelos Teóricos en Distintos Grupos de Edad. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 26(1), 106-112.
- Verduzco, A., Lara-Cantú, M., Gary, X., & Rubio, S. (1989). Un estudio sobre la autoestima en niños en edad escolar: datos normativos. *Salud Mental*, 12(3), 50-64.
- Versey, H., Stewart, A., & Duncan, L. (2013). Successful Aging in Late Midlife: The Role of Personality Among College-Educated Women. *Journal of Adult Development* 20(2), 63-75.
- Wagner, J., Lang, F., & Neyer, F. (2013). Self-esteem across adulthood: the role of resources. *European Journal of Ageing*, 11(2), 109-119.
- Wagner, J., Gerstorf, D., Hoppmann, C., & Luszcz, M. A. (2013). The Nature and Correlates of Self-Esteem Trajectories in Late Life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 105(1), 139-153.
-

- Wagner, J., Lüdtke, O., Jonkmann, K., & Trautwein U. (2013). Cherish yourself: longitudinal patterns and conditions of self-esteem change in the transition to young adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology, 104*(1), 148-163.
- Wallace, M., Barry, C., Zeigler-Hill, V., & Green, B. (2012). Locus of Control as a Contributing Factor in the Relation Between Self-Perception and Adolescent Aggression. *Aggressive Behavior, 38*, 213–221.
- Warr, P. (1990). The measurement of well-being and other aspects of mental health. *Journal of Occupational Psychology, 63*, 193-210.
- Waterman, A. (1993). Two conceptions of happiness: contrasts of personal expressiveness (eudaimonia) and hedonic enjoyment. *Journal of Personality and Social Psychology, 64*, 678–91.
- Watson, D. C. (1998). The relationship of self-esteem, locus of control, and dimensional models to personality disorders. *Journal of Social Behavior & Personality, 13*(3), 39.
- Watson, D., David, J., & Suls, J. (1999). Personality, affectivity, and coping In C. Snyder (Ed.), *Coping. The Psychology of What Works* (pp.15-30). New York: Oxford.
- Westermeyer, J. (2013). Predictors and Characteristics of Successful Aging Among Men: A 48-Year Longitudinal Study. *Aging and Human Development, 76*(4), 56-78.
- Wiest, M., Schuz, B., & Wurm, S. (2012). Life satisfaction and feeling in control: Indicators of successful aging predict mortality in old age. *Journal of Health Psychology, 18*(9), 1199-1208.
- Wilson, R. S., Boyle, P. A., Segawa, E., Yu, L., Begeny, C. T., & Anagnos, S. E. (2013). The Influence of Cognitive Decline on Well-Being in Old Age. *Psychology and Aging, 28*(2), 304-313.
- Winefield, H., Gill, T., Taylor, A., & Pilkington, R. (2012). Psychological well-being and psychological distress: is it necessary to measure both? *Psychology of Well-Being: Theory, Research and Practice, 2*(3), 1-14.
- Wink, P., & Dillon, M. (2003). Religiousness, Spirituality, and Psychosocial Functioning in Late Adulthood: Findings from a Longitudinal Study. *Psychology and Aging, 18*(4), 916-924.
- Wolinsky, F. et al. (2009). Does cognitive training improve internal locus of control among older adults? *Journal of Gerontology: Social Sciences, 65*(5), 59-598.
- Yagosesky, R. (1998). *Autoestima en palabras sencillas*. Venezuela: Júpiter.
- Zampieri, M., De Sousa, P., & Abib, E. (2011). Locus of control, depression, and quality of life in Parkinson's Disease. *Journal of Health Psychology, 16*(6), 980-987.
- Zavala, G., Vidal, G., Castro, S., Quiroga, P., & Klassen., P. (2006). Funcionamiento social del adulto mayor. *Ciencia y Enfermería, 12*(2), 53-62.
-

- Zavala, Y., Rivas, L., Andrade, P., & Reidl, M. (2008). Validación del instrumento de estilos de enfrentamiento de Lazarus y Folkman en adultos de la Ciudad de México. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación, 10*(2), 159-182.
- Zhang, L., & Leung J. (2002). Moderating effects of gender and age on the relationship between self-esteem and life satisfaction in mainland Chinese. *International Journal of Psychology, 37*(2), 83–91.
-

Anexo I. Acuerdo de participacion y datos sociodemograficos



Universidad Nacional Autónoma de México Facultad de Estudios Superiores Zaragoza



El programa de Maestría y doctorado en Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, con entidad en la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza (FES Zaragoza), le invitan atentamente a participar en la siguiente encuesta. Su Participación es totalmente anónima y confidencial, la información obtenida permitirá obtener datos sobre situaciones cotidianas. Le invitamos a contestar todas las afirmaciones, recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas, procure contestar de forma sincera y honesta, solo nos interesa su opinión.

Firma de acuerdo para participar _____

Agradecemos de antemano su cooperación.

Edad: _____

Sexo

Hombre ()
Mujer ()

Escolaridad

Primaria ()
Secundaria ()
Medio superior ()
Superior ()
Posgrado ()
Sin escolaridad ()

Estado civil

Soltero(a) ()
Casado(a) ()
Divorciado(a) ()
Viudo(a) ()

Anexo V. Escala de Autoestima

INSTRUCCIONES: a continuación se presentan una serie de enunciados, como puedes ver hay cuatro cuadros después de la frase, deberás marcar con una X el cuadro que represente mejor tu opinión respecto a la frase. Si marcas el cuadro **MÁS GRANDE Y CERCANO A LA FRASE** indica que **ESTÁS TOTALMENTE DE ACUERDO**. Si marcas el cuadro más **PEQUEÑO Y ALEJADO** indica que estas **MUY EN DESACUERDO CON LO QUE AFIRMA LA ORACIÓN**. El resto de los espacios indican diferentes grados, utilízalos para encontrar el punto adecuado para tu manera de pensar.

Ejemplo:

	Totalmente de acuerdo			Totalmente en desacuerdo
1. Soy una persona amigable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Contesta tan rápido como se te apossible, sin ser descuidado(a). Contesta en todos los renglones. Tus respuestas son totalmente confidenciales, recuerda qye debes responder "Como eres siempre, no como te gustaría ser"

1. En general, estoy satisfecho(a) conmigo mismo(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. A veces pienso que no soy bueno(a) en nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Siento que tengo algunas buenas cualidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Siento que no tengo mucho de que estar orgulloso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. A veces me siento realmente inútil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Siento que soy una persona de valor, al menos igual que la mayoría de la gente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Desearía tener más respeto por mí mismo(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. En general, me inclino a sentir que soy un fracasado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>