



Autoeficacia, Percepción de salud y soledad, sobre la calidad de vida en Adultos Mayores Self-Efficacy, Health Perception and Loneliness, on the Quality of Life in Older Adults

Ana Luisa González-Celis Rangel^{a*}, Lizbeth Lima Ortiz^{b*}

* Facultad de Estudios
Superiores Iztacala /
UNAM

RESUMEN

El incremento en la esperanza de vida y la disminución de la tasa de fecundidad ha provocado que la población de adultos mayores de 60 años vaya en constante aumento alrededor del mundo. En este sentido, el objetivo de esta investigación fue probar si existen diferencias entre los niveles de autoeficacia para realizar actividades cotidianas, percepción de salud y sentimientos de soledad, sobre la calidad de vida y sus dimensiones: satisfacción en las actividades, experiencia de autonomía, habilidades sensoriales, experiencia de intimidad, participación social y temor a la muerte, en adultos mayores del Estado de México. Los resultados reflejan que las puntuaciones de calidad de vida y su dimensión “participación social” son diferentes dependiendo del nivel de percepción de autoeficacia para actividades sociales. Asimismo, las puntuaciones de calidad de vida, para todas sus dimensiones, fueron diferentes a partir de la percepción de salud y de los sentimientos de soledad. La identificación de cómo la calidad de vida cambia de acuerdo al nivel de autoeficacia, percepción de salud y soledad, contribuye a la generación de intervenciones psicológicas que promuevan una mejor calidad de vida para esta población.

ABSTRACT

The increase in life expectancy and the decline in the fertility rate have caused the population of adults over 60 years of age to increase steadily around the world. In this sense, the objective of this research was to test if there are differences between the levels of self-efficacy to perform daily activities, health perception, and loneliness feelings, about the quality of life and its dimensions: satisfaction in activities, autonomy experience, sensory skills, intimacy experience, social participation and fear of death, in older adults in the State of Mexico. The results reflect that the quality of life scores and their “social participation” dimension are different depending on the level of self-efficacy perception for social activities. Likewise, the quality of life scores, for all their dimensions, were different from health perception and loneliness feelings. Identifying how the quality of life changes according to the level of self-efficacy, health perception and loneliness, contributes to the generation of psychological interventions that promote a better quality of life for this population.



Recibido: 24 de
septiembre;
aceptado: 4 de
noviembre de 2017



Palabras clave:
Vejez, calidad de
vida, autoeficacia,
salud, soledad.



Keywords: old age,
quality of life, self-
efficacy, loneliness,
health.



Se autoriza la reproducción total o parcial de los textos aquí publicados siempre y cuando se cite la fuente completa y la dirección electrónica de la publicación. CC-BY-NC-ND

INTRODUCCIÓN

El incremento en la esperanza de vida y la disminución de la tasa de fecundidad ha provocado que la población de adultos mayores de 60 años vaya en constante aumento, más que cualquier otro sector de población en la mayor parte de los países. En 2015, el Consejo Nacional de Población (Conapo) reportó que entre 2015 y 2050 el porcentaje de los habitantes mayores de 60 años aumentará del 12% al 22% y, para 2020, será superior al de niños menores de cinco años.

La vejez es parte del ciclo vital de los seres humanos; es la etapa final del desarrollo en la que aún se presentan cambios biológicos, psicológicos y sociales. Estos cambios pueden comenzar a partir de los 60 o 65 años de edad. En esta etapa, el cuerpo de los seres humanos se va deteriorando de manera gradual y se hacen evidentes diferentes problemas, el individuo pierde ciertas capacidades (físicas, sensoriales, funcionales, psicológicas y sociales) o habilidades que realizaba con facilidad.

Además de ir envejeciendo de manera natural y biológica, dicho proceso depende, a su vez, del entorno social donde el individuo se desenvuelve, ya que la economía, la familia, las personas con las que convive, e incluso el estado de la casa en donde habita, influyen en la vida y en el cuerpo de los seres humanos; todos estos factores se irán conjugando en uno solo e irán envejeciendo al cuerpo de los individuos (Carbajo, 2008). Es por ello que la calidad de vida puede verse seriamente afectada en esta población, debido a los cambios que se presentan, como por ejemplo, la jubilación, depresiones, desgaste emocional, entre otros; y por hacer frente a múltiples pérdidas como: salud, capacidad productiva, pareja, hermanos, amigos o seres amados; todo esto les genera un sentimiento de soledad.

En la actualidad, existen diversas definiciones sobre la calidad de vida, una de ellas menciona que ésta se determina por la interacción de una dualidad subjetiva-objetiva; la primera se refiere al bienestar o satisfacción, mientras que la segunda está relacionada con aspectos sociales, físicos y psíquicos (González-Celis y Gómez-Benito, 2013). Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) la ha conceptualizado como la percepción que tiene un individuo sobre su posición en la vida, en el contexto de su cultura y valores, bajo los cuales vive, en relación con sus metas, expectativas e intereses (Harper

y Power, 1998).

Por otro lado, Estrada *et al.* (2011) han dividido la calidad de vida en dos clases: 1) *positiva*, cuando se cuenta con buenas relaciones familiares y sociales, buena salud y condiciones materiales; y 2) *negativa* cuando el individuo tiene limitaciones funcionales, es infeliz y tiene nulas relaciones sociales. De esta forma, se ha manifestado que las pérdidas del estado de salud, de la red social y limitaciones funcionales son los principales factores que disminuyen la calidad de vida.

Una dimensión psicosocial que se incluye al medir la calidad de vida es la autoeficacia, definida como la evaluación de la propia capacidad de controlar, organizar y ejecutar efectivamente las conductas necesarias para manejar una situación (Bandura, 1993). Para los adultos mayores la autoeficacia está vinculada con el sentimiento de ser capaces de participar en la solución de cualquier circunstancia en su vida cotidiana, aportando soluciones, lo cual les permite crear estrategias para hacer frente a las adversidades (González-Celis y Padilla, 2006).

Por ello, resulta importante establecer vínculos interpersonales (Manyari, 2016) y mantener un buen ambiente para el desarrollo del individuo, ya que esto aumentará o disminuirá las creencias de eficacia (Pavón, 2015), permitiendo así mantener una buena percepción de autoeficacia que se traduzca en una buena calidad de vida.

Los ancianos que no perciben tener una buena autoeficacia tienden a mostrar una baja autoestima y sentimientos negativos sobre sus capacidades, pues se creen incapaces de solucionar ciertos conflictos (Ortiz y Castro, 2009). Así, la autoeficacia es entendida como la confianza que surge a partir de las capacidades que poseen las personas para realizar cualquier actividad que se proponga.

Por el contrario, cuando el adulto mayor pierde recursos y roles tiene que hacer frente a cambios importantes en diferentes dominios de su vida y, con ello, reevaluar sus propias capacidades; sin embargo, aún tiene la posibilidad de mejorar su autoeficacia, conservando al máximo el cuidado de sí mismo y la productividad, a través de las actividades de la vida diaria, ya que gracias a ello se retarda el proceso de deterioro funcional, físico,

psicológico y social (González-Celis, 2013).

Otro indicador de la calidad de vida es la funcionalidad, relacionada con la salud en la vejez, la cual depende de la capacidad para realizar actividades normales y cotidianas, donde es necesario contar con recursos sociales, económicos y ambientales para mantener un estilo de vida independiente y una buena salud (Rodríguez *et al.*, 2015).

Trinidad *et al.* (2013) mencionan que la salud auto-percibida forma parte del concepto global de calidad de vida, además de ser una medida válida para conocer el estado de salud del individuo. Siguiendo esta línea, Peláez, Acosta y Carrizo (2015) mencionan que este indicador resulta útil para medir el nivel de salud de una población, ya que puede advertir la presencia de enfermedades crónicas. En su estudio muestran que la autopercepción de salud está relacionado de manera directa con la calidad y satisfacción de vida. Para Pitkala y Liira (2017), la autoevaluación de la salud es un fuerte predictor de morbilidad, mortalidad y utilización de la asistencia sanitaria; sin embargo, es importante resaltar que la autopercepción de la salud no es una aproximación al estado de salud de las personas (Moreno, Huerta, y Albalaca, 2014).

Así, la percepción de salud incluye aspectos que contribuyen a que el sujeto perciba un grado de bienestar o malestar con su vida, los cuales tienen un impacto en su salud. Esta percepción está vinculada con una valoración subjetiva, puesto que depende del estado fisiológico, de las habilidades funcionales y del bienestar psicológico y social.

Por otro lado, la soledad se ha convertido en un problema en la actualidad. Teniendo en cuenta que las personas son seres sociales por naturaleza desde su nacimiento hasta que mueren, la soledad afecta intensamente a la calidad de vida en cuanto perjudica al vínculo persona-entorno social (Sanz, 2016).

Buz (2013) considera que la soledad implica una serie de sentimientos de vacío y tristeza como resultado de la pérdida de seres queridos, no tener familia o amigos, o bien, tenerlos lejos y no sentirse útil. Fokkema, De Jong y Dykstra (2012) describen la soledad como una evaluación subjetiva en la que el número de relaciones es menor de las que el individuo desea tener.

La soledad es un concepto poco mencionado en la sociedad, esto se debe a la renuencia de las personas a

admitirla, pues se pasa por un estado de vergüenza al admitir que se está o ha estado solo. Cabe mencionar que ésta es una de las principales fuentes de sufrimiento para el ser humano y uno de los principales temores que manifiestan las personas mayores. Los problemas generados de este sentimiento son diversos y pueden llegar a ser graves: recuerdo obsesivo de los seres queridos fallecidos, desilusión por la vida, situaciones familiares adversas, desmejoramiento de la salud, descuido de su propia persona y depresión (Sánchez, 2015). Por el contrario, la soledad puede ser necesaria como medio para encontrarse a sí mismo y tener conciencia de la propia identidad; puede ser experimentada como una oportunidad en la cual el adulto mayor puede apropiarse, construir y disfrutar de nuevos proyectos que les permitan darle distintos sentidos a su vida (Scarimbo, 2016), o bien, como una condición desfavorable o involuntaria.

Sanz (2016) clasifica a la soledad en objetiva y subjetiva; la primera se refiere a la falta de compañía por la deficiencia de relaciones, es decir, está vinculada a relaciones físicas; la segunda es aquella en la cual la persona se encuentra en soledad obligada, a pesar de convivir, relacionarse o estar acompañado de otras personas. Este último tipo es la más preocupante y devastadora, ya que se vive en contra de la voluntad de la persona, creando sentimientos negativos. Lo anterior se demuestra en el estudio de Schoenmakers y Tindemans (2017), en donde los adultos mayores indicaron sentirse solos mientras estaban en compañía, también consideraron su soledad como estresante y sentirse incapaces de sobrellevar su propia soledad; además, reportaron no saber cómo enfrentar esta situación e incluso, aquellos que intentaron hacerle frente, mencionaron sentirse solos.

La soledad es un constructo multidimensional, psicológico y estresante, resultado de carencias afectivas, reales o percibidas que afecta el funcionamiento y la salud física y psicológica del individuo y, por ende, la calidad de vida.

Ante este panorama, el objetivo de este artículo fue probar si existen diferencias entre los niveles de autoeficacia para realizar actividades cotidianas, percepción de salud y sentimientos de soledad sobre la calidad de vida y sus dimensiones: satisfacción en las actividades, experiencia de autonomía, habilidades sensoriales, experiencia de intimidad, participación social y temor a la muerte, en adultos mayores del Estado de México.

MÉTODO

Participantes

La muestra fue no probabilística intencional, selectiva y por participación voluntaria, consentida e informada. Estuvo compuesta por 149 adultos mayores (47 hombres y 102 mujeres) en un rango de edad de entre 60 y 94 años; de éstos, 117 se encontraban entre los 60 y 74 años y 32 entre 74 y 94 años. De los participantes, 101 mencionaron tener pareja, 19 no tenían pareja y 29 dijeron ser viudos; 98 reportaron vivir con su pareja, 15 solos y 36 con otros adultos; 117 indicaron estar enfermos y 32 no refirieron enfermedad. Todos ellos adscritos a una Clínica de Salud Pública del Estado de México. El criterio de inclusión fue la edad de 60 o más años, sin importar género, escolaridad o enfermedad, sólo que estuvieran dispuestos a participar. Se eliminaron a aquellos participantes que no hubieran completado la batería.

Tipo de estudio

Por el alcance de la investigación, el estudio fue descriptivo y comparativo, no experimental, ex-post-facto (Hernández, Fernández-Collado y Baptista, 2014). Descriptivo en virtud de que el propósito fue determinar los niveles de calidad de vida en cada una de sus dimensiones, así como los valores obtenidos en autoeficacia, percepción de salud y soledad. Asimismo, el estudio fue comparativo, toda vez que se contrastan las puntuaciones de calidad de vida y sus dimensiones, a partir de los diferentes niveles obtenidos en autoeficacia (mala, regular, buena y muy buena); de percepción de salud (mala, regular, buena y excelente), y de los sentimientos de soledad (ninguno, pocos, moderados y muchos).

Instrumentos

Los instrumentos que se utilizaron fueron:

- a) Carta de consentimiento informado: se trata de una explicación detallada del propósito de la investigación por escrito; al firmarla, el Adulto Mayor aceptaba participar en el estudio de manera voluntaria, consentida, informada y anónima, comprometiéndose además, a ser lo más honesto posible en sus respuestas.
 - b) Ficha de datos sociodemográficos: con la finalidad de obtener datos generales de los participantes, se elaboraron 27 reactivos que incluían edad, sexo, estado civil, con quién vive, está enfermo, entre otras cuestiones.
 - c) Cuestionario de Calidad Vida para Adultos Mayores (*World Health Organization Quality of Life, WHOQOL-OLD*) (Power, Quinn, Schmidt, y WHOQOL-OLD Group, 2005): adaptado y validado para población mexicana por González-Celis y Gómez-Benito (2013), con una varianza explicada de 65.70% y un coeficiente Alfa de *Cronbach* de 0.82. El WHOQOL-OLD está constituido por 24 reactivos con cinco opciones de respuesta tipo Likert, con valores de uno a cinco, agrupados en seis dimensiones: 1) actividades (pasadas, presentes y futuras) ($\alpha = 0.82$); 2) autonomía ($\alpha = 0.83$), habilidades sensoriales ($\alpha = 0.87$); 3) intimidad ($\alpha = 0.88$); 4) participación social ($\alpha = 0.70$); 5) muerte y 6) morir ($\alpha = 0.74$). Para los reactivos positivos se asignaron valores de 1 a 5 puntos (3, 4, 5, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24); y de 5 a 1 puntos para los reactivos negativos (1, 2, 6, 7, 8, 9, 10). La puntuación mínima a obtener por factor era de 4 y la máxima de 20 puntos, y de 24 a 120 para el puntaje total de calidad de vida. La suma de todas las respuestas varía de 24 a 120, donde entre más alta sea la puntuación, mejor es la percepción de calidad de vida del individuo.
- Cabe mencionar que para medir la variable *Calidad de Vida*, así como sus dimensiones se analizó todo el cuestionario, mientras que para medir la *Percepción de Soledad* se identificaron los reactivos 10 “¿Qué tanto afectan sus problemas sensoriales (de audición, visión, etc.) en su capacidad para relacionarse con otras personas?” y 23 “¿Qué tan acompañado se siente en su vida?” Por su parte, el reactivo 20 “¿Cómo diría que es su funcionamiento sensorial (audición, visión, gusto, olfato y tacto)” se identificó como un indicador para medir la percepción de salud.
- d) Escala de Bienestar Subjetivo (*Philadelphia Geriatric Center, PGC*). Elaborada por Lawton en 1975 y adaptada para población anciana en México, con un Alfa de *Cronbach* de 0.81 y un coeficiente de

correlación “*r*” de *Pearson* de 0.62 con el Instrumento de Calidad de Vida Breve (WHOQOL-BREF) (González-Celis, 2009). La escala está constituida por 17 afirmaciones con opciones de respuesta dicotómicas, con valores de cero y uno, agrupadas en tres dominios: agitación, actitud hacia su propio envejecimiento y soledad/insatisfacción. La suma de todas las respuestas varía de 0 a 17, donde cuanto mayor sea la puntuación obtenida, mejor es el bienestar emocional del individuo. Se identificaron dos reactivos para medir la percepción de sentimientos de soledad, el reactivo 16 “¿Qué tan solo me siento?” y el 17 “Veo lo suficiente a mis amigos y familiares”. Para percepción de salud se identificó como indicador el reactivo 10 “Yo tengo hoy tanta energía como la tenía el año pasado”.

- e) Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage *et al.* (1983) (*Geriatric Depression Scale*, GDS). Está conformada por 15 reactivos, con una confiabilidad interobservador de 0.65 ($p < .001$) e intraobservador de 0.95 ($p < .01$), mediante *Kappa* ponderado de Cohen; y una consistencia interna de 0.99, a través del estadístico de *Kuder-Richarson-20* (KR-20). Posee validez convergente con la escala de *Montgomery-Asberg* de detección de depresión de 0.62 ($p < .01$) y validez discriminante con el cuestionario de *SPMSQ-VE* para la detección de alteración cognoscitiva de 0.23 ($p < .01$), mediante el empleo de coeficiente de *Spearman*. Por su parte, en una muestra de adultos mayores mexicanos se obtuvo una consistencia interna de Alfa de *Cronbach* de 0.55 y un coeficiente de estabilidad temporal de $r = 0.67$ ($p < .05$) (González-Celis y Gómez-Benito, 2013). La escala está constituida por 15 afirmaciones con opciones de respuesta dicotómicas con valores de 0 y 1. La suma de todas las respuestas varía de 0 a 15, donde cuanto mayor sea la puntuación obtenida, más intensa es la sintomatología de depresión del individuo. Con un punto de corte de 5 o más, que indica presencia de sintomatología de depresión leve y moderada, a partir de 10. De acuerdo con el objetivo del presente estudio, se identificaron dos reactivos como indicadores para medir la variable *Sentimientos de Soledad*, el reactivo 8 “¿Se siente a menudo abandonado?”; y para la variable *Percepción de Salud*, el reactivo 13 “¿Se siente usted
- lleno de energía?”.
- f) Escala de *Ryff* Abreviada (ERA), de la *Ryff's Well-being Scales*, para evaluar bienestar psicológico subjetivo (39 reactivos), traducida y validada en español con muestras de personas mayores por Villar *et al.* (2010). La escala cuenta con 39 ítems, agrupados en seis dimensiones: Auto-aceptación, Dominio del Medioambiente, Relaciones Positivas con Otros, Autonomía, Crecimiento Personal y Propósito en la Vida (Ryff, 1995). De los seis dominios, los primeros cuatro integran la medición del bienestar “hedónico”, mientras que los dos últimos; crecimiento personal y propósito en la vida, están asociados a un bienestar “eudaimónico”. La escala tiene un formato de respuesta tipo Likert de siete opciones desde “Totalmente de acuerdo” hasta “Totalmente en desacuerdo”, con una puntuación de 1 a 6 puntos. La puntuación total podía tener un rango de 39 a 234 puntos, en donde una mayor puntuación mostraría un mayor bienestar. La escala aplicada con población mayor ha demostrado tener una aceptable consistencia interna, con un Alfa de *Cronbach* de 0.73. De esta escala, los reactivos que se identificaron para medir sentimientos de soledad fueron el 2 “A menudo me siento solo/a porque tengo pocos amigos íntimos”, el 8 “No tengo muchas personas que quieran escucharme”, el 20 “La mayoría de las personas tienen más amigos que yo” y el 26 “No he experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza”; mientras tanto, el reactivo 12 “Soy una persona activa al realizar los proyectos que me propongo” se identificó como indicador de percepción de salud.
- g) Instrumento de Expectativas de Autoeficacia para Realizar Actividades Cotidianas en Ancianos (AERAC-Breve) (González-Celis, 2013). Contiene 26 reactivos agrupados en cinco dimensiones: Actividades de Independencia, Actividades Recreativas Mentales, Actividades Recreativas Físicas, Actividades Sociales y Actividades de Protección a la Salud. Fue diseñada por González-Celis (2009), con un Alfa de *Cronbach* de 0.87 y un coeficiente de correlación “*r*” de *Pearson* de 0.54 ($p < .01$) con el cuestionario de calidad de vida WHOQOL-BREF; de 0.35 ($p < .01$) con la Escala de Bienestar Subjetivo de *Lawton*; y de -0.31 ($p < .01$) con el Inventario Multifacético de

Soledad. El AeRAC-Breve está constituido por 26 reactivos, con cinco opciones de respuesta y puntuaciones de 0, 25, 50, 75 y 100, dependiendo del nivel de capacidad que las personas percibían tener para realizar la actividad; agrupados en cinco tipos de actividades: de independencia, recreativas mentales, recreativas físicas, sociales y de protección a la salud. Con la puntuación para cada reactivo, se sumó y se obtuvo el promedio por tipo de actividad en una escala de 0 a 100, donde mientras más alta es la puntuación, mayor es la percepción de autoeficacia para realizar la actividad. Del total del instrumento, y de acuerdo con el propósito del presente estudio, se identificaron los reactivos que correspondían a actividades sociales “Platicar con vecinos”, “visitar familiares”, “visitar amigos”, “hablar por teléfono con amigos y familiares”, “convivir con gente de mi edad” y “platicar con amigos y familiares” como indicadores para medir la percepción de autoeficacia.

Al contar con reactivos de diferentes instrumentos, como indicadores para medir las variables Calidad de Vida y sus dimensiones, Autoeficacia, Percepción de Salud y Sentimientos de Soledad, y con el propósito de realizar las comparaciones entre las medidas, se realizó una transformación de todas a una escala de 0 a 100 puntos, de los puntajes brutos obtenidos con los instrumentos WHOQOL-OLD, PGC, GDS y Ryff. Donde la máxima puntuación a obtener en cada instrumento correspondió a 100. Para llevar a cabo la transformación, se utilizaron las siguientes fórmulas:

Para el WHOQOL-OLD primero se obtuvo la diferencia de -24 a cada puntuación para iniciar el rango desde 0 hasta $120-24=96$; posteriormente, se siguió la fórmula:

$$\text{Valor nuevo calculado} = \frac{(x - 24) * 100}{96}$$

Para los dominios que se encuentran en una escala de 4 a 20, se restó 4 a cada puntuación para iniciar el rango desde 0, utilizando la fórmula:

$$\text{Valor nuevo calculado} = \frac{(x - 4) * 100}{16}$$

En la Escala de Bienestar Subjetivo que va de 0 a 23, se siguió la fórmula:

$$\text{Valor nuevo calculado} = \frac{(x * 100)}{23}$$

Para Escala de Depresión Geriátrica, que va de 0 a 15, se utilizó la fórmula:

$$\text{Valor nuevo calculado} = \frac{(x * 100)}{15}$$

En la Escala de Bienestar Subjetivo Ryff, que va de 39 a 234, primero se restó 39 a cada puntuación para iniciar el rango desde 0, hasta $234-39=195$; posteriormente, se utilizó la fórmula:

$$\text{Valor nuevo calculado} = \frac{((x - 39) * 100)}{195}$$

Procedimiento

La investigación se llevó a cabo en una clínica de salud pública del Estado de México. Los adultos mayores participaron de manera voluntaria. La aplicación de las pruebas se realizó por cuatro pasantes de psicología capacitados para aplicar dicha batería. En primer lugar, el aplicador se presentó y explicó al adulto mayor en qué consistía el estudio y le hizo entrega de una carta de consentimiento informado, si el adulto aceptaba participar firmaba la carta. Posteriormente, se les solicitó responder la ficha de datos sociodemográficos, el Cuestionario de Calidad Vida para Adultos Mayores WHOQOL-OLD, la Escala de Bienestar Subjetivo (PGC), la Escala de Depresión Geriátrica (GDS), la Escala de Bienestar Subjetivo (Ryff) y, por último, el Instrumento de Expectativas de Autoeficacia para Realizar Actividades Cotidianas en Ancianos (AeRAC-Breve). La aplicación siempre fue por entrevista individual. Se les pidió que eligieran como opción de respuesta aquella que más se ajustara a lo que pensaban o sentían en ese momento. El tiempo estimado para la aplicación de la batería fue de entre 40 y 60 minutos.

Análisis de datos

En la tabla 1 aparece la lógica para la interpretación de las puntuaciones obtenidas de cada una de las variables y sus dimensiones que se midieron en el estudio de investigación.

El análisis para los resultados se realizó mediante el programa estadístico SPSS versión 20. Se obtuvieron medidas descriptivas para las variables Calidad de Vida y sus dimensiones (satisfacción en las actividades,

experiencia de autonomía, habilidades sensoriales, experiencia de intimidad, participación social, y temor a la muerte), Percepción de Autoeficacia, Percepción de Salud y Sentimientos de Soledad. Para las diferencias estadísticas se realizó un análisis de varianza de un factor (ANOVA) y para realizar comparaciones múltiples se utilizó la prueba de Diferencias Significativas Mínimas (DSM).

Tabla 1. Interpretación de las puntuaciones obtenidas de cada una de las variables y sus dimensiones que se midieron en el estudio de investigación

Variable	Interpretación
Calidad de Vida	Entre menor puntuación de calidad de vida, menor es la calidad de vida. Entre más alta la puntuación de calidad de vida, mejor es la calidad de vida.
Satisfacción en las actividades ¹ (Satisfecho con lo que hace, reconocimiento por lo realizado e ilusión por las actividades en el futuro)	Entre menor sea la puntuación, menor es la satisfacción en las actividades. Entre más alta la puntuación, mayor es la satisfacción en las actividades.
Experiencia de autonomía ¹ (Control sobre sí mismo, toma de decisiones, libertad)	Entre menor sea la puntuación, menor es la experiencia de autonomía. Entre más alta la puntuación, mayor es la experiencia de autonomía.
Habilidades sensoriales ¹ (Cómo es el funcionamiento visual, auditivo y qué tanto le afecta en su vida)	Entre menor sea la puntuación, menor es la habilidad sensorial. Entre más alta sea la puntuación, mejor es la habilidad sensorial.
Experiencia de intimidad ¹ (Oportunidad para amar, qué tan amado y acompañado se siente)	Entre menor sea la puntuación, menor es experiencia de intimidad. Entre más alta sea la puntuación, mayor es la experiencia de intimidad.

Tabla 1. Interpretación de las puntuaciones obtenidas de cada una de las variables y sus dimensiones que se midieron en el estudio de investigación ...continuación

Variable	Interpretación
Participación social ¹ (Nivel de actividad al día, participación en la comunidad)	Entre menor puntuación, menor participación social. Entre más alta la puntuación, mayor es la participación social.
Temor a la muerte ¹ (Temor a morir)	Entre menor puntuación, mayor es la experiencia de temor a la muerte (sí me da miedo morir). Entre más alta la puntuación, menor es la experiencia de temor a la muerte (no me da miedo morir).
Percepción de Autoeficacia (Percepción o confianza en sus propias capacidades)	Entre menor sea la puntuación, menor es la percepción de autoeficacia para realizar las actividades cotidianas. Entre más alta sea la puntuación, mayor percepción de autoeficacia para realizar las actividades cotidianas.
Percepción de Salud	Entre menor sea la puntuación, menor es la percepción de salud (mala salud; más enfermo). Entre más alta la puntuación, mayor es la percepción de salud (se percibe estar saludable).
Sentimientos de Soledad	Entre menor puntuación, menor es la experiencia soledad. Entre más alta sea la puntuación, mayor es la experiencia de soledad.

Nota: ¹ Pertenecen a las dimensiones de la variable Calidad de Vida.

Fuente: elaboración propia con base en los datos recabados en la investigación.

RESULTADOS

Análisis descriptivos

Se obtuvieron medidas descriptivas (tabla 2) para las variables Calidad de Vida y sus dimensiones (satisfacción en las actividades, experiencia de autonomía, habilidades sensoriales, experiencia de intimidad, participación social, y temor a la muerte), Percepción de Autoeficacia, Percepción de Salud y Sentimientos de Soledad. Se encontró que la media obtenida para las variables Percepción de Autoeficacia reportada por los adultos mayores fue $M = 67.88$; Percepción de Salud fue $M = 57.02$, con una puntuación más bien baja de Percepción de Salud

y la media para Sentimientos de Soledad fue $M = 32.01$, con menor experiencia de Sentimientos de Soledad. Por otro lado, la media para Calidad de Vida fue $M = 69.57$; en cuanto a sus dimensiones, la puntuación más baja fue para habilidades sensoriales, es decir, los participantes reportaron tener un funcionamiento sensorial deteriorado con una media de $M = 67.57$; la dimensión que obtuvo puntuación más alta fue temor a la muerte, con menor experiencia de miedo a morir, la media fue de $M = 74.39$.

Análisis comparativos entre las variables

Al aplicar un Análisis de Varianza (ANOVA de un factor) con la finalidad de comparar las puntuaciones de autoeficacia, dependiendo del nivel de percepción entre los cuatro grupos (mala, regular, buena, muy buena) que tienen los adultos mayores, se encontró una diferencia estadísticamente significativa ($F_{(3, 145)} = 3.224, p = .024$) en el nivel de calidad de vida; en el nivel de participación social ($F_{(3,145)} = 5.874, p = .001$). Posteriormente, se realizó un análisis *post hoc* de comparación múltiple por medio de una prueba de Diferencia Mínima Significativa (DMS), los resultados se exhiben en la tabla 3.

Asimismo, mediante un Análisis de Varianza (ANOVA de un factor) se encontró una diferencia estadística

significativa en la percepción de salud (mala, regular, buena y excelente) sobre la variable Calidad de Vida ($F_{(3, 145)} = 21.385, p = .000$) y las dimensiones: satisfacción en las actividades ($F_{(3, 145)} = 3.846, p = .011$), experiencia de autonomía ($F_{(3,145)} = 10.358, p = .000$) habilidades sensoriales ($F_{(3,145)} = 12.951, p = .000$), experiencia de intimidad ($F_{(3,145)} = 6.936, p = .000$), en el nivel de participación social ($F_{(3,145)} = 5.737, p = .001$) y en temor a la muerte ($F_{(3,145)} = 6.943, p = .000$). También se realizó un análisis *post hoc* de comparación múltiple por medio de una prueba de Diferencia Mínima Significativa (DMS) (tabla 4).

Tabla 2. Medidas descriptivas para las variables Calidad de Vida y sus dimensiones, Percepción de Autoeficacia, Percepción de Salud y Sentimientos de Soledad

Variable	N	M	DE	Min	Max	95% IC	
						LI	LS
Calidad de Vida Total	149	69.42	13.76	29	99	67.13	71.46
Satisfacción en las actividades ¹	149	73.03	19.36	6	100	69.71	76.09
Experiencia de autonomía ¹	149	68.41	22.71	0	100	64.64	71.98
Habilidades sensoriales ¹	149	65.86	21.69	6	100	62.25	69.42
Experiencia de intimidad ¹	149	67.58	23.74	6	100	63.63	71.31
Participación social ¹	149	68.37	17.42	13	100	65.69	71.35
Temor a la muerte ^{1,2}	149	73.28	29.31	0	100	68.37	77.85
Percepción de Autoeficacia	149	67.98	25.46	4	100	63.45	71.95
Percepción de Salud	149	55.79	20.32	14	100	52.27	58.97
Sentimientos de Soledad	149	32.82	20.03	0	100	29.57	36.02

Notas:

N = número, M = media, DE = desviación estándar, Min = Mínimo, Max = Máximo; IC = Índice de Confianza, LI = límite inferior, LS = Límite superior.

¹ Pertenecen a las dimensiones de la variable Calidad de Vida.

² Entre más alta la puntuación de temor a la muerte, menor es el temor a la muerte

Fuente: elaboración propia con base en los datos recabados en la investigación.

Tabla 3. Comparación entre los niveles de percepción de autoeficacia para realizar actividades cotidianas sobre la calidad de vida y participación social

Variable Dependiente	Variable Independiente	N	M	DE	F	gl	Sig(p)	Post hoc (DMS)
Calidad de vida	Mala (1a)	27	62.92	15.291	3.224	3,145	.024*	1a<2a, 3a, 4a
	Regular (2a)	49	68.90	11.572				
	Buena (3a)	38	72.94	11.102				
	Muy buena (4a)	35	71.34	16.467				
Participación Social ¹	Mala (1b)	27	59.03	19.713	5.874	3.145	.001**	1b<3b, 4b 2b<4b
	Regular (2b)	49	66.07	13.441				
	Buena (3b)	38	71.05	17.096				
	Muy buena (4b)	35	75.89	17.557				

Notas:

N = número, M = media, DE = desviación estándar, F= prueba F (Análisis de Varianza, ANOVA), gl= grados de libertad, Sig (p) = nivel de significancia estadística (valor de probabilidad)

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

¹ Pertenecen a la dimensión de la variable Calidad de Vida.

Fuente: elaboración propia con base en los datos recabados en la investigación.

Con un Análisis de Varianza (ANOVA de un factor) se obtuvo una diferencia estadística significativa entre los cuatro grupos formados, dependiendo de los sentimientos de soledad (ninguno, pocos, moderados, muchos) reportados por los adultos mayores en la variable Calidad de Vida ($F_{(3,145)} = 23.312, p = .000$) y las dimensiones satisfacción en las actividades ($F_{(3,145)} = 7.696, p = .000$) experiencia de autonomía ($F_{(3,145)} = 4.394, p = .005$),

capacidad sensorial ($F_{(3,145)} = 5.929, p = .001$), experiencia de intimidad ($F_{(3,145)} = 36.454, p = .000$), participación social ($F_{(3,145)} = 3.638, p = .014$) y temor a la muerte ($F_{(3,145)} = 5.805, p = .001$) (tabla 5). También se llevó a cabo un análisis *post hoc* de comparación múltiple por medio de una prueba de Diferencia Mínima Significativa (DMS).

Tabla 4. Comparación entre la percepción de salud sobre calidad de vida y sus dimensiones

Variables Dependiente	Variable Independiente	N	M	DE	F	gl	Sig (p)	Post hoc (DMS)
Calidad de Vida	Mala (1c)	21	53.92	13.035	21.385	3,145	.000***	1c<2c, 3c, 4c 2c<3c, 4c
	Regular (2c)	62	67.36	11.307				
	Buena (3c)	42	75.07	11.414				
	Excelente (4c)	24	78.43	11.230				
Satisfacción en las actividades ¹	Mala (1a)	21	61.90	27.308	3.846	3,145	.011**	1a<2a, 3a, 4a
	Regular (2a)	62	71.98	17.302				
	Buena (3a)	42	76.79	16.866				
	Excelente (4a)	24	78.91	16.873				
Experiencia de autonomía ¹	Mala (1b)	21	49.40	23.294	10.358	3,145	.000***	1b<2b, 3b, 4b 2b<3b, 4b
	Regular (2b)	62	65.32	20.548				
	Buena (3b)	42	77.08	22.158				
	Excelente (4b)	24	77.86	16.379				
Habilidades sensoriales ¹	Mala (1d)	21	55.36	21.586	12.951	3,145	.000***	1d<3d, 4d 2d<3d, 4d
	Regular (2d)	62	57.76	18.619				
	Buena (3d)	42	74.85	19.643				
	Excelente (4d)	24	80.21	19.388				
Experiencia de intimidad ¹	Mala (1e)	21	48.51	28.429	6.936	3, 145	.000***	1e<2e, 3e, 4e
	Regular (2e)	62	68.35	20.398				
	Buena (3e)	42	70.09	23.120				
	Excelente (4e)	24	77.86	20.355				
Participación social ¹	Mala (1f)	21	60.12	18.165	5.737	3,145	.001**	1f<3f, 4f 2f<4f
	Regular (2f)	62	65.32	15.831				
	Buena (3f)	42	71.28	16.102				
	Excelente (4f)	24	78.39	17.425				
Temor a la muerte ^{1,2}	Mala (1g)	21	48.21	34.525	6.943	3,145	.000***	1g<2g, 3g, 4g
	Regular (2g)	62	75.40	28.916				
	Buena (3g)	24	80.36	22.664				
	Excelente (4g)	42	77.34	25.790				

Notas:

N = número, M = media, DE = desviación estándar, F= prueba F (Análisis de Varianza, ANOVA), gl= grados de libertad, Sig (p) = nivel de significancia estadística (valor de probabilidad)

p < .01, *p < .001

¹ Pertencen a las dimensiones de la variable Calidad de Vida.

² Entre más alta la puntuación de temor a la muerte, menor es el temor a la muerte.

Fuente: elaboración propia con base en los datos recabados en la investigación.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en la investigación reflejan que el nivel de autoeficacia para realizar actividades sociales tiene un impacto en la calidad de vida, ya que los adultos mayores que reportaron tener mayor autoeficacia, es decir, confían más en sus propias capacidades, tienen mejor calidad de vida; por el contrario, los que tienen un nivel de autoeficacia pobre reportan que su nivel de calidad de

vida es más bajo. De ahí que se propone fortalecer la autoeficacia de los adultos mayores, mediante programas de intervención psicológica orientados a una reapreciación de sus propias capacidades, para que confíen más en sus talentos para mejorar su calidad de vida.

Guerrero, Parra y Mendoza (2016) encontraron que la autoeficacia y la calidad de vida se relacionan de manera

Tabla 5. Comparación entre los niveles de sentimientos de soledad sobre calidad de vida y sus dimensiones

Variables Dependiente	Variable Independiente	N	M	DE	F	gl	Sig (p)	Post hoc (DMS)
Calidad de Vida	Ninguno (1c)	21	82.49	12.288	23.312	3,145	.000***	1c>2c, 3c, 4c 2c<3c, 4c 3c>4c
	Pocos (2c)	60	72.24	10.604				
	Moderados (3c)	41	67.48	11.483				
	Muchos (4c)	27	55.94	12.385				
Satisfacción en las actividades ¹	Ninguno (1a)	21	86.01	19.456	7.696	3,145	.000***	1a>2a, 3a, 4a 2a>4a 3a>4a
	Pocos (2a)	60	72.29	15.497				
	Moderados (3a)	41	75.30	16.355				
	Muchos (4a)	27	61.11	24.351				
Experiencia de autonomía ¹	Ninguno (1b)	21	81.55	18.058	4.394	3,145	.005**	1b>2b, 3b, 4b
	Pocos (2b)	60	68.33	25.286				
	Moderados (3b)	41	68.45	21.193				
	Muchos (4b)	27	58.33	17.334				
Habilidades sensoriales ¹	Ninguno (1d)	21	80.95	13.618	5.929	3,145	.001**	1d>2d, 3d, 4d
	Pocos (2d)	60	67.50	19.690				
	Moderados (3d)	41	60.82	23.470				
	Muchos (4d)	27	58.10	22.722				
Experiencia de Intimidad ¹	Ninguno (1e)	21	88.69	13.781	36.454	3,145	.000***	1e>2e, 3e, 4e 2e>3e, 4e 3e>4e
	Pocos (2e)	60	75.52	17.500				
	Moderados (3e)	41	64.02	19.852				
	Muchos (4e)	27	38.89	19.560				
Participación Social ¹	Ninguno (1f)	21	78.57	18.389	3.638	3,145	.014*	1f>2f, 3f, 4f
	Pocos (2f)	60	67.81	17.216				
	Moderados (3f)	41	67.84	16.510				
	Muchos (4f)	27	62.50	15.982				
Temor a la muerte ^{1,2}	Ninguno (1g)	21	79.17	21.500	5,805	3,145	.001**	1g>4g 2g>3g, 4g
	Pocos (2g)	60	81.98	23.160				
	Moderados (3g)	41	68.45	32.982				
	Muchos (4g)	27	56.71	33.475				

Notas:

N = número, M = media, DE = desviación estándar, F= prueba F (Análisis de Varianza, ANOVA), gl= grados de libertad, Sig (p) = nivel de significancia estadística (valor de probabilidad)

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

¹ Pertenecen a las dimensiones de la variable Calidad de Vida.

² Entre más alta la puntuación de Temor a la Muerte, menor es el temor a la muerte.

Fuente: elaboración propia con base en los datos recabados en la investigación.

importante, a medida que los pacientes se sienten capaces de afrontar situaciones de la vida de manera eficaz. Así, la calidad de vida de los adultos mayores mejora mediante el fortalecimiento de la autoeficacia. Por su parte, Soto-Añari, Núñez y Romero (2013) descubrieron que los adultos mayores que se muestran satisfechos con la relación que mantienen con las personas con quienes viven, sean éstos sus hijos o pareja (familia nuclear), reportaron tener una mejor calidad de vida.

Además, en el presente estudio se halló una diferencia al comparar los niveles de autoeficacia para actividades sociales sobre los de participación social, dado que cuando la percepción de autoeficacia es buena, mayor es la participación social. Lo anterior coincide con quienes aseguran que los adultos mayores que participan en proyectos de promoción, tienen una autoeficacia alta, en comparación con aquellos que no participan. Acuña-Gurrola y González-Celis (2010) concluyen que la autoeficacia para realizar actividades de la vida cotidiana es un elemento que puede influir en la red de apoyo social y sus componentes, ya que identificaron correlaciones significativas entre estas variables.

En cuanto a la variable Percepción de Salud se encontró una diferencia significativa sobre la variable Calidad de Vida y en sus seis dimensiones (satisfacción en las actividades, experiencia de autonomía, habilidades sensoriales, experiencia de intimidad, participación social y temor a la muerte). A continuación, se explican las diferencias con cada variable.

Se señala que cuando la percepción de salud es excelente, mejor es la calidad de vida. Así, si se reporta la presencia de alguna enfermedad en el adulto mayor se reducen sus puntajes de calidad de vida. Por su parte, González-Celis y Padilla (2006) mencionan que la salud y la calidad de vida van ligadas a las formas de afrontar la enfermedad, donde las diferencias en la percepción de salud, percibirse más o menos saludable contribuye a una mejor o pobre calidad de vida.

Por otro lado, los adultos mayores que reportaron tener una mejor percepción de salud, presentaron mayor satisfacción con la experiencia de actividades al encontrar una mayor participación y salud, contribuyendo a una mejor calidad de vida. González-Celis (2013) menciona que el mantenimiento funcional en la vida cotidiana de la persona mayor previene y disminuye su deterioro físico, psicológico y social y, con ello, brinda una mejor

calidad de vida. Asimismo, caminar, subir escaleras, pasear en bici o cuidar el jardín, tienen efectos beneficiosos para la salud, pues incrementan la energía vital y ayudan a mantener el tono muscular. A su vez, Soto-Añari *et al.* (2013) señalan que las personas que experimentan mayor satisfacción con su estado de salud, manifestaron tener altos niveles de calidad de vida.

Se demostró que si la percepción de salud es excelente, mejor es el nivel de autonomía. Al respecto, Carmona (2015) menciona que cuando el adulto mayor carece de autonomía, requiere de apoyo para las actividades de la vida diaria y es probable que esto se relacione de forma indirecta con estar sano o enfermo, toda vez que las enfermedades presentes en los adultos mayores constituyen limitaciones tanto biológicas y sociales como personales, debido a que impactan en el bienestar personal y en el mantenimiento de una vida social activa. González-Celis (2013) señala que mientras se cuente con una buena salud, se puede mantener un nivel adecuado de autonomía, es decir, el adulto mayor no necesitará algún tipo de ayuda para realizar sus actividades diarias. Concluye que una buena salud es sinónimo de autonomía e implica la posibilidad de llevar una vida independiente. La autonomía para las actividades cotidianas de la vida diaria es un aspecto principal en la salud del adulto mayor.

Además, el presente estudio revela que cuando la percepción de salud es excelente, mejor es el funcionamiento en las habilidades sensoriales, así como menor es el impacto de la pérdida en las habilidades sensoriales, en las actividades de la vida diaria o en la capacidad de relacionarse con otras personas. Así, la pérdida sensorial (visión o audición) altera significativamente la funcionalidad del adulto mayor, exponiéndolos no solo a un deterioro en su salud, sino a riesgos de fragilidad y dependencia. De esta manera, el deterioro de la función visual en el adulto mayor construye un marcador de la presencia de enfermedades crónicas. Phillips *et al.* (2017) encontraron que los adultos mayores con pérdidas auditiva o visual tienen peores resultados de salud, en comparación con aquellos que no las presentan.

Otro hallazgo en este estudio reporta que cuando la percepción de salud es buena, mayor es el nivel de satisfacción con sus relaciones íntimas, lo cual coincide con Árraga y Montiel (2013), quienes encontraron que el desarrollo sexual adecuado trae beneficios a la salud,

con características específicas en la adultez mayor.

Ahora bien, si la percepción de salud es excelente, mayor es la participación social. Si los adultos mayores no tienen participación social, autoperciben su salud como regular o menor que regular. La participación y apoyo sociales tienen efectos indirectos sobre el estado funcional y la salud percibida, ya que se afirma que el estado de salud puede condicionar el tipo y cantidad de actividades en que se involucran las personas mayores. Waldegrave (2017) señala en su investigación que los puntajes de participación social más altos estuvieron fuertemente asociados con niveles más altos de salud.

Este estudio mostró que si la percepción de salud es buena, el temor a la muerte es menor, y cuando es regular o excelente, es ligeramente mayor; por último, cuando la percepción de salud es mala, la experiencia de temor a la muerte es mayor. En conclusión, cuando la percepción de salud es mala, la experiencia de temor a la muerte es mayor en comparación con aquellos que tienen la percepción de salud regular, buena o excelente, ya que no hay diferencias significativas entre estos últimos tres grupos. Moreno *et al.* (2014) manifiestan que tener una autopercepción de salud negativa conduce a la mortalidad.

Asimismo, se encontró un efecto diferencial con la variable Sentimientos de Soledad sobre la de Calidad de Vida y sus dimensiones.

Se demostró que cuando los sentimientos de soledad son ninguno, mejor es la calidad de vida; a mayor calidad de vida, menores son los sentimientos de soledad y viceversa. La soledad es uno de los principales motivos por los cuales las personas de la tercera edad descuidan su calidad de vida (Aponte, 2015). Las personas que se sienten más satisfechas con su vida se sienten menos solas que aquellas que se encuentran insatisfechas. La soledad suele ser frecuente en esta etapa y constituye un factor de riesgo de discapacidades, el cual disminuye la calidad de vida global en el adulto mayor.

Los resultados demuestran que cuando los sentimientos de soledad son ninguno, mejor es la experiencia de autonomía. Andreu (2015) reportó en su investigación que aunque los adultos mayores sean autónomos siguen percibiendo soledad, es decir, se sienten solos aun siendo totalmente independientes para las actividades de la vida diaria. Por otro lado, Sanz (2016) explica que aquellos individuos que sufren soledad tienen problemas

para ejercer sus derechos en la vida cotidiana, es decir, aquellos que no son autónomos presentarán mayores niveles de soledad.

Si no se experimentan sentimientos de soledad, mejor es la percepción en las habilidades sensoriales, ya que los problemas que afectan la movilidad y los desplazamientos provocan que las relaciones sociales se orienten únicamente al espacio doméstico y es común identificar la incidencia de soledad en aquellos individuos que se encuentran en silla de ruedas o en cama.

Cuando el adulto mayor reporta no tener sentimientos de soledad, mayor es su experiencia de intimidad. La percepción de la falta de intimidad conyugal ocasiona problemas como la soledad, ya que la persona experimenta un vacío. La falta de intimidad puede deberse a la muerte del cónyuge, a alguna enfermedad, o bien, al desinterés de la pareja. Fitzroy, Kemp y Burgess (2017) demuestran en su estudio que varios residentes de un asilo, carecían de oportunidades para tener intimidad, aun cuando ellos lo deseaban. Vivir bajo esta situación, con frecuencia los conducía a sentimientos de soledad, aislamiento y tristeza.

Se puede afirmar que cuando no hay sentimientos de soledad, mayor es la participación social. Al analizar los motivos de participación de los individuos que conforman la muestra y que pertenecen a algún tipo de organización social, destaca que la mayoría participa motivado en compartir con otras personas, lo que podría interpretarse como una forma de evitar la soledad. Según Cardona *et al.* (2013), el tamaño de la red social del adulto mayor está directamente relacionado con la soledad; a medida que aumenta el número de personas con quienes conviven disminuye el grado de soledad. Al respecto, Sánchez (2015) menciona que la manera más eficaz de superar los sentimientos de soledad es mediante la ayuda o apoyo social que prestan las redes de contacto de las que dispone una persona, es decir, las personas cercanas que le pueden prestar ayuda económica, material, de compañía o comprensión. Fokkema *et al.* (2012) ubicaron que los contactos frecuentes con padres e hijos, la participación social y el apoyo a los miembros de la familia son factores importantes para prevenir y aliviar la soledad. Siguiendo esta línea, Kearns *et al.* (2015) concuerdan en que los sentimientos frecuentes de soledad fueron más comunes entre aquellos que tenían poco contacto con su familia, con amigos o vecinos.

Por último, se encontró que cuando los sentimientos de soledad son pocos o ninguno el temor a la muerte es menor, que cuando son moderados y muchos. La viudez suele ser el principal desencadenante del sentimiento de soledad en las edades avanzadas, ya que el adulto mayor se encuentra sin la compañía y la afectividad que tenía con su pareja, dando pie a problemas personales de adaptación a la viudedad, no sólo de tipo emocional, sino también material y relativos a la gestión del tiempo de las tareas propias del hogar y de la vida doméstica y social. Baiza (2015) menciona que algunos factores que producen los sentimientos de soledad son la pérdida del trabajo, la jubilación o la muerte de seres queridos. Por su parte, Scarimbolo (2016) indicó que la gente mayor que está sola tiene 50% más de posibilidades de morir de forma prematura que aquellos que mantienen lazos sociales. Si la soledad para cualquier persona, y en particular para las personas mayores, es de por sí un hecho negativo que implica sufrimiento y dolor, la muerte en soledad será posiblemente lo peor de ese sufrimiento (Sanz, 2016).

En conclusión, se puede decir que se encontraron diferencias significativas en la calidad de vida y sus dimensiones, satisfacción en las actividades, experiencia de autonomía, habilidades sensoriales, experiencia de intimidad, participación social y temor a la muerte, dependiendo de los niveles de las variables de Autoeficacia (mala, regular, buena, muy buena), Percepción de Salud (mala, regular, buena y excelente) y Sentimientos de Soledad (ninguno, pocos, moderados, muchos). Lo anterior es de suma importancia, ya que permite saber cuáles son los factores que afectan la calidad de vida de los adultos mayores, sector altamente vulnerable y que está incrementando en todo el mundo de manera considerable. Se cree que con esta aportación se pueden trabajar las variables mencionadas, el fortalecimiento de la autoeficacia, mediante una reapreciación de sus propias capacidades, una mejora en las condiciones saludables de los adultos mayores y promocionar relaciones sociales para la reducción de la experiencia de soledad, para con ello dirigir intervenciones psicológicas para mejorar la calidad de vida y permitir un grado de bienestar en esta población.

AGRADECIMIENTOS

El presente artículo se realizó para obtener el grado de Licenciatura de la segunda autora bajo la dirección de la primera; además de haber sido apoyado parcialmente por el proyecto PAPIIT IN310716 de la DGAPA, Universidad Nacional Autónoma de México; y ser producto de una Estancia de Investigación en el extranjero de la primera autora de noviembre de 2016 a enero de 2017, bajo el auspicio del Programa PASPA de la DGAPA-UNAM.

REFERENCIAS

- Acuña-Gurrola, M. y González-Celis, A. (2010). Autoeficacia y red de apoyo social en adultos mayores. *Journal of Behavior, Health & Social Issue*, 2 (2), 71-81. doi: 10.5460/jbhsi.v2.2.26792
- Andreu, S. (2015). Diseño mixto sobre la percepción de la soledad en la vejez. Barcelona: Universitat Internacional de Catalunya. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/2072/252274>
- Aponte, D. (2015). Calidad de vida en la tercera edad. *Ajayu*, 13 (2), 152-182.
- Árraga, B. y Montiel, A. (2013). Salud, cine y educación sexual para adultos mayores. *Omnia*, 19 (3), 86-97.
- Baiza, M. (2015). Conductas de afrontamiento ante la soledad en adultos mayores institucionalizados y en situación de abandono. (Tesis de licenciatura). Facultad de Humanidades, Universidad Rafael Landívar, Guatemala. Recuperado de: <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2015/05/42/Baiza-Juan.pdf>
- Bandura, A. (1993). Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning. *Education Psychologist*, 28 (2), 117-148. http://dx.doi.org/10.1207/s15326985ep2802_3
- Buz, D. (2013). Envejecimiento y soledad: la importancia de los factores sociales. En L. M. Cubillo y O. F. Quintanar (Eds.), *Por una cultura del envejecimiento* (pp. 271-281). México: Centro Mexicano Universitario de Ciencias y Humanidades (CMUCH).
- Carbajo, C. (2008). La historia de la vejez. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 2 (18),

- 237-254.
- Cardona, J., Villamil, G., Henao, V. y Quintero, E. (2013). El sentimiento de soledad en adultos. *Medicina UPB*, 32 (1), 9-19.
- Carmona, S. (2015). La contribución de la vida social al bienestar en la vejez. *Entreciencias: Diálogos en la Sociedad del Conocimiento*, 3 (8), 393-401.
- Consejo Nacional de la Población (Conapo) (2015). *Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/es/>
- Estrada, A., Cardona, D., Segura, A., Chavarriaga, L., Ordóñez, J. y Osorio, J. (2011). Calidad de vida de los adultos mayores de Medellín. *Biomédica*, 31, 492-502.
- Fitzroy, A., Kemp, C. L. y Burgess, E. O. (2017). The significance of intimacy and intimate relationships in assisted living. *Innovation in Ageing*, 1 (1). <https://doi.org/10.1093/geroni/igx004.3172t>
- Fokkema, T., De Jong, J. y Dykstra, P. (2012). Cross-National Differences in Older Adult Loneliness. *The Journal of Psychology Interdisciplinary and Applied*, 146 (1-2). <http://dx.doi.org/10.1080/00223980.2011.631612>
- González-Celis, A. (2009). Autoeficacia para realizar actividades cotidianas (AeRAC) en ancianos mexicanos. En A. L. González-Celis (Comp.), *Evaluación en Psicogerontología* (pp. 47-75). México: El Manual Moderno.
- González-Celis, A. (2013). La autoeficacia en las actividades cotidianas. En L. M. Gutiérrez-Robledo y D. Kershenobich-Stalnikowitz (Coords.), *Envejecimiento y Salud. Una Propuesta para un Plan de Acción* (pp. 179-191). México: Academia Nacional de Medicina de México, Academia Mexicana de Cirugía, AC, Instituto de Geriátrica, Universidad Nacional Autónoma de México.
- González-Celis, A. y Gómez-Benito, J. (2013). Quality of life in the elderly: Psychometric properties of the WHOQOL-OLD module in México. *Health*, 15 (12A), 110-116. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.4236/health.2013.512A015>
- González-Celis, A. y Padilla, A. (2006). Calidad de vida y estrategias de afrontamiento ante problemas y enfermedades en ancianos de Ciudad de México. *Univ. Psychol. Bogotá (Colombia)*, 5 (3), 501-509.
- Guerrero, A., Parra, S. y Mendoza, O. (2016). Autoeficacia y calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 sometidos a hemodiálisis. *Revista Cubana de Salud Pública*, 42 (2), 193-203.
- Harper, A. y Power, M. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-Bref quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28 (3), 551-558.
- Hernández, S., Fernández-Collado, C. y Baptista, L. (2014). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.
- Kearns, A., Whitley, E., Tannahill, C. y Ellaway, A. (2015). Loneliness, social relations and health and well-being in deprived communities. *Psychology, Health & Medicine*, 20 (3). <http://dx.doi.org/10.1080/13548506.2014.940354>
- Lawton, M. P. (1975). The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale: A revision. *Journal of Gerontology*, 30, 85-89. <http://dx.doi.org/10.1093/geronj/30.1.85>
- Manyari, W. M. (2016). Bienestar psicológico y autoeficacia en adultos mayores de un centro de adulto mayor (CAM) de Lima. (Tesis de licenciatura). Facultad de Letras y Ciencias Humanas, Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, Perú.
- Moreno, X., Huerta, M. y Albalaca, C. (2014). Autopercepción de salud general y mortalidad en adultos mayores. *Gaceta Sanitaria*, 28 (3), 246-252.
- Ortiz, A. y Castro, S. (2009). Bienestar psicológico de los adultos mayores, su relación con la autoestima y la autoeficacia. Contribución de enfermería. *Ciencia y Enfermería*, xv (1), 25-31. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532009000100004>
- Pavón, M. (2015). Autoeficacia percibida. *Revista Kairós Gerontología*, 18 (20), 103-120.
- Peláez, D., Acosta, L. y Carrizo, E. (2015). Factores asociados a la autopercepción de salud en adultos mayores. *Revista Cubana de Salud Pública*, 41 (4), 638-648.
- Phillips, N., Guthrie, D. M., Mick, P., Pichora-Fuller, M. y Wittich, W. (2017). Sensory and cognitive function in dementia: implications for assessment and quality of life (QOL). *Innovation in Aging*, 1 (S1). <https://doi.org/10.1093/geroni/igx004.3745>
- Pitkala, K. H y Liira, H. (2017). Self-rated health and its associations with Quality-of-life in heterogeneous older Populations. *Innovation in Aging*, 1 (S1).

- <https://doi.org/10.1093/geroni/igx004.4240>
- Power, M., Quinn, K., Schmidt, S. y WHOQOL-OLD Group (2005). Development of the WHOQOL-OLD module. *Quality of Life Research*, 14 (10), 2197-2214. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1007/s11136-005-7380-9>
- Rodríguez, A., Collazo, M., Álvarez, L., Calero, J., Castañeda, I. y Gálvez, A. (2015). Necesidades de atención en salud percibidas por adultos mayores cubanos. *Revista Cubana de Salud Pública*, 41 (3), 401-412.
- Ryff, C. D. (1995). Psychological well-being in adult life. *Current Directions in Psychological Science*, 4, 99-104. <http://dx.doi.org/10.1111/1467-8721.ep10772395>
- Sánchez, L. (2015). Combatir la soledad en las personas mayores por medio del apoyo social. (Trabajo fin de grado en trabajo social). Facultad de Educación y Trabajo Social, Universidad de Valladolid. Valladolid.
- Sanz, A. (2016). La soledad en las personas mayores. (Trabajo fin de grado en trabajo social). Facultad de Educación y Trabajo Social, Universidad de Valladolid. Valladolid.
- Scarimbolo, G. (2016). La soledad de los adultos mayores ¿Un problema mayor?. VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología xxiii Jornadas de Investigación, Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Schoenmakers, E. y Tindemans, I. (2017). What I feel and do when I feel lonely: A qualitative study on older adults' Coping with loneliness. *Innovation in Ageing*, 1 (S1). <https://doi.org/10.1093/geroni/igx004.3751>
- Soto-Añari, M., Núñez, A. y Romero, M. (2013). Calidad de vida en adultos mayores. *Revista Peruana de Psicología y Trabajo Social*, 2 (2), 61-70.
- Trinidad, L., Millán, J., Lorenzo-López, L., Sánchez, A. y Maseda, A. (2013). Predictores de mala salud autopercebida en una población de personas mayores. *Revista Española de Geriátrica y Gerontología*, 48 (6), 272-275. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2013.04.002>Get rights and content
- Villar, F., Triadó, C., Celdrán, M. y Solé, C. (2010). Measuring well-being among Spanish older adults: Development of simplified version of Ryff's Scale of Psychological Well-being. *Psychological Reports*, 107 (1), 265-280. <http://dx.doi.org/10.2466/02.07.08.10.21.PR0.1074.265-280>
- Waldegrave, C. (2017). Health and well-being impacts of both social connection and loneliness among older people. *Innovation in Ageing*, 1 (1). <https://doi.org/10.1093/geroni/igx004.3628>
- Yesavage, J., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M. y Leiver, V. O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17, 37-49.

NOTAS DE AUTOR

- ^a Profesora titular de la licenciatura de Psicología, Posgrado e Investigación de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Sus líneas de investigación son: psicología de la salud, psicología del envejecimiento, calidad de vida y salud. Correo electrónico: algr10@hotmail.com
- ^b Psicóloga por la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM. Correo electrónico: lizabeth.lima24@gmail.com